

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS
Departamento de Economía de la Empresa



Tesis Doctoral

**"Análisis de la legitimidad en el Sistema Sanitario Público:
Estudio y medición en la Comunidad de Madrid"**

Director:
Prof. Dr. Camilo Prado Román
Prof. Dr. Carmelo Mercado Idoeta

Doctoranda:
María del Carmen Leal Sáez

Madrid, 2015



Universidad
Rey Juan Carlos

Facultad de C.C. Jurídicas y Sociales
Campus de Vicálvaro

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA DE LA EMPRESA

D. Carmelo Mercado Idoeta, Profesor Titular de Comercialización e Investigación, y D. Camilo Prado Román, Profesor Contratado Doctor en el Área de Economía Financiera y Contabilidad adscritos al Departamento de Economía de la Empresa de la Universidad Rey Juan Carlos, en cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente que regula el tercer Ciclo de estudios universitarios, la obtención del título de Doctor y otros Estudios de Postgrado, en calidad de codirectores, emitimos el siguiente informe sobre la Tesis Doctoral “Análisis de la legitimidad en el Sistema Sanitario Público: Estudio y medición en la Comunidad de Madrid”, presentada por la doctoranda D. María del Carmen Leal Sáez.

Consideramos que la tesis doctoral, en sus aspectos formales y principalmente por su contenido, puede ser defendida por la doctoranda. También deseo destacar la oportunidad del tema, debido a la escasa aportación científica existente. Por otra parte conviene resaltar la cuidada revisión bibliográfica realizada, la adecuada metodología aplicada, la investigación empírica exhaustiva y completa.

La variedad de datos aportados, así como las conclusiones del trabajo avalan incluso la necesidad de publicar esta tesis doctoral una vez defendida, para procurar su difusión en los ámbitos profesional y académico.

Para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Madrid a 1 de septiembre de 2015.

Fdo. Dr. Carmelo Mercado Idoeta

Fdo. Dr. Camilo Prado Román

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de investigación es el resultado de un gran esfuerzo, constancia y dedicación, aunque este no se podría haber llevado a cabo sin el concurso de los demás.

Por ello, deseo agradecer la colaboración de todas aquellas personas que me han ofrecido su apoyo, gran parte del trabajo es gracias a ellos.

Las primeras personas a las que deseo agradecer de forma especial su dedicación, confianza y apoyo es a mis directores de tesis Camilo Prado Román y Carmelo Mercado Idoeta, sin su ayuda esto no habría sido posible, les agradezco el tiempo y el esfuerzo que me ha dedicado, así como sus continuos ánimos y motivación. Ha sido un privilegio haber contado con su dirección.

Un cariñoso y especial agradecimiento a mi mejor amiga Sonia, por su ejemplo de superación, honestidad, tenacidad y perseverancia. Gracias por ser mi cómplice y mi mejor amiga.

Agradecer muy especial a mis padres, Mari Carmen y Ángel, por enseñarme los valores que realmente importan en la vida, y, por la confianza que siempre habéis depositado en mí.

Y muy especialmente a mis hijos, Álvaro y Lucía, que nacerán en unos meses y a Sergio, por su infinita paciencia, su inagotable apoyo y comprensión, y su inmenso amor y cariño.

A todos, muchas gracias.

Madrid, septiembre de 2015.

ÍNDICE

ÍNDICE

Página

ÍNDICE.....	i
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii

INTRODUCCIÓN. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
i. Pertinencia del estudio.....	3
ii. Objetivos de la investigación.....	5
iii. Estructura y desarrollo de la tesis.....	6

CAPÍTULO 1.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. CARACTERÍSTICAS, TIPOS Y CLAVES PARA SU SOSTENIBILIDAD	9
1.1. Introducción.....	9
1.2. Los sistemas sanitarios.	14
1.2.1. Definición	14
1.2.2. Tipos de sistemas sanitarios.....	17
1.2.3. Características comunes de los sistemas sanitarios	23
1.3. El Sistema Sanitario Español.....	26
1.3.1. Antecedentes históricos	26
1.3.2. El Sistema Nacional de salud a partir de 1986.....	29
1.3.3. Características del Sistema Nacional de Salud	30
1.3.4. La descentralización del Sistema Sanitario Español.....	33
1.3.5. Problemas del Sistema Sanitario Español.....	39
1.3.6. Atención primaria y especializada.....	43
1.3.7. Financiación del Sistema Sanitario Español.....	46
1.4. La Crisis económica y el Sistema Sanitario Español	52
1.5. Concepto y claves de la sostenibilidad	56
1.6. Factores de la sostenibilidad	60
1.6.1. Envejecimiento de la población: Madrid	61
1.6.2. Cambio en el patrón de enfermedades: Cronicidad.....	66

1.6.3. Incorporación de nuevas tecnologías.....	72
1.6.3.1. El sector farmacéutico	75
1.6.3.2. Beneficios de las tecnologías sanitarias	79
1.6.4. Efectividad y calidad de los servicios	84
1.6.4.1. Indicadores de salud.....	93
1.6.4.2. Indicadores de salud de la Comunidad de Madrid	96
1.6.5. Dilemas éticos.....	106
1.6.6. Capital humano y profesional de las organizaciones sanitarias	107
1.7. Medidas para garantizar la sostenibilidad.....	110
1.7.1. Aumentar los ingresos fiscales	112
1.7.2. La contención de costes	113
1.7.2.1. Medidas por el lado de la oferta	115
1.7.2.2. Medidas por el lado de la demanda.....	118
1.7.3. Copago sanitario.....	119
1.7.3.1. Ventajas del copago.....	122
1.7.3.2. Inconvenientes del copago.....	123
1.7.3.3. El Copago en Europa	126
1.7.3.4. Health Insurance Experiment	127
1.7.4. Privatizaciones	130
1.7.4.1. Modelo Alcira.....	132
1.7.4.2. La doble cobertura sanitaria: análisis de las preferencias y oportunidades del mercado.....	135
1.7.4.3. Características del sector sanitario privado.....	138
1.7.5. Central de compras	141
1.7.6. Reforma Sanitaria: Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y seguridad de las prestaciones	144

CAPÍTULO 2.

LA LEGITIMIDAD. INTRODUCCIÓN CONCEPTOS Y TIPOS: EL SISTEMA SANITARIO MADRILEÑO

2.1. Definición, dimensiones, fuentes y sujetos de legitimación.....	159
2.1.1. Definición	159

2.1.2. Dimensiones de la legitimidad	160
2.1.3. Fuentes de la legitimidad.....	163
2.1.4. Sujetos de la legitimación	165
2.2. Estrategias de legitimidad.....	165
2.3. La legitimidad como factor crítico de éxito.....	167
2.4. La legitimación social.....	168
2.4.1. Responsabilidad social corporativa	170
2.5. La legitimidad del Sistema Sanitario	173
2.5.1. Los objetivos del Sistema Sanitario Madrileño	174
2.5.2. Factor clave de éxito: Generar valor para el paciente.....	189
2.5.3. Los profesionales como fuente de legitimación del Sistema	192
2.5.4. Estrategias para ganar legitimidad: Gestión Clínica	194
2.5.5. Fuentes de legitimidad del Sistema Sanitario Madrileño	198

CAPÍTULO 3.

LA LEGITIMIDAD ORGANIZATIVA Y SUS DIMENSIONES EN EL SISTEMA SANITARIO MADRILEÑO205

3.1. Introducción.....	205
3.2. Objetivos de la investigación.....	206
3.2.1. Conflictos y sinergias entre las dimensiones de la legitimidad	206
3.2.2. Relación entre fuentes de legitimidad y legitimidad organizativa.....	207
3.3. Metodología	208
3.3.1. Escenario de la investigación: sujeto de legitimidad	208
3.3.2. Universo poblacional: fuentes de legitimidad	211
3.3.3. Muestra	212
3.3.4. Variables	212
3.3.5. Procedimiento de recogida de información	217
3.4. Análisis de resultados.....	218
3.4.1. Análisis de resultados por grupo poblacional	218
3.4.2. Análisis de resultados por intervalo edad.....	222
3.5. Conclusiones	225

CAPÍTULO 4.

EL PERFIL DE LA LEGITIMIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

.....	231
4.1. Introducción.....	231
4.2. La legitimidad organizativa y los asuntos de legitimidad	231
4.3. Objetivos de la investigación	236
4.3.1. Como hacer operativa la legitimidad	237
4.3.2. Estudios sobre medidas de legitimidad.....	240
4.4. Metodología	244
4.4.1. Escenario de la investigación: sujeto de legitimidad	245
4.4.2. Universo poblacional: fuentes de legitimidad	246
4.4.3. Muestra	247
4.4.4. Variables	247
4.4.5. Procedimiento de recogida de información	251
4.5. Análisis de resultados	252
4.5.1. Análisis de los factores determinantes del Sistema Sanitario Madrileño en la legitimidad cognitiva para el grupo pacientes.....	254
4.5.2. Análisis de los factores determinantes del Sistema Sanitario Madrileño en la legitimidad cognitiva para el grupo personal	260
4.5.3. Análisis de los factores determinantes del Sistema Sanitario Madrileño en la legitimidad cognitiva para el grupo personal sanitario	266
4.5.4. Análisis de los factores determinantes del Sistema Sanitario Madrileño en la legitimidad cognitiva para el grupo personal no sanitario	271
4.6. Conclusiones.....	276

CAPÍTULO 5.

RECAPITULACIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES 281

5.1. Introducción.....	281
5.2. Aportaciones de los análisis realizados.....	283
5.2.1. Conclusiones del análisis por grupo de edad e intervalo de edad.....	283

5.2.2. Conclusiones del análisis de los factores determinantes de la legitimidad cognitiva del Sistema Sanitario Madrileño por grupos poblacionales.....	285
5.3. Implicaciones gerenciales.....	287
5.4. Limitaciones y futuras líneas de investigación	289
BIBLIOGRAFÍA	293
REFERENCIAS LEGISLATIVAS	318
ANEXO I	321
ANEXO II	325
ANEXO III	333

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

CAPÍTULO 1.

FIGURA 1.1: Factores de salud.....	11
FIGURA 1.2: Componentes de un sistema de salud.....	16
FIGURA 1.3: Diferencias entre el Modelo Beveridge y Modelo Bismarck (I).....	21
FIGURA 1.4: Diferencias entre el Modelo Beveridge y Modelo Bismarck (II)	22
FIGURA 1.5: Contribución de la salud a la economía.....	25
FIGURA 1.6: Rasgos del Sistema Sanitario Español.....	33
FIGURA 1.7: Calendario del proceso de descentralización	36
FIGURA 1.8: Competencia de las administraciones públicas en materia sanitaria.....	42
FIGURA 1.9: Diferencias entre atención primaria y especializada	46
FIGURA 1.10: Flujos financieros del Sistema Sanitario Español.....	48
FIGURA 1.11: Evolución del gasto sanitario total y público en España	49
FIGURA 1.12: Efectos de la crisis sobre el sector sanitario.....	56
FIGURA 1.13: Claves de la sostenibilidad	59
FIGURA 1.14: Estructura de la población CCAA por sexo.....	64
FIGURA 1.15: Pirámide de población por edad simple 2013.....	65
FIGURA 1.16: Modelo de cuidado crónico	70
FIGURA 1.17: Pirámide de Kaiser permanente.....	72
FIGURA 1.18: Características del sector farmacéutico	79
FIGURA 1.19: Agentes del Sistema Sanitario.....	80
FIGURA 1.20: Claves de la calidad asistencial	87
FIGURA 1.21: Técnicas de medición de resultados	91
FIGURA 1.22: Indicadores de salud.....	97
FIGURA 1.23: Indicadores de eficiencia.....	98
FIGURA 1.24: Importe por receta.....	99
FIGURA 1.25: Medicamentos genéricos.....	100
FIGURA 1.26: Indicadores de efectividad y seguridad.....	101
FIGURA 1.27: Indicadores de atención al paciente	102
FIGURA 1.28: Indicadores de satisfacción global.....	103

FIGURA 1.29: Indicadores de satisfacción con la información	104
FIGURA 1.30: Indicadores de satisfacción con los profesionales médicos	105
FIGURA 1.31: Indicadores de docencia e investigación.....	105
FIGURA 1.32: El copago en Europa	127
FIGURA 1.33: Porcentajes de copago para la adquisición de productos farmacéuticos..	151

CAPÍTULO 2.

FIGURA 2.1: Proceso de legitimación	160
FIGURA 2.2: Niveles para medir los resultados en salud.....	191
FIGURA 2.3: Rol de la administración en materia sanitaria	199
FIGURA 2.4: Rol de los gestores en materia sanitaria.....	199
FIGURA 2.5: Rol de los facultativos en materia sanitaria.....	200
FIGURA 2.6: Rol de los pacientes en materia sanitaria.....	201

CAPÍTULO 3.

FIGURA 3.1: Hospitales públicos con mejor reputación en España	210
FIGURA 3.2: Ficha técnica del proceso metodológico	210
FIGURA 3.3: Anova grupo pacientes y personal (sanitario y no sanitario).....	219
FIGURA 3.4: Análisis descriptivo grupo pacientes y personal (sanitario y no sanitario) .	219
FIGURA 3.5: Anova grupo pacientes, personal sanitario y personal no sanitario	221
FIGURA 3.6: Análisis descriptivo grupo pacientes, personal sanitario y personal no sanitario	222
FIGURA 3.7: Anova por intervalo de edad.....	223
FIGURA 3.8: Análisis descriptivo por intervalo de edad	224

CAPÍTULO 4

FIGURA 4.1: Resultados de los componentes de la legitimidad, legitimidad general y punto focal.....	240
FIGURA 4.2: Estudios de valoración de legitimidad organizativa.....	241
FIGURA 4.3: Modelo de medición de legitimidad.....	244
FIGURA 4.4: Ficha técnica del proceso metodológico	246
FIGURA 4.5: Bloque 1- Legitimidad pragmática	249
FIGURA 4.6: Bloque 2- Legitimidad moral	249

FIGURA 4.7: Bloque 3- Legitimidad cognitiva.....	250
FIGURA 4.8: Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo pacientes en el ejercicio 2015.....	256
FIGURA 4.9: Resumen del modelo para el grupo pacientes.....	257
FIGURA 4.10: Coeficientes del modelo de regresión múltiple para el grupo pacientes...	257
FIGURA 4.11: Gráfico de dispersión para el grupo pacientes.....	260
FIGURA 4.12: Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo personal (sanitario+no sanitario) en el ejercicio 2015.....	262
FIGURA 4.13: Resumen del modelo para el grupo personal	263
FIGURA 4.14: Coeficientes del modelo de regresión múltiple para el grupo personal....	263
FIGURA 4.15: Gráfico de dispersión para el grupo personal.....	265
FIGURA 4.16: Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo personal sanitario en el ejercicio 2015.....	267
FIGURA 4.17: Resumen del modelo para el grupo personal sanitario.....	268
FIGURA 4.18: Coeficientes del modelo de regresión múltiple para el grupo personal sanitario	268
FIGURA 4.19: Gráfico de dispersión para el grupo personal sanitario.....	270
FIGURA 4.20: Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo personal no sanitario en el ejercicio 2015	272
FIGURA 4.21: Resumen del modelo para el grupo personal no sanitario.....	273
FIGURA 4.22: Coeficientes del modelo de regresión múltiple para el grupo personal no sanitario	273
FIGURA 4.23: Gráfico de dispersión para el grupo personal no sanitario	276

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

i. PERTINENCIA DEL ESTUDIO

La presente investigación tiene su justificación en la importancia del estudio de la Sanidad como uno de los principales indicadores de la fortaleza del estado de bienestar de las sociedades con el objetivo de conocer la realidad actual y la percepción de futuro que sobre el sistema sanitario tienen los actores sociales que, directamente y desde distintos ámbitos de implicación, participan y colaboran recurrentemente en él. Tanto desde el ámbito público como desde el privado, la evolución del sector sanitario y el papel de sus gestores tienen una enorme repercusión en la sociedad. España, en este sentido, cuenta con un modelo sanitario de prestigio internacional. Sin embargo, es tarea de todos los implicados en el sector contribuir de forma constante a la búsqueda de mecanismos más eficientes que garanticen la sostenibilidad del sistema y, por ende, la consolidación del estado de bienestar. Mecanismos que, con el foco puesto en todo momento en el ciudadano, van desde la propia financiación hasta la mejora de la calidad del sistema a través de la formación de sus profesionales o de la inversión en I+D+i, entre otros aspectos.

En los últimos años la sanidad ha sufrido un recorte presupuestario importante, lo que significa que las CCAA disponen de menos recursos para hacer frente a una mayor carga sobre el sistema Nacional de Salud.

Por ello la Sanidad debe ser capaz de conseguir en el difícil entorno económico, niveles de salud como los mantenidos hasta el momento, manteniendo una elevada esperanza de vida, bajas tasas de mortalidad y unos niveles de calidad aceptables.

En la evaluación de los servicios sanitarios la opinión de los actores que intervienen en el sistema es un elemento clave.

Los sistemas sanitarios son un complejo entramado de relaciones entre distintos agentes, unos agentes que podemos enumerar de manera fundamental como los gobiernos, los

ciudadanos, las aseguradoras y los proveedores de servicios sanitarios, entre ellos se producen diferentes niveles de interacción para conseguir los distintos objetivos que se persiguen en los servicios sanitarios de cualquier sociedad, la efectividad, la satisfacción, la equidad, la eficiencia, etc aunque unos priman sobre otros en función de los valores que imperan en cada una de ellas (Cabo, 2010).

Los pacientes, el personal sanitario y no sanitario son los elementos claves del sistema, por ello conocer la valoración que hacen de los servicios y objetivos sanitarios es vital para el buen funcionamiento del mismo.

Es necesario identificar correctamente cuáles son las fuentes de la legitimidad en una organización o en un sector de actividad para desarrollar acciones dirigidas a favorecer la aceptación de su actividad y así mejorar su nivel.

Para Zimmerman y Zeitz (2002), el proceso de legitimidad permite el acceso a recursos estratégicos, indispensables para las organizaciones, favoreciendo su crecimiento y supervivencia. Así, encontramos estudios que han identificado las acciones estratégicas que favorecen la obtención o el mantenimiento de legitimidad (Suchman, 1995; Zimmerman y Zeitz, 2002). También se ha analizado la relación entre las estrategias de legitimidad y los objetivos organizativos (Bansal y Clelland, 2004; Alcántara et al., 2006; Barreto y Baden-Fuller, 2006; Tornikoski y Newbert 2007; Low y Johnston, 2008). Del mismo modo, existen estudios que han analizado la relación entre las dimensiones de legitimidad y los objetivos organizativos (Deephouse, 1996; Ruef y Scott, 1998; Li et al., 2007).

Sin embargo, aún persisten vacíos para algunas cuestiones. Por ejemplo, las organizaciones con mayor legitimidad ¿obtienen mejores resultados?, ¿qué dimensiones de legitimidad conducen a la obtención de mejores resultados organizativos?

Se trata de realizar un análisis en profundidad del Sistema Sanitario y proporcionar más información y transparencia a este a través de sus fuentes y dimensiones de legitimidad.

ii. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal del trabajo de investigación que se ha realizado está basado en el estudio de la legitimidad del Sistema Nacional de Salud y en concreto del Sistema Madrileño. Para ello estudiaremos en profundidad las características, peculiaridades, problemas y retos que plantea el sistema, así como a los agentes sociales que intervienen en él.

Consideramos que el Sistema Sanitario Madrileño representa un escenario excelente para estudiar la legitimidad, pues se trata de un proceso institucional que puede ser sujeto de legitimación. El análisis se lleva a cabo con los miembros de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

De este modo los objetivos de la investigación son

a) *Análisis de las dimensiones y fuentes de legitimidad*

Estudiaremos los conflictos y sinergias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad para los diferentes agentes del sistema, así como las relaciones entre las fuentes de legitimidad.

b) *Determinar el perfil de la legitimidad del Sistema Sanitario Madrileño determinando los rasgos peculiares que caracterizan este*

Basándonos en los resultados del objetivo anterior nos centraremos en la legitimidad cognitiva del Sistema.

Estudiaremos para cada uno de los agentes sociales del Sistema cuales son los factores determinantes de la legitimidad cognitiva del Sistema.

También estudiaremos los objetivos del Sistema Sanitario y su grado de correlación para los diferentes agentes sociales.

iii. ESTRUCTURA Y DESARROLLO DE LA TESIS

La tesis doctoral desarrollada ha sido estructurada en tres partes diferenciadas que a su vez se dividen en capítulos.

La primera parte es la fundamentación teórica de la investigación, la segunda es la investigación empírica y la tercera son las conclusiones y reflexiones finales.

La primera parte de "fundamentos teóricos" se divide en dos capítulos (capítulo 1 y 2). En el primer capítulo "El Sistema Sanitario Español. Características, tipos y claves para su sostenibilidad" se realiza un estudio del Sistema desde su origen, de sus características y problemas, así como de las diferentes alternativas en la gestión para mejorarlo.

El segundo capítulo " La legitimidad. Introducción, conceptos y tipos: Sistema Sanitarios Madrileño" desarrolla el concepto de legitimidad y se definen los objetivos que todo sistema sanitario debería de cumplir.

La segunda parte "investigación empírica" se divide en dos capítulos (capítulo 3 y 4). El capítulo 3 "La legitimidad organizativa y sus dimensiones en el Sistema Sanitario Madrileño" recoge un análisis de las diferencias (sinergias o conflictos) que se producen entre las dimensiones de la legitimidad en el Sistema Sanitario Madrileño, así como las relaciones entre las fuentes de legitimidad del Sistema.

El capítulo 4 "El perfil de la legitimidad del Sistema Sanitario Madrileño en los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid" recoge un análisis de los factores determinantes de la legitimidad cognitiva del Sistema Sanitario Madrileño para los diferentes grupos de presión a fin de conocer los rasgos que caracterizan la legitimidad del Sistema.

La tercera parte sólo contiene un capítulo (capítulo 5) "Recapitulación y consideraciones finales" y se realiza una serie de reflexiones derivadas de la investigación llevada a cabo, destacando las principales aportaciones y apoyos teóricos de los diferentes análisis, para concluir con las limitaciones y futuras líneas de investigación del presente trabajo.

Cierra la investigación una somera referencia a la bibliografía utilizada que sirvió de base para llevarla a cabo.

CAPÍTULO 1

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL:
CARACTERÍSTICAS, TIPOS Y CLAVES PARA SU
SOSTENIBILIDAD

CAPITULO 1.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. CARACTERÍSTICAS, TIPOS Y CLAVES PARA SU SOSTENIBILIDAD

1.1. INTRODUCCIÓN

El concepto de salud es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La definición no ha sido modificada desde el año 1948, aunque actualmente la salud se explica desde el proceso adaptativo del hombre a su medio físico y social. La salud es aquel estado que permite a todos los ciudadanos llevar una vida social y económicamente productiva (OMS, 1977)

Navarro, V. (1998) considera que la definición de salud de la OMS es progresista, en el sentido que considera la salud no sólo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social. La definición reconoce, acentúa y subraya que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.

Otros expertos como Debos y Blum la definen como la consecución de un *modus vivendi* que permite a los hombres imperfectos una existencia enriquecedora sin ser demasiado penosa, esforzándose por acomodarse con un entorno que es esencialmente imperfecto. Diversos autores coinciden en que un individuo con buena salud es capaz de funcionar tan eficazmente como le es posible en su medio y consagrarse plenamente a sus proyectos.

La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad (Winslow ,1920). Otros autores la definen como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes (Piédrola et al)

En realidad, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea (Navarro, V., 1998)

Un Sistema de Salud lo integran todos aquellos elementos que son capaces de influir sobre el estado de salud de las poblaciones humanas.

El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

A nivel internacional cabe destacar la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de Naciones Unidas, es decir, es el organismo de la ONU especializado en gestionar las políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial por tanto es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opiniones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

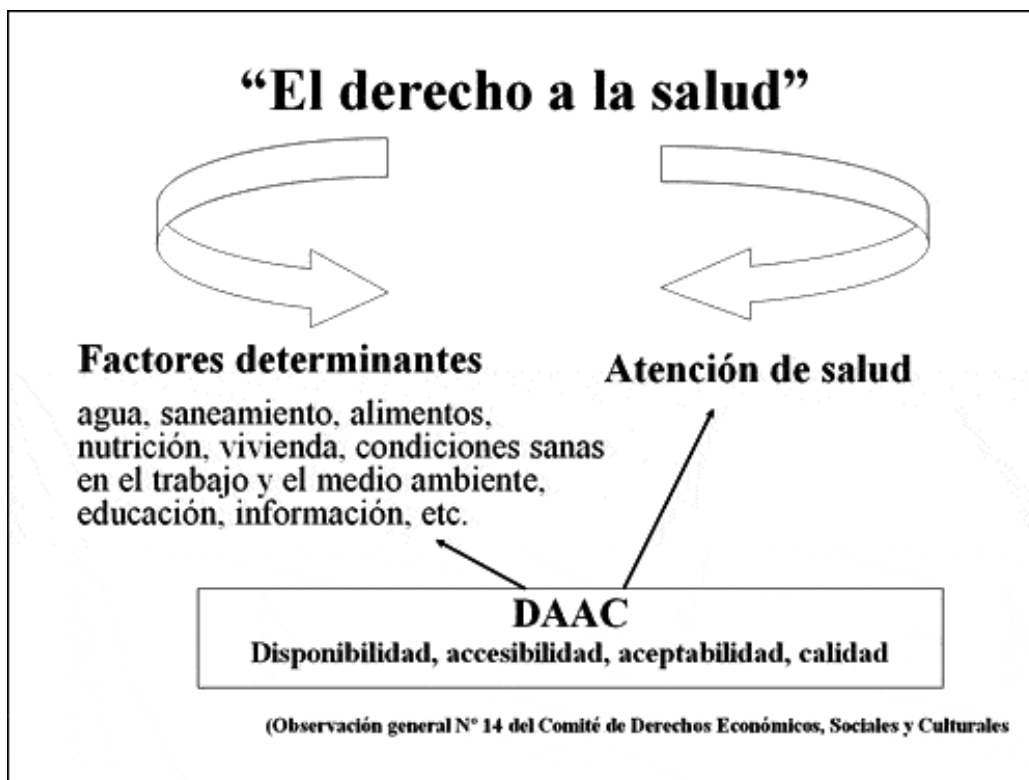
El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el año 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

Dicha Observación general establece que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud (Figura 1.1)

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, es decir, se debe contar con un número suficiente de

establecimientos, programas de salud, bienes y servicios públicos de salud, etc que deberán ser de calidad y apropiados desde el punto de vista científico y médico y respetar la ética médica a los que poder acceder (accesibilidad física, económica y acceso a la información).

Figura1.1. Factores de salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los estados tres tipos de obligaciones: a) *respetar*, exige no denegar o limitar el disfrute del derecho a la salud, b) *proteger*, esto es, adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (velar por el acceso igual a la atención de la salud y servicios relacionados con la salud, velar porque la privatización del sector no suponga una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de la salud, controlar la comercialización de equipos médicos y medicamentos por terceros, asegurar que los facultativos reúnan la experiencia necesaria,

etc) y c) *cumplir*, esto es, adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (aplicación de leyes y políticas acompañadas de un plan detallado para el ejercicio de la salud).

Según la Observación general, el derecho a la salud también comprende una serie de "obligaciones básicas" entre las que cabe destacar como prioritarias la atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales y por otro lado adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que tienen la obligación de avanzar lo más y eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan.

A nivel nacional, el derecho a la protección de la salud es referido de forma concreta en la Constitución Española y principalmente en el art. 43:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los Poderes Públicos organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los Poderes Públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Pemán J. (1989), señala que en el derecho a la salud del citado art. 43 de la Constitución Española cabe distinguir tres dimensiones: 1. El derecho a la salud como derecho de todo ciudadano a las prestaciones sanitarias del Estado o, en otros términos, a la atención médica organizada y dispensada por los poderes públicos. 2. El derecho a la salud como posición subjetiva en relación con la actividad desarrollada por los poderes públicos para

proteger la salubridad física (sanidad ambiental, alimenticia, veterinaria, farmacéutica, etc) y

3. El derecho de la salud como derecho de cada persona a que su salud no se vea amenazada ni dañada por acciones externas realizadas por cualquier sujeto público o privado.

Junto con la Constitución, otra ley aprobada en 1986 que supuso un paso decisivo para el desarrollo del Sistema Sanitario a nivel nacional es la Ley General de Sanidad.

El artículo 1.1 de la Ley 14/1986 de 23 de abril, conocida como Ley General de Sanidad dice "La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución"

El Título I de la Ley General de Sanidad comienza con los tres principios generales del Sistema de Salud:

1. Los medios y actuaciones del Sistema Sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades (art. 3.1.)

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva (art. 3.2.)

3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (art. 3.3.).

Dicha Ley constituye legislación básica y será de aplicación en todo el estado español, con independencia de las diferentes competencias que hayan asumido las distintas Comunidades Autónomas en materia de sanidad, las cuales tan sólo podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la Ley General de Sanidad, es decir, las acciones sanitarias de las Administraciones Públicas se organizaran y desarrollaran dentro de un concepto integral del sistema sanitario.

Por tanto, esta Ley regula, entre otros temas, el Sistema de Salud, las competencias de las Administraciones Públicas, la estructura del Sistema Sanitario Público, las actividades sanitarias privadas, los productos farmacéuticos, la docencia y la investigación.

Otra Ley de vital importancia en el Sistema Nacional de Salud es la Ley de Cohesión de la calidad. "El objeto de esta Ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud."

1.2. LOS SISTEMAS SANITARIOS

1.2.1 Definición

La OMS define un sistema sanitario como la suma de todas las organizaciones instituciones y recursos cuyo objetivo consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Un sistema sanitario se encuentra compuesto por todas aquellas organizaciones que se ocupan de prestar servicios de tipo sanitario, entre ellos, hospitales, profesionales, funcionarios, centros de atención de salud y los servicios de salud pública, y también por aquellos otros actores, tal es el caso de redes, sectores, ministerios, instituciones especializadas y organizaciones que ostentan una concreta y específica función e influencia en el área de la salud de un estado. La misión primordial que cumple el sistema sanitario de un estado, independientemente de por quien este manejado, gestionado o administrado, es la promoción, mantenimiento y restauración de la salud de su país.

Los sistemas sanitarios son un conjunto de estructuras organizativas, centros, servicios y actividades del sector público y privado de un país dirigidas a dar respuesta a las necesidades de la población en materia de salud (Sánchez, AP., 2014).

Muchos autores al tratar de definir un sistema de salud hacen referencia a la interacción de varios actores, funciones, procesos que conjuntamente buscan generar servicios de salud que en el mejor de los casos conlleven a la recuperación, conservación de la salud como también a la prevención de la enfermedad; en tal sentido estos autores generalmente ven el sistema de salud como, un conjunto de arreglos institucionales, organizacionales y sociales, que facilitan, o a veces entorpecen, la prestación de los servicios de salud (Infante, 2001, p. 77).

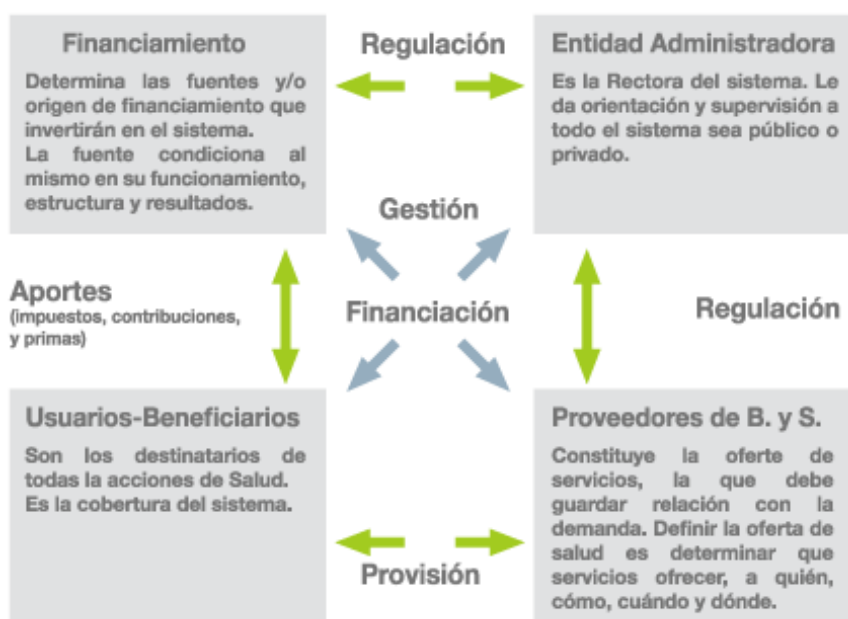
Londoño B. (2001) le da un valor sobresaliente a la población dentro de los otros componentes del sistema de salud que ella resalta, añadiendo la gran importancia que debe poseer todo sistema en la interacción e interrelación de sus componentes, por ello esta autora considera que en un sistema de salud hay cinco componentes centrales y esos son los agentes que se interrelacionan de manera particular: la población, razón de ser de cualquier sistema, no solamente desde el punto de la salud; los proveedores; el Estado como mediador; las organizaciones que generan recursos y todo lo que está relacionado con el sector mismos, las relaciones entre población, proveedores y estado es lo que determina en gran medida lo que hoy denominamos un sistema de salud ".

Para otros autores, los agentes de los sectores sanitarios son la población, los clientes de los servicios sanitarios, el personal sanitario como proveedores de servicios, las agencias aseguradoras privadas y el gobierno. Estos agentes interaccionan entre sí de diferentes maneras, a través de distintas funciones tales como regulación (legislación), financiación, gestión y provisión de fondos en busca de objetivos tales como efectividad, satisfacción, equidad y eficiencia dando lugar a los sistemas sanitarios (Cabo, J. 2010).

La función de regulación que ejerce la autoridad sanitaria sobre los sistemas sanitarios está en relación con la definición de normas y criterios que regulan los intereses de los distintos agentes que intervienen. Estas normas se concretan en aspectos relacionados con financiación, aseguramiento, prestaciones de los servicios, el grado de descentralización organizativa permitido en la toma de decisiones, los métodos de pago a los proveedores y profesionales sanitarios, todas estas medidas con efectos en la calidad de la asistencia y en los costes sanitarios (Figura 1.2).

Tres grandes componentes para la regulación de los sistemas son la financiación de los proveedores, la descentralización del riesgo financiero y la descentralización de la gestión del aseguramiento (López- Casanovas, 2001)

Figura 1.2. Componentes de un Sistema de Salud



Fuente: Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo

La OMS distingue cuatro funciones principales de un sistema de salud: provisión de servicios, generación de recursos, financiación y gestión.

Sin embargo, un informe del círculo de empresario (2012) recoge sólo tres funciones básicas que debe de cumplir todo sistema sanitario, 1) la del financiador, que asume los costes de la cobertura de las prestaciones sanitarias a cambio de ingresos fiscales, cotizaciones o primas en función del modelo, 2) la de entidad compradora, que adquiere servicios médicos y hospitalarios por cuenta de sus usuarios, para ofrecerles las prestaciones sanitarias preestablecidas y 3) la de proveedor de la atención sanitaria, que

mantienen contratos con las entidades compradoras que se le compensan financieramente por los servicios ofrecidos a los usuarios.

Los Sistemas nacionales de financiación sanitaria deben ser suficientemente robustos para lograr y mantener una cobertura ampliada y universal y deben cumplir dos características fundamentales: 1) Que las personas puedan hacer uso de los servicios sanitarios (prevención, promoción, tratamiento o rehabilitación) que precisen sin que existan obstáculos financieros, 2) Evitar que las personas sufran dificultades financiera por tener que pagar esos servicios de su propio bolsillo (OMS, 2010).

Por tanto se hace necesario recaudar fondos suficientes y mancomunar los recursos obtenidos para repartir los riesgos financieros y gastarlos con buen criterio.

1.2.2 Tipos de sistemas sanitarios

Todos los sistemas sanitarios, al menos en los países industrializados, pueden clasificarse dentro de alguno de los siguientes tres modelos clásicos: 1) modelo de aseguramiento voluntario, 2) modelo de seguridad social o 3) sistema nacional de salud. Estos tres modelos pueden ser vistos como tres etapas sucesivas dentro de un proceso estandarizado, estructurado en tres fases consecutivas. La primera etapa corresponde a la difusión, como suplemento al mercado, de formas de aseguramiento voluntario. La segunda etapa coincide con el establecimiento del principio de seguro obligatorio. La tercera etapa se corresponde con el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud. Este camino seguido por diferentes sistemas sanitarios está, lógicamente, marcado por dos puntos de especial relevancia: el primero, la transición entre el aseguramiento voluntario y el sistema sanitario tipo seguridad social; y el segundo, del modelo de seguridad social al sistema nacional de salud (Toth, F., 2013).

Otros autores hacen una clasificación paralela e igualmente diferencian tres modelos de sistemas sanitarios: modelo liberal, modelo socialista y modelo semashko (Cabo, J., 2010, Macia, M y Moncho J, 2007):

El *Modelo Liberal*, también conocido como modelo de libre mercado, en el que la salud es considerada un bien de consumo que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos.

La población, clase media y alta, contrata mediante pago directo seguros privados. En este sentido las compañías de seguros compiten en la oferta de coberturas que pueden contratarse lo que genera una gran competitividad de las aseguradoras para captar clientes.

La contribución del Estado se limita a una asistencia sanitaria a los grupos de población más desfavorecidos y/o marginales sin recursos.

Este es el modelo que impera en EEUU y atrae a los mejores profesionales ya que existe una alta competitividad entre los proveedores de servicios, que actúan de acuerdo a planteamientos de rentabilidad económica, para captar clientes, lo que hace que la tecnología y la investigación científico-técnica avance notablemente.

Este modelo utiliza el análisis de costes por proceso (utilización desmedida de pruebas complementarias en los diagnósticos y exceso de medicamentos) para hacerlos más eficientes.

Su financiamiento se apoya en las empresas que cofinancian un contrato de seguro de salud con organismos privados, lo cual genera desigualdades para los distintos segmentos de la población. Los trabajadores autónomos, los de tiempo parcial o los que tienen pequeñas empresas deben contratar pólizas individuales mucho más caras, por lo que a menudo las rechazan. Fuera de la empresa no hay derechos. Los jubilados de más de 65 años tienen derecho a una cobertura mínima.

Una variante del Modelo Liberal es el Modelo Singapur, que ha introducido en los sistemas sanitarios el concepto de capitalización individual. La financiación se genera en una Central Provisora de Fondos (20% salario del trabajador + 20 % empresarios). Entre el 6-8% va a una cuenta. Cada individuo puede retirar dinero de esa cuenta para cubrir gastos sanitarios (Padilla, J., 2013).

El *Modelo Socialista*, en el que se financia la asistencia sanitaria en su totalidad por medio del Estado, a través de impuestos o de los presupuestos generales del Estado, ofrece una

cartera amplia de servicios con características de equidad, gratuidad, accesibilidad y universalidad a toda la población. El sector privado es inexistente.

Este modelo tiene dos variantes, el modelo Semasko y el modelo Público Unificado.

Modelo Semashko, comenzó en la antigua URSS y los países del bloque soviético después de la Segunda Guerra Mundial. Desde 1990 Rusia y todos los países comunistas de Europa han abandonado el sistema centralizado, totalmente controlado y operado por el estado.

Modelo Público Unificado, aplicado en Cuba y Corea del Norte. En este sistema el Estado toma un papel relevante en garantizar el acceso a la salud financiando y suministrando servicios de salud directamente a través de un sistema único e integrado verticalmente. La cobertura se otorga con criterios de equidad, gratuidad y universalidad a toda la población. La priorización de la salud pública es a través de la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas, como así también la inversión en servicios públicos ha sido una de las características más relevantes e imitadas por otros países.

Este sistema es poco eficaz en lo referente al individuo, excluye las opciones de prestaciones bajo el control del consumidor y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización del servicio.

El *Modelo Mixto*, es un modelo en el que hay participación del Estado en la financiación del sistema pero admite y necesita del sector privado y asegurador para su sostenimiento.

Este modelo está implantado en Europa y tiene dos variantes el modelo Bismarck y el modelo Beverige.

El modelo Bismarck, nace en el siglo XIX en Alemania y se conforma en torno a los sistemas de seguridad social financiados por las cotizaciones sociales obligatorias, es decir, las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los recursos financieros se obtienen de las empresas y salarios y son dirigidos hacia los empleados y sus beneficiarios.

Esto es, parte de los ingresos de los trabajadores es retenido, estas cuotas constituyen un fondo específico sólo para la prestación asistencial de los colectivos que cotizan

(trabajadores) y sus familias; Por tanto hay una vinculación concreta entre cotización y beneficios y es independiente de los ingresos gubernamentales.

En este sistema los impuestos generales también tienen un papel, financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura, así como determinados tipos de asistencia básica pública (vacunas o servicios de salud maternas)

El modelo Beverige, nace en el año 1948 en Reino Unido, la financiación de la sanidad pública procede directamente de los presupuestos generales del Estado es prestada en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. La financiación es total o mayoritariamente dependiente de los fondos del Estado.

Los sistemas sanitarios que se rigen bajo este modelo son financiados vía impuestos y nadie puede estar exento de la financiación y, por tanto, tampoco pueden ser excluidos de su utilización, aunque puede haber prestaciones que requieren un pago adicional por el uso de determinadas prestaciones (copago), es decir, los medios de producción son estatales aunque existe una parte del sector privado, los pacientes participan en el pago.

La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y de forma descentralizada en comunidades autónomas y municipios que deciden y elaboran planes de salud evaluables y de cumplimiento obligado, por tanto hay un amplio control parlamentario sobre el sistema.

El sistema Sanitario Español se rige por este modelo.

Al comparar ambos modelos se observa que 1) El modelo Bismarck no goza del carácter universal de los sistemas nacionales de salud, 2) El modelo Bismarck tiene unos costes más altos y complicados de gestionar, al ser parte de los costes laborales y puede limitar o disminuir la competitividad de las empresas, 3) El modelo Bismarck tiene un carácter más regresivo que el modelo Beverige, ya que las cotizaciones suelen estar sometidas a topes máximos de retención en los tramos más altos de renta laboral, por lo que tiene menor relación entre el nivel de renta y la aportación económica al sostenimiento del sistema (Figura 1.3, 1.4).

En la mayor parte de países, los sistemas de financiación y aseguramiento no son puros, existiendo dentro de cada uno de ellos distintos modelos.

Figura 1.3. Diferencias entre Modelo Beveridge y Modelo Bismarck (I)

Sistema	MODELO BEVERIDGE (Sistema Nacional de Salud)	MODELO BISMARCK (Seguridad Social)
Inspiración	Informe Beveridge (1942) que formaliza la organización adoptada por Suecia en 1930	Legislación social de Alemania de 1883
Concepto	Reconocimiento del derecho de todo ciudadano a la protección de la salud	Conveniencia de cubrir el riesgo de enfermar de los trabajadores
Nivel de cobertura	Universal	Obligatoria inicialmente para los trabajadores (tendente a la universalidad)
Sistema de financiación	Por impuestos (presupuestos generales del estado)	Cotizaciones sociales obligatorias de empresarios y trabajadores
Medios de producción	Básicamente de propiedad pública	Propiedad pública y privada
Prestación de servicios	Básicamente pública	Pública y privada
Países	Reino Unido, Italia, España, Grecia, Portugal, Noruega	Alemania, Francia, Suiza, Holanda, Turquía, Austria, Bélgica, Luxemburgo

Fuente: Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Macia Soler, M. L., Moncho Vasallo, J., 2007

Freire, JM. (2010) añade otras diferencias entre los dos modelos a las ya mencionadas que se recogen en el siguiente esquema (Figura 1.4):

Figura 1.4. Diferencias entre Modelo Beveridge y Modelo Bismarck (II)

MODELO BEVERIDGE	MODELO BISMARCK
El personal sanitario es empleado público	El personal sanitario pertenece a una gran variedad de entidades diferentes
Organización basada en la planificación poblacional y territorial de los servicios sanitarios. Coordinación entre los niveles asistenciales y servicios sociales.	El sistema no favorece la planificación organizativa ni la coordinación entre los niveles asistenciales.
Los pacientes deben acudir a su médico general en primer lugar y si es el caso éste les remite al especialista correspondiente.	Las características del sistema y de todos los proveedores determinan una gran libertad de elecciones para los pacientes (tipo de médicos, veces, etc).
Existencia de importantes listas de espera, cuya asistencia varía mucho según países.	Listas de espera son prácticamente inexistentes (el mercado de servicios médicos es muy abierto).
Gasto sanitario menor por influencia de los gobiernos.	Gasto sanitario más alto por influencia de la demanda.

Fuente: Dr. José Manuel Freire. Dpto de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad. España

1.2.3 Características comunes de los sistemas sanitarios

Los modelos sanitarios, a pesar de las diferencias del apartado anterior, comparten rasgos comunes.

En primer lugar, son sistemas complejos y abiertos formados por un gran número de componentes interrelacionados entre sí.

Si se valora su nivel de complejidad, se consideran sistemas complejos aquellos que están estructurados como un gran número de elementos, que interactúan entre sí, cuyo comportamiento de iteración es no lineal e impredecible y en él se manifiestan repetidas interacciones que resultan en un comportamiento colectivo que retroalimenta la conducta de las partes individuales. Donde las experiencias reflejan que el mejor resultado se logra cuando cada subsistema intercambie información con otros a través de una eficiente red de trabajo (Betancourt, JA., Cerero, RJ., 2011).

En este sentido, el sistema sanitario se relaciona con otros sistemas como el político, el fiscal, el educativo, el económico, el social y el ambiental guardando con estos relaciones de interdependencia. Cualquier variación en alguno de estos sistemas tiene fuerte impacto en el ejercicio del sector salud, tal es el caso del sistema fiscal (recaudador), el proveedor de recursos financieros o la falta de definición y de apoyo del sistema político deja al sistema de salud sin rectoría sobre el todo sanitario. El educativo, pieza fundamental al momento de acompañar en la prevención educando a la población a través de sus métodos sistemáticos y parasistemáticos; el sistema económico que produce fuertes impactos en los distintos sectores cuando tiene desequilibrios relevantes como es el caso de la variaciones en empleo (desempleo).

Los sistemas social y ambiental también interactúan con el sistema de salud condicionándolo en su funcionamiento en cuanto al impacto que generan, así como en su capacidad de dar respuesta a las demandas constantes que presenta el medio, midiendo su capacidad de retroalimentación en términos de eficacia y de eficiencia, es decir, producir los mejores resultados (prolongar la vida, minimizar las enfermedades, las discapacidades, promover el bienestar- satisfacción interna, etc.), en definitiva la satisfacción de los usuarios.

Por tanto se hace necesario un equilibrio entre las interacciones del sistema para mantener y mejorar el nivel sanitario.

El marco conceptual de cómo ciertos factores determinantes afectan a la salud y ésta al desarrollo económico, a través del estímulo a la productividad, oferta laboral, educación y formación de capital se representa en la figura 1.5.

Cortez R. (1999) considera que el estudio del crecimiento económico y la distribución de la riqueza da cada vez más importancia a los factores de capital humano en la determinación del crecimiento económico y la tasa de salarios. Los estudios de Schultz (1997), Schultz y Tansel (1997), Thomas y Strauss (1997) confirman la idea que la salud es una forma de capital humano que influye en el nivel de salarios de las personas y, por tanto, en su capacidad de generar ingresos de manera sostenida y creciente en el tiempo, con las consecuencias positivas inmediatas en el nivel de gasto y nivel de vida de los miembros del hogar

Los primeros estudios que asociaron la salud con la productividad se realizaron en el marco de la hipótesis de salario eficiente (Pitt, M., Rosenzweig, M., y M. N. Hassan, 1990; Behrman y Deolalikar, 1988; Sahn y Alderman, 1988) y fueron las investigaciones pioneras que se aplicaron a países en desarrollo, asociando la nutrición con la productividad.

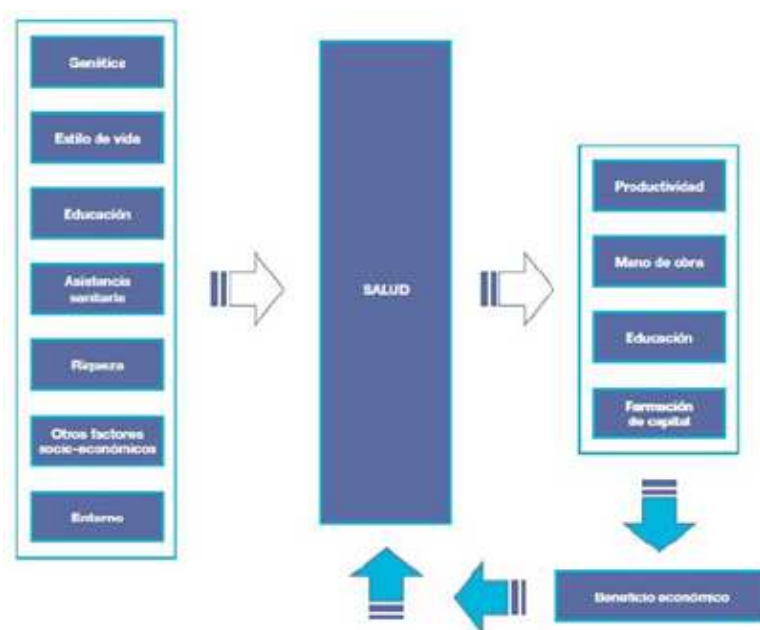
La estimación del impacto de la salud sobre la productividad es compleja porque las relaciones entre el salario y la salud no se limitan a ese impacto. Así como la salud es una forma de capital humano y promueve el nivel de productividad, también el salario afecta a la salud.

En primer lugar, el efecto-ingreso es la vía más evidente por la cual la productividad favorece las condiciones de salud (considerada como un bien normal): la capacidad de generar mayores ingresos permite un mayor consumo de “insumos” de la salud (por ejemplo, alimentos o medicinas).

En segundo lugar, sin embargo, una mayor productividad puede generar determinados incentivos sobre la conducta de los agentes. Por ejemplo, la productividad puede alentar el

incremento del esfuerzo laboral y, a su vez, este esfuerzo puede afectar negativamente la salud. También, la familia podría optar por dedicar una mayor porción de su ingreso disponible a fortalecer la salud del miembro del hogar más productivo.

Figura 1.5. Contribución de la salud a la economía



Fuente: The Contribution of Health to the Economy in the European Union Health & Consumer Protection Directorate, European Commission.

En segundo lugar, son instrumentos operativos diseñados por la autoridad política de los diferentes países para cumplir con sus modelos teóricos sanitarios.

Los sistemas sanitarios permanentemente deben alinear la práctica médica con la misión y valores del sistema sanitario, articulando la gestión administrativa con la gestión clínica colegiada basada en la autoridad profesional.

El rasgo más específico de todos los sistemas salud es su carácter profesional. El médico es el eje del sistema, el tomador de decisiones fundamental (en nombre del paciente) con gran autonomía en sus decisiones.

Las decisiones médicas en los sistemas de salud determinan la calidad y eficiencia de estos.

En tercer lugar, El sector salud es cada vez más relevante en los indicadores macroeconómicos de un país, esta cantidad de recursos genera poderosos intereses en actores económicos con gran influencia en decisiones sanitarias. Ejemplo de ello: Industria farmacéutica, equipamiento médico, profesionales, seguridad social, etc

En cuarto lugar, el crecimiento del empleo sanitario respecto a otro tipo de empleo, dan al sector una gran capacidad de presión social y laboral, cuya gestión es en especial problemática. Por ej.: enfermeros, residencias asistidas, servicios socio-sanitarios, cuidados de enfermos crónicos, profesionales concentrados en un mismo empleador (hospitales), un mix de categorías profesionales distintas con diferentes intereses.

1.3. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1.3.1 Antecedentes históricos

Los antecedentes de la política hospitalaria los podemos situar, como técnica sistemáticamente aplicada y en cierta medida protocolizada, en la aparición de los hospicios o centros de acogida regidos, generalmente, por órdenes religiosas y construidas también en la mayoría de los casos junto a sus respectivos monasterios.

Honore (1992), entre otros, pone de manifiesto que estos centros de acogida, se desarrollaron especialmente en países como Inglaterra, Alemania o Francia, hasta extenderse por todo el continente europeo.

Dada las enormes carencias de la medicina de la época, la preparación de los enfermos para afrontar la muerte era una de las principales funciones que allí se ejercían.

Superada la edad media, la sanidad fue dejando, cada vez más de ser identificada con la caridad cristiana, para ser relacionada con la pobreza, apareciendo así la figura del hospital-beneficencia, financiado por donaciones de personas acomodadas (Porras, P. 1978)

En el siglo XIX, la sanidad pasa a ser considerada como un servicio de asistencia social, y en consecuencia empieza a ser soportado y dispensado por el Estado, el cual ayudaba a los

enfermos con menos recursos. Los enfermos con recursos se sufragaban sus propias hospitalizaciones.

Si nos centramos España, y nos situamos ya en épocas más recientes, los antecedentes oficiales de la política sanitaria cabe situarlos en el año 1883, con la creación de la Comisión de Reformas Sociales (según los datos disponibles del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) cuyo objetivo principal era el estudio de todas las cuestiones relacionadas con el bienestar de la clase obrera aparecida como consecuencia de la Revolución Industrial que en esta etapa se empezaba a consolidar.

En 1903, el Instituto de Reformas Sociales, que había sustituido a la Comisión, presenta un estudio sobre la conveniencia de crear una Caja Nacional de Seguro Popular, germen de lo que con posterioridad sería el Instituto Nacional de Previsión (INP).

Estos estudios continuarían en los años siguientes bajo los auspicios del Ministerio de la Gobernación, quien encargó al Instituto de Reformas Sociales un proyecto de Ley sobre la materia, presentado en el Parlamento en 1906, mediante el que se pretendía crear definitivamente el Instituto Nacional de Previsión, aun cuando finalmente no se terminó de llevar a efectos hasta febrero de 1908.

Esta ley establece el régimen español de Retiros Obreros, bajo el sistema de pensiones de vejez subsidiarias que libremente podían contratar los obreros con este Organismo.

Como avances sociales de cierta relevancia acaecidos en la época, cabe destacar tanto la implantación del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero, en marzo de 1919, como el Seguro Obligatorio de Maternidad de 1923.

La evolución de la sociedad, y en concreto de la industria, trajo consigo mayores exigencias de la clase trabajadora, lo que provocó la aparición de una política social de Estado a través de seguros obligatorios de enfermedad y régimen de Seguridad Social en general, para cubrir el riesgo de enfermedad de las clases económicamente más débiles.

Pero estas coberturas parciales de las prestaciones sanitarias para los obreros, no se llegan a extender hacia una cobertura general hasta 1942, cuando aparece el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), dirigido a proteger a los trabajadores cuyas rentas no excedían de ciertos límites.

El SOE queda a cargo del INP, como entidad aseguradora única, y entre las prestaciones del seguro, estaba la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores.

La organización del modelo de SOE consistía en zonas médicas como unidad primaria de organización. Servicios provinciales con unidades asistenciales completas y servicios nacionales y regionales, con asistencia especializada de referencia para todo el estado o para una región. De esta manera, y como consecuencia de prestar los servicios sanitarios contemplados en el SOE, aparecen grandes hospitales estructurados en equipos médicos y de enfermería, así como los recursos necesarios para llevar a cabo numerosas prestaciones.

La consecuencia de este sistema fue el desarrollo de grandes hospitales en los núcleos urbanos importantes, la falta de definición de un modo de financiación, la multiplicidad de organismos e instituciones con competencias sanitarias con la consiguiente falta de coordinación y la existencia de tres redes colectivas de asistencia dependientes del Estado, la Seguridad Social, las corporaciones locales y los Ministerios de Defensa y Justicia, sin olvidar las ONG tipo Cruz Roja (Macia, ML., Moncho, J.)

Este modelo de Seguridad Social combinado con asistencia privada y beneficencia pública, estuvo vigente hasta la Constitución española de 1978.

La Constitución española define el modelo organizativo y político del país y rompe, entre otras, la dinámica en materia de salud, al reconocer en su artículo 43, 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 las medidas preventivas de las prestaciones y servicios sanitarios.

Después de la Constitución española, las primeras legislaciones se realizan desde las Comunidades autónomas a través de sus Estatutos de Autonomía, apoyando un desarrollo legislativo en materia de salud.

1.3.2 El Sistema Nacional de Salud a partir de 1986

El Sistema Nacional de Salud queda definitivamente estructurado en España a partir de la promulgación de la Ley General de sanidad 14/ 1986 de 25 de Abril.

Esta Ley fue la base del proceso de reforma sanitaria español, estableció los criterios básicos de aplicación en todo el territorio, que habían de ser desarrollados por las Comunidades Autónomas y la creación de un Sistema Nacional de Salud concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Esta Ley constituye legislación básica y será de aplicación en todo el estado español, con independencia de las diferentes competencias que hayan asumido las distintas Comunidades Autónomas en materia de sanidad, las cuales tan sólo podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la Ley General de Sanidad, es decir, las acciones sanitarias de las Administraciones Públicas se organizaran y desarrollaran dentro de un concepto integral del sistema sanitario.

El artículo 50 de esta Ley se inspira en el proceso de integración en cada Comunidad de todos los Servicios Sanitarios. "En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los Centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intercomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma".

En el artículo 47 de la citada Ley se crea el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud como el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos mismos y con la administración Estatal.

1.3.3. Características del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Sanitario Español es definido como "el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos."

El Sistema Nacional de Salud lo conforman un conjunto de instituciones, personal cualificado y equipamiento destinado a la protección, promoción y restauración de la salud de los ciudadanos. Es el conjunto de prestaciones sanitarias públicas de España desde 1986, en el que fue creado la Ley General de Sanidad. Estas prestaciones se encuentran gestionadas por las CCAA.

El Sistema Sanitario Español se considera ejemplar en una perspectiva internacional comparada por haber alcanzado tasas de cobertura, equidad y satisfacción medios o superiores a otros países avanzados de la OCDE manteniendo niveles de gasto público y privado muy por debajo de la media. Por ello, y a pesar de sus límites representa un modelo muy relevante para los países en vías de desarrollo (Rico, A., Freire, JM, Gervás, J).

Los aspectos más relevantes del Sistema Nacional de Salud están recogidos en la Ley General de Sanidad y se concretan en:

Acceso *universal* para todos los ciudadanos. La universalización de la asistencia sanitaria pública ha debido de partir de la realidad existente en España, donde la cobertura pública de la prestación sanitaria la desempeñaba fundamentalmente la Seguridad Social y su red de instituciones sanitarias. Por ello, el mecanismo previsto en la Ley General de Sanidad para la universalización de la cobertura fue el de extender la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a todas las personas y colectivos no incluidos en la misma, si bien la disposición transitoria 5ª de esta Ley disponía su aplicación de forma progresiva condicionándola a la financiación. Asimismo, la disposición adicional 2ª establecía que el gobierno, en un plazo de 18 meses procedería a la armonización y refundición de diferentes sistemas públicos de cobertura sanitaria (Ferrándiz, FA., 2008)

El Sistema Nacional de Salud, creado a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, da cobertura en la actualidad a más del 90% de los ciudadanos españoles independientemente de su situación económica o social, es decir, sus servicios se extienden a toda la población.

La provisión de cobertura sanitaria en condiciones de universalidad ha sido uno de los grandes logros del Sistema Nacional de Salud, es percibido como un pilar del Estado de bienestar y es valorado positivamente, pero se aprecia la necesidad de cambios para garantizar su mantenimiento en condiciones razonables y de sostenibilidad (Círculo de empresarios, 2012).

Sistema *equitativo*, es decir, pretende los mismos cuidados de salud con independencia de distintas variables que puedan interferir tales como sexo, edad, condición social, lugar de residencia, etc.

La equidad e igualdad en la cobertura es un objetivo de gran trascendencia estratégica para el futuro del Sistema Nacional de Salud, que depende críticamente de la valoración positiva de la opinión pública. En los servicios públicos universales, calidad y equidad son interdependientes: un servicio para pobres termina siendo un pobre servicio y al revés: si las clases medias y otros grupos sociales influyentes utilizan los servicios, existirá una presión política y social para que éste mantenga estándares dignos. (Freire, JM)

Cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria (Figura 1.6.).

La coherencia de las políticas es esencial (las políticas de los diversos ministerios y departamentos tienen que complementarse, en lugar de contradecirse mutuamente en materia de equidad sanitaria).(OMS)

Gratuidad en el acceso a la prestación en el momento de recibirla. Se entiende por prestación el conjunto de actividades que el sistema sanitario pone a disposición de los

ciudadanos para mejorar su salud. También se puede llamar cartera de servicios (Franco, B.; Piédrola, J.; Cruz, C., 2015)

Sistema capaz de dar una *atención integral* a la salud con niveles de calidad adecuados y controlados, mediante la adopción de medidas encaminadas no solo a la promoción de la salud sino también a la prevención de la enfermedad, así como la curación y rehabilitación.

Un sistema sanitario debe ser efectivo, es decir, capaz de alcanzar unos adecuados niveles de salud y calidad de vida de las personas.

Esta capacidad de disminuir la enfermedad y mejorar el nivel de salud de las poblaciones se comparte con otros factores denominados condicionantes de la salud: medio ambiente, nivel educativo, entorno laboral, nivel y distribución de la renta.

Coordinación de los recursos sanitarios. Integración de todos los recursos sanitarios públicos en un único objetivo procurando altos niveles de calidad, los cuales deben ser evaluados y controlados para conseguir una accesibilidad plena a los servicios para toda la población en términos de equidad.

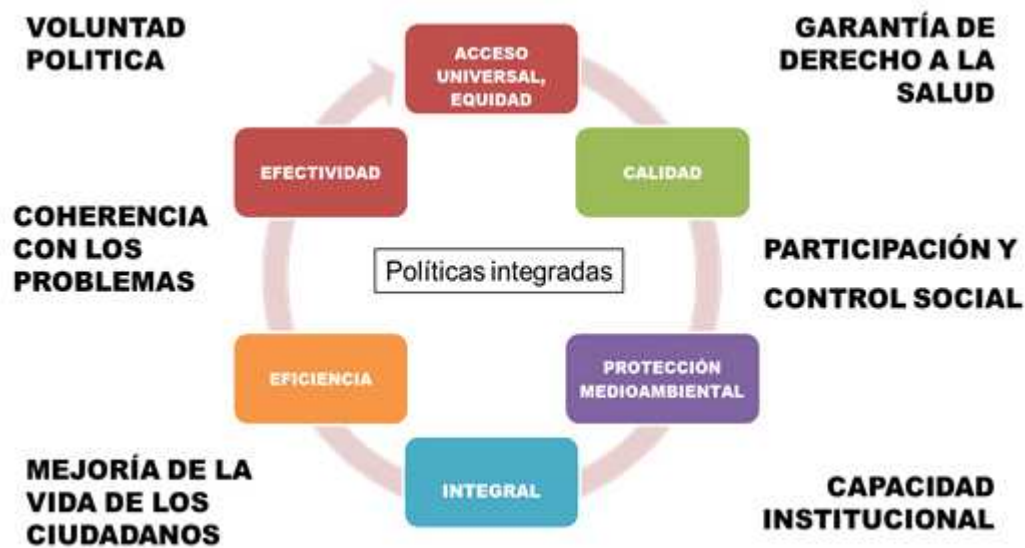
Un sistema sanitario debe ser eficiente, conseguir el resto de objetivos sin que exista despilfarro de recursos. Los costes sanitarios son cada vez más elevados y los factores demográficos los convierten a veces en difícilmente asumibles.

Financiación pública. La sanidad en España es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma.

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

Descentralización de la gestión. La finalidad de esta descentralización es adecuar la gestión a las necesidades de los ciudadanos. Estos también deben participar de forma activa en la planificación y control de las actuaciones del sistema sanitario.

Figura 1.6. Rasgos del Sistema Sanitario Español



Fuente: Néstor Marimón Torres, Dra. Evelyn Martínez Cruz, 2012

1.3.4. La descentralización del Sistema Sanitario Español

Descentralizar según la Real Academia Española de la Lengua es transferir a diversas corporaciones u oficios parte de la autoridad que antes ejercía el gobierno supremo del Estado.

Para algunos autores como Mills (1990) los términos descentralización y sanidad se han venido manteniendo al margen el uno del otro, salvo raras excepciones. La sanidad suele estar ausente de los textos generales sobre descentralización y, por su parte, los textos sobre administración y gestión de los servicios sanitarios suelen eludir esta cuestión.

Para Mills la descentralización sanitaria debe incluir aquellos procesos que tienen una proyección territorial o geográfica fundamental; pero también aquellos otros que suponen distribuir unos u otros atributos de autoridad en entidades diversas, públicas o privadas, carentes de la característica territorial, pero dotadas de otras, organizativas o funcionales, diferentes de las propias de los gobiernos.

Sin embargo, hay autores como (Collins y Green, 1994) que han cuestionado la adecuación y conveniencia de extender el término a las formas funcionales de descentralización, muy particularmente a la privatización de servicios. Para ellos sugerir que la privatización es una forma de descentralización es comprometerse con una confusión conceptual. A su juicio la descentralización supone la transferencia de autoridad, funciones y/o recursos desde el centro a la periferia dentro de un mismo sector, mientras que el público y el privado constituyen sectores diferentes.

Del castillo, J. (2008) adopta una posición contraria a la citada, al considerar, en primer lugar, la dificultad de definir los límites entre lo público y lo privado, en segundo lugar, que los servicios públicos y privados son los que caracterizan la situación sanitaria de un país y en tercer lugar, las formas de descentralización más administrativas ("geográficas") condicionan y tienen una relación directa con las formas funcionales, sean públicas o privadas.

La descentralización es un término amplio, que indica distintos modelos de estructuración del aparato del Estado, en función del grado en el que el centro distribuye autoridad, poder y recursos a la periferia; desde Rondinelli (1983) se suelen definir tres esquemas organizativos: la desconcentración (de corte más administrativo para crear oficinas locales del gobierno central), la delegación (especializando en agencias y entes para-gubernamentales, como el caso de la Seguridad Social, o la Agencia Tributaria) y la devolución (de corte más político, donde entes subnacionales de gobierno con procesos electorales y capacidad legislativa asumen bloques de funciones que no son fácilmente reversibles o re-centralizables).

El caso de la descentralización de la sanidad española, es claramente un ejemplo del tercer esquema (devolución), que abunda en un otorgamiento mucho más amplio de

competencias desde el Estado Central a las CCAA, y que incluye el grueso de las funciones de atención a las personas que caracterizan el Estado de Bienestar, a excepción del ámbito contributivo del Sistema de Seguridad Social. (Repullo, 2007)

Por tanto, la descentralización de la sanidad en España es un hecho que trasciende al ámbito de la sanidad y responde a una voluntad política clara de la democracia nacida en los setenta de devolver a las nacionalidades y otorgar a las regiones capacidad de gestión pública de sus asuntos. Las transferencias sanitarias respondieron conceptualmente a un proceso de “devolución” de competencias que debieran haber pertenecido a la esfera subestatal pero habían estado centralizadas por causa del desmedido afán centralista del franquismo. Así, la descentralización se ha tomado más como un fin en sí misma que como un instrumento para conseguir objetivos del sistema de salud. La descentralización sanitaria ha sido un efecto secundario de la voluntad política de crear el Estado de las Autonomías (González López- Valcárcel, B., Barber, P., 2008).

El proceso de atribución de responsabilidades a las Administraciones autonómicas en materia sanitaria se inició inmediatamente después de que se constituyeran las Comunidades Autónomas a través de sus estatutos de autonomía, e incluso antes de que se cerrara el proceso de aprobación de estos últimos.

La descentralización de las competencias sanitarias en CCAA tardó dos décadas en completarse y estuvo afectada por cuestiones políticas ajenas a la sanidad. Se inició en 1981 en Cataluña y culmina en diciembre de 2001 en Madrid (Figura 1.7). Se pasa de un modelo de seguridad social, con financiación vía cotizaciones y criterio de acceso basado en la relación laboral hacía un modelo basado en impuestos en la que la condición de acceso es la de ciudadano.

Figura 1.7. Calendario del proceso de descentralización

COMUNIDADES AUTÓNOMAS
Cataluña: Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.
Andalucía: Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero.
País Vasco: Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre.
Valencia: Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre.
Navarra: Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre.
Galicia: Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre.
Canarias: Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo.
Asturias: Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre.
Cantabria: Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre.
La Rioja: Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre.
Murcia: Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre.
Aragón: Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre.
Castilla-La Mancha: Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre.
Extremadura: Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre.
Baleares: Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre.
Madrid: Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre.

Fuente: Elaboración propia a partir de fechas de publicación de los Reales Decretos

La descentralización permite escapar de algunos de los problemas del gran tamaño del Estado y los Servicios Públicos: mejor ajuste a preferencias locales, más acceso a información local, y más flexibilidad en la respuestas (Magnussen, 2007). Otras ventajas tienen más que ver con dimensiones sociales y políticas (Arias, 2005), tales como la rendición de cuentas (accountability), la cohabitación política, el fomento de experimentos naturales, y la creación de nuevos cauces de participación política (reducción de costes de participación); No obstante todos estos argumentos tienen también sus objeciones.

La lista de problemas de la descentralización incluye entre otros la necesidad de más y mejor función pública (capital humano), los costes de las marañas regulatorias y tributarias, la tendencia a la duplicación burocrática, la influencia de grupos de presión sobre un poder político más fragmentado, y la tentación de desarrollar comportamientos oportunistas de gestión temeraria ante la perspectiva de rescate (bail-out) por parte del Estado central (avalando la imposibilidad de quiebra de las administraciones públicas). Pero los dos

problemas/costes fundamentales serían: a) los mayores costes administrativos directos resultado de la multiplicación y diversificación de los nodos de decisión (ej.: pasar de 1 a 17+1 Direcciones Generales de Salud Pública); y la dificultad de alcanzar dimensiones eficientes en aquellos procesos que se resuelven mejor nacionalmente que localmente (investigación, evaluación, gestión del conocimiento, campañas de educación en medios, logística global, etc.)

El proceso de descentralización ha generado un horizonte temporal similar para cada una de las CCAA, consistente en dotarse de capacidad autosuficiente para prestar la totalidad de los servicios a su propia población, pero sin prever mecanismos de cooperación entre ellas, mucho menos desde el punto de vista planificador, con el consiguiente incremento ineficiente del gasto. Una ineficiencia que habría que añadir a la producida por la multiplicación de estructuras de gobierno repetidas en los sistemas sanitarios autonómicos, que se ha traducido en un aumento significativo del gasto en la administración de servicios frente al derivado de la asistencia sanitaria a la población.

Por lo tanto, con la entrada en vigor del nuevo sistema de financiación autonómica, la responsabilidad fiscal sobre el crecimiento del gasto sanitario público se traslada casi por completo a las comunidades autónomas.

Las CC.AA. tienen un amplio margen de maniobra para poder legislar respecto a la Sanidad pública, en la medida en que no contravengan la normativa básica del Estado. Por ejemplo, las Comunidades pueden ofrecer a sus ciudadanos prestaciones adicionales a las comunes del Sistema Nacional de Salud; Además las CC.AA. pueden gestionar una parte cercana al 40% de los impuestos directos e indirectos cedidos por el Estado, pueden contratar servicios al sector privado, tienen capacidad para cambiar las formas organizativas de los centros de titularidad pública, también pueden construir nuevos centros y endeudarse (Rico et al., 2007, p. 404).

En el Consejo Interterritorial del SNS, previa deliberación, se acuerda, en cada ejercicio, la cartera de servicios correspondientes al catálogo de prestaciones que cubre el Sistema Nacional de Salud y que se publican mediante un Real Decreto del Ministerio de Sanidad. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus

respectivas carteras de servicios, que deben incluir, al menos, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (Repullo y Freire, 2008).

A pesar de que España no es un Estado federal, en la práctica funciona casi como tal, ya que en pocos países en el mundo, sus regiones poseen un grado de poder y autonomía como en España tienen las diversas comunidades, a excepción tal vez de Canadá (Solórzano, 1997).

La prestación de servicios en los que se basa, fundamentalmente, el sistema sanitario de salud en España, son: la estructura hospitalaria y la atención vinculada a la misma, y la atención primaria.

Hay autores, como Rico, A., Freire JM. y Gervás (2007) o Murillo C.(1998) que defienden que el Sistema Nacional de Salud produce unos excelentes resultados en salud, con medias incluso por encima de la media europea (basándose en indicadores como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y las muertes por cáncer), sin embargo, investigadores y académicos como Navarro (2006) argumentan, utilizando otros parámetros, que España tiene un déficit de gasto en salud respecto a los países de nuestro entorno, que se plasma en resultados como las amplias listas de espera, la falta de confort de las instalaciones sanitarias, la polarización social de la medicina privada y pública (a pesar de la amplia cobertura de la sanidad pública en nuestro país) y la alta de mortalidad laboral. Independientemente de las discrepancias de la calidad o de la buena salud de nuestro sistema sanitario, ambas “tendencias” coinciden en la desigualdad en salud que se produce en las diferentes CC.AA. y que tiene una relación, directa o indirecta, con la forma de gestionar la sanidad (de manera descentralizada) en España (González et al., 2004; Sánchez-Bayle y Palomo, 2007).

1.3.5. Problemas del Sistema Sanitario Español

El Sistema Sanitario Español presenta problemas estructurales ligados a su desarrollo histórico, cultura interna y al marco político y administrativo en el que se desenvuelve su organización y gestión (Libro Blanco de la Sanidad, 2011)

Autores como, Freire, JM., Repullo, JR., Oteo, LA., Oñobe, M. (2011) reconocen dos tipos de problemas de la sanidad española, que se detallan a continuación:

Dualización de la cobertura sanitaria

Por una lado, la inmensa mayoría de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud y otra parte de la población que tiene un subsistema sanitario diferente, también de financiación pública, son los colectivos que pertenecen a sistemas especiales de Seguridad Social de los funcionarios de la administración del estado (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) y miembros profesionales colegiados (abogacía, arquitectos) con mutuas sustitutorias de la Seguridad Social.

Estos grupos son atendidos mayoritariamente por Sanidad privada y son numerosos en Madrid por ser sede del gobierno central. A ellos se suman miles de ciudadanos de renta alta que contratan seguros médicos privados por diferentes motivos.

Casi dos millones de funcionarios y sus familiares, de la administración central, el Ejército y la Justicia, son beneficiarios del llamado modelo Muface, el seguro de salud que les permite optar por la sanidad privada o la pública. El 84% elige la privada. El descenso del número de estos mutualistas, ha provocado que el modelo “ esté en grave riesgo de continuidad ” (Rubio, JR., 2013).

Los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad muestran una caída del número de mutualistas en 2012 del 0,99%, cerca de 20.000 mutualistas. Se trata de la caída más grande desde 2007 que, unida al aumento de la siniestralidad (por encima del 100% de la póliza en algunos casos), debido a que cada vez son más las

personas de edad avanzada las incluidas en este sistema, pone en riesgo la viabilidad de este modelo, según las compañías aseguradoras.

Problemas de gestión y organización.

La raíz de los problemas de gobierno, organización y gestión del Sistema Nacional de Salud se encuentra en el marco organizativo general en el que se mueve la sanidad pública. La organización y gestión del SNS español tiene características que son especialmente negativas para su buen gobierno, prueba de ello es la excesiva burocratización por su integración indiferenciada en la administración pública común.

La estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud en España se fundamenta y articula, al menos teóricamente, en base al territorio en tres niveles organizativos (Martín, M, 2011) (Figura 1.8.):

Nivel central, es el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad el responsable de diseñar y ejecutar las directrices generales de la política de salud, la planificación general de los recursos y de asistencia sanitaria, y la cohesión del Sistema a través de la alta inspección del Estado y la coordinación del consejo interterritorial (formado por los responsables de salud de las distintas CCAA).

Las competencias del estado en materia de Sanidad se recogen en el art.149.1.16 de la Constitución española:

a) Bases y coordinación de la Sanidad. Se refiere a la fijación de todo tipo de normas que garanticen las condiciones mínimas en términos de igualdad de los servicios sanitarios públicos.

b) Sanidad exterior. Acciones encaminadas a la vigilancia y control de los riesgos para la salud derivados de importaciones e importaciones de mercancías, así como de personas.

Esto requiere la colaboración con otros países y organismos a través de acuerdos internacionales en aspectos relacionados con el control epidemiológico, lucha contra las

enfermedades transmisibles, conservación de un medio ambiente saludable, investigación biomédica en todos los aspectos que puedan ser beneficiosos en el campo de la salud.

c) Política del medicamento. En este sentido las competencias del estado se centran en:

Legislación sobre productos farmacéuticos.

Evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano, medicamentos de uso veterinario y productos sanitarios.

Decisión sobre la financiación pública y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios.

Garantizar el depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los tratados internacionales.

Importación de medicación extranjera y urgente no autorizada en España.

Mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes.

Adquisición y distribución de medicamentos y productos sanitarios para programas de cooperación internacional.

Control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.

Reglamentación, autorización y registro u homologación de los medicamentos de uso humano y veterinario y, sobre los primeros, ejerce las competencias de inspección y control de calidad.

Fomento de uso racional de medicamento.

Determinación, con carácter general, de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.

Fomento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.

Formación sanitaria especializada en centros y unidades docentes acreditados al efecto.

Establecimiento del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

d) Gestión de INGESA. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria es una entidad gestora de la Seguridad Social que gestiona únicamente las prestaciones sanitarias en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

INGESA es la entidad heredera del antiguo Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Conserva la misma personalidad jurídica y patrimonio, además de las funciones prestacionales dentro del ámbito de las ciudades autónomas.

Tras las transferencias competenciales sobre materia sanitaria a favor de las comunidades autónomas, el antiguo INSALUD sufrió un proceso de paulatina transformación y reducción que dio lugar al actual INGESA.

Nivel Autonómico, la ordenación, prestación y gestión de los servicios sanitarios se transfirió a los Servicios de Salud Autonómicos que integran, planifican y gestionan la actividad de todos los centros y servicios sanitarios.

Las competencias de las CCAA en materia de Sanidad: planificación sanitaria, salud pública y gestión de servicios de salud.

Nivel Local, las áreas de Salud constituyen las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de gestionar de manera coordinada y unitaria los centros y recursos sanitarios.

Las competencias de las corporaciones locales en materia de Sanidad son salubridad y colaboración en la gestión de servicios públicos.

Figura 1.8. Competencias de Administraciones públicas en materia sanitaria

COMPETENCIAS DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	
ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	Bases y coordinación de la Sanidad Sanidad exterior Política del medicamento Gestión de INGESA
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Planificación sanitaria Salud pública Gestión de servicios de salud
CORPORACIONES LOCALES	Salubridad Colaboración en la gestión de los servicios públicos

Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

El sistema sanitario se ha ido fraccionando, a lo largo de los años en múltiples niveles y especialidades. La asistencia sanitaria, la salud mental, la salud ambiental, salud laboral, la atención socio sanitaria, se han constituido en espacios y compartimentos estanco apenas relacionados entre sí.

Estas barreras dificultan las relaciones entre los elementos del sistema y generan problemas funcionales que reducen su efectividad, calidad y eficiencia, al crear duplicidades de recursos y actividades que favorecen el despilfarro de recursos, fragmentan la práctica profesional y la atención de los pacientes.

Las políticas de integración sanitaria se deberían orientar a solucionar las necesidades de salud de los ciudadanos a nivel local integrando las actuaciones de los distintos niveles, instituciones y profesionales, mediante el trabajo cooperativo, con objetivos comunes, compartiendo la financiación, los recursos y la gestión de la organización.

1.3.6. Atención primaria y especializada

Los dos niveles asistenciales básicos de nuestro Sistema de Salud son la atención primaria (prestada por equipos multidisciplinares que atienden al individuo, la familia y la comunidad mediante programas que integran la promoción de la salud, prevención curación y rehabilitación) y la atención especializada (hospitales y centros de especialidades prestan una atención de mayor complejidad tecnológica)

La Declaración Alma-Ata (1978), aprobada por la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria (AP) convocada por la Organización Mundial de la Salud define la atención primaria como “ la asistencia sanitaria esencial basada en los métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad ”

Gervas, J., 2013, argumenta que la atención sanitaria en España se basa en la prestación pública de servicios con profesionales asalariados y funcionarios. Los médicos generales tienen una lista de pacientes y la función de filtro para la atención especializada. Si bien la calidad de la atención es alta se puede promover su mejora, especialmente para aumentar la eficiencia en lo que respecta al aumento de calidad y disminución del coste y de los efectos adversos. Para ellos se precisa más AP con cambios en la accesibilidad, polivalencia (ofrecer servicios variados y en el momento acorde a las necesidades locales y utilizar una tecnología apropiada) y longitudinalidad (se define como la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente y el reconocimiento de la población y de los pacientes de una fuente de cuidados con la que se cuenta para el contacto inicial y para el seguimiento de los problemas).

Los elementos que caracterizan la AP con independencia del país donde se desarrolle son (Martín, A. y Jodar, G, 2011): integral e integrada (abordando los problemas y necesidades de salud de la persona y asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico), continuada y longitudinal (desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario), activa (realizada por unos profesionales que trabajan de forma activa y anticipatoria a los problemas), accesible, desarrollada por equipos (formados por profesionales sanitarios y no sanitarios), comunitaria y participativa (enfocada a la atención de las necesidades desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria), programada y evaluable, docente e investigadora.

La AP es la puerta de entrada a los servicios de salud, donde se inicia la atención sanitaria, se resuelven gran parte de los problemas de salud y garantiza la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del ciudadano

La AP abarca desde las actividades de promoción y educación de la salud hasta la prevención de la enfermedad, cuyas prioridades se encuentran recogidas en la Cartera de Servicios, y se ocupa de la atención sanitaria a enfermedades agudas y crónicas. Además se hace cargo de la demanda de la atención urgente en su horario de funcionamiento.

Para acceder a los servicios de AP es necesario tener una tarjeta sanitaria individual, que identifica a cada usuario como usuario del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, el segundo nivel asistencial de nuestro sistema de salud es la atención especializada (AE), que se define como el conjunto de recursos materiales y humanos que se ponen a disposición por parte del sistema nacional de salud para atender las cuestiones y problemas sanitarios de mayor complejidad.

Sánchez, F., 2013 argumenta que la AE pública representa una parte importante tanto del gasto sanitario como de la asistencia, se caracteriza porque se concentra un buen número de recursos humanos y tecnología muy especializada. Su coste hace que cualquier intento de racionalización del gasto sanitario se centre en este tipo de asistencia, además la mayor especialización de la asistencia hospitalaria requiere ámbitos poblacionales mayores y permite, a priori, mayores ganancias de eficiencia

La AE constituye una buena parte del gasto sanitario y a la hora de estudiar su viabilidad cobran gran importancia las cuestiones relativas a su organización y estructura

La AE se estructura de acuerdo a demarcaciones demográficas delimitadas que se conocen bajo el nombre de "Áreas de Salud",

"Las áreas de Salud son demarcaciones territoriales destinadas a garantizar la atención integral de la salud. Son estructuras básicas del sistema sanitario que tienen la responsabilidad de gestionar y coordinar, de manera unitaria y coherente. todos los centros y establecimientos del servicio de salud, las prestaciones sanitarias y los programas a desarrollar por ello". (Martín, M., 2011).

Las Áreas de Salud se subdividen, a su vez, en zonas básicas de salud que son el marco territorial de la Atención Primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Cada área dispone de un hospital general como referente para la Atención Especializada. En algunos servicios de salud existen estructuras organizativas intermedias entre el Área de Salud y la zona básica.

La atención especializada brinda, al igual que la atención primaria, servicios ambulatorios y de urgencia; se diferencia de esta en cuanto a que, al ser el nivel más alto de atención, ofrece servicios de internamiento. Este nivel de atención se ofrece en centros de especialidades y hospitales, de forma ambulatoria o en régimen de ingreso.

Figura 1.9. Diferencias entre atención primaria y especializada

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
CARACTERÍSTICAS	Accesibilidad	Complejidad Técnica
ACTIVIDADES	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
ACCESO	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
DISPOSITIVO ASISTENCIAL	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
RÉGIMEN DE ATENCIÓN	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: mapasanitario.org. Fundació Josep Laporte 2012

1.3.7. Financiación del Sistema Sanitario Español

La Figura 1.10 recoge los diferentes flujos financieros del sistema sanitario de España:

Los ciudadanos se dividen en población y/o pacientes, estos a su vez a través del pago de los impuestos y las cotizaciones financian el Sistema Nacional de Sanidad.

El dinero recaudado desde los ciudadanos vía impuestos va directamente a las comunidades autónomas que se encargan de gestionar este capital recibido mediante los

servicios regionales de salud, desde aquí se destina un determinado presupuesto para las distintas áreas de sanidad. Una determinada cantidad va a centros de atención primaria, otra cantidad a hospitales públicos, otra a farmacia, otra a salud pública, también conciertos con entidades privadas y pago por servicios a profesionales privados.

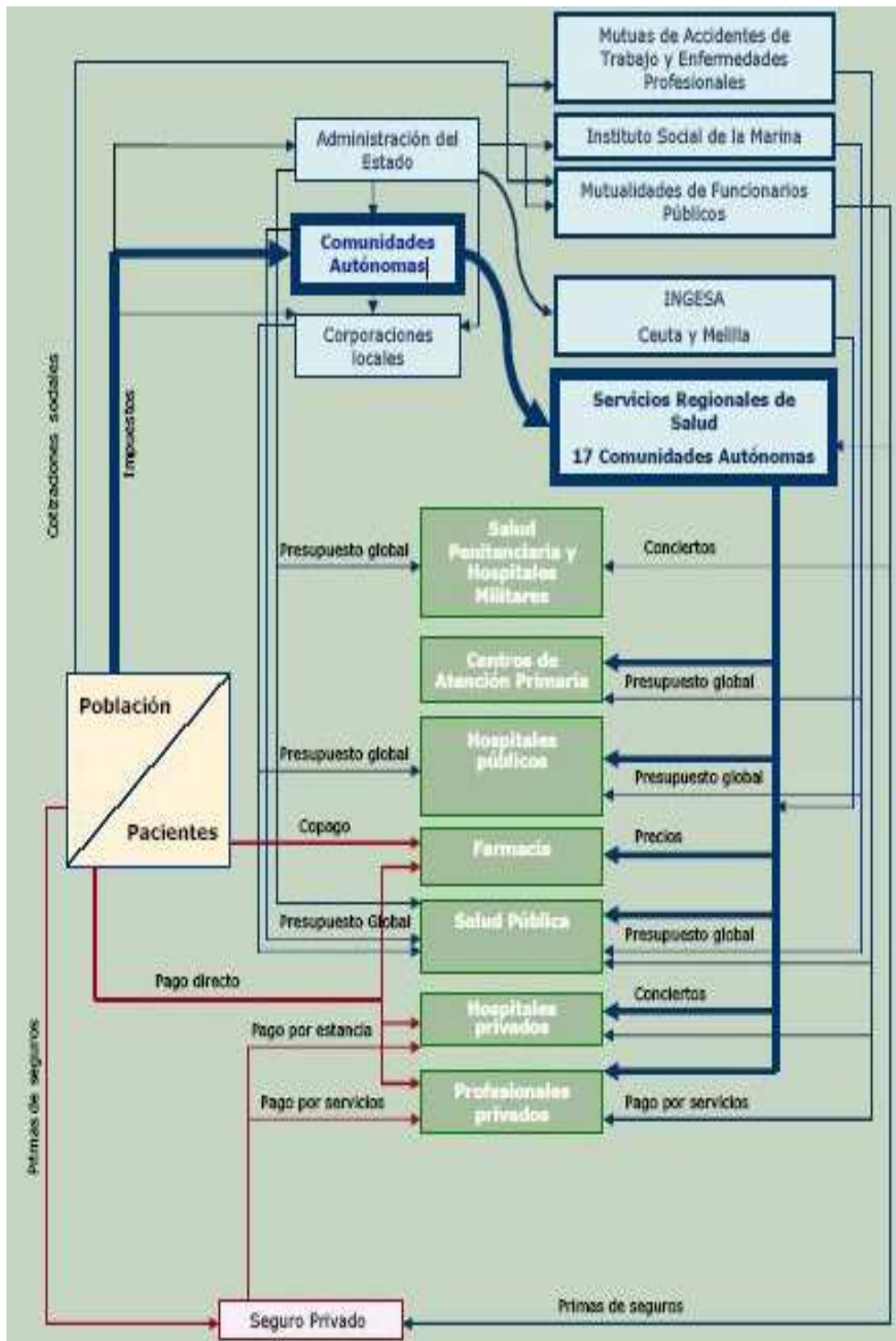
Por otro lado, la cantidad recaudada mediante cotizaciones sociales se destina a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y a las mutualidades de funcionarios públicos.

Un porcentaje de los ingresos vía impuestos es distribuido desde la administración del estado a INGESA en Ceuta y Melilla, al Instituto Social de la Marina y a las mutualidades de funcionario públicos. También se vierten fondos a las comunidades autónomas, las cuales a su vez, destinan fondos a las corporaciones locales. Igualmente la administración del estado inyecta financiación a la sanidad penitenciaria y los hospitales militares, hospitales públicos y a la salud pública.

Por otra parte, desde los pacientes provienen fondos mediante el pago directo de algunos servicios o mediante el copago, como farmacia, hospitales privados o profesionales privados.

En cuanto a los seguros privados, reciben fondos por las primas de seguros de los pacientes que contratan sus servicios y por otro lado desde el sector público a través de las mutualidades de funcionario públicos, ya que como es sabido, los funcionarios públicos pueden elegir entre el sistema de sanidad público o privado.

Figura 1.10. Flujos financieros del Sistema Sanitario Español

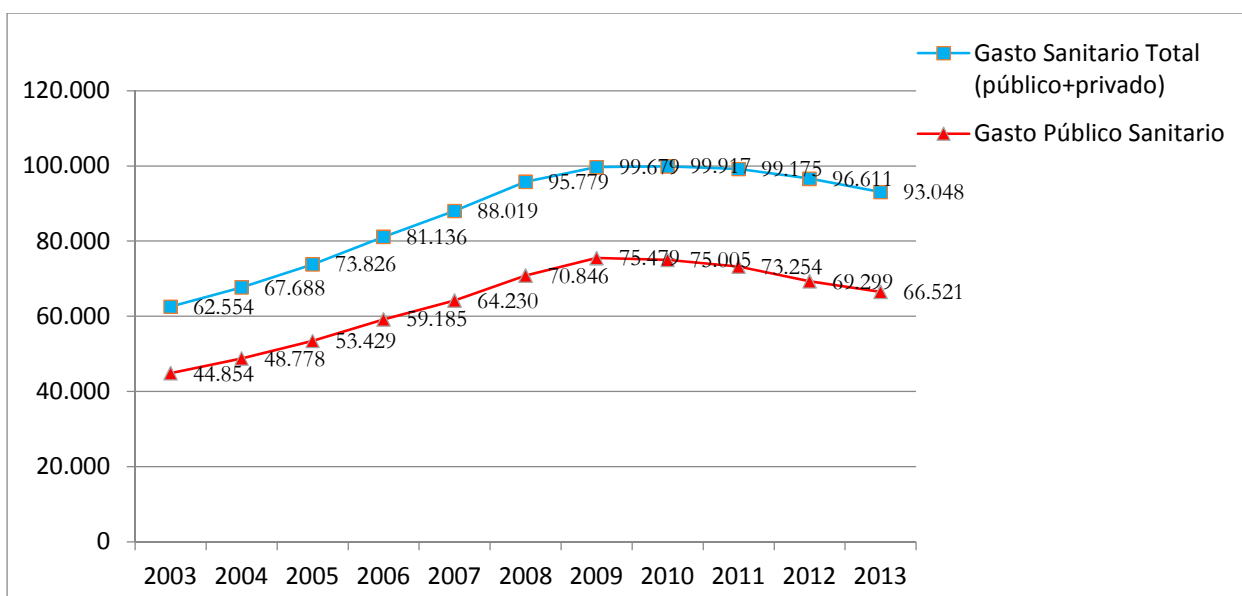


Fuentes: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. D.G. de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Elaborado por la S.G. de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

Por otro lado, el gasto sanitario ha seguido tendencias internacionales alcistas, creciendo en el periodo 2003-2008 a un ritmo superior al 4% anual (Sistema de Cuentas de Salud, 2012).

La siguiente figura (Figura 1.11) recoge la evolución del gasto sanitario expresada en millones de euros entre los años 2003-2013:

Figura 1.11. Evolución del gasto sanitario total y público en España



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud

El gasto sanitario en España es elevado, aunque no excesivo en términos comparados con los países de nuestro entorno y todavía por debajo de la media de la UE. Por otro lado, a pesar de los factores que presionan hacia un incremento del gasto (incremento de la población, envejecimiento, desempleo, incremento de enfermedades crónicas, mayor oferta de servicios...), su ritmo de crecimiento se frena en seco con la crisis económica, con un ajuste anticipado del sector privado continuado del ajuste del sector público.

La economía española ha sufrido en los últimos años una fuerte crisis, con una depresión que afecta a la actividad productiva y al empleo, y que repercute en la evolución de los servicios públicos. En el caso del sector sanitario esto se ve en la contención aplicada a partir de 2009 y, sobre todo, en 2010 y 2011 con una significativa disminución del gasto.

España gastó en sanidad 99.175 millones de euros en 2011; esto significa que en relación con 2010 se ha producido una reducción del gasto de un -1,9% en términos corrientes profundizando el camino de reducciones iniciado en 2010. Si medimos la evolución en términos reales, con euros constantes de 2008, la reducción es del -2,8% (Sistema de Cuentas de Salud).

Gasto sanitario total en relación al PIB.

El gasto sanitario total en relación con el PIB ha seguido tendencias alcistas.

El crecimiento del peso del gasto sanitario sobre el PIB no es un fenómeno exclusivo limitado a España. El gasto en el Reino Unido ha tenido una evolución muy similar a la de España, partiendo de una base algo superior pero con un resultado en 2011 casi idéntico. Igual sucede en Alemania, pero con un gasto mayor, que parte de un 6,01% en 1970 hasta alcanzar en 2011 el 11,06%

Sin embargo, como consecuencia de la crisis el gasto sanitario en relación al PIB ha sufrido una contención. En 2011 equivalía al 9,30% del PIB, lo que implica una reducción clara en comparación con los dos años anteriores: en 2009 la cifra alcanzaba el 9,62% y en 2010 el 9,61%.

Gasto público y privado

De los 99.175 millones de euros gastados en sanidad en 2011, 73.254 millones corresponden al sector público y 25.921 al sector privado, un 73,0% y un 27,0% respectivamente.

El ritmo de crecimiento del gasto público ha estado hasta 2010 por encima del gasto privado. Lógicamente, esto ha incrementado la participación del sector público desde el 70,2% en 2003 hasta 73,0 % para 2011.

No se debe perder de vista, sin embargo, que este porcentaje del sector público llegó hasta ser el 74,7% en 2009, disminuyendo desde entonces por el mayor ajuste sufrido por el sector público.

Por tanto, hay que diferenciar el comportamiento del gasto sanitario producido por las Administraciones Públicas del generado por el sector privado. Hasta el año 2009, el sector

público siempre crece con un ritmo superior al sector privado, y ambos lo hacen en todo momento por encima del crecimiento del PIB. El sector privado tiene una evolución que se ajusta a la marcha de la economía reflejada por el PIB, rota en el año 2011, en el que el PIB crece ligeramente (un 0,4%) pero el sector sanitario privado se contrae el -1,4%. Esto puede estar explicado por dos fenómenos: la prolongación y la intensidad de la crisis económica, que produce una mayor contención del gasto en todos los aspectos, incluido el sanitario; y la fuerte reducción de los presupuestos y la capacidad de gasto de la sanidad pública, de la que la privada tiene una alta dependencia económica.

Mientras, el gasto sanitario público ha mantenido un ritmo de crecimiento superior, sólo ajustado a partir de 2010 aunque ya se aprecia en 2008 una fuerte caída de los ingresos tributarios totales. Este comportamiento se debe, en gran parte, al fuerte peso del gasto sanitario de las CCAA en el conjunto del gasto sanitario público y a su sistema de financiación.

Según los datos facilitados por el Sistema de Cuentas de Salud sobre el año 2011, España destina el 6,79% del PIB al gasto público en salud y el 2,51% al gasto privado.

La mayor parte del gasto sanitario generado por las Administraciones pertenece a las Administraciones autonómicas. A ellas corresponde el 66,8% del gasto sanitario total y el 91,5% del correspondiente a las Administraciones Públicas. (Sistema de cuentas de Salud)

El gasto sanitario público en España está concentrado en las Comunidades Autónomas. En estas, dicho gasto constituye la mayor partida presupuestaria suponiendo el 32% del gasto total de los presupuestos iniciales de las CCAA en el año 2012.

Las CCAA tienen dificultades para cumplir con los presupuestos, prueba de ellos son que los gastos devengados son sistemáticamente mayores que los presupuestados inicialmente por las CCAA, concretamente un 7,89% de media entre los años 2008 y 2011.

Además, no todas las CCAA presentan el mismo gasto sanitario, ya que este está influido por distintas variables, entre las que cabe destacar sobre todo el diferente tamaño de las poblaciones atendidas.

En 2011 las comunidades autónomas destinaron algo más de 57.408 millones de euros a los presupuestos sanitarios. Las comunidades que más dinero destinan a esta partida son Andalucía (9.379 millones), Cataluña (9.200 millones) y Comunidad de Madrid (7.134 millones), según los datos del Ministerio de Sanidad.

Sin embargo, el gasto por persona arroja un resultado distinto. La autonomía que más invirtió per cápita en sanidad en 2011 fue el País Vasco con 1.640,99 euros por persona, seguida de Navarra (1.548,11) y Extremadura (1.505,87). Las que menos destinan por habitante son Baleares (1.088,01), Valencia (1.113,70) y Madrid (1.158,12). La media española es de 1.273,09 euros.

Las retribuciones de los profesionales también varían según las comunidades. Según los datos del Consejo General de Colegios de Médicos, un médico de primaria con 20 años de carrera puede ganar algo más de 74.000 euros al año en Extremadura o más de 91.000 euros en Murcia.

1.4. LA CRISIS ECONÓMICA Y EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

La crisis económica ha afectado a la mayoría de los países europeos desde 2008, llevando a un incremento del déficit y de la deuda pública, tras un periodo de crecimiento y estabilidad. Como consecuencia, los presupuestos han sufrido restricciones tanto por una reducción de los ingresos (particularmente en aquellos países con mayores tasas de desempleo), como por la limitación de gastos.

En España, la crisis económica tiene su origen en el sector inmobiliario y el sector bancario. Matea y Sánchez (2006) argumentan que la fase de crecimiento de la economía española se sustentó en la construcción, convirtiéndose en el sector dinamizador del desarrollo económico a partir de 1997. La oferta de vivienda llegó a duplicar las cifras estimadas de 325.000 unidades de demanda de vivienda por razones demográficas (García Ontalvo, 2006).

El estallido de la burbuja inmobiliaria empezó a fraguarse en el año 2007, con cierta antelación a que la crisis financiera mostrara sus efectos de forma significativa en la economía española. Probablemente, la crisis financiera y el estallido de la burbuja se

reforzaron mutuamente, y ello tuvo consecuencias dramáticas para el sector de la construcción, el resto de sectores productivos y también tuvo efectos para el sistema sanitario.

Repullo (2009) recoge en un artículo siete efectos de la crisis sobre el sistema sanitario que quedan esquematizados en la Figura 1.12. y que se exponen a continuación.

En primer lugar supone una merma de recursos financieros para las administraciones públicas, y en particular una mayor dificultad para aportar recursos presupuestarios suficientes para la sanidad; El sector sanitario ha presentado una elasticidad positiva relevante en relación al crecimiento económico, así como una enorme dificultad para gestionar disminuciones (dada la especificidad de activos y las resistencias políticas y sociales a minorar servicios sanitarios, por menos eficientes o necesarios que puedan ser).

Por ello, la adaptación a este marco de pobre financiación se tiende a producir en el capital instalado (menos tecnología nueva y más dilatado plazo de sustitución), en los salarios y plantilla (capital humano) y en aquellos gastos que puedan estar sujetos a un cierto control presupuestario.

Algunos gastos se escapan de esta capacidad de control: farmacia, productos sanitarios y otros consumibles crecerán proporcionalmente porque se prescriben o indican y al final toca pagarlos.

El modelo de financiación autonómica acordado en 2001 supuso un cambio importante en la forma de financiar la sanidad, que pasó de un modelo redistributivo basado en impuestos directos e indirectos, que se repartían en función de la población de cada CCAA, a otro basado en impuestos transferidos, que gravan la renta, el consumo y la actividad económica (35% del IVA, 33% del IRPF y otros impuestos sobre venta de pisos, tabaco, alimentos, etc.), y que tienen una estrecha relación con el nivel de desarrollo y la actividad económica de cada territorio.

La crisis económica puede poner en riesgo la suficiencia financiera del sistema sanitario en las CCAA con menor actividad económica (FADSP, 2008)

Un segundo efecto de la crisis es la falta de liquidez financiera para afrontar los pagos; en este caso, serán los suministradores externos (en mucha menor medida la poderosa

farmacia) los que asumirán los crecientes retrasos. Esto supone un encarecimiento de los inputs del sector (tanto por los intereses de demora como el sobrecoste de la incertidumbre del plazo de pago); también representará un desgaste por despilfarro de tiempo de los directivos y gestores del sistema, al tener que dedicar mucho esfuerzo en la gestión de los retrasos y deudas. Las haciendas autonómicas con poca experiencia y escasa vocación de elevar impuestos, tenderán a concentrar competencias en la gestión de compras, personal y pagos; la lógica del control lleva a más retraso, más costes de transacción internos, y a peor gestión.

El tercer efecto de la crisis será tensar los conflictos entre administraciones central y autonómica, lo que hace prever una mayor tensión y menor cohesión.

Como cuarto efecto, la crisis tensará las relaciones entre las propias administraciones sanitarias. Y ello, por la debilidad de órganos sistémicos eficaces para gobernar las funciones compartidas y las interacciones entre territorios (aseguramiento público, función de compra, políticas de personal, cartera de servicios, evaluación de tecnologías, precios de medicamentos, etc.). La tentación de las CCAA será buscar nuevas fuentes de financiación.

El quinto efecto de la crisis serían los habituales conflictos con la profesión médica y de enfermería. La escasa legitimación del sistema y el bajo perfil del profesionalismo existente llevan a prever una conflictividad creciente, o lo que es peor, una desafección en la dedicación y el esfuerzo. La actual rigidez y escasa capacidad de motivación del marco laboral y organizativo de los médicos y enfermeras, hacen difícil mejoras en el corto plazo; el avance en un contrato social renovado con los profesionales se hace tan necesario como difícil desde la realidad actual de un SNS tan fragmentado, y con tan pocas estructuras de consenso y negociación acreditadas.

El sexto efecto afectaría a la dimensión de relación con los pacientes. El paro y la merma de ingresos traen mayor necesidad y demanda, y tiende a saturar más las entradas al sistema. En este sentido se precisa una mejora de los mecanismos de protección social (entre ellos la Sanidad), si se quiere evitar un deterioro importante de sus condiciones de vida (FADSP, 2008)

La merma de recursos llevará a erosionar más rápidamente los aspectos no tecnológicos de los servicios, y a compensar la falta de tiempo médico, con menor sensatez y coordinación que garantice la necesaria continuidad de servicios y enfoque a pacientes y procesos. El papel de la atención primaria, de la gestión clínica y de las experiencias de integración asistencial puede ser central, pero van muy lentas para compensar la tendencia natural a la fragmentación que será estimulada por la crisis.

Y en séptimo lugar, la crisis aumentará los problemas de legitimidad y fidelización de los ciudadanos con su servicio público de salud.

Los ciudadanos tienen dificultades para internalizar las consecuencias de la crisis en sanidad, sobre todo por la debilidad de la cultura política para expresar las limitaciones del sistema (priorización) y de la medicina (medicalización del malestar). Cuando se promete todo a todos y gratis, es difícil salir de la ilusión. El choque de expectativas desmedidas y realidades con problemas crecientes y evidentes, lleva a la deslegitimación social y al malestar ciudadano; y también a favorecer fugas parciales al sector privado o a las medicinas alternativas. Uno de los problemas más difíciles, pero quizás más necesarios es avanzar en contrato social renovado con los ciudadanos, que les otorgue y responsabilice en el papel de co-propietarios del sistema, y les implique en su gobierno y gestión.

La peor crisis posible es la que podría producirse con la pérdida de confianza, con la merma del capital social, con el declive moral y de confianza de los españoles con la sanidad pública. En momentos donde se duda de la calidad democrática, la honestidad y la integridad de instituciones y figuras políticas, es esencial que los agentes políticos y sociales hagan una contribución generosa a la revitalización del contrato social por un Sistema Nacional de Salud sostenible.

Figura 1.12. Efectos de la crisis sobre el sector sanitario

CRISIS-AMENAZA	CARACTERÍSTICAS	EFECTOS
Financiación pública	Merma de recursos presupuestarios e imposibilidad de gestionar la disminución	Descapitalización, erosión de los salarios y desequilibrios a favor de partidas abiertas
Liquidez y pago de obligaciones	Suministradores externos(excepto farmacia) asumen crecientes retrasos	Encarecimiento y despilfarro de tiempo directivo en gestión de retrasos y deudas
Conflicto entre administraciones generales	Malas experiencias de oportunismo y gestión temeraria entre CCAA	Más tensión y menor cohesión
Conflicto entre administraciones sanitarias	Falta de órganos sistémicos eficaces para gobernar, aseguramiento público, funciones compartidas e interacciones	Creciente tensión; búsqueda de nuevas fuentes de ingresos
Conflicto con la profesión médica y de enfermería	Poca legitimación del sistema y bajo perfil del profesionalismo	Conflictos crecientes, y desafección probable.
Conflicto con los pacientes	Aumento de necesidades sanitarias (auténticas o derivadas) y erosión de aspectos no tecnológicos de los servicios y continuidad	Tendencia a saturación de servicios, deshumanización y fragmentación
Conflicto con los ciudadanos	Debilidad de la cultura política para expresar las limitaciones del sistema y de la medicina	Deslegitimación social, malestar y fugas parciales al sector privado o alternativo

Fuente: Fundació Unió. Repullo, 2009

1.5. CONCEPTO Y CLAVES DE LA SOSTENIBILIDAD

La mayoría de los países europeos están reduciendo sus presupuestos, con casos como España y Grecia con reducciones superiores al 8% de su PIB para el periodo 2010-2015 (PWC, 2006).

La reducción de los ingresos generados a través de impuestos y las contribuciones a la seguridad social están teniendo un alto impacto en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios (PWC, 2013).

Por otro lado, el continuo aumento del gasto sanitario constituye un motivo de preocupación para los gobiernos y autoridades sanitarias.

La revisión de la literatura recoge que el gasto sanitario aumenta por múltiples razones, entre ellas, el envejecimiento de la población, el aumento de la población protegida, la inmigración, enfermos crónicos así como por el aumento de nuevo conocimiento en biomedicina;

Hay quienes atribuyen el crecimiento del gasto sanitario a la avalancha de conocimiento que se genera en biomedicina cuyo objetivo es investigar mecanismos moleculares, bioquímicos, celulares y genéticos de las enfermedades humanas, esto es, desarrollar técnicas y fármacos que ayuden al tratamiento de enfermedades.

En un mundo en el que las economías son interdependientes y la productividad de las naciones depende de la salud de sus ciudadanos, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios mundiales es clave para la competitividad de los países y a la vez un imperativo económico. Es más, existe la obligación moral de crear un sistema sanitario sostenible globalmente. (PWC, 2006)

La sostenibilidad del sistema exige asumir el compromiso conjunto de introducir cambios en los sistemas de salud que promuevan su transformación. Ello requiere una visión compartida entre todos los agentes del sector, impulsar la innovación así como la calidad y la seguridad, avanzar en el proceso de transformación digital, realinear los incentivos de profesionales, pacientes e instituciones sanitarias, facilitar la asistencia allí donde el paciente lo necesite, ser flexible en los roles profesionales y estructuras organizativas. (Healthcast 2020).

Estas ideas coinciden plenamente con nuestra visión de la sostenibilidad del sistema sanitario. La sostenibilidad no se debe contemplar solamente desde la perspectiva del gasto, que crece de forma muy acelerada en todos los países, sino que se agrava por la ausencia de sensibilidad a la utilización de recursos por parte de los usuarios y profesionales, problemas de calidad y seguridad y la deficiente valoración de los servicios sanitarios por parte de la población.

El informe Brundtland (ONU, 1987) introdujo el concepto de sostenibilidad bajo una premisa fundamental “cubrir las necesidades de la generación actual sin comprometer necesidades de futuras generaciones, procurando equilibrar en todo momento tres pilares básicos: social, económico y medioambiental”

La sostenibilidad es un estado económico donde las demandas medioambientales de las personas y del comercio pueden satisfacerse sin reducir la capacidad de atender las necesidades de las generaciones futuras (Hawkin, P., 1993). Esta definición se puede aplicar a Sanidad: con los niveles actuales de consumo, las organizaciones sanitarias no podrán satisfacer la demanda en el futuro.

En las sociedades industrializadas, el comportamiento del gasto sanitario presenta una elasticidad superior a 1, por encima del nivel de crecimiento de la propia economía y del aumento de la demanda, que está detrás del incremento del gasto. Por lo tanto, el problema de la sostenibilidad no está tanto en el crecimiento del gasto en sanidad, que es inevitable y no necesariamente malo, sino en algunos elementos que acompañan, acentúan, desacreditan y deslegitiman ese gasto ante los diversos públicos. Estos elementos se refieren a las ineficiencias de las organizaciones sanitarias; la ausencia de sensibilidad ante el gasto y la utilización de los recursos por parte de los usuarios y de los profesionales (debido al peculiar sistema de que quien prescribe ni paga ni consume, el consumidor ni prescribe ni paga y el que paga ni prescribe ni consume); a los problemas de calidad y seguridad; y a la deficiente valoración de los servicios sanitarios por parte de la población.

El informe Health Cast 2020 elaborado por Pricewaterhousecooper (PWC) recoge siete elementos de sostenibilidad de los sistemas y organizaciones sanitarias (figura 1.13.), los cuales se definieron teniendo en cuenta la opinión de directivos de hospitales, médicos, gobiernos, empresas de suministro de tecnología sanitaria y empresarios de 27 países, así como 120 gestores sanitarios de 16 países:

Figura 1.13. Claves de la Sostenibilidad

LA SOSTENIBILIDAD
Búsqueda de espacio compartido
Vertebración digital
Sistemas de incentivos
Calidad
Recursos
Innovación tecnológica
Adaptabilidad

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Informe Health Cast 2020

1. *Búsqueda de un espacio compartido*, los intereses públicos y privados deben converger hacia la construcción de una infraestructura que proporcione prestaciones sanitarias básicas en un contexto de prioridades sociales.

En este sentido los gobiernos, médicos y hospitales son los agentes que tienen mayor capacidad de control y contención del gasto y en menor medida los pacientes.

2. *La vertebración digital*, un mejor uso de la tecnología y la existencia de redes electrónicas interconectadas aceleran la integración, la estandarización y la transferencia de conocimientos clínicos y administrativos.

3. *Realineamiento de los sistemas de incentivos*, como garantía de acceso, así como de refuerzo de transparencia y responsabilidad en la toma de decisiones.

Desde el punto de vista de la población el sistema de incentivos debe estar orientado a promover estilos de vida saludables y a favorecer la utilización responsable del sistema sanitario, en este sentido los gobiernos deben hacer esfuerzos y fijar políticas que promuevan estos incentivos. En España un buen ejemplo es la Ley antitabaco.

Desde el punto de vista de los profesionales los esfuerzos deben orientarse a programas de pago por desempeño y no por actividad como forma de mejorar el rendimiento.

Orsi E. y Reoyo A. (2011) conciben el sistema de incentivos como la forma de estimular a los profesionales para que mejoren su rendimiento en una dirección determinada y consideran que su objetivo debe ser mejorar la eficiencia del sistema en general. Estos autores dejan constancia de la falta de imaginación de los distintos servicios de salud comunitarios, que no han ideado formas de estímulo que no sean meramente económicas. El incentivo económico se ha demostrado poco poderoso en trabajadores altamente cualificados y que superan determinado nivel de renta.

4. *Estandarización de la calidad y seguridad*, que genera mecanismos de control responsable, aumenta la transparencia y genera confianza.

5. *Despliegue estratégico de recursos*, una adecuada distribución de los recursos satisface las exigencias, con frecuencia, contrapuestas de controlar costes, a la vez que proporciona la máxima atención sanitaria al mayor número de personas posible.

6. *Clima de innovación la tecnología* y la mejora de los procesos son la fórmula de avance continuo en la mejora de la calidad asistencial, eficiencia y los resultado.

7. *Adaptabilidad de profesionales y estructuras organizativas*, la flexibilidad en la organización y en los roles de los profesionales abren puertas a una organización centrada en el paciente.

1.6. FACTORES DE LA SOSTENIBILIDAD

El rasgo más común de la evolución de los sistemas sanitarios de países desarrollados es que en los últimos treinta todos ellos han debido afrontar como problema principal el incremento progresivo del gasto sanitario.

Los avances en biomedicina, el envejecimiento de la población, el incremento de las demandas sociales y la exigencia de mayor calidad en las prestaciones son entre otros, algunos de los factores que contribuyen de forma activa al incremento del gasto sanitario, muy por encima del crecimiento de la economía. La sostenibilidad del sistema sanitario

español está por tanto supeditada al impulso de cambios que promuevan una reinversión y transformación del propio sistema (Fenin, 2006).

1.6.1. Envejecimiento de la población: Madrid

A medida que avanza el envejecimiento de la población, la sostenibilidad de la financiación del bienestar sanitario y de atención a la dependencia de las personas mayores se convierte en una preocupación prioritaria y común en todas las sociedades y gobiernos de los países desarrollados. (Puig-Junoy, J)

El envejecimiento poblacional constituye uno de los factores más relevantes en cuanto al futuro de la sanidad española.

La esperanza de vida es el indicador con mayor tradición y uso en la valoración del estado de la salud de la población. Está relacionado no solamente con el nivel de salud sino también con las circunstancias sociales y económicas de la población. Su cálculo está basado en las tasas actuales de mortalidad que están lógicamente sometidas a cambios en el tiempo.

El siglo XX en España ha estado marcado por el descenso de la mortalidad y por el aumento de la esperanza de vida.

A principios del siglo XX la esperanza media de vida al nacer era en España de 35 años para ambos sexos, mientras que hoy es de 77 años para el hombre y de 83 para la mujer. El 80% de los varones y el 90% de las hembras llegan actualmente a viejos, es decir, consiguen rebasar la edad de 65 años. En algunas CC AA, la población mayor de 80 años supera el 6% del total, como en Castilla y León (7,2%), Asturias (6,7%) y Aragón y Galicia (6%). A 1 de enero de 2007, la población de más de 65 años era de 7,5 millones de personas (el 17% de la población) y las estimaciones disponibles para el año 2050 cifran este segmento de la pirámide poblacional en torno a los 16 millones de personas, esto es, aproximadamente, en el 30% de la población total.(INE)

El envejecimiento demográfico de nuestro país es, además, un fenómeno *progresivo* (cada vez hay más viejos, elevándose así la edad media del conjunto de la población) e *irreversible* (es un proceso de imposible retorno. Para corregirlo sería necesario que el índice de

fecundidad que actualmente está en un nivel de 1,3 hijos por mujer se elevase a 6 o más, lo cual es imposible)

El envejecimiento conlleva un aumento del gasto sanitario y a un desequilibrio financiero del sistema de cara al futuro.

Conviene anotar también que la distribución geográfica del envejecimiento poblacional es muy irregular. En Castilla-La Mancha, la población mayor de 65 años representa el 22,5% del total, mientras que en las de Ceuta y Melilla o Canarias, sólo supone el 5,9% y 12,4%, respectivamente. Esto tiene indudable importancia referido a un sistema de salud tan fragmentario como el español, basado en la total transferencia de competencias por parte del Estado a favor de las CCAA.

Ollero Baturone (2009), apunta que la relación de la edad con el uso de recursos sanitarios está claramente establecida. Las tasas de frecuentación hospitalaria aumentan de forma notable con la edad, multiplicándose por 10 la frecuentación de los mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 (Agencia de Calidad del SNS, 2006). La mayor demanda de recursos sanitarios por parte de las personas de edad avanzada es razonable ya que representan una parte de la población con mayor limitación funcional y peor salud percibida. El 49% de las personas mayores de 75 años tienen alguna limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana y en el 14% esta limitación es muy importante (Encuesta Nacional de Salud, 2006)

Además el crecimiento de la población protegida presenta una elevada concentración en el tiempo y en algunas CCAA (impacto heterogéneo). En el 2003, el 68% de los residentes extranjeros residía en cuatro CCAA: Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía.

La necesidad de gasto sanitario presenta una cierta elasticidad frente al aumento de la población, mientras que los ingresos tributarios cedidos a las CCAA son probablemente menos elásticos respecto de los aumentos poblacionales (IRPF, IVA e IE), siendo precisamente otros ingresos del Estado y la Seguridad Social mucho más fáciles de sintonizar respecto de las variaciones en la población (por ejemplo, los ingresos por cotizaciones a la Seguridad Social).

Hay quienes opinan que el envejecimiento de la población como un factor exógeno que escapa al control de la gestión de servicios sanitarios apenas ha supuesto un incremento moderado del gasto por persona (entre el 0,3% y el 0,5% anual) y que la verdadera causa del aumento de gasto hay que buscarla en factores mucho más endógenos y dependientes de la gestión y utilización de los servicios tales como precios relativos más elevados, cambio tecnológico incesante, nuevas prestaciones, mayor frecuentación de los servicios, aumento de la intensidad de recursos por acto médico, etc.

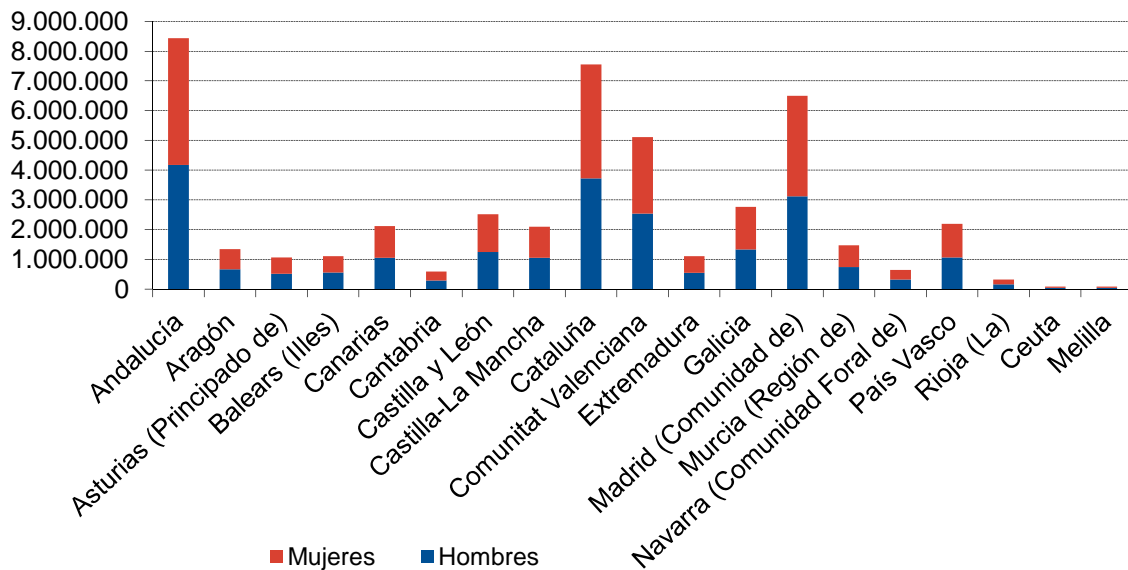
Sin embargo, hay que tener en cuenta que la demografía, como factor exógeno, impulsa el crecimiento del gasto sanitario no sólo a causa de la variación en la composición de la estructura de edades, sino por el propio aumento de la población, que en España ha sido particularmente importante en la última década.

Una cuestión importante a tener en cuenta a la hora de valorar el impacto del envejecimiento progresivo sobre el gasto sanitario es la siguiente: que el gasto por persona sea más elevado a medida que aumenta la edad de los individuos puede tener más que ver con que la probabilidad de muerte aumenta con la edad, que con la edad propiamente dicha.

Fuch, V. (1990) señaló que la relación entre gasto y edad estaba contaminada por el hecho de que la proporción de individuos que se encuentran en el último año de vida (cuyos costes si son realmente muy elevados) aumenta rápidamente con la edad. Es decir, el impacto sobre los costes no depende tanto del número de individuos que superan una cierta edad sino del número de muertes, ya que el gasto sanitario se concentra de forma muy relevante en el periodo final de la vida de la persona.

La estructura de la población de Madrid está en un proceso de transformación demográfica. Madrid es junto con Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana una de las ciudades de España más pobladas. En la última década la población se ha incrementado un 17,2% siendo el número total de habitantes en el año 2012 6.405.385, según datos del Instituto Nacional de Estadística (Figura 1.14.).

Figura 1.14. Estructura de la población CCAA por sexo



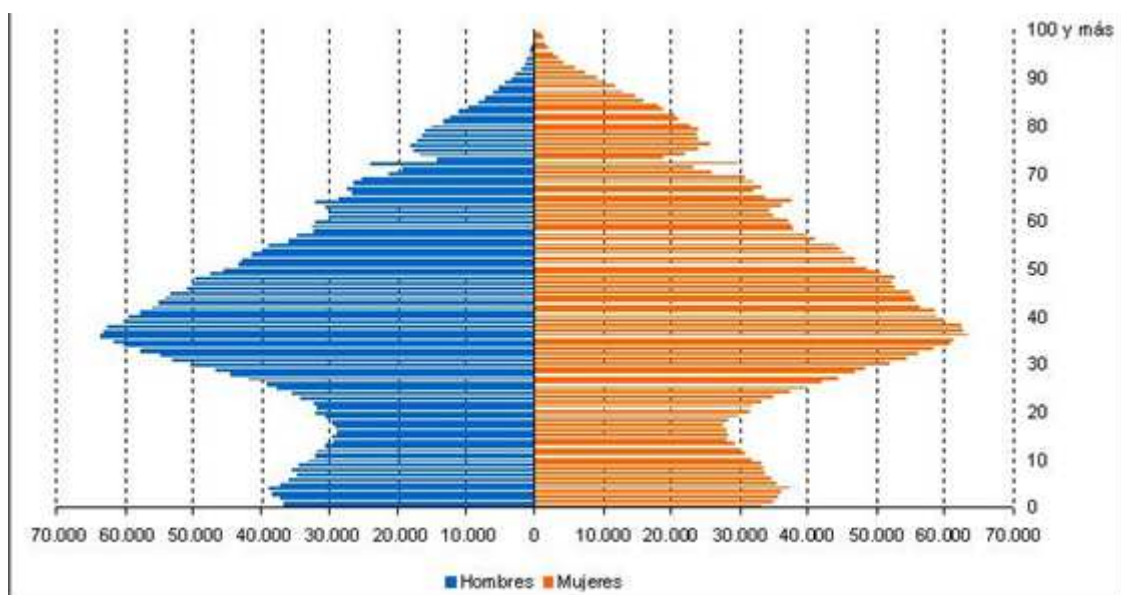
Fuente: Instituto Nacional de estadística

Este incremento de la población se debe en parte a la mayor esperanza de vida, a un repunte en la tasa de natalidad y a una menor tasa de mortalidad.

La Comunidad de Madrid es la región con la esperanza de vida más alta de España, y según los últimos informes, sube hasta llegar a 84,2 años de media entre los dos sexos (año 2013), se vive casi un año y medio más que en el conjunto de España. (Datos del INE)

En cuanto a la pirámide de población, representa la estructura de la población por edad y sexo (Figura 1.15.), y según el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (2015) se caracteriza por el alto nivel de supervivencia, mayor en las mujeres que en los hombres, y un peso relativo muy importante de la población adulta, especialmente entre los 25 y los 49 años de edad. Se caracteriza también por un fuerte descenso del tamaño de las generaciones nacidas en los años ochenta y noventa del siglo XX.

Figura 1.15. Pirámide de población por edad simple 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En la última década se ha ralentizado el proceso de envejecimiento de la Comunidad de Madrid. A pesar de que, en términos absolutos, la población de personas de 65 y más años ha continuado incrementándose de forma progresiva, en términos relativos, el porcentaje de mayores de 65 años con relación a la población total se ha mantenido más o menos estable en los últimos años, siendo en el año 2001 14,8% y en el año 2011 del 15,0%

Este hecho se debe fundamentalmente a que el incremento de la población en otros tramos etarios ha compensado el de la población mayor. De esta forma, la región ha sido receptora de la llegada de población en edad de trabajar, tanto procedente de otras comunidades autónomas como de otros países.

Cabe destacar que, a pesar del estancamiento global del porcentaje de población mayor de 65 años, se aprecia un incremento paulatino y sostenido del número de personas con 75 y más años. Así, este porcentaje representaba en el año 2001 el 6,4% de la población, mientras que en el año 2011 era del 7,5%, habiendo crecido 1,1 punto porcentual en una década.

Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas que se tratará en el siguiente apartado.

La actual situación de crisis económica está dando lugar a una disminución del saldo migratorio que hace esperar que tanto el número de personas en edad de trabajar como el número de nacimientos en nuestra región se reduzca, incrementando de esta forma el proceso de envejecimiento de la población.

1.6.2. Cambio en el patrón de enfermedades. Cronicidad

La mayor parte de los cambios económicos, sociales y culturales que suelen identificarse con la modernización y evolución del sistema tienen una doble cara. Por un lado ayudan a reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas y los problemas derivados de la reproducción, por otro lado provoca cambios en el patrón de enfermedades que se traducen en accidentes laborales, trastornos mentales, accidentes de tráfico, consumo de sustancias nocivas como tabaco, alcohol y otras drogas, y hábitos de alimentación poco saludables.

En nuestro país, como en el resto del mundo, el patrón epidemiológico global está cambiando en las últimas décadas, con un progresivo predominio de las patologías crónicas sobre las agudas, pero es evidente que nuestros sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo y no se han adaptado a los retos planteados. En este entorno se hacen especialmente patente algunas de las deficiencias tradicionales de nuestro sistema sanitario, como es la dificultad para que el paciente circule de manera fluida por los diferentes niveles asistenciales. Sin embargo, la posición de España para afrontar los retos de la cronicidad es buena. (Semfyc, 2011)

Disponemos de la mayoría de los elementos que nos pueden permitir una rápida reorganización de nuestro Sistema de Salud y, especialmente, un sistema sanitario de cobertura universal, de proveedores mayoritariamente públicos y, sobretodo, con una atención primaria fuertemente implantada y consolidada que es la puerta de entrada al sistema sanitario.

Sin embargo, no se está desarrollando una estrategia clara en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, aún cuando hay evidencia de que una estrategia integrada es uno de los pilares de los abordajes de éxito para el problema de la cronicidad (Gérvás J, Pérez Fernández M, 2009)

Nuestra sanidad debe hacer frente en la actualidad a los gastos derivados de este tipo de enfermedades, cobrando gran importancia las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas han aumentado, se definen como enfermedades de larga duración por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, respiratorias, los infartos, el cáncer, y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsable del 60% de las muertes, además de desencadenar el 75% del gasto sanitario público (OMS, 2008).

Estas enfermedades constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud debido a varios factores: gran número de casos afectados, creciente contribución a la mortalidad general, conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y coste elevado de su tratamiento. (González E., Gutiérrez C., Stevens G., Barraza M., Porras R., Carvalho N., et al, 2007)

Margaret Chan (2014), alertó sobre el crecimiento de este tipo de enfermedades en una Conferencia magistral en la sede del Ministerio de Salud Pública de Cuba y apuntó que el progreso socioeconómico crea condiciones que favorecen a ellas por lo que representan enormes desafíos para los Estados.

Los Estados deben invertir recursos y llevar a cabo políticas de gestión que actúen sobre los factores de riesgo de este tipo de enfermedades (alcohol, tabaco, sedentarismo, dietas poco saludables, etc)

Las enfermedades crónicas no se distribuyen al azar, sino que se ven más frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, tanto por causas genéticas mal comprendidas como por efecto del contexto. Como siempre, la pobreza es el determinante clave unida a la falta de educación formal, pérdida de expectativas sociales y personales y hábitos de vida perjudiciales para la salud.

Las enfermedades crónicas se pueden considerar desde tres puntos de vista: pacientes y familiares, servicios sanitarios y profesionales (Gérvas J., 2010)

Desde el punto de vista del paciente y de su familia, lo esencial es lograr un acceso apropiado a los servicios necesarios (los servicios necesarios son los que conllevan mejoras en el estado de salud, aunque sólo sea por un mejor «sobrellevar» la enfermedad; por ejemplo, ayuda para morir con dignidad).

Las barreras a la accesibilidad son tremendas en la actualidad, con un sistema sanitario fragmentado en servicios (por ejemplo, atención especializada y primaria, más asilos, mutuas y demás), y poco ligado a los servicios sociales.

Los pacientes, las familias y la población quieren y precisan servicios globales y coordinados para ofrecer un seguimiento adecuado a sus problemas de salud. Es justo y conveniente dar respuesta a ese deseo, y ello debería ser el fiel de la balanza de la equidad. En este sentido, Gérvas J. (2010) plantea mejorar la respuesta sanitaria con cambios estructurales e incentivos que promuevan el uso de recursos que mejoren la salud de la población.

Desde el punto de vista de los servicios sanitarios, lo esencial en la atención a las enfermedades crónicas es no hacer daño. Es decir, cumplir el fundamento básico del *primum non nocere*. En la práctica ello exige seguir a quienes lo necesitan y no seguir a los que no lo necesitan.

La gestión no se traduce sólo en evitar el daño, ya que engloba la búsqueda de la mejor organización, el uso eficiente de los recursos. En lo que se refiere a los enfermos crónicos, lo crucial es determinar los servicios necesarios según afectación y capacidad de respuesta personal/familiar. Con ello se determinan los profesionales y lugares adecuados a las necesidades de los pacientes.

Desde el punto de los profesionales sanitarios, lo importante es ofrecer al tiempo: a) continuidad, encadenamiento de los distintos eventos de atención a un problema concreto, desde la consulta de la enfermera de primaria a la visita a la farmacia, pasando por urgencias y demás) y b) longitudinalidad, seguimiento a lo largo de la vida de los distintos problemas

de salud del paciente y de su familia; es decir, seguimiento simultáneo de los distintos problemas de salud de un paciente, crónicos y agudos, en su contexto familiar (Gérvás J.,2010)

Estrategia para tratamiento de enfermedades Crónicas en Madrid.

El patrón de enfermedades está cambiando pero los sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo. Para abordar este problema muchos estados invierten recursos en estrategias que actúan sobre los enfermos crónicos.

La Comunidad de Madrid invierte recursos en este tipo de estrategias que buscan adaptar su Sistema de Salud para poder responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y socio-sanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas.

Las estrategias para abordar el problema de la “cronicidad” de la Comunidad de Madrid se basan en cuatro premisas:1) tomar como referencia las estrategia del sistema nacional de salud, 2) ser altamente participativa, donde participen todos los ámbitos asistenciales en colaboración con otros grupos de interés y organizaciones, 3) utilizar una metodología orientada a las necesidades de la comunidad y 4) la existencia de un proceso de retroalimentación, mejorando y potenciado aquellas actividades que ya se están realizando (Consejería de Sanidad, 2013).

La estrategia para pacientes cónicos de la Comunidad de Madrid se apoya en dos modelos: Modelo de cuidado crónico y Modelo poblacional de Kaiser y trata de organizar el sistema sanitario de forma más integrada y proactiva.

Estos modelos también son utilizados por muchas ciudades y países para abordar sus problemas de cronicidad.

Modelo de cuidado crónico, desarrollado por Ed Wagner y asociados en el MacColl Institute por Healthcare Innovation de Seatte (EEUU).

Este modelo establece que la atención de los pacientes crónicos debe discurrir en tres planos que se superponen a) las políticas y los recursos establecidos por la comunidad, b) la

organización de la asistencia sanitaria determinada por los Sistemas Sanitarios, esto es, el sistema de salud, con sus organizaciones proveedores y esquemas de aseguramiento y c) la interacción de los pacientes que se produce en la práctica clínica.

Diferencia seis elementos claves para estructurar y analizar la mejora de la atención a las personas con este tipo de enfermedades: La organización del sistema de atención sanitaria, el estrechamiento de relaciones con la comunidad, el apoyo y soporte al auto-cuidado, el diseño del sistema asistencial, el apoyo a la toma de decisiones y el desarrollo de sistemas de información clínica (Figura 1.16).

Figura 1.16. Modelo de Cuidado Crónico.



Fuente. Estrategia de atención a pacientes Crónicos en Comunidad de Madrid

Todo ello ha de expresarse en la atención sanitaria cotidiana permitiendo la generación de interacciones productivas entre un paciente informado, activo y comprometido con un equipo práctico, preparado y proactivo.

De esta forma la atención a los enfermos crónicos debe producirse en un contexto en el que los pacientes suficientemente informados tenga un papel activo y sea los auténticos protagonistas de su enfermedad dentro de un modelo asistencia orientado a ellos de forma proactiva.

En cualquier caso, el modelo no es un recetario de soluciones sino un marco multidimensional que permite estructurar y analizar la mejora de la atención. Sin embargo. Amplias revisiones demuestran que algunos de sus componentes, solos o en combinación, mejoran la calidad de la atención, los resultados clínicos o el uso de recursos.

Modelo poblacional de Kaiser Permanente, se centra en la minimización de la utilización y prestación de servicios en el nivel de atención más coste-efectivo para mejorar la salud poblacional. Las barreras tradicionales se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutive en el nivel de atención primaria y la minimización de hospitalizaciones que son vistas como un fallo del sistema.

Se identifican tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente, lo que permite una gestión más eficiente de los recursos sanitarios:

Nivel 1: La mayoría de pacientes crónicos en estadios incipientes.

Nivel 2: Pacientes de mayor riesgo y menor complejidad.

Nivel 3: Pacientes de mayor complejidad.

Un elemento fundamental en la estratificación de la población según su nivel de riesgo, con el fin de adecuar los cuidados a las necesidades reales, es la identificación de los pacientes que se encuentran en el vértice de la pirámide de riesgo.

El objetivo al identificar los tres niveles es evitar que la población sana enferme y que los enfermos se mantengan controlados mediante la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en el tratamiento y seguimiento, es decir, organizar a los pacientes según su riesgo permite adecuar en los programas de intervención la intensidad de los cuidados al nivel de complejidad. (Figura 1.17.)

Figura 1.17. Pirámide de Kaiser Permanente



Fuente: Nuño Solinis, R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente

La estrategia de la Comunidad de Madrid basándose en los modelos anteriores contempla todas las edades y todas las condiciones de salud y patologías crónicas, proponiendo un modelo de atención centrada en el paciente y ajustado a sus necesidades reales que pretende convertir a los pacientes en protagonistas de su salud, dotándolos de información, autonomía y apoyo.

1.6.3. Incorporación de nuevas tecnologías

Las explicaciones que pretendían atribuir de manera principal el crecimiento del gasto sanitario al envejecimiento de la población han sido sustituidas por la introducción, aparentemente imparable, y el uso escasamente controlado en cuanto a su eficiencia de las nuevas tecnologías sanitarias, incluyendo entre ellas de manera destacada los medicamentos. Hagist, (2005) atribuye el crecimiento del gasto sanitario principalmente a la absorción sin control de las nuevas tecnologías.

Las Tecnologías Sanitarias, conforme a la definición que hizo de ellas por primera vez la Oficina de Asesoramiento Tecnológico norteamericana en 1982, adoptada luego en términos muy similares por la OCDE en 1998, comprenden "el conjunto de

medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica, y los sistemas organizativos dentro de los cuales se provee el cuidado"

PWC, (2012), una de las firmas de servicios profesionales más importante del mundo, define la tecnología médica como cualquier instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, material o cualquier otro artículo, utilizado solo o en combinación, junto con cualquier accesorio, destinado a ser utilizado con fines principales de diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad e investigación.

La capacidad de optimizar la gestión que ofrece la tecnología sanitaria debe convivir con un aumento imparable del gasto sanitario y el resto de problemas que plantea la sanidad.

El cambio tecnológico explica, aunque sea por descarte de otras variables explicativas, la mayor parte del crecimiento del gasto sanitario (Newhouse, 1993).

Fenin y Esade, 2014 pusieron de manifiesto que la inversión en tecnología es un factor clave para la recuperación económica gracias a su espíritu innovador que permite una mejora de la eficiencia y proporciona ahorros directos e indirectos. Además de un impacto positivo en el ámbito social y sanitario y en la calidad de vida de los pacientes.

Alfonsel, M., 2013 argumenta que la tecnología sanitaria reduce la necesidad de recursos económicos y humanos en el Sistema porque potencia las mejoras en los procesos de atención sanitaria, puede ofrecer ahorros de coste directo reduciendo la estancia hospitalaria y mejorando las listas de espera, facilitando una mayor calidad de vida del paciente, y es clave en la mejora de los procesos predictivos y preventivos y en el diagnóstico precoz, además opina que el uso de la tecnología puede tener un impacto considerable en diferentes aspectos de la vida de las personas mayores con discapacidad o con enfermedades crónicas como puede ser la locomoción, la vista, la comprensión o la destreza manual

El sector de Tecnología Sanitaria contribuye de manera intrínseca al desarrollo sostenible de su entorno. Su labor aúna los conceptos de negocio, en el sentido de producción, desarrollo y generación de riqueza, y ciudadanía porque traduce la orientación de negocio hacia la sociedad, comprometiéndose a diario con la mejora de la salud y calidad de vida de los ciudadanos.(Sanz,C., 2010)

Se apuesta por la tecnología sanitaria como clave en la mejora de la práctica médica y la optimización de los recursos sanitarios y será decisiva en el futuro del sistema de salud. La tecnología aumenta la productividad, mejora la eficiencia en los procesos, reduce los costes asistenciales, favorece la implicación del paciente en la gestión de su propia salud.

Alfonse, M. (2013) argumenta que el sector de las tecnologías está íntimamente relacionado con el profesional sanitario ya que es este el usuario en primera instancia de productos y equipos que utiliza como punto de apoyo y referencia en la predicción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la enfermedad y rehabilitación, con una característica particular y es la especial dedicación a crónicos y personas con algún tipo de discapacidad, grupos poblacionales que están creciendo exponencialmente, a los que deben ir dirigidas muchas de las soluciones en las que actualmente se está investigando.

El sector de Tecnología Sanitaria en España tiene un nivel de facturación en torno a los 6.000 millones de euros. En cuanto a sus exportaciones, efectuó operaciones por importe de 1.480 millones de euros. Más del 60% de los productos comercializados en el exterior tuvieron como destino países que forman parte de la UE-15.

EE.UU. se consolida como el segundo destino de las exportaciones, destacando el importante avance en mercados tales como Marruecos y Egipto, así como en los países latinoamericanos, especialmente México y Brasil.

El mercado español de Tecnología Sanitaria está en torno al 8,6% del mercado europeo, estimado a su vez en 72.600 millones de euros, un tercio del mercado mundial. Así, España forma parte, junto a Alemania, Reino Unido, Francia e Italia, de los cinco países que representan el 75% del mercado europeo. Sólo Alemania y Reino Unido cuentan con un 44% del mercado europeo, el 28% y 16%, respectivamente. Les siguen Francia (14%) e Italia (8,7%) (Fenin, 2010).

La Tecnología Sanitaria se caracteriza por su constante flujo de innovación. De hecho, se estima que los productos sanitarios tienen una vida media de sólo 18 meses sin que aparezcan versiones mejoradas de los mismos.

Según datos de EUCOMED, más del 8% de las ventas del sector a nivel europeo, es decir, en torno a 5.800 millones de euros, se reinvierten en I+D, situando a esta industria entre una de las que aporta mayor valor y contribuye al crecimiento en Europa.

El nivel tecnológico del sector español se cataloga como medio-alto. Prueba de la cota alcanzada a este respecto es que la Tecnología Sanitaria ha sido designada por el Instituto Español de Comercio Exterior (ICEX) como un sector de Alto Contenido Tecnológico. De este modo, el sector de Tecnología Sanitaria participa en el Plan de Internacionalización impulsado por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio para promover en el exterior la imagen de España como país productor de bienes industriales de calidad. (Fenin, 2010)

1.6.3.1 El sector farmacéutico

El sector de la salud forma parte esencial de la economía productiva y social de los países avanzados, y es generador continuado de riqueza, prosperidad y empleabilidad cualificada. Su alta interdependencia con otros mercados estratégicos y globales, convierten a su cadena de diseño y de valor en un cluster de innovación disruptiva de primer orden (Iñesta A, Oteo, 2011).

En el desarrollo de las Tecnologías sanitarias intervienen muchas industrias o sectores (informática, física, química, electrónica, etc), sin duda uno de los más importantes es el sector farmacéutico puesto que han ido creciendo en importancia económica y volumen de actividad. Este hecho hace que el sector tenga una enorme capacidad de influir en la orientación y el consumo de los servicios de salud al ejercer presión sobre los gobiernos para que el gasto de los servicios sanitario dirigido al consumo de sus productos se mantenga elevado, aunque sea a costa del consumo en otros sectores, de aumentar la aportación de los usuarios a través de copagos y otras formas de aportación, o incluso esté al margen de los beneficios en términos de salud derivados de tal consumo (Rey del Castillo, J, 2011)

Por tanto, la potencia económica del sector industrial dedicado a la provisión de recursos técnicos a los servicios sanitarios se puede explicar a través de *sector farmacéutico*, que ha llegado a convertirse en el primer sector industrial actual frente a otros sectores (cada vez más se está fusionando con el sector de las biotecnológicas para acceder a nuevos procedimientos para el desarrollo de medicamentos y ampliando las líneas de producción, un ejemplo de ello es el desarrollo de medicamentos individualizados), y a través de *otras tecnologías* tales como electro-medicina, la aplicación de ultrasonidos o diferentes tipo de radiaciones solares o en combinación con la informática más desarrollada al diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

Hay quienes opinan que existe una absorción sin control de las nuevas tecnologías sin renunciar a las ya existentes lo que contribuye a un incremento poco eficiente del gasto público.

Estos sectores están dominados por empresas transnacionales muy potentes con intereses propios (intereses comerciales, económicos) más que a dar respuesta a las necesidades de los servicios y también de las poblaciones a las que va dirigida su producción.

Estos sectores industriales ejercen grandes influencias sobre los consumidores finales que son los pacientes a través de la publicidad.

El sector farmacéutico es “la industria formada por laboratorios que se dedican a la investigación, desarrollo, producción y comercialización de sustancias químicas con aplicaciones terapéuticas así como otros productos, herramientas o dispositivos relacionados con la salud”(Una iniciativa de refuerzo de la Competitividad, Consejería de Economía e Innovación Tecnológica)

La industria farmacéutica, como categoría comprende la fabricación de medicamentos y principios activos. La industria farmacéutica y farmoquímica son un sector estratégico para las políticas nacionales de los países debido a la vinculación con el conocimiento, la tecnología, la ciencia, la atención a la salud.

Esta industria está concentrada en países desarrollados que lideran las actividades de investigación científica, innovación y desarrollo de nuevos productos.

Las principales características de la industria farmacéutica son (figura 1.18.):

a. Está presente en todos los mercados. El sector de la salud forma parte esencial de la economía productiva y social de los países avanzados, genera riqueza y contribuye al desarrollo.

El mercado biofarmacéutico es hoy uno de los más dinámicos de la economía mundial, impulsado por el cambio tecnológico y la gran rentabilidad que genera la inversión de capital a largo plazo. El insumo farmacéutico representa en términos relativos el mayor valor de los activos que se consumen en la “industria de la salud” (The Economist. The implications for pharma strategy March, 2014) y su crecimiento, a pesar de la crisis y el estancamiento de la innovación, sigue siendo muy elevado en volumen de ventas y resultados de rentabilidad (IMS Nacional Sales Perspectives. IMS Health, 2011).

b. Esta industria elabora productos que tienen un largo periodo de desarrollo.

El sistema de valor de este sector engloba diversas actividades, pero casi siempre va encaminado al desarrollo y producción de medicamentos con patente.

El problema está cuando las grandes compañías farmacéuticas ven como expiran sus patentes en ciertos productos insignias, esto supone un impacto considerable sobre la rentabilidad de las empresas. Para recuperar el margen de maniobra, aumentar la penetración geográfica y restaurar su capacidad de innovación deberán ampliar su actividad a los genéricos y continuar con sus estrategias de adquisición.

c. Sector regulado por el gobierno por ser un producto de salud, tanto para garantizar un aceptable balance entre los beneficios y riesgos añadidos como para establecer la política de patentes otorgada en régimen de monopolio legal en aras a impulsar la innovación continua.

Este sector de la economía industrial y social, con sus modelos de negocio y de gestión verdaderamente innovadores, precisa de una regulación permanente tanto nacional como internacional, de políticas de precios transparentes y socialmente responsables, de garantías públicas para blindar la propiedad industrial y de un sistema de I+D+i para impulsar las funciones más estratégicas y de mayor valor añadido (Puig-Junoy, 2012)

d. No es una industria ligada a los ciclos económicos y sus márgenes la sitúan entre las industrias con más beneficios.

e. A diferencia de otras industrias el tamaño final de su industria es conocido de antemano, áreas terapéuticas (dolor, respiratorio, antibióticos, metabolismo óseo, dermatología, gastrointestinal)

f. La industria de la salud es un sector de alta tecnología, con una gran interdependencia en el entorno global que requiere un gran esfuerzo en I+D.

g. El envejecimiento demográfico que sufren las economías desarrolladas impulsa al consumo de medicamentos, por lo tanto impulsa la demanda.

La demanda en las economías emergentes aumenta pero sigue siendo minoritaria.

h. Rentabilidad elevada pero con exposición a fuertes factores de erosión.

Los factores que influyen negativamente en la rentabilidad del sector son los déficit estructurales, ciclos de I+D cada vez más largos, expiración de patentes, el uso creciente de productos genéricos.

Ante esta situación se producen ajustes encaminados a reducir los costes mediante la reducción de empleos y aumentando la concentración del sector.

En relación a la empleabilidad de la industria farmacéutica en la UE-28 se considera que es un sector intensivo en cualificación laboral, con un volumen de empleo directo superior a las 700 mil personas (EFPIA-2013). En España y como consecuencia de la contracción del gasto sanitario y de las medidas de ajuste en el sector económico, el empleo directo se ha reducido de 40.385 personas en 2008 a 36.713 en 2012 (INE-2012).

En España, además, los recortes sanitarios y la implantación del copago están contrayendo de forma notable el tamaño del mercado, tanto en ingresos como en unidades dispensadas. Para 2020, en comparación al periodo 2011, las farmacéuticas españolas experimentarán una caída de sus ventas de 8.800 millones en dólares (PWC)

Figura 1.18. Características del sector farmacéutico

CARACTERISITICAS DEL SECTOR FARMACÉUTICO
Relevancia en el sector productivo
Productos de ciclo largo de desarrollo
Regulado por el gobierno
Márgenes de beneficios altos
Innovación tecnológica, I+D+i
Sensible a déficit estructurales, expiración de patentes,etc

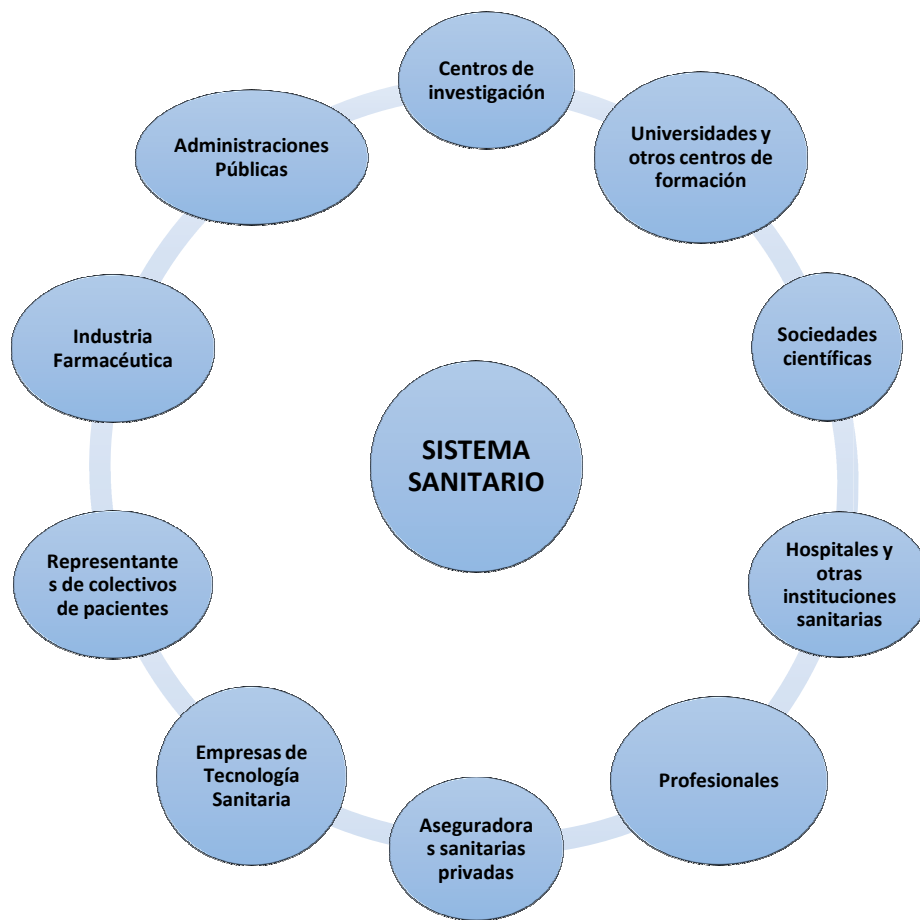
Fuente: Elaboración propia a partir de datos Informe PWC

1.6.3.2 Beneficios de las tecnologías Sanitarias

El sector de Tecnología Sanitaria es una parte importante de la cadena de valor del sistema sanitario y, en este sentido, se debe tener en cuenta su papel no sólo como proveedor de Tecnología Sanitaria sino como socio estratégico del sistema sanitario (Figura 1.19).

La industria de este sector contribuye en muchos aspectos a la sostenibilidad del sistema sanitario aportando su visión, ofreciendo fórmulas novedosas de financiación, formando y capacitando a los profesionales sanitarios, actuando como elemento de confianza y soporte en la práctica clínica, así como proporcionando soluciones para el diagnóstico y tratamiento de patologías (Toribio, C., 2010).

Figura 1.19. Agentes del Sistema Sanitario



Fuente: Estudio Fenin-PricewaterhouseCoopers "La aportación de las empresas de Tecnología Sanitaria a la sostenibilidad del sistema sanitario español"

Que la razón de ser de las tecnologías sanitarias es contribuir a la mejora de la salud es un criterio extendido, sobre el que no parecería necesaria en un primer momento más reflexión. Sin embargo, la idea global según la cual la mejora de la salud de las poblaciones sería la resultante en un grado significativo de la aplicación de las mejoras logradas en las tecnologías sanitarias disponibles, cuyo crecimiento exponencial ha caracterizado la segunda mitad del siglo XX, fue puesta por primera vez en cuestión de una manera explícita por el epidemiólogo McKweon (1979) al final de la década de los setenta.

Observaciones más actuales (Colgrove J. 2002) han confirmado en lo esencial el escaso valor de las tecnologías sanitarias más avanzadas en las mejoras de los niveles de salud, en especial en las reducciones de la mortalidad y la prolongación de la esperanza de vida, conseguidas en los países más desarrollados antes de 1950.

En todo caso, la puesta en cuestión de los efectos de las tecnologías sanitarias sobre la salud de las poblaciones ha provocado una multiplicación de trabajos dirigidos a valorar los beneficios que aportan las innovaciones técnicas introducidas en los cuidados de salud, sea con carácter global o por grupos de tecnologías específicas, sin que se puedan deducir unas conclusiones homogéneas.

Nuestra opinión sobre los principales beneficios aportados por las tecnologías médicas coinciden con los recogidos por un informe elaborado por PWC que los clasifica en dos grandes grupos a) La contribución de la tecnología a la prolongación de la vida y mejora de la calidad de vida, b) El efecto económico que las tecnologías pueden tener, tanto desde una perspectiva del aumento de la productividad, como desde una perspectiva de reducción de costes de la asistencia sanitaria.

La contribución de las tecnologías médicas al incremento de la esperanza de vida y mejora de la calidad de vida se produce principalmente a través de a) la detección precoz y diagnóstico de la enfermedad, o bien, mediante b) el tratamiento de la enfermedad.

La detección precoz de la enfermedad aumenta la tasa de éxito de la terapia, lo que se refleja en una reducción del nivel de incapacidad y/o en una menor mortalidad.

Los avances de la tecnología médica (sobre todo, la mejora de capacidad y funcionalidad de los equipos), han permitido mejorar la precisión del diagnóstico. Algunos ejemplos de tecnologías en este ámbito son: La mamografía para la detección precoz del cáncer de la mama, la colonoscopia para el descenso de la incidencia del cáncer colorrectal, los avances a nivel del diagnóstico de la miocardiopatía hipertrófica (ecocardiografía, Doppler, resonancia magnética y avances de la biología molecular y la genética para el reconocimiento de genes) El PET-RM y su contribución al entendimiento de los procesos de enfermedades neurológicas, la búsqueda de biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer (Proyecto Vallecas y Proyecto PGA), la investigación genómica y su

contribución al diagnóstico y tratamiento del cáncer, las troponinas como método para detectar el síndrome coronario agudo.

En el tratamiento de la enfermedad, los avances en la tecnología médica han permitido una asistencia más eficaz, más segura y más rápida.

El avance de la medicina, sostenido en parte por el avance de las tecnologías médicas, ha permitido curar enfermedades que en el pasado no tenían cura y aumentar la eficacia de las terapias.

Ortega, D. (2009) apunta que el ejercicio de la medicina es impensable sin la ayuda de la tecnología. Este autor opina que una gestión hospitalaria racional debe tener presente que la mejor tecnología a pesar de tener un coste de inversión elevado, se compensa con una mayor rapidez en el diagnóstico, un menor tiempo de hospitalización, una mejor utilización farmacológica y, evidentemente, con una asistencia de mayor calidad.

Algunos ejemplos de tecnologías en la mejora de la eficacia en la asistencia son: la radioterapia, que contribuye en un 40% al proceso curativo de enfermedades oncológicas; los marcapasos, dispositivos implantados que utilizan impulsos eléctricos al corazón para mantener un ritmo cardíaco normal; los desfibriladores automáticos implantables (DAI) para tratar arritmias graves y recoger información útil sobre el comportamiento del corazón; la utilización de coils desprendibles para tratar aneurismas.

Por otro lado, la tecnología médica ha contribuido a una mayor seguridad del paciente y del profesional.

Algunos ejemplos son: el robot quirúrgico Da Vinci para la prostactomía; el implante percutáneo de prótesis aórticas; La talamotomía por ultrasonidos guiada por resonancia magnética para tratar el temblor sin cirugía; la terapia fotodinámica para el tratamiento del cáncer; los sistemas de apoyo a la decisión clínica; los sistemas de verificación por código de barras que aumentan la seguridad en la administración de la medicación; la historia clínica electrónica que permite una mejor gestión del riesgo tanto para pacientes como para profesionales; la receta electrónica que disminuye los errores en la dispensación e incrementa el control de gastos.

En cuanto a la rapidez en la asistencia, las tecnologías médicas, además de contribuir a una detección más temprana de la enfermedad, contribuyen a la reducción del tiempo total necesario para realizar determinado procedimiento terapéutico y reducción del tiempo de convalecencia del paciente.

Algunos ejemplos son: la cirugía laparoscópica aumenta la comodidad para el paciente al reducir el stress quirúrgico; los dispositivos portátiles de transmisión de electrocardiogramas que se comunican vía teléfono móvil con el hospital; el uso de los ultrasonidos para el tratamiento del Ictus.

Las tecnologías han permitido aumentar la tranquilidad y comodidad de paciente y de su cuidador a través de la reducción de los niveles de invalidez o anomalías congénitas o adquiridas, la mejora o recuperación de funciones naturales del cuerpo humano, la mejora o recuperación de características estéticas y la reducción de la dependencia respecto a terceros.

Algunos ejemplos de tecnologías que han permitido mejorar la calidad de vida del paciente son: la prótesis de laringe, la cual permite recuperar la función oral tras la extirpación del tumor; la tecnología robótica de asistencia y rehabilitación (equipos de electro-estimulación, sistemas de apoyo a la memoria, miembros robotizados, sistemas de evaluación cognitiva computerizada, etc.); las apps (aplicaciones para dispositivos móviles) para la mejora de la adherencia a la medicación o para la monitorización de señales vitales; la monitorización de los pacientes (respiración y frecuencia cardíaca) mientras duermen; las pulseras electrónicas para ayudar a la localización de pacientes con demencia.

El segundo gran beneficio de la tecnología son sus efectos económicos.

Los estudios de evaluación económica de enfermedades suelen diferenciar dos tipos de costes de la enfermedad a) *Directos*, costes cuantificables, derivados del cuidado del paciente. Son recursos consumidos para el tratamiento de la enfermedad y que no van a poder destinarse a otros usos, b) *Indirectos*, costes relacionados con la pérdida de productividad del individuo y su entorno, medido en unidades monetarias.

Las tecnologías médicas, a pesar de suponer un coste directo en la asistencia, pueden contribuir a la obtención de beneficios económicos a corto plazo a través del a) aumento de la productividad y la eficiencia (la tecnología permite un aumento del volumen de actividad y en consecuencia reducir el coste unitario de la actividad), b) mayor eficiencia en los procesos (la tecnología permite estandarizar, automatizar y simplificar procesos reduciendo costes administrativos), c) incorporación de innovaciones tecnológicas respecto a alternativas existentes (algunas innovaciones tienen un efecto directo de reducción de los costes clínicos al representar una mayor capacidad técnica, exactitud diagnóstica o eficacia terapéutica, o al permitir sustituir otros procedimientos con costes relativamente superiores), d) traslado de la asistencia a un entorno no hospitalario (el potencial de ahorro se da sobre todo en las áreas de cuidados intensivos y cuidados intermedios o de larga estancia: tele-asistencia doméstica a personas dependientes).

En cuanto a los beneficios a largo plazo obtenidos por las tecnologías médicas, destaca la menor frecuentación esperada a los servicios asistenciales ya que una población más sana es también una población que necesitará una asistencia sanitaria menos compleja y en consecuencia, menos costosa.

En cuanto a los costes indirectos, la carga de la enfermedad tiene un impacto en la producción económica agregada. Se estima que los costes indirectos representan un 52% de la carga económica total de la enfermedad. La OMS estima la carga económica de cinco enfermedades (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y enfermedades mentales) alrededor de 47 billones de dólares.

1.6.4. Efectividad y calidad de los servicios

Mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS OCDE, etc.) para abordar la ocurrencia de sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

El interés por los riesgos y los sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo. Efectos indeseables de los medicamentos, complicaciones del curso clínico y errores

diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios. (Alberti KGMM, 2001)

Barr D. (1955) vio en ellos el precio a pagar por los modernos métodos diagnósticos y terapéuticos, en tanto que Moser R. (1956) los denominó "las enfermedades del progreso de la medicina".

El concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes y la calidad del servicio que reciben.

El término *iatrogenia* se utiliza para referirse a las consecuencias indeseables de la prescripción de medicamentos y abarca tres componentes: *iatrogenia clínica*, referida al daño provocado a los pacientes como consecuencia de la intención de diagnosticar, prevenir, curar y aliviar. Incluye así mismo, el ocasionado por un intervencionismo excesivo, sin que ello prejuzgue la existencia del error o negligencia. *iatrogenia Social*, que esconde los daños ocasionados por la medicalización de la vida diaria y el uso consumista de la medicina para solucionar problemas banales o aspectos del devenir normal de la vida e *iatrogenia Cultural*, que puede suponer el abandono de la propia responsabilidad ante el proceso de enfermar, y que produce invalidez para reaccionar frente al dolor, el sufrimiento y la muerte. (Illich I., 1986; Michel P., Quenon JL., 2003)

Garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de vida de la población tiene un coste y los decisores sanitarios se encuentran con el difícil reto de conciliar una demanda creciente de servicios sanitarios con unos recursos que son limitados.

En este ámbito cabe destacar los estudios promovidos en los últimos años en el área de hospitalización (estudio ENEAS), (Aranaz, A., 2006) en atención primaria (estudio APEAS) (Aranaz, A., 2006), residencias (estudio EARCAS)(Airbar, R., 2011) y en algunos otros campos más específicos. Los resultados, como resaltan los diversos informes, no son muy diferentes a los hallados en otros países desarrollados, pero por ello mismo son muy preocupantes.

Según ENEAS el 9,3% de los pacientes hospitalizados presentaron algún efecto adverso. El 16% de estos efectos eran graves y un 42,8% evitables. La aplicación de estos porcentajes a los 5,2 millones de ingresos hospitalarios que se produjeron en España en 2006 supondría 450.000 efectos adversos hospitalarios/año (200.000 evitables); de ellos 90.000 graves (40.000 evitables)

La calidad es la medida en que los servicios de salud para el individuo y para la población aumentan la probabilidad de obtener los deseados resultados de salud consistentes con el conocimiento profesional del momento (Institute of Medicine, EEUU, Kohn LT, 2000).

Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste.

Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina

los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"

En lo referente a la calidad asistencial pueden diferenciarse, cuando menos, tres componentes esenciales: a) El factor científico-técnico, consistente en la aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles; b) El factor percibido, relacionado con la satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido; c) El factor institucional o corporativo, ligado a la imagen de un centro sanitario en la comunidad a la que debe servir.

En nuestra opinión la calidad es el grado de aproximación entre lo que un cliente espera, en función de sus expectativas y necesidades y la atención que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles.

Saturno P, (2000) y Palmer RH, (1989) diferencian las siguientes dimensiones claves de la calidad asistencial: competencia profesional, eficiencia, efectividad, accesibilidad, satisfacción y adecuación. (Figura 1.20.)

Figura 1.20. Claves de la calidad asistencial

Calidad asistencial
Competencia profesional
Eficiencia
Efectividad
Accesibilidad
Satisfacción
Adecuación

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informe Evaluación y mejora de la calidad en Servicios de Salud. Saturno P, 2000 y Palmer RH.

La *competencia profesional* hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para mejorar la salud y aportar satisfacción a los receptores de la atención médica. En el ámbito individual incluye capacidad técnica y trato interpersonal. Al nivel de

grupos, instituciones o sistemas se refiere al modo del funcionamiento global de los mismos. Es la dimensión más valorada, en general, por los profesionales sanitarios.

La *eficiencia* se estima en términos de la relación existente entre los esfuerzos y recursos utilizados, frente a los resultados de los mismos. Si bien podría simplificarse afirmando que consiste en conseguir la máxima efectividad al menor coste posible, es preciso destacar los siguientes aspectos (Ortún V., 1997): a) la eficiencia técnica es un indicativo de buena práctica clínica. No obstante, el camino a la misma pasa previamente por la efectividad, b) los resultados de la asistencia, deben medirse, preferentemente, en función de su utilidad para el paciente, y más concretamente en relación a las mejoras en su calidad de vida, c) en un contexto asistencial complejo, la ética profesional exige considerar el coste-oportunidad de las decisiones clínicas; o lo que es lo mismo, la comparación de costes y beneficios de las distintas alternativas.

Por tanto el primer punto a abordar para la mejora de la eficiencia en la atención sanitaria es reducir el despilfarro. Básicamente se trata de eliminar los procesos, productos y servicios que no aportan valor (en términos de salud y calidad de vida) a pacientes y poblaciones, al tiempo que se salvaguardan aquellos que si lo ofrecen o cuyo valor relativo es mayor (Oliva, J., Peiró S., Puig- Junoy J., 2013).

La *efectividad* en la atención sanitaria hace referencia al grado en el que una intervención (servicio, proceso, procedimiento, prueba diagnóstica o tratamiento) produce el resultado deseado. El concepto de efectividad incluye, por tanto el nivel de adecuación de la provisión asistencial, en la medida en que ésta se presta a las personas que pueden beneficiarse de ella (Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2012).

La *accesibilidad* consiste en la facilidad con que puede recibirse la atención necesaria, en función de limitaciones económicas, sociales, organizativas, geográficas, temporales o culturales. Un centro asistencial que posea la mayor cualificación de sus profesionales y los recursos más avanzados, no aporta valor a una población que no pueda recibir atención en el mismo.

La *satisfacción* puede definirse como el grado en que la atención sanitaria responde a las expectativas del paciente y la comunidad. Equivale a la calidad percibida sobre todos los aspectos del proceso de atención: resultados de la atención, trato recibido, aporte de información, cuestiones de hostelería, coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, etc

La *adecuación* consiste en el grado en que la atención a la salud es pertinente en cuanto a las necesidades y preferencias del paciente, los riesgos y beneficios que conlleva, la evidencia existente, el nivel asistencial en que se presta y los recursos disponibles. Implica que se presta la asistencia debida a quién la necesita, cuándo la precisa, en el momento oportuno y aplicando el mejor conocimiento (Lavis J, MD, GM Anderson; Sharpe V., Faden AI., 1996)

A partir de la aparición de los informes del *Institute of Medicine* de los Estados Unidos de Norteamérica, *To Err is human* (Kohn LT, 2000) y *Crossing the Quality Chasm*, cabe distinguir dos dimensiones adicionales de indudable trascendencia: la atención centrada en el paciente o centralidad del paciente (Artells JJ., García Sanpere, A) y la seguridad del paciente.

Por tanto, todas las decisiones sanitarias deberían estar supeditadas a tres grandes condicionantes: *la ciencia*, esto es la indicación médica adecuada, la garantía del respeto de la *autonomía del paciente* en cuanto a sus opciones y elecciones, que queda regulado en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre y la *distribución correcta de los recursos* que exige tomar en consideración los aspectos socioeconómicos y realizar estudios de evaluación económica con análisis de coste (coste-beneficio, coste-utilidad, coste-efectividad) para adoptar dentro de la cartera de servicios de las prestaciones sanitarias aquellas nuevas tecnologías o productos que aporten beneficios y ventajas (Cabo, J., 2013)

El uso de la tecnología debe de estar indicado únicamente en aquellas situaciones en las que la relación coste/beneficio sea clara. En caso contrario, su uso nos lleva a gastos superfluos, cuando no inútiles. En este sentido, es evidente la necesidad de una evaluación continuada de la tecnología de alto coste en lo que respecta a su seguridad, eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia y a las alternativas posibles. (Ortega, 2009)

Para poder llevar a cabo cualquier evaluación económica es preciso abordar de manera sistemática la identificación, medición y valoración de los costes que van a ser tenidos en cuenta en su ejecución. Desde un punto de vista económico, el concepto de coste relevante es el de coste de oportunidad, expresión que hace referencia al hecho de que, al decidir realizar una determinada acción entre una serie de posibles alternativas, incurrimos en el coste de renunciar al resto de opciones igualmente viables.

El coste de oportunidad de una decisión es el valor económico de la mejor de las opciones a la que se renuncia al elegir tal curso de acción. Esto es, cuando el gerente de un hospital decide utilizar una cierta cantidad de recursos disponibles para la adquisición de un nuevo aparato de diagnóstico por imagen, el coste económico (de oportunidad) de tal decisión será la siguiente opción en la lista de prioridades que queda pendiente de realizar; por ejemplo, la ampliación de las horas de trabajo contratadas con la empresa encargada del servicio de limpieza (Cabo, J., 2010).

En la literatura sobre evaluación económica podemos encontrar diferentes tipologías de los costes, que resultan de aplicar criterios diversos de clasificación. En ocasiones, los costes se clasifican según su naturaleza en *costes sanitarios* y *costes no sanitarios* (Johnston *et al.*, 1998). Dentro de los costes sanitarios se incluirían, en primer lugar, los directamente relacionados con la intervención, esto es, el valor de todos los bienes, servicios y recursos, en general, consumidos en el curso de la provisión de la tecnología o el tratamiento de los efectos secundarios (pruebas, medicamentos, material, personal, instalaciones). También forman parte de los costes sanitarios los denominados costes futuros, que son los asociados al consumo de recursos durante los años de vida que se ganan con la intervención.

Por lo que respecta a los costes no sanitarios, esta categoría recoge los costes en los que incurre el paciente para recibir el tratamiento, tengan carácter monetario (gastos de transporte, cuidado de personas dependientes del paciente, gastos de remodelación del hogar o de seguimiento de dietas especiales, etc.), o no lo tengan (el coste del tiempo que el paciente invierte en desplazamientos, esperas y seguimiento del programa). Asimismo, se incluye dentro de los costes no sanitarios los que sufragan otras entidades públicas, como los servicios sociales, o los que soportan los cuidadores informales (familiares, vecinos).

Dentro de los no sanitarios hay que incluir los *costes de productividad* o costes indirectos (los restantes, por exclusión, serían «costes directos»), y se originan en la pérdida o limitación de la capacidad para trabajar que conlleva un determinado problema de salud, el seguimiento de un tratamiento sanitario o, en última instancia, la muerte del paciente. Se suele distinguir entre costes de morbilidad (pérdida o reducción de la capacidad para trabajar o disfrutar del ocio de un paciente ingresado en un hospital, convaleciente en su domicilio, etc.) y costes de mortalidad (producción perdida a causa de la muerte de un individuo).

Un criterio de clasificación alternativo al expuesto es el de Drummond *et al.*, (2005), que ordena los costes en función de qué agente los soporta. Así, los costes se agruparían en *costes para el sector sanitario* (básicamente los que antes se identificaron como costes sanitarios), *costes para el paciente y su familia* (la mayor parte de los costes no sanitarios: transporte, tiempo, etc.), y *costes para otros sectores* (los costes no sanitarios soportados por otras entidades públicas o por la sociedad en su conjunto, como es el caso de los costes de productividad).

Por tanto, es necesario establecer prioridades mediante el análisis de la eficiencia, es decir, haciendo un análisis coste-efectividad, coste-beneficio o costes-utilidad que permita relacionar los resultados obtenidos con los recursos empleados (Figura 1.21.).

Figura 1.21. Técnicas de medición de resultados

TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS	
Tipo de análisis	Medida del resultado
Análisis coste-efectividad	unidades naturales
Análisis coste-utilidad	unidades de calidad de vida
Análisis coste-beneficio	unidades monetarias

Fuente: Elaboración propia a partir de Artículo Evaluaciones económicas en Salud: Conceptos Básicos y clasificación, Zarate, V., 2010

Estas técnicas sirven para comparar acciones sanitarias alternativas desde el punto de vista de sus costes y consecuencias.

Análisis coste-efectividad, tiene como misión identificar y cuantificar los costes y los resultados de diversas opciones o procedimientos alternativos para alcanzar un mismo objetivo.

Los costes vienen expresados en términos monetarios, y las consecuencias (efectos) se miden en unidades físicas o naturales (número de vidas salvadas, disminución de la incidencia de la enfermedad, número de casos correctamente diagnosticados, etc.), que pueden referirse tanto a productos como a resultados finales.

Sirve para determinar cuál de entre varias alternativas disponibles para alcanzar un cierto objetivo es más eficiente en términos relativos; es decir, cuál de ellas es más coste-efectiva, en el sentido de que ofrece una más favorable relación entre costes y efectos (Fuentes AC., Gutiérrez RS, González MLL,1998).

Análisis coste-utilidad, se trata del método de evaluación económica de más reciente aplicación en el sector sanitario, que trata de identificar y cuantificar los costes y los resultados de procedimientos alternativos para alcanzar un mismo objetivo (mejora de la calidad de vida apreciada por los pacientes), en donde los costes vienen expresados en términos monetarios, y las consecuencias (utilidades percibidas y valoradas subjetivamente por los usuarios, que siempre son resultados finales) se miden en términos de calidad de vida o períodos de tiempo saludables.

Es, por tanto, una forma de evaluación económica más amplia que el análisis coste-efectividad.

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) (Pinto-Prades, JL, Puig-Junoy J y V. Ortún-Rubio, 2001)

Análisis coste-beneficio, es una forma de evaluación económica aplicable al ámbito sanitario, en la que tanto los costes como las consecuencias (beneficios) de un proyecto vienen expresados en términos monetarios. Se trata de valorar las consecuencias de los programas en términos económicos y la proporción entre las consecuencias de los programas y los costes. Así, pues, se trata, en cierto modo, de la forma más amplia de análisis, en que se intenta determinar si las consecuencias beneficiosas de los programas se encuentran

justificadas desde el punto de vista de los costes (Pinto, JL, Vázquez, MJ., Lázaro, A. y Martínez, JE., 2004).

La aplicación de la teoría económica al campo de la sanidad permite entender los conceptos, comprender los planteamientos y compartir las estrategias más eficientes para resolver problemas de gestión tan diversos como los relacionados con la evaluación de la tecnología sanitaria, la elaboración y control del presupuesto, el registro e información de la actividad financiera, los costes de los productos sanitarios y de los pacientes atendidos, el análisis de las inversiones, etc. En definitiva, el análisis económico permite conocer los procesos de toma de decisiones en la asignación y gestión de los recursos destinados a mejorar la salud. (Drummond, MF., O'brien, BJ., Stoddart, GL., Torrance, GW., 2001)

1.6.4.1. Indicadores de salud

La revisión de la literatura sugiere que para llevar a cabo una evaluación de los servicios de salud se requiere contar con información sobre los mismos. En la actualidad, cada día se genera una gran cantidad de información sobre los servicios y la operación de programas de salud; esta información debe ser racionalizada con el objetivo de analizarla y utilizarla para conocer el estado que guardan los servicios de salud en un momento dado.

Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud.

Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud; vistos en conjunto intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. De este modo, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud. (Boletín Epidemiológico OPS, 2001)

Por lo tanto, un indicador es una característica o variable que se puede medir. Lengerich, (1999) los define como “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de salud en una población determinada”.

Una de las ventajas en el uso de indicadores, radica en que éstos permiten establecer medidas basales y con ello, poder efectuar comparaciones periódicas de los procesos implantados y los resultados obtenidos (Merino T, 2007).

Cortez R. (1999) considera que la medición de la salud es difícil por varias razones: varios indicadores no son objetivos, están asociados a solamente una dimensión de salud, o no miden un rango completo de condiciones. En este sentido, el estado de la salud puede considerarse como una variable oculta, que no es observable y que es aproximada por indicadores imperfectos.

La literatura económica ha venido utilizando indicadores de salud tales como las medidas antropométricas y estandarizadas de talla y/o peso (Rosenzweig y Schultz, 1983; Rosenzweig y Wolpin, 1986; Barrera, 1990; Pitt, Rosenzweig y Hassan, 1990; Schultz, 1996) y los reportes personales de enfermedad o incapacidad (Wolfe y Behrman, 1984; Pitt y Rosenzweig, 1985; Schultz, 1997). Inclusive a nivel más agregado se han utilizado valores promedios de las variables anteriores y, también, las tasas de mortalidad o de sobrevivencia (Rosenzweig y Schultz, 1982; Pitt, Rosenzweig y Gibbons, 1995).

Donabedian (1980) fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de la calidad del proceso o indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente. Finalmente, los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

También se utilizan indicadores para medir la eficiencia y resultan complemento obligado de los indicadores de calidad.

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, que va desde el recuento directo (por ejemplo, casos nuevos de malaria en la semana) hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados (esperanza de vida al nacer). La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes de frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo utilizado en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos.

Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por los siguientes criterios (OPS, 2001):

- a. *Validez*, si efectivamente mide lo que intenta medir.
- b. *Confiabilidad*, si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados.
- c. *Especificidad*, que mida solamente el fenómeno que se quiere medir.
- d. *Sensibilidad*, que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
- e. *Mensurabilidad*, que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.
- f. *Relevancia*, que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud.
- g. *Costo-efectividad*, que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos.
- h. *Sencillez*, debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretados por los analistas, comprensibles para los usuarios de la información, como son los directores de centros de salud, los gerentes y, tomadores de decisión tanto en el ámbito local, estatal y nacional.

Valenzuela, MT (2005) sostiene que se requiere cumplir con varios atributos sobre la calidad del conjunto de indicadores, como por ejemplo: integridad (que no falten datos) y consistencia interna (que, vistos solos o en grupos, los valores de los indicadores sean posibles, coherentes y no se contradigan)

El mantenimiento del conjunto de indicadores depende también de la disponibilidad de las fuentes de datos y de la operación regular de los sistemas de información, así como de la simplicidad de los instrumentos y métodos utilizados.

Las principales fuentes de datos, universalmente propuestas, para el cálculo de indicadores usados en salud pública son registros de sucesos demográficos, censos de población y vivienda, registros ordinarios de los servicios de salud, datos de vigilancia epidemiológica, encuestas por muestreo (encuestas poblacionales), registros de enfermedades, otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social)

Estas fuentes constituyen generalmente las fuentes primarias de información. Si estos datos no son confiables o simplemente no existen, se pueden buscar fuentes alternativas que generalmente son estimadores indirectos del valor real.

Cuando se debe recoger información específica respecto de una situación, por no disponer de información de datos rutinarios, nos referimos al uso de fuentes de información secundarias.

1.6.4.2. Indicadores de Salud de la Comunidad de Madrid

La Consejería de Sanidad, a través de la publicación del Decreto 30/2013, de 11 de abril, de seguimiento y control de la calidad asistencial en el Sistema Madrileño de Salud, estableció la elaboración y difusión de indicadores relevantes que facilitan a los ciudadanos, profesionales y gestores información clave sobre la asistencia sanitaria en atención primaria y hospitales, conformando un Observatorio de Resultados.

El Observatorio de Resultados se presentó el 1 de abril de 2014, para proporcionar información sobre la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Madrileño de Salud.

La selección de los indicadores que constituyen el Observatorio se realizó mediante un grupo de profesionales y directivos de diversas direcciones generales del Servicio Madrileño de Salud, tras una revisión de la bibliografía y de distintas experiencias nacionales e internacionales. En la elección de los indicadores se valoró su relevancia, su interés para el ciudadano y su disponibilidad en los sistemas de información.

Los indicadores seleccionados se encuentran agrupados en un apartado de datos generales y cuatro dominios que recogen información de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud en diversos aspectos relacionados con la eficiencia, efectividad y seguridad, la atención al paciente y la docencia e investigación.

Nos vamos a centrar en los indicadores de hospitales, pero el Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid, también define indicadores sobre el estado de salud de la población e indicadores de atención primaria.

Los datos generales que se recogen en el Observatorio de Resultados proporcionan una idea aproximada del volumen y la actividad general más representativa de los servicios asistenciales que se prestan en los hospitales del Sistema Madrileño de Salud (Figura 1.22.).

Conocer la actividad asistencial realizada en los hospitales de la Comunidad de Madrid es fundamental para identificar el volumen de los servicios asistenciales prestados, a la vez que permite una mejor organización y planificación de los recursos sanitarios existentes.

Este conjunto de indicadores recoge la actividad asistencial médica y quirúrgica representativa de los hospitales realizada en un año en el Sistema madrileño de salud:

Figura 1.22. Indicadores de salud

DATOS GENERALES			
	2011	2012	2013
Ingresos	499.992	499.463	498.812
Ingresos urgentes (%)	63,50	65,44	65,75
Urgencias	2.782.200	2.775.651	2.861.566
Urgencias ingresadas (%)	10,61	11,46	10,59
Partos	48.431	48.429	45.615
Consultas externas	11.850.129	11.773.121	12.178.162
Intervenciones quirúrgicas	419.914	420.456	430.293
Intervenciones con hospitalización	200.343	193.311	190.585
Intervenciones ambulatorias	219.571	227.145	239.708
Trasplantes	2.757	2.964	3.225
Trasplantes de órganos y progenitores hematopoyéticos	1.204	1.196	1.241
Trasplantes de tejidos	1.553	1.768	1.984
TAC	458.174	483.427	508.723
Resonancias magnéticas	247.843	282.494	296.429

Fuente de datos: Sistema de Información de Atención especializada y Oficina Regional de Coordinación de trasplantes

Indicadores de eficiencia

Los indicadores de eficiencia evalúan la utilización de recursos. (Figura 1.23.)

La eficiencia sanitaria se define como la provisión de los procedimientos, tecnologías, prácticas y servicios asistenciales que produzcan los mejores resultados al mínimo coste posible. En un entorno sanitario de recursos limitados, es fundamental garantizar una prestación asistencial de calidad que alcance los mejores resultados con los recursos disponibles, optimizando el gasto sanitario.

Figura 1.23. Indicadores de eficiencia

INDICADORES DE EFICIENCIA
Porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables
Porcentaje de pacientes con ictus con estancia mayor de 20 días
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera con estancia mayor de 20 días
Porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos
Estancia media de atención hospitalaria
Índice de estancia media ajustada
Peso medio de las altas hospitalarias
Importe por receta
Medicamentos genéricos

Fuente: Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud

Algunos ejemplos de estos indicadores:

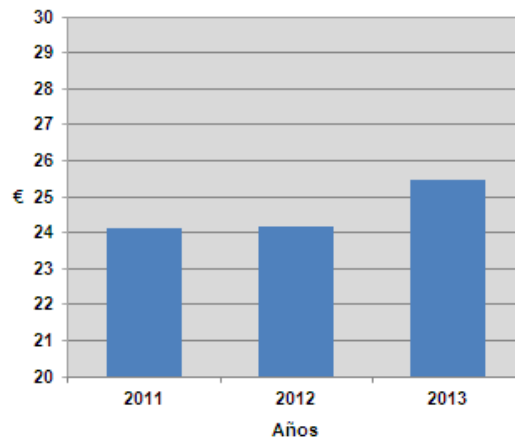
Ejemplo 1: Importe por receta

El coste de los medicamentos supone un importante porcentaje del presupuesto de la Consejería de Sanidad y se le dedica especial atención. Los pacientes deber recibir las recetas necesarias para controlar sus enfermedades pero ara conseguir un mismo objetivo, puede haber distintas alternativas con una eficacia y seguridad similar, pero con precios diferentes. El indicador muestra el coste medio de las recetas prescritas en los hospitales y

recogidas por los pacientes en farmacia. La fórmula matemática es el importe de recetas dividido por el número total de recetas (Figura 1.24.)

Figura 1.24. Importe por receta

2011	2012	2013
24,14%	24,18%	25,47%



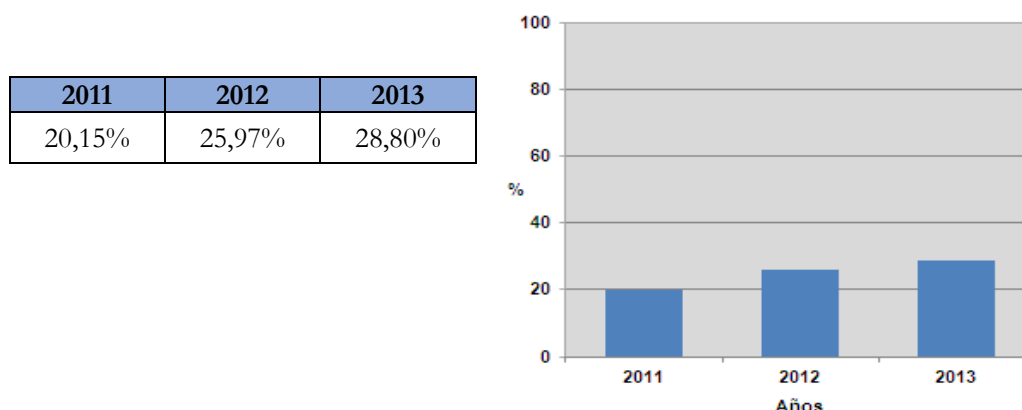
Fuente de datos: Sistema de información y Análisis de la prestación farmacéutica de la CAM (farm@drid)

Ejemplo 2: Medicamentos genéricos.

El indicador muestra el porcentaje de medicamentos genéricos respecto al total de medicamentos prescritos en receta oficial por médicos de atención especializada y recogidos por los pacientes. La fórmula matemática es: Envases de medicamentos genéricos divididos por los envases de todos los medicamentos (Figura 1.25.).

El porcentaje de medicamentos genéricos se ha ido incrementando en los últimos años porque los pacientes cuentan con mayor conocimiento sobre ellos y se han comercializado nuevos principios activos que son de uso frecuente en la población.

Figura 1.25. Medicamentos genéricos



Fuente de datos: Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Com. de Madrid (farm@drid).

Indicadores de efectividad y seguridad

En el caso de la selección de los indicadores de efectividad, seguridad y eficiencia, el Sistema Madrileño de Salud utiliza desde el año 2008 los indicadores de calidad hospitalarios y de seguridad desarrollados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para valorar y realizar un seguimiento de la actividad asistencial de los centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid.

La AHRQ desarrolla desde 1994, un conjunto de indicadores de calidad, basados en la evidencia, que pueden identificar variaciones en la calidad de los servicios asistenciales prestados tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Estos indicadores se encuentran agrupados en cuatro módulos: indicadores de prevención, que identifican condiciones sensibles a la atención ambulatoria; indicadores de hospitalización, que reflejan el cuidado proporcionado en el ámbito hospitalario; indicadores de seguridad, centrados en complicaciones y efectos adversos relacionados con las asistencia sanitaria potencialmente evitables; e indicadores pediátricos, específicos de la calidad asistencial proporcionada a los menores de 17 años.

La efectividad clínica y seguridad del paciente comprende los beneficios de salud logrados por la provisión de los procedimientos, tecnologías de diagnóstico o tratamiento, prácticas y servicios asistenciales más adecuados y seguros. En el apartado de evaluación de la efectividad clínica y seguridad del paciente se encuentran dieciséis indicadores clave de la

asistencia sanitaria como son los resultados de mortalidad, los reingresos, las complicaciones médicas y quirúrgicas, las cesáreas, la infección relacionada con la asistencia sanitaria, la enfermedad tromboembólica y la septicemia postquirúrgica.

Figura 1.26. Indicadores de efectividad y seguridad

INDICADORES DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD
Índice agregado de mortalidad
Mortalidad por infarto agudo de miocardio
Mortalidad por insuficiencia cardíaca
Mortalidad por ictus
Mortalidad por neumonía
Porcentajes de complicaciones médicas y quirúrgicas
Reingresos por causas quirúrgicas a los siete días
Reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días
Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días
Porcentaje de cesáreas
Enfermedad tromboembólica postquirúrgica
Septicemia posquirúrgica
Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria
Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de colón
Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de rodilla
Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de cadera

Fuente: Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud

Indicadores de atención al paciente

Los indicadores de atención al paciente engloban indicadores de satisfacción de la encuesta de los usuarios de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, que se viene realizando desde el año 2008 en la Consejería de Sanidad. La encuesta evalúa numerosos aspectos, tanto generales como concretos, de la experiencia del paciente en las áreas de hospitalización, consultas externas, cirugía ambulatoria y urgencias.

En el apartado de atención al paciente, aparte de los indicadores de satisfacción, también se incluyen el indicador de reclamaciones. Este indicador es clave para conocer la opinión de los pacientes y usuarios del Servicio Madrileño de Salud y se encuentra ligado íntimamente con la satisfacción asistencial y la experiencia de los pacientes (Figura 1.27.).

Otros indicadores incluidos en el apartado de atención al paciente son los indicadores de lista de espera, que constituyen un apartado fundamental de la asistencia sanitaria y condicionan la satisfacción del paciente con la misma, sobre todo cuando la demoras son excesivas.

Figura 1.27. Indicadores de atención al paciente

INDICADORES DE ATENCIÓN AL PACIENTE
Índice de satisfacción global
Índice de recomendación global
Índice de satisfacción con la información
Satisfacción con los profesionales médicos
Satisfacción con los profesionales de enfermería
Satisfacción global con la habitación
Índice de reclamaciones
Espera media para intervenciones quirúrgicas
Espera media para primera consulta en atención especializada

Fuente: Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud

Algunos ejemplos de estos indicadores:

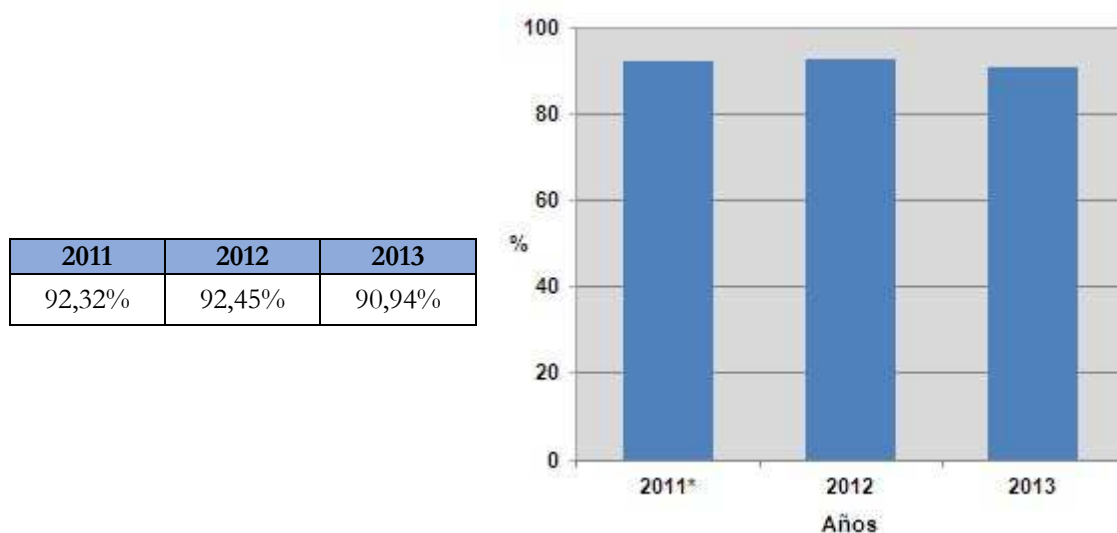
Ejemplo 1: Índice de satisfacción global

Porcentaje de pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención sanitaria recibida en el hospital. La valoración del grado de satisfacción global con la atención recibida se realiza mediante una escala de 5 categorías, desde 1 "Muy insatisfecho hasta 5 "muy satisfecho"

El índice de satisfacción global se calcula con la media de la satisfacción global en las áreas de hospitalización, consultas externas, cirugía ambulatoria y urgencias. El año 2011 no cuenta con la valoración en el área de urgencias.

Los niveles de satisfacción que componen este índice se mantienen en los tres años de análisis, con valores en la mayoría de áreas por encima del 90%. Así, la satisfacción con la hospitalización es de 92,4% en 2011, 95,6% en 2012 y 93,5% en 2013; cirugía ambulatoria mantiene unos valores de 93,6% en 2011, 96% en 2012 y 94,2% en 2013; consultas externas pasa de 90,9% en 2011 a 90,8% en 2012 y 90,1% en 2013 y urgencias presenta valores de 87,5% en 2012 y 86% en 2013. (Figura 1.28.)

Figura 1.28. Índice de satisfacción global



Fuente de datos: Encuesta de satisfacción de los usuarios de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud

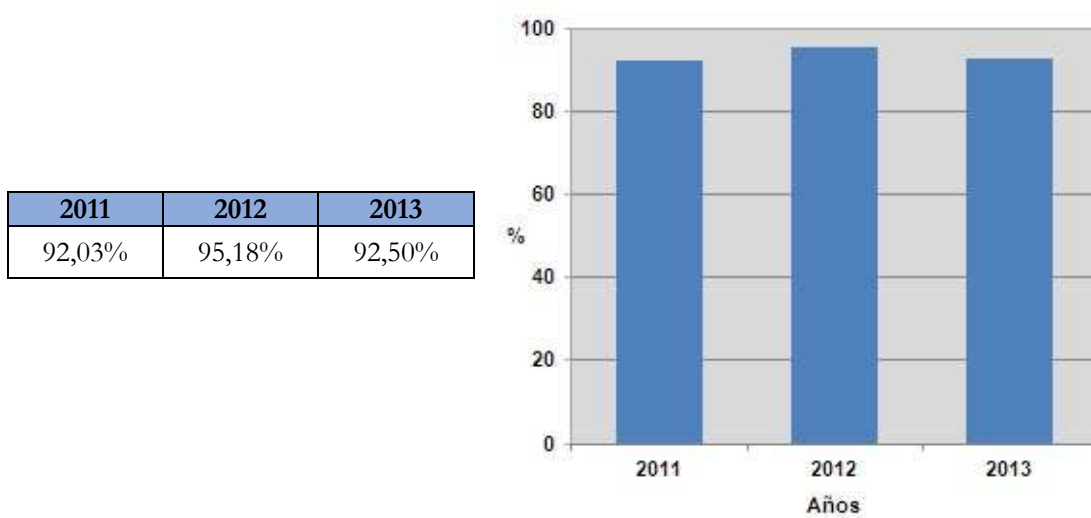
Ejemplo 2: Índice de satisfacción con la información

La información constituye un aspecto fundamental de la relación médico-paciente que condiciona de manera importante el grado de satisfacción con la atención recibida. Este indicador valora de forma conjunta la satisfacción con la información recibida sobre la enfermedad, su tratamiento durante la hospitalización y la facilitada al alta hospitalaria.

Para la construcción de este índice se han escogido tres preguntas consideradas claves en la comunicación médico-paciente que aborda la información facilitada al paciente en diferentes momentos del proceso asistencial como son el diagnóstico, el tratamiento terapéutico y el alta hospitalaria.

El índice de satisfacción con la información recibida en el área de hospitalización se calcula con la mitad de la satisfacción con la información recibida sobre la enfermedad, el tratamiento médico y el alta hospitalaria (Figura 1.29).

Figura 1.29. Índice de satisfacción con la información

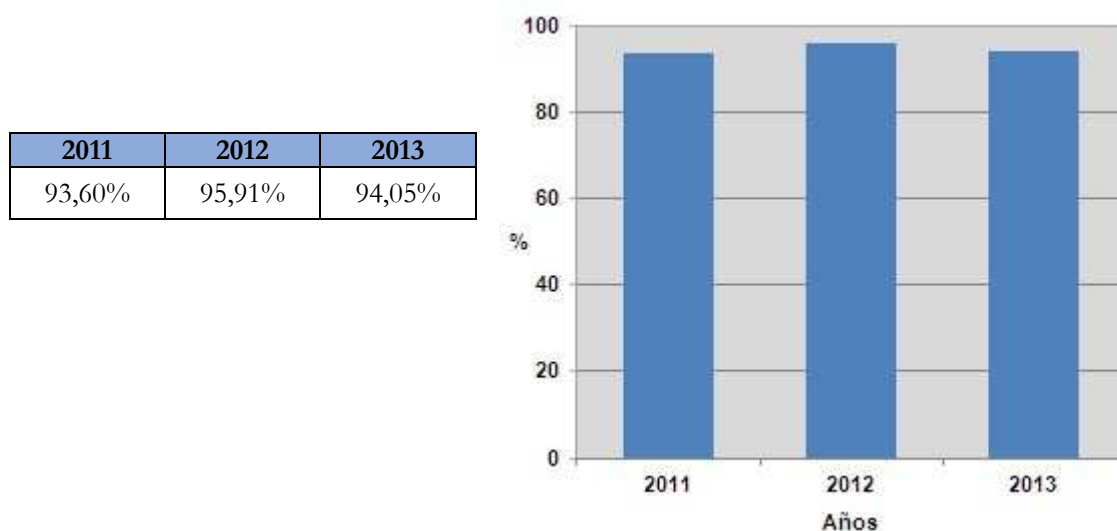


Fuente de datos: Encuesta de satisfacción de los usuarios de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud

Ejemplo 3: Índice de satisfacción con los profesionales médicos

La satisfacción con el profesional médico se valora de forma global, tanto en aspectos técnicos de conocimiento, como otros relacionados con el trato recibido durante la hospitalización (Figura 1.30)

Figura 1.30. Índice de satisfacción con los profesionales médicos



Fuente de datos: Encuesta de satisfacción de los usuarios de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud

Docencia e investigación

En el Observatorio también se ha incluido un apartado de docencia e investigación, con indicadores que evalúan la dedicación de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud a labores de formación e investigación, estrechamente ligadas a la labor asistencial que se realiza en ellos. Así, los indicadores de docencia incluidos evalúan los hospitales con docencia universitaria, así como los centros con formación especializada para futuros facultativos asistenciales. (Figura 1.31)

Figura 1.31. Indicadores de docencia e investigación

INDICADORES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Hospitales acreditados para la formación de especialistas
Hospitales con docencia universitaria
Investigadores
Estudios clínicos con medicamentos y productos sanitarios
Proyectos de investigación
Factor de impacto global y factor de impacto medio de las publicaciones

Fuente: Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud

Estos indicadores no son únicos ni los más importantes en el campo de la evaluación; Cada centro de salud u hospital debe determinar aquellos indicadores que le sean útiles según sus necesidades.

1.6.5. Dilemas éticos

La ética es una disciplina que busca razones universales para adecuar la conducta humana al bien del universo, la sociedad y el individuo. Algo es bueno si favorece el desarrollo del ser humano. Siendo la salud pública una ciencia, un conjunto de conocimientos que tiene una practicidad, es lógico que debe apoyarse en la ética para que promueva el desarrollo humano (Vélez, LA., Maya, JM.,2003)

Los problemas éticos en salud pública se identifican cuando los derechos individuales y el interés público entran en conflicto (Beauchamp, DE. y Steinbock, B., 1999).

El mayor componente de la vulnerabilidad de una institución sanitaria se presenta cuando deja de ser confiable y respetada, es decir, cuando declina su reputación ante la sociedad y sus ciudadanos.

En la gestión de los servicios sanitarios públicos, dada la limitación de recursos, no es ético lo que es antieconómico. Tampoco lo es una decisión que carezca de base científica.

En la gestión asistencial se conjugan tres elementos para que la decisión sea correcta o ética: aspectos científicos (medicina basada en la evidencia), económicos (utilización de recursos de forma eficiente) y éticos.(Cabo, J., 2012).

Las acciones de salud pública de los gobiernos presentan desafíos éticos y políticos. El uso del poder policial del Estado, particularmente en políticas paternalistas o coercitivas, plantea preguntas éticas en una democracia liberal pluralista (Petrini, C., Gainotti, S. y Requena, P., 2010) entre las que cabe destacar el papel del gobierno para influir o coartar las conductas relacionadas con la salud, el empleo de incentivos (económico o de otra naturaleza) para promover la salud, el equilibrio entre intervención pública y autonomía individual, la definición de un nivel de riesgo socialmente aceptable, la justa distribución de

riesgos y beneficios entre la población, la necesidad de aportar respuestas definitivas o recomendaciones basándose en datos inciertos, el acceso equitativo a la asistencia sanitaria, la reducción de las disparidades en estados de salud.

A partir de 1970 se han venido desarrollando unos principios que rigen la conducta ética en la atención en salud. De estos principios éticos fundamentales se derivan algunas normas éticas que el profesional de la salud debe tener siempre en cuenta, por ej.: obtener el consentimiento informado, honestidad en la información, respeto por la confidencialidad, evitar la discriminación, etc. Proporcionan estos principios un marco de referencia para alcanzar soluciones coherentes y razonadas a los problemas concretos de índole ética que se presentan en la práctica en la atención en salud. Estos principios no obedecen a una disposición jerárquica estricta y son todos válidos. En caso de conflicto, será la situación concreta y sus circunstancias quienes indicarán la primacía de uno u otro (Vélez, LA., Maya, JM.,2003).

1.6.6. Capital humano y profesional de las organizaciones sanitarias

Un factor clave en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es la política de recursos humanos.

El art. 4 apartado 5 de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias indica "...los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente y de los criterios de normo-praxis, o, en su caso, los usos generales propios de su profesión".

El apartado 7 letra e) establece entre sus principios "la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria".

Los profesionales sanitarios deberían acomodar su actuación a los siguientes principios (Libro Blanco sobre recursos humanos en el sector sanitario, 2013):

El *principio de competencia*: de modo que se tenga en cuenta la conciencia ética, los límites propios de competencia profesional y científica, la actualización profesional y la abstención por incapacidad.

El *principio de responsabilidad*: que incluirá la calidad y promoción del nivel asistencial, científico y profesional, la evitación de daños, la continuidad de la atención, la adecuada supervisión y el abordaje apropiado de los problemas éticos.

El *principio de integridad* en el ejercicio profesional: que incluirá la honestidad, sinceridad y precisión en la información, el reconocimiento de los límites profesionales y los conflictos de intereses y la obligación de actuar cuando tengan conocimiento de prácticas contrarias al código ético.

El personal sanitario (médicos, enfermeras, etc) es un elemento fundamental para realizar y garantizar la mejor prestación de servicios posible y asume una función directiva en toda su dimensión que debe rendir cuentas a los ciudadanos (sus impuestos financian la sanidad pública), a los pacientes (son los usuarios efectivos del sistema y en quienes se materializa la ganancia de la salud) y a las personas de la organización (resto de profesionales del sistema). (Arias E., 2013)

Para que el personal sanitario sea considerado un activo valioso dentro del Sistema Nacional de Salud su actuación no debe limitarse a las habilidades y competencias relacionadas con su formación y profesión, sino que además debe contemplar áreas de conocimiento relacionados con la gestión de procesos, de calidad, aspectos económico-financieros, propios de los gestores y responsables políticos.

"Si los gestores y clínicos no son capaces de compartir un mínimo de valores e ideales relacionados con los grandes objetivos y el funcionamiento cualitativo del hospital, entonces es imposible que la institución avance". (Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in changing world, 2005)

Los valores del personal sanitario y de los gestores y responsables políticos deben converger en el sentimiento de pertenencia a la misma institución sanitaria

Entre las propuestas para reforzar la solidez de las instituciones sanitarias se encuentran: a) establecer una alianza estratégica entre gestores y médicos, b) promover nuevo líderes favoreciendo las unidades de gestión clínica, c) creación de direcciones médicas corporativas, que actúen como puente entre las partes y con corresponsabilidad en el cumplimiento de la alianza, d) poner en marcha experiencias de incentivación económica desburocratizadas, a través de introducción de sistemas de retribución por resultado clínico. (Varela, J., 2008):

En nuestra opinión, una institución que es capaz de elaborar un proyecto estratégico, comprometer a los profesionales, llevarlo a la realidad y alcanzar los objetivos deseados sin conflictos, con eficiencia y reconocimiento social, necesariamente pervivirá, garantizará su consolidación y viabilidad en el tiempo.

Por otro lado, es claro que la preocupación por la salud en las sociedades modernas ha propiciado un desarrollo tecnológico de muy alto nivel, que provoca a su vez un aumento del capital humano y al revés. Esta característica ha provocado un alargamiento del periodo de formación de los médicos hasta los diez años y un incremento del número oficial de especialidades (hasta cuarenta y nueve), que, entre ellas, en unos casos son complementarias entre sí y en otras insustituibles. Son realidades que no tienen comparación en ninguna profesión.

Ambas circunstancias exigen una planificación afinada y alta disponibilidad de estadísticas. Se precisa la planificación territorial y espacial de los recursos, porque tanto la escasez como el exceso de médicos en una determinada área geográfica, o de una determinada especialidad, tienen efectos negativos sobre el coste y sobre la calidad de las prestaciones (el exceso de una especialidad o de efectivos en un área no resuelve el déficit de los mismos en otras)

1.7. MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD

Unos de los objetivos más importantes que se marca el gobierno es garantizar un nivel de vida suficiente a los ciudadanos dentro del Estado de Bienestar.

El Estado del Bienestar moderno es una invención europea que parte de la Alemania de Bismarck en 1883 y se extendió por toda Europa durante el período anterior a 1920. El término Estado del Bienestar se acuña tras la Segunda Guerra Mundial y se emplea para recoger las actividades gubernamentales relacionadas con la redistribución de rentas, sanidad, educación y otros servicios asistenciales. El Estado del Bienestar, además de incurrir en los gastos sociales mencionados, desarrolla otras políticas orientadas hacia la reducción de las desigualdades, la garantía de la subsistencia material, la integración social y la eficiencia (eficiencia tanto por su impacto en el resto de la economía como en el funcionamiento del propio Estado del Bienestar). Las políticas monetarias y fiscales dirigidas a la consecución del pleno empleo constituirían un ejemplo de esas otras políticas. También hay que acotar que el avance civilizador que supone el Estado del Bienestar no impide que el bienestar de los individuos dependa de muchos otros factores no relacionados con el Estado (Catalá F, De Manuel E, 1998).

Por tanto, el Estado de Bienestar trata de dar respuesta por parte de los poderes públicos a las necesidades relacionadas con la calidad de vida y el bienestar de la ciudadanía, en definitiva a las necesidades sociales, las cuales se pueden agrupar en cuatro: Sanidad, Educación, Servicios Sociales y Pensiones.

España ha construido su Estado del Bienestar con un retraso histórico importante con relación a otros países Europeos.

En España, la Seguridad Social constituye el núcleo del Estado del Bienestar.

Tal como resume Comín (1996), la crisis del Estado del Bienestar en España no surge con la democracia; con la democracia lo que surgió fue el propio Estado de Bienestar universal; antes lo que había era como mucho un Estado que promovía los seguros sociales obligatorios. Estos seguros profesionales vivían de las cuotas de los afiliados y no de transferencias del Estado financiadas con impuestos; el tipo de Estado del Bienestar vigente en España entre 1900 y 1976 apenas transfería recursos a los seguros sociales, al

igual que el Estado liberal dejó la beneficencia del siglo XIX a los empobrecidos Ayuntamientos, Diputaciones y Cabildos. Cuando los seguros sociales tuvieron excedentes, como en las décadas de los años veinte y los años sesenta, el Estado los utilizó para financiarse o financiar otros organismos públicos, impidiendo que la Seguridad Social constituyese unas reservas para épocas de crisis.

En las siete décadas de historia de los sistemas públicos de salud en Europa, ha habido una etapa expansiva hasta la crisis de los años 70, y luego una serie de reformas con patrones convergentes: contención de costes, racionalismo planificador, gerencialismo, mercado, gestión clínica e integración. La crisis de 2008 plantea retos de sostenibilidad (Repullo, 2012).

La crisis económica pone en riesgo el Estado del Bienestar a través de la disminución de salarios, aumento de desempleo, descenso de la ocupación, dilución de la protección social, disminución del gasto público social, reducción de los derechos sociales y laborales, privatización de las transferencias y de los servicios de los estados del bienestar. (Navarro V., 2013)

Para garantizar el nivel de vida de los ciudadanos, el gobierno se ve obligado a adoptar medidas que faciliten a todos los individuos el consumo de cierto tipo de bienes y servicios, calificados como bienes sociales o preferentes, que les permitan llevar a cabo una vida satisfactoria.

Estas medidas buscan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, incluir nuevas tecnologías, ganar cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y sociales y garantizar la igualdad de trato a los ciudadanos que acceden al sistema de salud.

En este contexto se aprobó el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones cuyo contenido se desarrollará a lo largo de este capítulo.

A continuación y tras una revisión de la literatura se exponen una serie de medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema y sus implicaciones.

1.7.1. Aumentar los ingresos fiscales

Esta medida consiste en incrementar los ingresos fiscales, ya sea mediante impuestos directos (IRPF, patrimonio, Sucesiones) o impuestos indirectos (IVA, impuestos sobre hidrocarburos, tabaco, alcohol, etc). De esta forma, al existir una mayor recaudación se pueden destinar más recursos a la sanidad.

El problema fiscal que plantea el aumento del gasto sanitario es una cuestión difícil de resolver. Si se tratara simplemente de un aumento del despilfarro, se podría afirmar que el control del gasto y la lucha contra el despilfarro podrían resolver el problema. Sin embargo, es posible que sea óptimo desde el punto de vista de las preferencias de los ciudadanos, que la proporción del PIB que se destina a la sanidad aumente con el tiempo.

En este sentido, la cuestión que se plantea es ¿Debe desempeñar el Estado un papel crucial en la provisión de la atención sanitaria? En algunas economías avanzadas, en la que el Estado desempeña un papel importante en la financiación de los gastos sanitarios, los ingresos fiscales tendrán que aumentar con casi toda seguridad significativamente para financiar los crecientes gastos sanitarios (Charles I. Jones, 2009)

La introducción de mecanismos relacionados con los impuestos puede ser políticamente sensible y siempre habrá grupos particulares de interés que opondrán resistencia a los mismos.

Entre los impuestos indirectos cabe destacar los impuestos sobre el tabaco porque cumplen un doble objetivo desde el punto de vista de la Hacienda Pública. Por un lado, como el resto de tributos, se utilizan con fines recaudatorios y por otro, se persigue penalizar el consumo de determinados bienes, en este caso, el tabaco, es decir, tienen la ventaja de recaudar fondos y mejorar la salud al mismo tiempo, al reducir el consumo de productos nocivos como el tabaco o el alcohol.

El principal inconveniente de un sistema financiado a través de impuestos es la susceptibilidad a las situaciones de crisis económica en las que los ingresos por vía impositiva disminuyen, o a situaciones de restricción del gasto y endeudamiento público, como sucede con el imperativo de reducción del déficit fijado para la convergencia

europea. Esta vía de financiación sin contribuciones finalistas y con cobertura universal hace que, en general, se dé un mecanismo de racionamiento implícito (vía, por ejemplo, listas de espera) consecuencia del pulso constante entre el volumen de recursos (limitado) y las necesidades (aparentemente siempre crecientes).

Entre las ventajas de este modelo de financiación se sitúa la universalidad de la cobertura que hace al sistema más equitativo y el carácter redistributivo y, por tanto solidario, de la financiación por impuestos, ya que estos, especialmente en el caso de los directos, responden a planteamientos progresivos. Se considera además que es un sistema estable y que no requiere un esfuerzo recaudatorio específico. Por otro lado, al estar sujeto a la asignación anual en los presupuestos generales del estado goza de cierta flexibilidad y oportunidad de revisión cíclica que viene avalada por la legitimidad de un parlamento representativo.

1.7.2. La contención de costes

Es una medida para mejorar la gestión del sistema mediante la racionalización y reducción de gasto por medio de un funcionamiento eficiente del sistema, una mayor coordinación entre instituciones una mayor cultura de gestión de sus profesionales.

Se trata de políticas destinadas a limitar los insumos y prestaciones del sistema y a controlar sus precios o costes. Es un patrón de respuesta pragmática orientada fundamentalmente al control económico del gasto a través del establecimiento de límites por el lado de la oferta: techos presupuestario, camas instaladas, inversiones, producción de profesionales, recortes de plantilla, etc y por el lado de la demanda, fundamentalmente costes compartidos (Repullo, 2012).

Artells (1984) argumenta que a pesar de la aplicación generalizada de este tipo de medidas de corresponsabilidad financiera, no solo hay que tener en cuenta su incidencia sobre el consumo y el gasto público sino también sobre el grado de equidad social que producen este tipo de políticas.

Repullo (2009) sostiene que las políticas de costes compartidos pueden buscar tres propósitos diferentes: recaudatorio, económico y psicológico.

En el propósito *recaudatorio* se busca conseguir recursos adicionales para financiar el coste de los servicios, normalmente porque los rendimientos tributarios o de cuotas no llegan a cubrir las necesidades de financiación. Es típico de los países de menor renta, aunque algunos lo postulan como alternativa a la escalada de gasto en la medicina moderna en países ricos. El principal problema que se plantea es el posible daño a la equidad que se produce cuando la carga financiera va pasando de la sociedad al individuo, y que se acrecienta por el problema de la concentración de riesgos.

Un ejemplo concreto: los activos pagan en España el 40% de farmacia; con esto no se llega a recaudar ni el 7% de la factura de prescripción; pero el 2% de la población (de enfermos de alto coste y que son activos), soportan un tercio de toda esta cantidad.(Puig-Junoy J., 2009)

En el propósito *económico* preocupa menos la recaudación que reducir los problemas de eficiencia social; en esencia se trata de que la inexistencia de precios en el consumo de servicios personales tiende a producir un uso excesivo e inapropiado.

Un dato clásico que recoge un artículo de García-Marco C. (2007) parece avalarlo: los funcionarios asegurados a través del mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) pagan un 30% de la farmacia (incluso tras la jubilación): las personas acogidas a Muface en activo generan un 43% más de recetas que los de seguridad social (que pagan un 40% del precio); sin embargo sus jubilados generan un 39% menos de recetas (y casi un 50% menos de gasto.

Y, finalmente, en el propósito *psicosociológico* se busca con la señal de los precios (indicativos o reales) mejorar la conciencia de costes de los pacientes, señalarles el esfuerzo que la sociedad realiza en su asistencia (reconciliación individuo-sistema) e inducir una conciencia «*consumerista*» más activa y exigente del paciente (como cliente).

Abel Smith (1995) estructura las medidas que componen la estrategia de contención de costes en dos bloques: medidas por el lado de la oferta y por el lado de la demanda.

1.7.2.1. Medidas por el lado de la oferta

A continuación se detallan medidas por el lado de la oferta:

Techos presupuestarios para los centros sanitarios (principalmente hospitales). La gestión del hospital se debe hacer cumpliendo un presupuesto y ello requiere capacidad para controlar el gasto principalmente de aquellos que están ligados al volumen de actividad.

Sanchez Prieto (2007) apunta que la asignación presupuestaria en función de costes históricos puede resultar incentivadora de un comportamiento ineficiente de los centros sanitarios, y que la asignación de recursos se debería realizar en función de costes esperados y actividad prevista, es en este apartado donde puede resultar más eficaz el establecimiento de estos techos. Igualmente puede tener efectos negativos sobre la eficiencia, si la forma de establecer los límites viene impuesta y se aplica en forma descendente dentro de la organización, al margen de la productividad, el volumen y composición de la actividad.

Limitación en la producción de profesionales sanitarios, mediante políticas educativas de admisión de alumnos en las facultades de medicina más estrictas.

En sistemas abiertos (donde cualquier licenciado puede establecerse, ejercer y facturar a la seguridad social), hay el miedo a que la oferta genere demanda; en sistemas cerrados (con barreras al empleo público), hay prevención ante el desempleo médico causado por las distorsiones entre políticas educativas y sanitarias.

Topes para el crecimiento de plantillas en los centros y servicios, estableciendo barreras de crecimiento de los recursos humanos, bien por número máximo de efectivos por categoría o por topes máximos en gasto de plantillas.

Limitaciones de camas, nuevas instalaciones y tecnologías, esto es la racionalización de instalaciones y servicios como mecanismo de reducción de la oferta aprovechando los avances en tecnología, así como la reconversión de la red hospitalaria dirigida fundamentalmente a enfermos crónicos introduciendo nuevos modelos basados en la atención comunitaria que minimizan la necesidad de camas de larga estancia.

Restricciones financieras para controlar gastos que provocan demoras en la construcción de nuevos centros así como en la adquisición de nuevas tecnologías debido a su elevado coste.

Métodos para influir en el comportamiento y las decisiones de los clínicos, las decisiones clínicas tienen efecto en los gastos del sistema, hay que tratar de establecer políticas encaminadas a reducir la prescripción farmacéutica y la indicación de pruebas diagnósticas.

En este contexto, es importante una gestión activa del catálogo de prestaciones sanitarias y medicamentos, incorporando y eliminando componentes de forma selectiva y basada en la evidencia, de cara a mejorar su eficiencia sin afectar al rendimiento de la misma.

La gestión activa de la cartera de servicios requiere aplicar criterios de efectividad clínica (en intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, en fármacos, aparatos y otras tecnologías médicas).

Reino unido desde 1999 cuenta con un organismo independiente (National Institute of Clinical Excellence) que evalúa económicamente tanto las prestaciones, tecnologías y medicamentos, como el desempeño del sistema.

Este organismo está constituido por profesionales sanitarios e investigadores y formula recomendaciones a las áreas de salud para incorporar o no los nuevos tratamientos a su cartera de prestaciones financiada públicamente.

Para sus evaluaciones utiliza el criterio de año de vida ajustado por la calidad (AVAC). La barrera de aprobación está entre 20.000 y 30.000 libras por AVAC.

Sistema de incentivos, la forma en que se retribuye a los suministradores de atención sanitaria es uno de los mayores determinantes de la eficiencia microeconómica del gasto sanitario. Una opción es vincular la retribución a los resultados obtenidos, otra opción es otorgar mayor autonomía de gestión a los profesionales para fomentar una mayor responsabilidad sobre los resultados e involucración de los profesionales en la gestión de los centros.

Ejemplo de ello lo encontramos en Reino Unido donde se introdujo la política de pago por desempeño a los médicos de atención primaria, que tienen incentivos en función de unos parámetros de calidad asistencial, organización, satisfacción del cliente y otros.

En Francia se reforzó en 2008 la autonomía de gestión de los establecimientos de salud. El director es el responsable último de la gestión apoyado por un equipo de médicos y profesionales que elaboran un proyecto médico. El cumplimiento del proyecto se evalúa mediante mecanismos de medición del desempeño y comités de control de resultados y a su consecución se asocian esquemas de incentivos.

En España, equipos o profesionales individuales pueden recibir incentivos en función de los resultados que consigan: uso de medicamentos genéricos, reducción de los tiempos de espera, prescripción racional de medicamentos. El importe de los incentivos es marginal con respecto a la retribución total.

Los sistemas de precios de referencia es una medida popular en los países europeos, en la que los compradores públicos de medicamentos tratan de fomentar la competencia de precios cuando desaparece la protección de la patente. No se trata de una política de regulación de precios sino de una política de compra o de financiación en la que el asegurador fija el precio máximo que está dispuesto a pagar por un grupo de medicamentos que considera equivalentes, siendo cada productor libre de elegir el precio de venta, de forma que si el paciente adquiere un producto más caro, deberá pagar la diferencia (copago evitable). La sensibilidad del paciente a la diferencia de precio debería actuar como incentivo para que los productores compitieran por reducir el precio de productos equivalentes.

Los productores tendrían incentivos para reducir el precio hasta el nivel de referencia, el problema es que el producto de marca se instala en el precio de referencia y puede mantener con cierta comodidad su cuota de mercado, con lo cual se ve reducido el potencial de ventas de los competidores genéricos.

El principal inconveniente de este sistema es que los efectos de la competencia no se trasladen al precio de venta al público, al consumidor y por tanto no se trasladen al presupuesto.

Cuanto mayor sea el diferencial entre el precio de referencia y coste de producción mayor será el inconveniente.

1.7.2.2. Medidas por el lado de la demanda

Los economistas y otros profesionales preocupados por la política sanitaria han discutido el significado que debe darse al término “demanda” en atención sanitaria. Arow (1963) destacó que la relación entre los pacientes y sus médicos (y otros profesionales sanitarios) incluyen medicación, información, confianza y profesionalidad. Los pacientes confían en que los proveedores les ayuden a concretar su demanda en atención sanitaria, incluso pueden ceder a dichos profesionales, total o parcialmente la autoridad para tomar decisiones sobre su tratamiento. En los debates sanitarios a veces se acusa a los médicos de inducir demanda, como referencia a la práctica de servirse de su influencia en su propio interés. Un punto fundamental aún no resuelto en política sanitaria es la magnitud de dicha demanda inducida por el proveedor y la forma de determinarla. En este contexto, el supuesto economista de un consumidor plenamente informado y que actúa como tomador de precios, que decide la cantidad de servicios sanitarios que desea comprar, está claramente fuera de lugar (Ibem Pere, 1999).

Por el lado de la demanda, las medidas adoptadas se concretan en costes compartidos y limitación de prestaciones:

Los costes compartidos. Desde la perspectiva de la teoría económica, la cantidad demandada de un bien cuya provisión es a coste cero (en el momento de su uso) tiende a aumentar.

Sin embargo hay que tener en cuenta que el grueso de las decisiones de consumo se toma por el médico en su doble papel de consejero del paciente y proveedor de servicios.

La asistencia sanitaria reúne las características de los llamados bienes de confianza cuya calidad difícilmente puede establecerse con certeza. Se trata de bienes en los que los oferentes son a la vez expertos que determinan las necesidades de los consumidores.

Tan sólo en los primeros contactos desencadenados por el paciente (atención primaria, urgencias, etc) la iniciativa de éste juega un papel determinante; si se introducen “*tickets moderadores*” en dichos contactos puede reducirse la utilización, pero es difícil que se discrimine entre la demanda abusiva y la demanda apropiada (incluso puede ponerse en peligro la consulta por motivos preventivos o ante síntomas iniciales).

Limitación de las prestaciones, ya sea por el lado de la oferta, como se ha visto anteriormente o como pago compartido del 100% por parte del usuario, en todo caso la exclusión de cobertura de determinadas prestaciones o servicios del "paquete público".

Ellis y McGuire (1986) sugieren que la participación en el coste por el lado de la oferta podría sustituir a la participación en el coste por el lado de la demanda, mejorando los términos entre riesgo moral y aversión al riesgo. No obstante, la evidencia sugiere que ambos tipos de participación en el coste operan con diferentes márgenes. La participación en el coste por el lado de la oferta influye, como mínimo indirectamente, en las decisiones del consumidor que busca atención sanitaria, mientras que la participación en el coste por el lado de la demanda afecta a las decisiones del consumidor que busca atención sanitaria pero apenas influye en el coste de la misma, una vez encontrada (Newhouse y el Insurance Experiment Group, 1993). Por lo tanto la estructura óptima puede exigir participación en el coste tanto por el lado de la oferta como por el lado de la demanda

1.7.3. Copago sanitario

En los últimos años España, junto con otros países occidentales con gran desarrollo social, están llevando a cabo políticas de gasto sanitario para garantizar la sostenibilidad y la cohesión de sus propios sistemas de salud, con el fin de mantener la eficiencia y equidad que necesita el sistema; Ello exige una gestión apropiada en los procesos de asignación y en el uso de los recursos disponibles así como un mayor grado de corresponsabilidad de todos los agentes económicos, profesionales y sociales del sector.

Garantizar y asegurar la sostenibilidad de las políticas públicas requiere mecanismos que sin desvirtuar el modelo de bienestar prevean la corresponsabilización de los beneficiarios en la financiación (Diamond y Giddens, 2005). Sería un contrasentido procurar mayor protección social si los ciudadanos no actúan de forma más responsable ante los riesgos sanitarios.

En julio de 1991 Fernando Abril Martorell, presentó el conocido *Informe Abril* que abrió el debate y la polémica sobre el futuro de la financiación sanitaria al considerar que los usuarios deberían participar en el pago de los servicios.

La participación del usuario en el pago de los servicios sanitarios, en general, y de los medicamentos, en particular, recibe tres nombres en la literatura, que hacen referencia a sus diversas funciones (González, 2001): copago (copayment), participación en el coste (cost-sharing) y ticket moderador. El término copago proviene del ámbito del seguro. La tasa de coseguro, o tasa de copago, en un mercado libre, es decidida por el asegurado como uno de los parámetros del plan. La expresión participación en el coste (cost-sharing) alude a la cuota de corresponsabilidad que debe tener el paciente en la gestión de su proceso y a la lógica del reparto de la carga financiera entre las dos partes, asegurador y asegurado. Por último, cuando se habla de ticket moderador se están recordando los abusos, el sobreconsumo que inevitablemente conlleva el riesgo moral asociado a la existencia de un tercer pagador, con la consiguiente pérdida de eficiencia y bienestar: hay que imponer algún coste al paciente para moderar su consumo de medicamentos (Puig Junoy, J., 2006).

La tasa de coseguro o tasa de copago se define como el porcentaje (fijo) del importe que tiene que pagar de su bolsillo el asegurado en el momento de la compra. Algunos autores emplean el término copago para designar el importe fijo por envase que paga el usuario, independiente del precio.

Un informe de la Sociedad española de Medicina de familia y comunitaria (SemFYC, 2010) define el Copago Sanitario como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos con el objetivo de contener su uso y conseguir financiación adicional.

El copago debe tener en cuenta el nivel de renta de los usuarios, con el fin de garantizar la igualdad y considerar políticas que garanticen la salud y el bienestar de la población, comenzando siempre por el auto-cuidado.

El copago se puede aplicar sobre los servicios de atención médica (atención primaria, hospitales, servicios de urgencias), las estancias hospitalarias (hospitalizaciones), los medicamentos y las farmacias.

El copago aplicado sobre la atención médica existe en numerosos países europeos con sistemas sanitarios basados en las contribuciones a la Seguridad Social (Bismarck) más que en los sistemas basados en los impuestos (Beveridge). También es muy usado en EEUU, cuyo sistema está basado en los seguros privados (Rodríguez M., 2006).

En España, actualmente solo se plantea el copago sanitario en determinados medicamentos. Ir al médico o ingresar en un hospital público es completamente gratuito.

El copago ha sido utilizado especialmente para contener el gasto público producido por el consumo de productos farmacéuticos (Smith, A., 1984)

El copago plantea a los pacientes, por un lado, pagar una cantidad de dinero por recibir atención médica y, por otro lado, poner freno a la hora de subvencionar los medicamentos.

La aceptación del copago es controvertida y existen valoraciones bastante definidas dentro de los distintos colectivos profesionales que recoge un artículo de un diario electrónico de sanidad *El Médico Interactivo*:

La administración sanitaria lo considera como un mecanismo de contención de la demanda de productos farmacéuticos y como contenedor de la demanda de servicios asistenciales, especialmente la alta tecnología y las urgencias, incluso lo valora para las consultas e ingresos hospitalarios.

Los economistas de la salud y los gestores alertan sobre sus posibles repercusiones económicas y dudan de su viabilidad económica si se consideran los costes de transacción (Bengoia R. et al 1997, Rusell E et al 1996). Los mecanismos administrativos para recaudar el copago pueden ser más costosos que lo que se obtenga de su cobro

La industria farmacéutica lo propone como una buena alternativa para seguir financiando los servicios sanitarios y especialmente los medicamentos (González, E., 1999).

Los profesionales médicos, farmacéuticos y diplomados de enfermería que ocupan un lugar de liderazgo en el ámbito de atención primaria, según un estudio Delfi, no han conseguido llegar a consenso para considerar que sería positivo extender el copago a los pensionistas ni aumentar la actual aportación de las personas activas. También piensan que nuestro modelo de atención primaria no induce a una hiperfrecuentación de los servicios de atención a pacientes crónicos (Artells JJ et al. 1999).

1.7.3.1. Ventajas del Copago

Benach J, Tarafaa G, y Muntanera C (2012) se plantean ¿Por qué y quién tiene interés en promocionar la implantación del copago? y consideran que las respuestas a estas preguntas no son “técnicas” sino políticas.

Las principales ventajas para justificar la necesidad del copago tienen que ver con factores asociados a la economía y la disuasión sanitaria:

En primer lugar el copago es considerarlo una alternativa de financiación, ya que con su aplicación se podrían ahorrar recursos y se ayudaría al mantenimiento y sostenimiento de un sistema tan costoso.

El copago permite compartir costes entre el Estado y el usuario. Repullo (2009) los considera un tipo de financiación sanitaria cuya aplicación suele buscar tres propósitos: recaudatorio (mayores ingresos), económico (reducir el consumo abusivo de los servicios económicos) y psicosociológico (concienciar de los costes).

En segundo lugar, el copago supone una racionalización del gasto sanitario, se racionaliza el uso de servicios sanitarios, al buscar que el ciudadano sólo los utilice cuando realmente sean necesarios.

En tercer lugar, el copago es una herramienta disuasoria que permite eliminar el consumo abusivo e innecesario. El pago de una cantidad simbólica de dinero contribuiría a evitar las visitas innecesarias a servicios como urgencias que están siempre saturados, es decir, el

copago actuaría como elemento de ahorro y lucha contra la saturación de determinados servicios sanitarios.

Una cuarta ventaja del copago es que permite reducir la demanda. Quienes están enfermos toman más conciencia del gasto y adquieren una mayor responsabilidad, valoran más los servicios que consumen y moderan su demanda.

El copago busca concienciar a los pacientes vía precio, señalarles el esfuerzo que la sociedad realiza en su asistencia.

Según Repullo (2009) y coincide con nuestra opinión el reto para conseguir las ventajas del copago está en diseñar sistemas de participación en el coste de los servicios, que sean inteligentes y selectivos, de forma que al reducir el mal uso de los servicios se mejore la eficiencia global del sistema y permita ahorrar recursos despilfarrados y derivarlos hacia las necesidades sanitarias y sociales prioritarias.

1.7.3.2. Inconvenientes del copago

Benach J, Tarafaa G, y Muntanera C (2012) consideran que el debate sobre el copago tiene varias funciones: deteriorar la gestión y la imagen del sistema sanitario público, “culpabilizar al enfermo” en lugar de a las autoridades políticas y a los poderes económicos, y tapar o minimizar temas fundamentales de debate, como son la subfinanciación de la sanidad pública, el excesivo gasto farmacéutico y la privatización de la sanidad. En el primer caso, la baja financiación de la actual sanidad pública radica, básicamente, en tres causas principales: la reducción de los impuestos en favor de los más ricos, la casi completa eliminación de varios impuestos (patrimonio, sociedades, grandes riquezas y sucesiones), y el elevado fraude fiscal de las grandes fortunas, las empresas y la banca (Navarro, V.2012)

Los principales inconvenientes del copago se recogen a continuación:

En primer lugar, el copago supone tener que pagar una cantidad de dinero por unos servicios, teniendo en cuenta el delicado momento económico que atraviesa gran parte de la población.

El presupuesto de sanidad proviene de impuestos de los ciudadanos, por tanto el copago supone pagar de nuevo por algo que ya se ha pagado.

El copago supone una transferencia del coste de los servicios desde el presupuesto público al bolsillo del ciudadano que se encuentra enfermo o que los utiliza. Como es lógico, las personas con menores ingresos económicos son las que se ven más afectadas por la medida (Rusell E et al 1996, Kupor Sa et al 1995). Sin embargo, es posible que a partir de un nivel medio de ingresos, el copago pueda tener un impacto similar en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre los diferentes substratos socio-económicos (Cherkin DC et al 1992).

En segundo lugar, hay que referir los costes de puesta en funcionamiento del sistema de copagos, que son elevados y muy probablemente superarían a las cantidades recaudadas como así lo recoge un estudio de la Fundación 1º de mayo, 2011

En tercer lugar, el copago tiene efectos perjudiciales en la salud y equidad de los sectores de la población más desfavorecidos social y económicamente, tal y como señala un informe sobre salud en el mundo de la OMS (2010). Los copagos tienen efectos sobre las personas con pocos recursos y con mayores problemas de salud, puesto que no acudirían o retrasarían la demanda de atención sanitaria incluso cuando fueran necesarias, esto provoca inequidad, lo que supondría un verdadero impuesto sobre la enfermedad, además de una regresión.

En cuarto lugar, supone un freno a la accesibilidad, entendida como aquella característica de los servicios sanitarios según la cual los ciudadanos pueden disfrutar de ellos con facilidad (Atención Primaria, 2000; 26:21-2).

En quinto lugar, el copago Introduce el mercado en el sistema sanitario a través de la compra y venta de la asistencia, acabando con el carácter universal, equitativo y redistributivo del actual sistema sanitario, sustituyéndolo por otro donde el cliente pagará al recibir el servicio y el proveedor lo cobrará directamente. Las prestaciones sanitarias serían una mercancía más sujeta a la ley de la oferta y la demanda.

En sexto lugar, el copago abre un gran espacio a los seguros privados de salud: El copago por la asistencia no incluida en la Cartera Básica del Sistema Público, supone que los pacientes deberán sufragar individualmente el coste de unos servicios cada vez más costosos (hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc.), obligando, a quien tenga capacidad económica, a contratar pólizas de seguros privados complementarios para cubrir estos riesgos. El resto quedaría cubierto por el Estado.

En España las primeras muestras de copago las encontramos en 1993 y 1998 con las listas negativas de medicamentos que excluyen de forma selectiva a ciertos fármacos de la financiación pública, son equivalentes a la introducción de un copago igual al 100% del precio de venta.

Estas dos listas negativas suponía la exclusión del 29% de todos los medicamentos de marca registrados en el mercado (Who, 2000).

La lista negativa de 1993 estaba basada en dos metas principales: dar prioridad en la financiación pública a aquellos medicamentos utilizados para los tratamientos más necesarios o de mayor gravedad y excluir a los medicamentos de bajo valor terapéutico.

Inicialmente se redujo el número de recetas, pero gradualmente se produjo un efecto sustitución de los medicamentos excluidos por otros incluidos en la financiación pública con un precio medio por receta más elevado.

La segunda lista negativa de 1998 excluyó 834 productos correspondientes a 39 grupos terapéuticos. El efecto de esta medida ni siquiera fue perceptible a corto plazo ya que en el mismo año el gasto creció un 10%.

Además una parte de los medicamentos excluidos desaparecieron del mercado en los años siguientes a la exclusión: en 2002 había desaparecido el 40% de los medicamentos excluidos en 1993 y el 25% de los excluidos en 1998 (Martin et al.,2003)

En el año 2012 se adoptaron nuevas medidas de racionalización de la demanda de medicamentos y otros productos sanitarios, actualizándose la lista de medicamentos y excluyendo de la misma a aquellos destinados al tratamiento de síntomas menores, los considerados como publicitarios en el entorno europeo y aquellos que compartan principio activo y dosis con medicamentos que se pueden obtener sin receta.

La reforma incluye la racionalización de la demanda de medicamentos, con el aumento generalizado del porcentaje de copago en la adquisición de productos farmacéuticos en función del nivel de renta, el control del número de prescripciones por paciente, y la introducción del copago por primera vez a los pensionistas, también en función de la renta y con un límite pago mensual determinado, excluidos los parados de larga duración y los que reciben pensiones no contributivas.

1.7.3.3. El Copago en Europa

El copago se está aplicando en otros países europeos donde está teniendo buena aceptación (Figura 1.32.), sin ánimo de ser exhaustivos citaremos las medidas adoptadas en algunos países de Europa.

Alemania. Existen varios tipos de copago. Para la compra de medicamentos la aportación de los pacientes es del 10% del precio con un mínimo de 5 euros y un máximo de 10 y debe ser desembolsado por todos, incluso pensionistas.

En caso de hospitalización, el paciente debe abonar 10 euros al día con un máximo de 28 días laborables por año.

Para las consultas ambulatorias, los pacientes deben de realizar un pago trimestral de 10 euros, sin importar las veces que acudan al doctor en ese periodo.

La visita al pediatra no se cobra.

Francia. Está generalizada la contratación de un seguro privado que paga las medicinas y gastos hospitalarios no cubiertos por el estado. Por lo tanto hay dos alternativas para aquellos servicios que no cubre el estado: contratar un seguro privado o pagarlas de su bolsillo.

Reino Unido. Las visitas al médico, servicios de urgencia, hospitalización son gratuitos.

En cuanto a las medicinas, las más comunes se recetan gratuitamente y en otras el precio es compartido por el paciente.

Italia. Las consultas al médico de familia cuestan 10 euros. Las visitas a un especialista pueden costar de 15 a 20 euros. Además, se penaliza el abuso de las Urgencias. Si el médico considera que el problema no necesitaba de urgencias cobra al paciente 25 euros.

Portugal. Existe un sistema de copago que se conoce como tasa moderadora. La consulta básica al ambulatorio cuesta de 2,20 a 4,5 euros. Por cada día de hospitalización hay que pagar 5, 20 euros.

Figura 1.32.. El copago en Europa

	ESPAÑA	ALEMANIA	FRANCIA	REINO UNIDO	ITALIA	PORTUGAL
MEDICINAS	Pago compartido	Pago 10% (excepto menores)	Pago Integro	Pago compartido	Gratuito	Medicamentos subvencionados
HOSPITALIZACION	Gratuito	Pago mínimo 10 €/día, con máx 28 días	Pago 20% más 14 € con máx 30 días	Gratuito	Gratuito pero con pago de pruebas diagnósticas	Pago de 5,20 €, excepto embarazadas, menores, jubilados y enfermos crónicos
URGENCIAS	Gratuito	Pago 25 €/urgencia	Gratuito	Gratuito	25 euros si la urgencia no es justificada	Pago de 8,40 €
CONSULTAS MÉDICAS	Gratuito	Pago 10 €/trimestre por visita	Pago 30% coste más 1 euro, con un máx 50 €/año	Gratuito	Pago especialista entre 15 y 20 euros	Pago de 2,20 €

Fuente: Copago.net: Información útil sobre el copago sanitario, una fórmula alternativa de financiación del sistema sanitario.

1.7.3.4. Health Insurance Experiment

Supongamos que tenemos un bien denominado “Servicio Sanitario” que se ofrece a un precio. Pueden ocurrir dos cosas:

1. Que la cantidad demanda del bien apenas varíe ante una determinada variación porcentual en el precio, en cuyo caso estamos ante una *demanda inelástica*.
2. Que la cantidad demandada del bien sea muy sensible ante variaciones en el precio, en cuyo caso estamos ante una *demanda elástica*.

Phelps y Newhouse (1974) argumentaron que los servicios sanitarios con un coste de tiempo (de espera y desplazamiento) relativamente elevado presentan una elasticidad precio

muy baja. Este es el caso de las consultas médicas y las recetas. La tesis de estos autores sugiere que el individuo tiene en cuenta el coste total del servicio sanitario: el directo, el precio sanitario por receta, y el indirecto el tiempo de espera y desplazamiento.

Cuando el peso relativo del coste indirecto es muy elevado, una pequeña variación en el coste directo afecta poco al precio total, que es el que percibe el individuo, razón por la cual también afecta muy poco su nivel de demanda.

Schnell (1975) sostiene que los aumentos en el nivel de participación del usuario en los costes van acompañados de un descenso en el nivel de prescripción. No obstante, el descenso de la prescripción se acompaña de un aumento del gasto. El autor atribuye el hecho al aumento número de envases por prescripción. El descenso en la prescripción sería solo aparente. Así se reduciría el impacto de la participación fija por receta y el consumo no se vería afectado.

Para que el sistema de copago sea eficiente, la demanda de los servicios sanitarios a los que se aplica el copago debe ser elástica, esto es sensible a las variaciones en el precio.

Si la demanda fuera inelástica, es decir, si la cantidad demandada del bien “servicios sanitarios” no sufriera apenas variaciones ante cambios en el precio no se cumpliría el objetivo de reducción de gasto, aunque si se conseguiría un objetivo recaudatorio.

La elasticidad de la demanda en sanidad es relativamente baja porque los servicios médicos no se pueden dejar de consumir ni pueden reemplazarse por otros bienes o servicios aunque suba el precio.

El usuario de los servicios sanitarios, el paciente, no es un consumidor normal que tiene información y que decide qué y cuanto comprar, sino que es el médico quien tiene toda la información, puesto que conoce el diagnóstico y es el que decide su demanda de servicios. En servicios no tan necesarios, la elasticidad de la demanda puede ser mayor y se comporta de forma inversa al nivel de renta (dentista)

La Corporación Rand financió un experimento denominado *Health Insurance Experiment*, llevado a cabo entre 1975 y 1982 a frente del economista Joseph Newhouse. El experimento incluía 2.756 familias asignadas aleatoriamente a uno entre cinco planes de salud (sin copago, copago para asistencia extrahospitalaria, y copago con tasa de

participación hasta del 95%). Todos los planes tenían un techo de 1.000 euros por familia al año, o bien el 5, 10, 15 % de la renta, lo que fuese menor.

El experimento lo que pretendía demostrar era que los individuos asignados a planes de seguro con copago tenían una utilización y unos gastos sanitarios sensiblemente inferiores a los individuos cuyos planes no tenían copago.

El estudio detectaba que el copago tiende a estar asociado a un menor uso de asistencia sanitaria y relevó que los copagos reducían la utilización tanto de los servicios sanitarios como los innecesarios, es decir, que no tenía efecto selectivo entre servicios clínicos apropiados o inapropiados.

Las conclusiones del estudio fueron:

a) El precio y los mecanismos de participación en costes tienen un claro efecto en la reducción del consumo médico, medido tanto en unidades físicas como en unidades de gasto.

Los ciudadanos asignados al plan gratuito gastaban más que los encuadrados en otros planes.

A medida que aumenta el porcentaje de copago, la reducción en el consumo es mayor (con una ligera excepción en hospitalización)

b) Existen diferencias de elasticidad entre servicios. Los servicios dentales y las pruebas de tipo preventivo presentan elasticidades más altas frente a las hospitalizaciones que presentan las elasticidades más bajas.

c) La elasticidad de la demanda es mayor en el caso de los pobres.

El consumo farmacéutico de la población con niveles de renta bajos es inferior a la del resto de la población, con independencia de si deben soportar o no parte del coste del servicio.

d) En cuanto al impacto sobre la salud, el estudio recogió que apenas existían diferencias entre los grupos asignados a un plan gratuito y a un plan de copago.

El repaso de la literatura sobre la evidencia empírica que existe sobre los efectos de la aplicación de la participación de los usuarios en el coste de los productos farmacéuticos no permite obtener resultados concluyentes, la mayoría de los estudios plantean la elasticidad, tanto del consumo como del gasto, muy reducida. (Puig- Junoy, 1988) observa como los efectos del pago del usuario son sólo transitorios, recuperando la tendencia creciente poco después de su introducción.

1.7.4. Privatizaciones

La lógica de los mercados presiona en la lógica de favorecer la externalización de servicios que pueden ser gestionados por entes privados, viendo en los servicios públicos privatizados una oportunidad de negocio.

Savas (1987) define privatización como el acto de reducir el papel del gobierno y aumentar el del sector privado en una actividad o en la propiedad de activos.

Hanke (1987) lo define como contratación o venta al sector privado de funciones o empresas de propiedad pública o controladas por el gobierno.

Donahue (1989) lo define como la práctica de delegar responsabilidades públicas en el sector privado.

Starr (1989) lo define como el cambio desde lo público a lo privado en la producción de bienes y servicios.

La privatización puede efectuarse mediante venta de activos en manos del sector público o mediante la delegación al sector privado de la producción de servicios que antes eran producidos directamente por el sector público y ello, mediante un contrato o acuerdo de concesión.

No es imprescindible que el gobierno responsable de proveer un servicio público se encargue también de su producción, ya que cuando los contratos son perfectos, no existen

diferencias entre la producción pública y la contratación externa de servicios públicos (Reyes, 2011)

En este contexto cabe destacar diferentes tipos de colaboración más frecuentes entre la Sanidad Pública y la Privada y que han sido estudiadas entre otros por Broadbent y Laughlin (2003), Webb y Pulle (2002) y Grimey y Lewis (2005)

Externalizaciones, mediante la derivación al sector privado de cada vez más procesos y actuaciones del sistema sanitario público.

Los procesos que se externalizan son:

Servicios de carácter no sanitario: limpieza, cocina, mantenimiento.

Servicios de carácter sanitario: pruebas diagnósticas (especialmente radiología) e intervenciones quirúrgicas (planes de choque frente a listas de espera)

Servicios intermedios entre lo sanitario y no sanitario: se trata de actividades administrativas con implicaciones en lo sanitario: archivo de historias clínicas, la informática,...

Hospitales PFI (iniciativa financiación privada), también conocido como modelo de concesión de obra, son aquellos hospitales gestionados por una empresa privada en lo no sanitario y por el sector público en lo sanitario.

Es copia del modelo inglés "*Private Finance Initiative*" se basa en la colaboración del sector público con el privado mediante la figura del concesionario. Éste se encarga de la redacción del proyecto, la construcción, el equipamiento y la financiación del hospital, es decir, una empresa privada construye un hospital en terreno público y recibe un canon anual durante el periodo de la concesión (habitualmente durante 30 años) haciéndose cargo además de la gestión o explotación de los aspectos no sanitarios de los nuevos centros (cocina, limpieza, administración, informática) y recibiendo ingresos de los servicios complementarios (aparcamiento, tiendas,...)

Ej. Hospital de Majadahonda

Concesiones administrativas, la empresa privada que construye el hospital lo gestiona de manera total, tanto en los aspectos sanitarios como en los no sanitarios, es decir la gestión es totalmente privada.

La diferencia entre el modelo de concesión de obra pública y el de concesión para la gestión integral del servicio radica en que el primero se concreta en la construcción de una infraestructura sanitaria por parte del ente concesionario a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales y en el segundo la entidad privada asume, además la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a la población adscrita al área de influencia del establecimiento sanitario.

1.7.4.1. Modelo Alcira

Un ejemplo destacable, que es donde comenzó la experiencia de las concesiones administrativas es el Hospital de Alcira en Valencia.

El gobierno valenciano pone en marcha en 1999 el Hospital de la Ribera bajo esta modalidad. En el año 2003 la concesión pasa a incluir, además de la prestación de atención especializada en el hospital, la atención primaria de los municipios de la Ribera. Es la primera vez en Europa que se aplica una concesión a la gestión integral del servicio público de salud (Acerete *et al.* 2011, 2013)

El modelo Alcira reúne cuatro características básicas:

1. Financiación pública mediante un pago capitativo, la administración paga a la empresa concesionaria una cantidad anual fija y preestablecida por habitante. La provisión de asistencia sanitaria está separada de la financiación. El concesionario asume la asistencia especializada del departamento de salud por una cápita anual, pero los ciudadanos tiene la posibilidad de elegir centro sanitario: el concesionario debe pagar las asistencias realizadas a los ciudadanos de su departamento en centros distintos al 100% del coste medio de la Comunidad Valenciana, pero si algún ciudadano de otros departamentos decide acudir al hospital construido y gestionado por el concesionario, la administración solo pagara a dicho hospital el 80% del coste medio. De esta manera el ciudadano tiene libertad de elección de hospital y el dinero sigue al paciente.

2. Propiedad pública, el centro del objeto de concesión es un hospital público perteneciente a la red de hospitales públicos. La inversión inicial para su construcción y equipamiento

corresponde al concesionario. El hospital revertirá a la Generalitat cuando expire el plazo de la concesión. El concesionario se compromete a entregar al final de la vida de la concesión, todos los activos en perfecto estado. Durante la concesión, el concesionario se compromete a determinadas inversiones, mediante la presentación de planes a cinco años.

3. Control público, el concesionario está sujeto a cláusulas establecidas en el pliego de condiciones. La Administración tiene un control permanente sobre el concesionario a través de la figura del comisionado de la Consejería de Sanidad, con condición del personal funcionario o estatutario, que es designado por la propia Consejería a la que representa.

4. Prestación privada, El adjudicatario de la concesión es una Unión Temporal de Empresas (UTE) de la que Adeslas es el socio mayoritario, con el 51%. El concesionario no podrá obtener una rentabilidad superior al 7,5%, si se supera el exceso se debe destinar a una mayor inversión en el Departamento. El concesionario asume el coste del personal estatutario dependiente de la administración, que se le factura al coste total del sueldo más la seguridad social. Las localidades de Alcira y Sueca contaban con un centro de especialidades que fue absorbido por el hospital, incluido su personal. La mayoría de facultativos decidieron integrarse en la estructura de la empresa y firmar un contrato laboral, otros sin embargo, decidieron mantener su condición de estatutarios, aunque incorporados funcionalmente a la plantilla del hospital.

Estos modelos de concesiones tienen detractores pero también seguidores.

Los que apuestan por esta forma de gestión, ven las siguientes ventajas:

- a) Cumplimiento de los plazos de entrega con el consiguiente ahorro de costes.
- b) La inversión no se contabiliza como deuda, lo que posibilita no sobrepasar el endeudamiento exigido por la UE.
- c) Mayor autonomía e incentivos por resultados.
- d) Se transfieren riesgos hacia la empresa concesionaria.
- e) Dota al sistema de una mayor eficiencia asistencial. Mejora el rendimiento de los recursos públicos, mediante la eficiencia que supone el aprovechamiento de la experiencia del sector privado en el desarrollo/gestión de infraestructuras y servicios.

Los acuerdos de colaboración público-privada en el sector de la sanidad se utilizan en todo el mundo como un mecanismo para mejorar la provisión y calidad de los servicios de salud. Estos acuerdos, si están adecuadamente gestionados, aportan beneficios al sector público en términos de reducción de costes y de riesgos en proyectos de provisión de servicios de salud; para el sector privado representan oportunidades de negocio; y para los ciudadanos representan el acceso a más y mejores servicios sin que ello implique mayor presión fiscal. (Barros y Martínez- Giralt, 2012)

Los detractores del sistema ven en esta forma de gestión inconvenientes:

a) *Costes*. Es una forma de gestión más costosa por tres motivos: los costes financieros que soportan las empresas privadas son más caros que la deuda pública, los beneficios que obtienen los accionistas de las empresas que gestionan los centros sanitarios y el riesgo que deben asumir los gobiernos si el proyecto quiebra es enorme.

b) *Calidad*. La calidad del proyecto se ve mermada por la obligación de cumplir con un presupuesto fijo y los plazos de entrega o inauguración generalmente por motivos políticos, utilizándose materiales y componentes más baratos, costes de mantenimiento por encima de lo previsto u otras deficiencias en las instalaciones o equipamiento.

c) *Flexibilidad*. El modelo carece de flexibilidad para adaptarse a un entorno de gestión sanitaria que cambia muy rápidamente, debido a las concesiones a treinta años en los que está basado, ya sea motivado por los avances en medicina, la oferta de nuevas tecnologías, cambios en la población o por los precios.

Incorporar flexibilidad al modelo tiene un sobrecoste añadido.

d) *Complejidad*. Alcanzar acuerdos entre las diferentes empresas privadas que actúan sobre un mismo escenario y que intervienen en este modelo.

De Bettignies y Ross (2004) parte de los aspectos económicos de las colaboraciones público-privadas para clarificar las controversias conducidas más por razones ideológicas que por un análisis riguroso.

Nishtar (2004) enfatiza la necesidad de definir principios y normas basados en criterios éticos para guiar los proyectos de colaboración público-privada en el sector de la sanidad.

Buse y Hamer (2004) estudian la dimensión política de la colaboración pública-privada y argumentan cómo su desarrollo ha cambiado el equilibrio de poder entre las organizaciones públicas y privadas, incluidas la Organización Mundial de la Salud o el Banco Mundial.

En cualquier caso, Lancho, JJ. (2013) opina y coincide con nuestros planteamientos que supone un grave defecto de identificación el aplicar la colaboración público-privada solo como un instrumento de obtención de financiación, para eludir las restricciones impuestas, con carácter general, a los presupuestos públicos. La colaboración debe estar justificada en las posibles mejoras de gestión, lo que exigiría a la Administración disponer de mecanismos altamente cualificados de medida de la calidad y de los costes, junto con un mecanismo de información al ciudadano. En este contexto la pregunta final sería inevitable: ¿ Se dispone hoy de tales herramientas ?

1.7.4.2. La doble cobertura sanitaria: análisis de las preferencias y oportunidades del mercado

Para que exista un mercado privado de Sanidad deben cumplirse tres condiciones (Barr 1992):

1. La existencia de demanda. Evitar el riesgo de no tener cobertura sanitaria.
2. Que pueda proveerse a precio de mercado.
3. Que sea posible realizar la provisión efectiva.

En el estado español se cumplen estas tres condiciones por tanto podemos afirmar la existencia de una provisión privada de la Sanidad.

A pesar de la crisis económica en la que se encuentra inmersa el país, el sector sanitario asegurador sigue experimentando tasas de crecimiento, aunque a un ritmo inferior al registrado en los años previos a la crisis.

La elección de un proveedor privado tiene sentido en aquellas personas que no están afiliadas al régimen de la Seguridad Social, y por tanto, buscan un seguro sanitario.

"Seguro" según la ley es un contrato por el que el asegurador se obliga mediante el cobro de una prima, y para el caso de que ocurra el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar por el daño producido al asegurador o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, dentro de los límites pactados (BOE Ley 50/1980)"

En la mayoría de los casos no es así, esto es, existe una parte de la población que paga adicionalmente por adquirir Sanidad privada pese a que la tiene garantizada a través del sistema público.

El hecho de pagar por una Sanidad privada viene determinado por tres variables (Diario Médico interactivo): económica, localización y riesgo personal.

Variable económica. La población que optará por seguros privados será aquella con mayor renta.

Las cotizaciones a la Seguridad Social convierte a los seguros de asistencia sanitaria en *reaseguros* con funciones sustitutivas, complementarias y suplementarias sobre el seguro obligatorio.

El nivel de renta, las facilidades de precio y el nivel de estudios son tres variables que influyen en los consumidores que contratan un seguro privado:

Nivel de renta. Existe una correlación entre el nivel de renta y la contratación de un seguro privado. Un nivel de renta medio-alto es más propicio para la contratación de seguros privados de Sanidad.

Facilidades en precio. El precio es un elemento fundamental en la compra de Sanidad privada de un individuo.

Como se ha dicho anteriormente, las cotizaciones a la seguridad social convierte a los seguros de asistencia sanitaria en reaseguros, lo que lleva a que los precios cada vez se nivelen más y la estrategia de diferenciación, vía precio, de los productos tienda a reducirse.

Nivel de estudios. Existe una correlación entre el nivel de estudios y la contratación de un seguro privado. Un nivel de estudios más alto lleva de forma implícita un mayor nivel de renta y en consecuencia son variables más propicias para la contratación de seguros privados de Sanidad.

Variable localización. La compra de seguros privados de Sanidad se concentra en población urbana que puede ser debido a:

Accesibilidad al centro sanitario. Las grandes ciudades en las que habita más población y por tanto más congestión de centros sanitarios públicos y mayor número de lista de esperas.

Las entidades aseguradoras venden mayoritariamente, servicios sanitarios donde es más difícil que el prestador público los pueda garantizar

Cuadro clínico de referencia. Existen centros de prestigio en la zona.

Variable riesgo personal. Junto a los aspectos de provisión objetiva del servicio existen otras variables que hacen referencia a la elección del servicio y que llevan a la toma de decisión al consumidor:

Accesibilidad al sistema. Los usuarios de un servicio están dispuestos a pagar más para evitar tiempos de espera y el acceso rápido al servicio, junto con estas variables objetivas hay otras subjetivas, los individuos están dispuestos a pagar más por sentirse atendidos por el sistema.

Los médicos de referencia. El médico es un agente y puede influir para reconducir la demanda hacia donde creen más conveniente, por razones médicas, económicas y otras.

El médico juega un doble papel, no solo actúa como agente sino que es un activo importante a la hora de elegir al proveedor de Sanidad privada. Es por tanto importante a nivel individual como de referencia.

Los médicos pueden prestar sus servicios en el ámbito público y en el privado, sin embargo la calidad percibida por el consumidor en uno u otro ámbito es distinta por los elementos de elección del servicio.

Tradición familiar. La experiencia de haber probado un seguro privado genera la predisposición a mantenerse en él. También influye la cultura del proveedor sanitario que pueda dominar en cada una de las partes del territorio (localización)

La hospitalidad. El servicio sanitario privado tiene elementos de elección: habitación individual, calidad de restauración, posibilidad de cama de acompañante,...así como elementos de cortesía que crean un valor añadido al servicio y que provoca la decisión de uno y otro proveedor de Sanidad.

La imagen de empresa. La imagen es un motivo comercial de preferencia una vez que se ha decidido incorporarse a la sanidad privada

1.7.4.3. Características del sector sanitario privado

Un Informe de IDIS (2014) "Aportación del Sector Sanitario Privado" recoge las ventajas del sector sanitario privado que se citan a continuación:

a) Representa un elevado peso en el sector productivo español, ya que contribuye al desarrollo económico de nuestro país.

El gasto sanitario en España representó el 9,3% del PIB en 2011, suponiendo el gasto público el 6,79% y el gasto sanitario privado 2,51% (Sistema de Cuentas de Salud).

Desde el punto de vista del gasto sanitario privado en relación al gasto sanitario total, España continúa posicionándose entre los primeros países europeos representado en el año 2010 el 26,2% del gasto sanitario total.

b) Libera recursos de la Sanidad pública, descongestiona la sanidad pública colaborando con ésta a la hora de la consecución del cumplimiento de los objetivos públicos (ej. reducción de listas de esperas), al mismo tiempo que permite completar las expectativas de los profesionales y fidelizar su contribución al sistema sanitario mientras genera puestos de trabajo y capacidad de atracción económica del país.

Aproximadamente 6,9 millones de asegurados (incluye seguros de asistencia sanitaria-sin mutualismo administrativo- y pólizas de reembolso) contribuyen a la descarga y al ahorro

del sistema público, al no consumir o consumir solo en parte recursos de la sanidad pública.

Es decir, los ciudadanos que disponen de un seguro privado, al no utilizar los servicios de salud públicos, ahorran a la sanidad pública 1.174 euros correspondientes al gasto sanitario público sin farmacia (cifra para el año 2011 según el Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad)

El sector asegurador continúa apostando por el sector salud, mostrando una intensa actividad en el lanzamiento de nuevos productos adaptándolos a diferentes perfiles de clientes, así como ampliando las coberturas a especialidades cada vez más complejas.

En relación a los principales agentes existentes en nuestro país, el sector del seguro sanitario presenta un alto grado de concentración, representado las 10 principales empresas el 82 % del mercado.

Las principales empresas del sector: SegurCaixa Adeslas, Sanitas y Asisa alcanzaron cifras millonarias en sus primas: 1838, 1.136 y 944 millones de euros respectivamente, mientras que el resto de las principales compañías superan los 500 millones de euros.

c) Mejora la accesibilidad de la población a la asistencia sanitaria a través de una amplia y variada red de centros. El sector sanitario privado cuenta con una amplia red de centros que facilita la accesibilidad de la población a la atención sanitaria y da respuestas a las exigencias de los pacientes en cuanto a profesionalidad de sus empleados, tecnología de vanguardia y agilidad en la capacidad de respuesta a sus necesidades. Entre sus centros asistenciales cabe destacar (centros oncológicos, oftalmológicos, clínicas estéticas, capilares, de reproducción asistida, etc)

El sector hospitalario privado cuenta con 483 hospitales en España, lo que representa el 51% del total de los centros hospitalarios existentes en nuestro país.

En relación al número de camas los hospitales privados ofrecen a la población una dotación de 54.000 camas, lo que representa un 33% del total de camas existentes en España.

Cataluña, Andalucía y Madrid son las CCAA que cuentan con un mayor número de hospitales privados y un mayor número de camas.

d) Colabora con el sistema público. El sector sanitario privado colabora con el sistema de salud público lo que permite garantizar su sostenibilidad.

Además de las formas de colaboración nombradas anteriormente cabe destacar el mutualismo administrativo.

El mutualismo administrativo es el mecanismo de cobertura sanitaria de aproximadamente dos millones de funcionarios: MUFACE, MUGEJU e ISFAS. La financiación es pública y los funcionarios eligen cada año recibir provisión privada (a través de aseguradoras privadas como Adeslas, Asisa) o pública.

Aproximadamente el 85% elige provisión privada.

e) Desarrolla actividad de alta complejidad a través de los más recientes avances tecnológicos.

f) Persigue la mejora continua de la calidad en la prestación asistencial

g) Genera empleo en la sociedad española y contribuye a la formación de los profesionales sanitarios.

h) Es un motor de avances en la investigación. Los hospitales privados participan activamente en la investigación, particularmente en la realización de ensayos clínicos

El sector sanitario privado contribuye al desarrollo económico a través de la generación de empleo y de inversión que lleva a cabo en diversos ámbitos de la sanidad española. Asimismo, es importante su participación en cuanto a la investigación y desarrollo. La complementariedad que se lleva a cabo con el sector público es decisiva y permite la descongestión del sector público permitiendo una mayor eficiencia global (Abarca, J., Mugarza, F., 2013).

1.7.5. Central de compras

En el escenario actual, de crecimiento de la oferta de la actividad asistencial y su complejidad, ante la necesidad de atender a una demanda creciente de servicios por parte de los ciudadanos y dentro de un marco presupuestario generalmente insuficiente, es necesario realizar esfuerzos con el objeto de controlar o hacer un uso racional sin comprometer la calidad ni cobertura asistencial.

El departamento de compras de una organización sanitaria se caracteriza por tener una gran cantidad de clientes internos, con necesidades diferentes por lo que se requieren necesidades de aprovisionamiento distintas, lo que conlleva una gestión compleja de miles de procedimientos de compra con cientos de proveedores (petición de compras, concursos, pedidos, recepción, etc.) y múltiples procesos internos de comprobación, confirmación y aceptación documental.

Para Pau, J. y De Navascues (1998) *aprovisionar* es poner a disposición de una empresa todos los productos, bienes y servicios del exterior que son necesarios para su funcionamiento.

El aprovisionamiento engloba un conjunto de actividades de compra, almacenamiento y gestión de inventarios para disponer de los bienes y servicios en un momento oportuno, con los niveles de calidad necesarios y al mínimo coste posible.

Gracias a las tecnologías de la información (TIC), el aprovisionamiento en el sector sanitario presenta importantes oportunidades de mejora para los hospitales, efectuando sus procesos de aprovisionamiento electrónicamente a través de Internet (e-procurement)

Según un informe de 2011 la *Fundación 1º de Mayo de "Observatorio de Políticas de la Salud"*, la gestión de compras en el ámbito sanitario debe de cumplir una serie de requisitos básicos:

Que el bien satisfaga las necesidades que demandan su adquisición.

Que la calidad sea la adecuada.

Que el precio sea lo más bajo posible, en consonancia con la calidad requerida, las condiciones de entrega establecidas y los plazos de pago.

Que se cumplan los requisitos legales y se utilicen procedimientos adecuados.

El informe define las líneas de actuación de una política de compras, prestando atención a tres momentos:

1. Antes de la compra, se debe definir el concepto de necesidad mediante la implicación del personal sanitario y el sector industrial de los bienes y servicios a adquirir, estableciéndose así un catálogo de productos de referencia.
2. En el momento de la compra, se deben promover y facilitar las actitudes corporativas, utilizando mecanismos de agrupación de compras de bienes y servicios de uso común.
3. Después de la compra, mediante una buena práctica logística.

El sector público español, salvo excepciones como la central de compras de la Dirección General de Patrimonio del Estado, ha optado por un sistema descentralizado de aprovisionamiento en el que las diferentes unidades del sistema deciden de manera individualizada sus propias compras, es decir, cada una de las Consejerías y demás organismos, mediante sus servicios de contratación y de manera individual contratan los servicios y suministros directamente en función de sus necesidades.

No obstante, algunas regiones como Murcia, País Vasco, Castilla-La Mancha o Madrid ya han comenzado a poner en marcha innovadoras estrategias relacionadas con la gestión de compras con el objetivo de reducir gastos.

Muchos países europeos como Reino Unido, Francia, Italia, Dinamarca, Finlandia, Suecia y Austria optan por un sistema centralizado de compras en el que se establece una única agencia de aprovisionamiento que negocia la adquisición de grandes volúmenes de suministros para el abastecimiento de todas las unidades del sistema. Para ello se requiere el compromiso de las unidades adheridas al sistema.

Un informe de CapAvant del año 2012 define el funcionamiento de la central de compras de la siguiente forma:

La central de compras se dirige a las empresas de servicios y suministros ofertando el volumen de consumo anual de todos los organismos y Consejerías.

Recibe las ofertas y escoge las más ventajosas

Se redacta un contrato marco en el que todas las condiciones queden definidas

La Central ofrece un catálogo cerrado de servicios y suministros a las Consejerías y entidades.

La Consejerías y entidades escogen entre esta oferta cerrada.

Un informe del Instituto Nacional de Administración Pública recopila las ventajas de un sistema centralizado de compras, cabe destacar:

a) Reducción de costes. Un sistema centralizado permite reducir los costes marginales debido a un aumento de la demanda y por otro lado permite al comprador obtener mejoras en precio y en las condiciones contractuales debido al poder de mercado que adquiere.

Un estudio de la compañía Russell Bedford, apostó por la central de compras como medida para reducir costes logrando recortar la factura de los medicamentos para los hospitales en torno a un 20%, según sus cálculos presentó un estudio en el que apuesta por la implantación de centrales de compras como en las autonomías, con gestión más eficiente, podrían rebajar el desembolso en sanidad.

b) Mayor eficiencia administrativa. Un sistema centralizado permite economizar en costes administrativos, tramitación burocrática que conlleva la redacción, aprobación y licitación de un pliego, es decir, simplifica y agiliza la contratación administrativa.

Se simplifican las relaciones de las diferentes entidades estatales con otras administraciones.

La multiplicidad de unidades de compra, que a su vez produce una multiplicidad de contratos de suministro de los distintos órganos estatales para colmar necesidades de la misma índole, así como el tiempo que deben de invertir estos órganos en el trámite de los distintos expedientes administrativos y la diversidad de controles internos y externos choca contra la eficacia y eficiencia de la Administración Pública

c) Mayor transparencia, ya que hay un mayor control administrativo puesto que se genera un historial de compras.

Sin embargo, España presenta dificultades para alcanzar las ventajas de una central de compras unificada, lo que nos lleva a hablar de sus inconvenientes.

a) La centralización funciona según el tipo de productos o servicios que trate. En el caso español el mercado del medicamento está fuertemente intervenido por el Estado, de manera que el poder de mercado de los proveedores de medicamentos se ve limitado por la acción del estado.

b) Reducción de la capacidad de los centros, lo que supone un obstáculo para su implantación con éxito.

c) No todas las empresas pueden acceder a la central de compras puesto que se trata de un procedimiento administrativo de contratación rígido y complejo.

Un sistema centralizado podría tener efectos negativos sobre la estructura del mercado, ya que podrían apartar a pequeñas y medianas empresas que operan en mercados locales a favor de grandes empresas que pueden negociar mejores condiciones con la agencia central. Además, Las empresas oferentes a la hora de concursar a las centrales de compras en ocasiones han de estimar la demanda potencial a la que van a tener que hacer frente y se generan incertidumbres que se trasladan a los precios.

d) Puede dar lugar a mercados fragmentados y diferenciados, ya que las empresas del sector sanitario actúan a nivel nacional o multinacional frente a los centros sanitarios que actúan a nivel local, pudiendo incrementar los costes de comercialización (información y transacción) de las empresas.

1.7.6. Reforma Sanitaria: Real Decreto Ley de 20 de abril de 2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones

El Sistema Nacional de Salud ha ido acumulando una serie de debilidades institucionales, evitando la necesidad de acometer reformas estructurales que estaban razonablemente identificadas desde hace tiempo. La crisis del 2008 añadió un riesgo especialmente grave para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: su insuficiencia financiera. Ante la cual el gobierno, el 20 de abril de 2012 daba a conocer el Real Decreto-Ley 16/2012 de

medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Aunque aportó mejoras, ni en la forma fue la adecuada ni en el fondo constituye solución a las necesidades mencionadas. Los recortes lineales bloquean los cambios e imponen reducciones que no solo afectan a lo prescindible si lo hubiera, sino que también a lo imprescindible para mantener la calidad de los servicios sanitarios. Pero también aumenta la desconfianza y el despedimento de los profesionales sanitarios (Rodríguez, JJ., 2013)

Los objetivos del Real Decreto se detallan a continuación y se fundamentan en el ahorro de costes (el gobierno estimó ahorrar 7.000 millones de euros)

En primer lugar, el Real Decreto pretende evitar problemas de descoordinación existentes entre los sistemas de salud autonómicos que conllevan diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes de las distintas CCAA.

Según Sanz, J. (1999) la coordinación implica la necesidad de determinar fórmulas y canales (y medios: mapas sanitarios, por ejemplo) para tener una información suficiente y completa. Impone, asimismo, la conjunción de esfuerzos y una coparticipación en la formulación de los objetivos que las diferentes partes que integran el sistema sanitario único deben alcanzar.

Muñoz Machado (1995) destaca los siguientes instrumentos de coordinación: la directiva y la planificación. El primero tiene por finalidad señalar los objetivos o resultados a alcanzar pero sin sustituir a los responsables de llevar a término las actuaciones correspondientes, que serán los encargados de poner los medios en la parte que les corresponda; ello obliga a la existencia de instancias de participación de las Comunidades Autónomas a través de dispositivos orgánicos como el vigente Consejo Interterritorial de Salud.

Por lo que se refiere a la planificación, es básico que exista un esquema de principios conforme a los cuales pueda ordenarse la planificación general en la medida en que sean necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario (objetivos comunes, equilibrar desigualdades de dotaciones, etc); en todo caso no puede ser un expediente centralizador o impositivo en manos del Estado.

En segundo lugar, el Real Decreto pretende reducir el déficit. La pérdida de eficiencia, unidas a la falta de soluciones estructurales para garantizar la sostenibilidad del sistema, han hecho que el sistema sanitario acumule una deuda de 16.000 millones de euros con los proveedores sanitarios. Algunas cuentan con hasta 700.000 facturas sin pagar (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2012).

Un tercer objetivo del Real Decreto es evitar el despilfarro. Un ejemplo de ello es que cada año se tiran 3.770 toneladas de medicamentos en los puntos Sigre, que es un sistema puesto en marcha por la industria farmacéutica española, con la colaboración de las farmacias y de la distribución, para facilitar que los ciudadanos puedan desprenderse de los envases vacío o con los restos de medicamentos, así como los medicamentos caducados (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2012).

En cuarto lugar, se pretende reducir el gasto farmacéutico. Existe un elevado gasto farmacéutico en España, que sólo en recetas, alcanza el 19,3 por ciento del gasto sanitario público total, una cifra muy superior a la de países desarrollados con sistemas de salud similares. Al mismo tiempo, en España el porcentaje de medicamentos genéricos dispensados (33,7 por ciento) está por debajo del de los países con mayor estabilidad económica de Europa. (Datos del Ministerio de Sanidad)

Las medidas adoptadas por el Real Decreto para conseguir los objetivos mencionados se detallan a continuación:

Modificación de la condición de asegurado.

El Real Decreto introduce cambios en la lista de beneficiarios de la Seguridad Social. En este sentido, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos: a) ser trabajador por cuenta ajena o propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta, b) ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social, c) ser preceptor de cualquier otra prestación periódica de Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo, d) haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina

correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título

En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

También se puede ser beneficiario de un asegurado. Como requisito, la residencia en España, los beneficiarios serán: el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente; el ex cónyuge a cargo del asegurado; así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

En relación a los extranjeros que no estén registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) de urgencia por enfermedad grave o accidente, b) asistencia al embarazo, parto y postparto, c) menores de dieciocho recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

En resumen, la nueva norma supone un giro de 180 grados en la protección universal del derecho a la salud. A partir de ahora la titularidad del derecho a la salud deja de ser universal para estar supeditada a la condición de asegurado, y por lo tanto sujeta al cumplimiento de ciertos requisitos vinculados a la participación en el mercado laboral; como consecuencia se excluye de esta protección a todas aquellas personas no nacionales en situación administrativa irregular, es decir, a los inmigrantes “sin papeles”. La única salvedad a esta regla general queda restringida a tres casos, en los cuales sí se brindará atención sanitaria sin tener en cuenta la condición de asegurado: la atención sanitaria de

urgencia, la atención sanitaria a menores de 18 años, y en el caso de las mujeres, recibirán atención sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. (Lema Tome, M., 2014)

Tras la entrada en vigor de la nueva normativa, organizaciones como Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC, 2012) reiteraron la denuncia sobre la reforma sanitaria, incidiendo en que supone una violación de los derechos humanos por limitar el derecho a la salud de algunos de los colectivos más vulnerables de la sociedad y por ser una medida regresiva y discriminatoria.

Estas organizaciones han señalado también que esta medida supone una vulneración del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) suscrito por España. También es necesario destacar las recomendaciones realizadas por la Organización Médica Colegial (2012), en su Declaración de 1 de septiembre, donde claramente indica que el médico, en todo momento, debe atender a todos, independientemente de su situación legal, y recuerda la posibilidad del facultativo de invocar su derecho a la objeción de conciencia (artículo 32.1 del Código de Deontología Médica). En esta misma línea se encuentra la campaña “derecho a curar”, una iniciativa de Médicos del Mundo (2012) a la que se han adherido numerosas organizaciones de la sociedad civil, que promueve la objeción de conciencia del personal sanitario al Real Decreto-ley 16/2012 y la movilización ciudadana reclamando la anulación inmediata de este Real Decreto-ley.

Turismo sanitario.

Otra medida adoptada en el Real Decreto para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud está relacionada con el turismo sanitario que supone una carga económica importante en Sanidad.

El Turismo Sanitario supone la utilización por parte de los inmigrantes de los servicios sanitarios españoles para ser intervenidos quirúrgicamente y posteriormente retornar a su país de origen, sin abonar la cuantía de la intervención y tratamiento, que acaba siendo asumida por el Estado.

Lema, M., (2014) considera que la supuesta necesidad de limitar el denominado turismo sanitario a través de esta reforma no está justificada.

Diversos estudios (Regidor et al. 2008) concluyen que las personas inmigrantes utilizan los servicios de salud en menor medida que los nacionales. Además, aunque el Ministerio de Sanidad ha calculado un ahorro de 1000 millones de euros anuales con la implantación de esta medida (Gabinete de Prensa Ministerio de Sanidad, 2012) algunos estudios alertan del aumento del gasto en que se incurrirá, a medio y largo plazo, como consecuencia de la falta de tratamiento de enfermedades crónicas e infecciosas, como el VIH/sida. Por lo tanto, la reforma puede dar lugar a consecuencias perniciosas que lleguen a suponer un verdadero peligro para la salud pública como el aumento de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.), como consecuencia de la falta de tratamiento (Pérez y Pulido, 2012), y por ende de los gastos derivados.

Según datos del gobierno, el Sistema Nacional de Salud asume, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que ya la tienen cubierta dentro de su país. En concreto, casi 700.000 extranjeros han accedido sin derecho a la tarjeta sanitaria, lo que ha ocasionado un gasto de 917 millones de euros.

Para erradicar el "Turismo Sanitario", la reforma establece la residencia superior a tres meses de ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte de otro acuerdo sobre el espacio económico europeo”, que deberá quedar acreditada mediante documentación veraz.

Un informe elaborado por el Tribunal de Cuentas pone de manifiesto la diferencia millonaria entre lo que España factura por la atención sanitaria a extranjeros y lo que paga por la que los españoles reciben fuera. En 2009, España facturó 441,1 millones de euros a 26 países de la UE más Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza por la asistencia médica prestada a ciudadanos de estos países, mientras que el gasto que supuso la asistencia de españoles en el extranjero sumó 46,2 millones. Una diferencia que, según señala el Tribunal, solo obedece a que “España es un país eminentemente receptor de turistas y residentes extranjeros”.

El Tribunal de Cuentas señala que el número de facturas emitidas a ciudadanos de Francia y Portugal supera significativamente el promedio” del resto de los países de la Unión Europea y que las prestaciones sanitarias prestadas se concentran en las provincias limítrofes de Badajoz y Pontevedra.

Racionalización de la demanda de medicamentos y productos sanitarios

Es la medida que más repercusión ha tenido, se ha actualizado la lista de medicamentos excluyendo de la misma a aquellos destinados al tratamiento de síntomas menores, los que sean considerados como publicitarios en nuestro entorno europeo y aquellos que compartan principio activo y dosis con medicamentos que se pueden obtener sin receta. Se establecen niveles de aportación para el pago de medicamentos a tres criterios: nivel de renta, edad y grado de enfermedad.

La aportación del usuario para adquirir los fármacos será proporcional al nivel de renta que será actualizado, como máximo, anualmente: (Figura 1.32.)

Las personas con un nivel de renta igual o superior a 100.000 euros deberán pagar el 60% del precio de los medicamentos.

Las personas con un nivel de renta entre 18.000 y 100.000 euros deberán pagar el 50%.

Las personas con un nivel de renta inferior a 18.000 euros deberán pagar el 40%.

Los pensionistas pagarán el 10% del precio del fármaco con un límite mensual de: 8 euros si su renta es inferior a 18.000 euros, 18 euros su renta está entre 18.000 y 10.000 euros y 60 euros si su renta supera los 100.000 euros.

El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de los funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30%.

Los pacientes con enfermedades graves y los pacientes crónicos tendrán una aportación reducida del 10% en esos medicamentos y productos sanitarios, con un límite máximo de aportación actualizado al IPC.

Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías: afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, personas perceptoras de rentas

de integración social, personas perceptoras de pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo, en tanto subsista su situación, tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La reforma incluye la racionalización de la demanda de medicamentos, con el aumento generalizado del porcentaje de copago en la adquisición de productos farmacéuticos en función del nivel de renta, el control del número de prescripciones por paciente, y la introducción del copago por primera vez a los pensionistas, también en función de la renta y con un límite pago mensual determinado, excluidos los parados de larga duración y los que reciben pensiones no contributivas.

Figura 1.33. Porcentajes de copago para la adquisición de productos farmacéuticos

	ACTIVOS		PENSIONISTAS	
Perceptores de rentas mínimas de inserción, parados sin prestaciones desempleo, etc	0%		0%	
Rentas inferiores a 18.000 euros	40%		10%	Límite máximo 8 €/mes
Rentas iguales o superiores a 18.000 euros e inferiores a 100.000 euros	50%		10%	Límite máximo 18 €/mes
Rentas iguales o superiores a 100.000 euros	60%		60%	Límite máximo 60 €/mes
Medicamentos ATC aportación reducida	10%	Aportación máxima resultante de actualizar IPC a la aportación máxima vigente	10%	Aportación máxima resultante de actualizar IPC a la aportación máxima vigente
Mutualistas y clases pasivas	30%			

Elaboración propia a partir de datos Real Decreto 16/2012

Según Puig-Junoy, J. y Llop Talaverón, J. (2004) en España, el gasto en medicamentos constituye la segunda partida más importante del presupuesto sanitario público, después del gasto hospitalario. Al igual que en la mayoría de países occidentales, se trata de una partida

que crece a tasas de doble dígito, muy por encima de la media del gasto sanitario. Esta dinámica sitúa a los medicamentos en el punto de mira de las políticas de contención del gasto público en toda la UE.

La política farmacéutica está condicionada, por una parte, por la necesidad de incentivar la I+D en nuevos fármacos que contribuyen a la mejora del estado de salud de la población y, por otra, por la exigencia de moderar el gasto público en medicamentos para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud.

Central de compras

Otra medida del Real Decreto es establecer una plataforma de compras centralizadas (El estado realiza las compras directamente a los proveedores de las CCAA), con el consiguiente ahorro por pronto pago.

Autores como Abellan JM., Garrido S., Martínez JE. y Sánchez FI. (2012) han estudiado las ventajas e inconvenientes de la central de compras en el Sistema Nacional de Salud.

La centralización de las compras tiene como objetivo fundamental obtener ahorro en la adquisición de bienes y servicios por parte de los hospitales, homogeneizando los productos adquiridos y obteniendo precio más bajos. El volumen de compras centralizadas permite conseguir economías de escala y mejorar los precios, a la vez que disminuyen otros costes inherentes a los procedimientos de compra.

La centralización permite orientar todo el esfuerzo sobre los precios y la acreditación de la calidad. En la medida que las empresas aportan menores costes de comercialización, pueden trasladar a los precios ahorros potenciales.

De esta forma, los centros sanitarios se liberan de la carga de trabajo que supone la preparación de complejos expedientes administrativos para centrarse en la planificación de sus necesidades, en la mejora de su logística y una gestión eficiente.

Desde 2006, la Comunidad de Madrid ha ido centralizando las compras de distintos productos sanitarios hasta alcanzar importantes ahorros y esas compras a escala se

potenciarán extendiéndose a otros productos de alto coste (ej. marcapasos, stents o prótesis).

Las ventajas de la contratación centralizada se concretan en los siguientes puntos: Agilidad en la contratación, importantes ahorros; transparencia y seguridad en la contratación, permite reducir volumen de existencias en almacén liberando espacio que puede dedicarse a otros fines como la asistencia sanitaria o la formación del personal, facilidad en la tramitación al estar habilitada la vía electrónica, normalización y estandarización de los bienes y servicios de contratación centralizada.

La puesta en marcha de este mecanismo requiere el manejo de un volumen importante de información, lo que pone de manifiesto el importante papel de las TIC para organizar un mercado y no sólo como mero soporte al proceso administrativo de contratación.

A pesar de las importantes ventajas asociadas a la creación de una central de compras, también se debe tener en cuenta que ésta puede plantear una serie de problemas, destacando los siguientes: la mera agregación de volúmenes de compras no es garantía suficiente para que se produzca una reducción de precios de forma permanente, puede llevar a la desaparición de empresas suministradoras pequeñas que no puedan competir en precios con los proveedores más grandes y con mayor capacidad para ofrecer mejores precios y demás condiciones de compra, puede tener un efecto negativo sobre la innovación, en la medida en que desincentiva a las empresas fabricantes a introducir innovaciones en sus productos.(FENIN 2001), puede traducirse en una merma de la calidad de los productos adquiridos, en la medida en que la política de compras centralizadas está orientada de forma prioritaria al precio y no a la calidad. En este sentido, una política de compras basada en criterios de precio suele ser más cara que la política basada en criterios de efectividad (FENIN 2001).

Cambio en la cartera común de servicios

Se diferencia entre *Cartera Común Básica* (financiación pública), *Cartera Suplementaria* (aportación del usuario) y *Cartera de Servicios Accesorios* (no esenciales para mejora de patología estando sujetas a reembolso o aportación del usuario).

La *Cartera Común Básica* de Servicios comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio-sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

La *Cartera Suplementaria* incluye todas las prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario. Se trata de fármacos, prótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente, cuyo importe tendrá que ser sufragado, en parte por los asegurados.

El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto.

Además, se prevé una Cartera de Servicios complementaria de las CCAA.

Las CCAA podrán incorporar en sus carteras de servicios un técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para ello establecerán los recursos adicionales necesarios.

En todo caso, estos servicios o prestaciones deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera común de servicios. Las CCAA podrán aprobarla siempre que den una garantía previa de suficiencia financiera.

El Consejo Interterritorial puede emitir recomendaciones. Las CCAA deben dar cuenta al Ministerio de Sanidad y asumirán todos los costes con cargo a sus presupuestos.

En resumen, se ordenará la cartera de servicios, estableciendo una de carácter básico, común y gratuita, junto a una común de servicios suplementarios y accesoria en la que los usuarios pagará por parte del coste, y una de servicios complementarios a decidir por las Comunidades, en este último caso a cargo de ellas mismas.

Fondo de garantía asistencial

Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, como caja de compensación para las CCAA que hagan un gasto superior al estimado para atención a extranjeros desplazados con derecho a asistencia en su país de origen, enfermos derivados entre CCAA y atención a enfermos en sus desplazamientos por el territorio del SNS, es decir, se crea con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que gozan la condición de asegurado en el SNS

Por lo tanto está destinado a la compensación entre las CCAA y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales

Su función será cubrir la asistencia prestada por una Comunidad Autónoma a personas desplazadas desde otra o a pacientes de zonas limítrofes.

Servirá para solucionar conflictos que han enfrentado a autonomías por la asistencia sanitaria a sus ciudadanos.

El Fondo de Garantía Asistencial establece el importe a liquidar a cada servicio de salud. Se hará mediante disposición reglamentaria y vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento: a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que abonaran siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda. b) Desplazamiento de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonaran de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del Sistema de Cuentas de Salud.

CAPÍTULO 2

LA LEGITIMIDAD. INTRODUCCIÓN,
CONCEPTOS Y TIPOS: EL SISTEMA
SANITARIO MADRILEÑO

CAPÍTULO 2.

LA LEGITIMIDAD. INTRODUCCIÓN, CONCEPTOS Y TIPOS: EL SISTEMA SANITARIO MADRILEÑO (SSM)

2.1. DEFINICIÓN, DIMENSIONES, FUENTES Y SUJETOS DE LA LEGITIMACIÓN

2.1.1. Definición

El origen de la legitimidad se remonta a los inicios de la Teoría de la Organización y es un concepto fundamental de la Teoría Institucional cuyo principio fundamental ha sido que las organizaciones necesitan legitimidad para sobrevivir.

La legitimidad es considerada por muchos autores un elemento clave para la supervivencia y éxito de cualquier organización. Su posesión demuestra sintonía con el entorno, pues implica una percepción positiva de la actividad de la organización por parte de la sociedad. Suchman (1995:574) define la legitimidad como "la percepción generalizada o asunción de que las actividades de una entidad son deseables, correctas o apropiadas dentro de algún sistema socialmente construido de normas, valores, creencias y definiciones"

Meyer y Scott (1983) definieron la legitimidad como el grado de apoyo cultural de una organización. Una organización totalmente legítima sería aquella sobre la cual no podría plantearse ninguna objeción" (p. 201), donde cada objetivo, definición, recurso, y sistema de control es necesario, específico y sin alternativa. Una característica destacable de esta definición es su énfasis en los aspectos cognitivos de la legitimidad. (cf. DiMaggio y Powell, 1991).

Weber considerado por muchos investigadores como la persona que introdujo la legitimidad en la sociología y por tanto en el estudio de la organización, considera que la legitimidad debe surgir de la conformidad tanto con las normas sociales como con las

normas legales, es decir como la congruencia de una organización con las leyes, normas y valores sociales (Parsons 1956,1960)

Meyer y Rowan (1977) consideran que la legitimidad puede ser consecuencia de la eficacia racional, de los mandatos legales y de los propósitos u objetivos colectivos, anticipándose así a lo que después otros autores definieron como legitimidad pragmática, legitimada regulatoria y legitimidad moral respectivamente.

La legitimación es el proceso por el cual la legitimidad de un objeto cambia con el tiempo (Ashforth & Gibbs, 1990). Zimmerman y Zeitz (2002) señalan que el proceso de legitimidad puede definirse como el conjunto de acciones cuyo desarrollo permite la obtención y el mantenimiento de legitimidad (Figura 3.1). Dicho proceso favorecería el acceso a recursos estratégicos, indispensables para las organizaciones, permitiendo su crecimiento y supervivencia (Baum & Oliver, 1991).

Figura 2.1. Proceso de legitimación



Fuente: Cruz, 2012

2.1.2. Dimensiones de la legitimidad

La revisión de la literatura sugiere la existencia de múltiples tipologías respecto de las dimensiones de la legitimidad. Stryker (1994) construye la suya a partir de las distintas conductas de comportamiento hacia las normas sociales: consentimiento, aprobación, cognición de las normas. Aldrich y Fiol (1994:648) distingue entre legitimidad cognitiva y sociopolítica.

Suchman (1995) distingue tres dimensiones de legitimidad: pragmática, moral y cognitiva.

Legitimidad Pragmática, relacionada con los intereses del entorno específico de la organización. Analizado desde una perspectiva institucional, tal y como hace Cruz (2012) las organizaciones mantienen relaciones directas con su entorno que pueden llegar a convertirse en auténticas relaciones de poder, donde algunos grupos externos son capaces de conseguir un gran poder sobre la organización. Los grupos de presión muestran su apoyo a la organización no porque ésta alcance grandes metas, como una gran facturación, sino porque la organización está siendo receptiva a los intereses de estos grupos. En este caso, la organización intenta que sus políticas y objetivos sean evaluados positivamente por el entorno específico, especialmente sus grupos de presión, generándose una relación materialista de poder y dependencia.

Para este tipo de audiencia, la receptividad de la organización a sus intereses es más importante que la obtención de grandes beneficios. Apoyan las acciones de la organización pues la consideran como una persona que demuestra y comparte sus intereses, valores, creencias y que es honesta, deseable, auténtica y fiable.

La legitimidad pragmática se da cuando los objetivos se encuentran en consonancia con los intereses de los grupos de presión y se reconoce en una organización cuando se ejecuta acciones dirigidas a la obtención de esos objetivos.

Esto mismo puede ser analizado desde la perspectiva del Sistema Sanitario Madrileño (organización) que interactúa con la ciudadanía/pacientes y profesionales sanitarios y no sanitarios (sus grupos de presión directo). Cuando los objetivos del Sistema Sanitario Madrileño se encuentran en consonancia con los de sus grupos de presión existe legitimidad pragmática. Existirá legitimidad pragmática si el SSM da respuesta a lo que demandan los pacientes y profesionales, al incorporar los intereses de sus grupos de presión.

Legitimidad Moral, implica una evaluación normativa positiva de la organización y de sus actividades (Parsons, 1960; Aldrich y Fiol, 1994). A diferencia de la anterior, la legitimidad moral no descansa en juicios sobre si un determinado tipo de acción beneficia al evaluador, sino más bien, sobre lo que se debe hacer: una organización muestra legitimidad moral cuando sus grupos de interés consideran que los objetivos y las acciones que desarrolla para

alcanzarlos son los deseables, con independencia de su utilidad para alcanzar beneficios particulares.

La legitimidad moral generalmente se analiza evaluando la deseabilidad de los outputs, las técnicas, procedimientos y la estructura organizativa utilizados para alcanzar los objetivos (Scott, 1977; Scott y Meyer, 1991)

Cualquier organización puede llegar a identificarse como “la organización más adecuada para hacer un trabajo”, sin embargo, esa sensación de adecuación tiene que ver más con la imagen de la organización, desde un punto de vista pragmático, que con la adecuación de su experiencia y competencias para realizar el trabajo.

Generalmente las preocupaciones morales son más resistentes a la manipulación que las consideraciones meramente pragmáticas. Este tipo de legitimidad es más difícil de alcanzar, pero, por el contrario, es menos manipulable y más fuerte que la legitimidad pragmática (Suchman, 1995).

De esta manera la existencia de legitimidad moral del SSM se alcanzaría cuando una sociedad percibe que los efectos positivos que produce su existencia superan a los efectos negativos

Legitimidad Cognitiva, se corresponde con la percepción de que el desarrollo de las acciones es el más apropiado, cuando sus grupos de interés consideran que ejecuta sus estrategias de la mejor forma posible, con el mejor sistema, procedimiento, recursos, etc, es decir, cuando consideramos que la mejor forma de ejecutar una acción, en cualquier ámbito o sector de actividad, es como lo hace esa organización.

La legitimidad cognitiva viene derivada de tomar como propio el sistema de creencias, formulado por profesionales y científicos, dando por sentado supuestos que aportan un marco de actuación para las rutinas diarias y también para las más especializadas (Scott, 1994). En un sentido amplio, la legitimidad cognitiva indica cómo ver el mundo y qué acciones son efectivas. Una organización demuestra su deseabilidad y aceptación comprometiéndose y desarrollando métodos, modelos, prácticas, supuestos, conocimiento, ideas, realidades, conceptos, pensamientos y otros, que están ampliamente aceptados y considerados útiles y deseables en el entorno donde opera (Aldrich y Fiol, 1994; Scott,

1995; Suchman, 1995; Hunt y Aldrich, 1996; Zimmerman y Zeit, 2002), es decir, desarrolla actividades que ayudan a simplificar los procesos de decisión, consiguiendo que las decisiones sean mejores y más racionales. Se trata de un tipo de legitimidad fundamentada en el conocimiento, más que en el interés o la evaluación (Aldrich y Fiol, 1994).

A diferencia de la legitimidad moral, la cognitiva se analiza evaluando la adecuación, las técnicas y los procedimientos utilizados para alcanzar los objetivos. No es tan importante la deseabilidad del objetivo o de las acciones llevadas a cabo para conseguirlo, sino la adecuación de la técnica utilizada en las acciones conducentes a su consecución.

De esta forma el SSM tendría legitimidad cognitiva en aquellos contextos en el que sus actuaciones fueran vistas como la mejor forma de actuar por parte de la sociedad y grupos de presión. Por ejemplo, las medidas tomadas para alcanzar su sostenibilidad se percibirían ante los diferentes sectores sociales como la mejor forma de lograr la estabilidad presupuestaria que necesita el sistema manteniendo los niveles de calidad y eficiencia.

Estas tres dimensiones (pragmática, moral y cognitiva) se apoyan en la percepción generalizada de que las actividades organizativas son deseables, apropiadas y correctas dentro de un sistema social de normas, valores, creencias y definiciones.

2.1.3. Fuentes de la legitimidad

Es necesario identificar correctamente cuáles son las fuentes de la legitimidad en una organización o en un sector de actividad para desarrollar acciones dirigidas a favorecer la aceptación de su actividad y así mejorar su nivel.

La revisión de la literatura sugiere la existencia de múltiples fuentes de legitimidad que podrían llegar a clasificarse en fuentes internas y externas a la organización. Dornbush y Scott (1975) consideran que la legitimidad interna hace referencia a la validez interna de las actuaciones organizativas, y la legitimidad externa haría referencia a la validez externa otorgada a las actuaciones de la organización. Thomas (2005) tiene en consideración esta clasificación para su modelo de medición de la legitimidad. En este sentido, Zimmerman y Zeitz (2002) sugieren que existe una necesidad de mayor investigación sobre la manera en

que confieren legitimidad las diferentes fuentes y su relación con las dimensiones de la legitimidad.

Nosotros, al igual que Díez-Martín et al (2010b), también nos preguntamos ¿qué fuente de legitimidad ejerce un peso mayor sobre la legitimidad de una organización?, ¿las fuentes de legitimidad internas ejercen un peso mayor sobre la legitimidad organizativa que las fuentes externas? Siguiendo esta línea y la propuesta de Suchman (1995), quien considera necesario investigar la relación entre el entorno y las dimensiones de legitimidad, también nos preguntamos ¿cuáles son las relaciones que se producen entre las dimensiones de legitimidad y las fuentes de legitimidad?.

Muchos investigadores consideran a la sociedad como una fuente de legitimación junto con las autoridades y los medios de comunicación. Según Baum y Powell (1995), los medios de comunicación representan un buen indicador para medir la legitimidad otorgada por la sociedad.

Autores como Meyer y Scott (1983:201) consideran que la autoridad sobre la legitimación corresponde a aquellos que tienen la capacidad de movilizar y hacer frente a las organizaciones, no tanto en términos de poder sino en términos culturales.

Etzioni (1987) argumentó que la fuente inmediata de la legitimidad es el valor que la organización tiene para la sociedad.

Ruef y Scott (1998:880) consideran que las fuentes de la legitimidad son los grupos internos y externos de las organizaciones, que observan y evalúan su legitimidad.

Es importante empíricamente examinar al público como fuente de legitimidad porque pueden crear climas favorables y desfavorables en las organizaciones. Boyd (2000) argumentó que el apoyo del público no puede afectar directamente a la supervivencia de la organización pero si puede limitar los negocios de la organización.

2.1.4. Sujetos de la legitimación

Los sujetos de legitimación son las entidades sociales, estructuras, acciones e ideas, cuya aceptación está siendo evaluada. En la literatura también se han denominado como: “niveles” (Ruef y Scott, 1998), “focos” (Suchman, 1995: 583) y “objetos” de legitimación (Johnson, 2004).

Dada la complejidad del mundo real, los sujetos posibles de legitimación son casi innumerables. Johnson (2004:11-12) ofrece una lista parcial, que incluye: “un acto, una regla, un procedimiento, una rutina, una distribución, una posición, un grupo o equipo, la estructura de un grupo de estado, el trabajo en equipo, un sistema de posiciones, una estructura de autoridad, organización, símbolos de la organización, la forma de una organización, prácticas, servicios, programas, un régimen, un sistema de poder, y un sistema de desigualdad (por nombrar algunos)”.

2.2. ESTRATEGIAS DE LEGITIMIDAD

Una nueva aproximación a la legitimidad sugiere que las organizaciones pueden desarrollar estrategias para alterar el tipo y la cantidad de legitimidad que poseen (Scott, 1995; Suchman, 1995; Deeds et al., 1997). Estas estrategias fueron agrupadas por Suchman (1995) en tres líneas de actuación: a) estrategias para ganar legitimidad, b) estrategias para mantener la legitimidad y c) estrategias para recuperar la legitimidad perdida. Desde este enfoque, asumimos que las organizaciones pueden dar pasos proactivos para adquirir, conservar o incluso reparar su legitimidad, por ejemplo: modificando el modelo de negocio conforme a las nuevas creencias sociales, utilizando la publicidad para presionar y cambiar las regulaciones o vigilando y asimilando los cambios en el entorno.

Las acciones para ganar legitimidad comprenden los esfuerzos de la organización para adherirse a los dictados de su entorno (conformidad), para seleccionar un público que apoye las prácticas actuales de la organización, entre múltiples entornos (selección) y los esfuerzos para manipular o modificar la estructura del entorno creando un público y unas creencias nuevas (modificación). Estas acciones se diferencian en términos de cuántos cambios lleva

a cabo la organización en elementos externos. La conformidad conlleva el menor número de cambios externos, mientras que la modificación conlleva mayores cambios.

Imitar el comportamiento de las entidades de un sector para ser aceptado como miembro del sector, es lo que se entiende por *isomorfismo mimético*. Esta es una práctica habitual entre empresas de un mismo sector.

El isomorfismo mimético es una estrategia que sirve para que los stakeholders (e.g.: clientes, inversores, sociedad) entiendan mejor el funcionamiento de la organización. Es una buena forma de ganar legitimidad sin tener que afrontar grandes riesgos, porque se replica algo que se sabe que funciona.

Así, al final, todas las organizaciones acaban por parecerse en aquellas actividades institucionalizadas, y la diferenciación deben buscarla en aquellas otras actividades que aún no están institucionalizadas. Esto dependerá del sector de actividad.

Las acciones para mantener la legitimidad. El grado de legitimidad conseguido se puede ver afectado por factores como innovaciones, problemas de imitación, etc

Suchman (1995) considera que existen, al menos, tres aspectos de la legitimidad que hacen que su mantenimiento pueda ser un problema: la heterogeneidad del entorno (Esta circunstancia puede dejar vulnerable a la organización en el largo plazo frente a cambios imprevistos en las demandas de su entorno), la rigidez provocada por largos periodos de estabilidad (si una organización muestra un comportamiento homogéneo cuando el entorno social es heterogéneo, pueden aparecer demandas insatisfechas, creándose nichos de mercado sin atender. Powell, 1991) y la propia oposición que genera la institucionalización (cuando una organización desarrolla actividades para ganar legitimidad, mediante publicidad, popularización, etc., también suele atraer cierta hostilidad por parte de los miembros de su entorno menos institucionalizado).

Las acciones para recuperar la legitimidad representan una respuesta reactiva a la aparición de diferencias entre las actuaciones de la organización y las creencias del sistema social. Generalmente las diferencias surgen por fallos en los sistemas de control y vigilancia. Hasta que no salta una alarma los gerentes no se dan cuenta de la falta de conformidad de la organización con la sociedad y no reaccionan hasta que salta una alarma, como por ejemplo, la interrupción del acceso a los recursos.

Suchman (1995) recoge tres estrategias para recuperar la legitimidad y son: la normalización de las actividades, la reestructuración y la despreocupación.

2.3. LA LEGITIMIDAD COMO FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO

Cuando los objetivos que persiguen las organizaciones son congruentes con los valores de la sociedad, decimos que se están legitimando. Según Parsons (1960), el punto central del sistema de valores de una organización “debe ser la legitimidad de estos objetivos”. Las organizaciones que sobreviven más tiempo son aquellas que mejor se ajustan a las presiones del entorno, actuando conforme a las normas y valores socialmente establecidos. Aquellas organizaciones que no se ajustan al entorno no sobreviven (Zaheer, 1995).

Meyer y Rowan (1977: 353), argumentaron que la legitimidad aumenta la supervivencia de las organizaciones, convirtiéndola en un factor clave que puede conducir al éxito o, en su defecto, al fracaso de la organización (Diez-Martin et al., 2010a).

De este modo, la supervivencia organizativa dependería del grado de apoyo que una organización recibe por parte de sus grupos de interés, es decir, de su legitimidad, definida como la congruencia entre los resultados organizativos y las normas institucionales (Arnold et al., 1996).

Por el contrario, la falta de legitimidad o la percepción de que la organización no actúa conforme a las normas y valores sociales, puede ocasionar que ésta fracase (e.g., Bianchi y Ostale, 2006). La carencia o insuficiencia de legitimidad significa que no se actúa conforme a las normas y valores sociales, lo que puede conllevar al fracaso organizativo debido a múltiples factores, por ejemplo; la presión social ejercida sobre los gobernantes para regular las actividades de la organización, sanciones a la actividad, la pérdida de credibilidad organizativa, limitaciones de acceso a nueva financiación, la pérdida de interés de los clientes por los productos ofertados, etc

La legitimidad permite a las organizaciones generar una base para la toma de decisiones diferente a otros medios racionales. Las personas son influenciadas porque creen que las decisiones tomadas por otras personas u organizaciones legitimadas son correctas o

apropiadas y deben ser seguidas (Zelditch, 2001). La legitimidad es capaz de crear un sentimiento de obligación en las personas permitiendo que las organizaciones más legitimadas consigan ganarse el consentimiento voluntario de los agentes externos (Tyler, 2006).

Una organización legitimada indicaría que la organización se encuentra comprometida con las reglas, normas, valores y modelos socialmente aceptados, utiliza medios apropiados y persigue objetivos racionales.

La legitimidad mejora la estabilidad y comprensibilidad de las actividades organizativas. Muestra el grado de inclusión de la organización dentro de un sistema institucionalizado de creencias y valores. Gracias a la legitimidad, muchas organizaciones pueden influir sobre las personas, no sólo desde una posesión de poder, sino al demostrar la ejemplaridad y deseabilidad de sus acciones. De esta forma, es un factor que sirve para mejorar las oportunidades a la hora de adquirir los recursos necesarios para la supervivencia y el crecimiento, como pueden ser el capital, la tecnología, los equipos de gestión, las personas, los clientes y las redes de trabajo (Meyer y Rowan, 1977; Zucker, 1987; Aldrich y Fiol, 1994; Scott, 1995).

Aquellas organizaciones que parecen deseables, correctas o apropiadas ante la mirada de los grupos de interés, las organizaciones legitimadas, tendrán más posibilidades de continuar con las actividades que realizan, y por lo tanto, más posibilidades de sobrevivir. De esta forma, la legitimidad llevaría a la continuidad de las actividades organizativas porque los grupos de interés son más propensos a apoyar aquellas organizaciones que les parecen deseables, correctas o apropiadas (Parsons, 1960).

2.4. LA LEGITIMACIÓN SOCIAL

La búsqueda de la ventaja competitiva se ha convertido en uno de los motivos que conducen a la institucionalización de las organizaciones.

La legitimidad es un camino hacia la supervivencia empresarial, un camino que conduce a la institucionalización de las empresas.

Las instituciones son organizaciones que perduran en el tiempo porque desarrollan actividades aceptadas por la sociedad, es decir, la sociedad, donde se desenvuelven estas organizaciones, considera que las actividades que realizan son adecuadas y necesarias, por lo que hará todo lo que esté en su mano para intentar que no desaparezcan.

En los últimos años, se ha demostrado que numerosas organizaciones están desarrollando iniciativas de legitimidad, como programas de responsabilidad social corporativa, porque creen que con ello pueden conseguir una ventaja competitiva, crear nuevas oportunidades de negocio.

En los Hospitales la responsabilidad social es entendida como el compromiso de la organización y sus colaboradores en generar valor para sus grupos de interés y el deber de intervenir los impactos económicos, sociales y ambientales, generados por las decisiones y actividades realizadas en cumplimiento de su misión, fortaleciendo el aprendizaje organizacional y la gestión ética, materializadas en acciones cotidianas y alianzas efectivas para trascender como agente transformador y generador de desarrollo sostenible.

Por tanto, ajustarse a las expectativas sociales es cada vez más importante para las organizaciones, porque consiguen un mayor acceso a los recursos.

La explotación de los recursos es lo que permite a las organizaciones obtener la ventaja competitiva (Barney, 1991). "Firms with superior resources will earn rents" (Peteraf, 1993, p. 180). Autores como Starr y MacMillan (1990) señalan que las organizaciones deben crear una imagen de viabilidad y legitimidad antes de poder recibir cualquier apoyo. De este modo, una organización institucionalizada puede conseguir un mayor apoyo de sus grupos de interés (Choi & Shepherd, 2005), entablar relaciones con proveedores, conseguir un mejor acceso a los inversores (Cohen & Dean, 2005; Deeds, Mang, & Frandsen, 2004; Higgins & Gulati, 2006; Pollock & Rindova, 2003) y clientes. En definitiva, incrementar el acceso a recursos críticos para alcanzar el éxito (J. a. C. Baum & Oliver, 1991).

La institucionalización también ha permitido la obtención de mejoras en los procesos internos de las organizaciones. Por ejemplo, las organizaciones que han intentado adaptarse a las normas y estándares de la sociedad, mediante actuaciones medioambientales, han visto

que la presión por conseguir la sostenibilidad, les ha llevado a mejoras en los sistemas y la tecnología empleada (Bansal & Roth, 2000; Hart, 1995).

Las empresas consiguen institucionalizarse por medio de la legitimidad. La legitimidad consiste en un estado que refleja la alineación cultural, el apoyo normativo o la consonancia con las reglas y leyes relevantes (Scott, 1995). Su importancia radica en que la aceptación y deseabilidad de las actividades de una organización por su entorno y grupos sociales, le permitirá acceder a los recursos necesarios para sobrevivir y crecer (Zimmerman & Zeitz, 2002). Numerosas organizaciones han fracasado no porque sus productos fueran malos o por carecer de recursos, sino por su falta o deterioro de legitimidad (Ahlstrom & Bruton, 2001; Chen, Cotsakos, Griffith, & Hu, 2006).

En este sentido nos preguntamos ¿Cómo afecta la responsabilidad social a la legitimidad de las organizaciones? Aunque comúnmente se está de acuerdo en que el compromiso con la responsabilidad social influye positivamente sobre la legitimidad de las organizaciones, son escasos los estudios empíricos que hayan intentado demostrar esta relación (Claasen & Roloff, 2012; Rao, Chandy, & Prabhu, 2008; Vaara & Tienari, 2008).

2.4.1. Responsabilidad Social Corporativa

Una empresa es socialmente responsable cuando responde satisfactoriamente a las expectativas que sobre su funcionamiento tienen los diferentes grupos de interés.

Estos grupos de interés, en el ámbito sanitario se concretan en las administraciones públicas, empresas proveedoras de salud, los profesionales de la salud/clínicos, los empleados y los pacientes, con los que se deben establecer líneas de diálogo basadas en la transparencia.

Las empresas deben promover la mejora continua de sus productos y servicios, responsabilizándose de las consecuencias e impactos que puedan derivarse de sus acciones, contribuyendo mediante políticas y acuerdos a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

La promoción de la calidad y seguridad de uso y mantenimiento, la gestión y reducción del impacto ambiental y las mejoras y avances laborales y sociales son imputables a las empresas.

La responsabilidad social empresarial va a ayudar a responder a los retos productivos de una economía globalizada. Y al mismo tiempo va a permitir incorporar a la empresa una cultura innovadora y transparente en un marco de competitividad responsable y sostenible generando mayor bienestar social (Barrera, JJ., 2010)

Un tema central para cualquier investigación sobre la legitimidad consiste en identificar quién tiene la autoridad sobre la legitimación en cualquier situación. Así, las fuentes de legitimidad podrían clasificarse en internas y externas. Dornbush y Scott (1975) consideran que la legitimidad interna hace referencia a la validez interna de las actuaciones organizativas, y la legitimidad externa haría referencia a la validez externa de las actuaciones de la organización. Thomas (2005) tiene en consideración esta clasificación para su modelo de medición de la legitimidad.

En este sentido nos preguntamos ¿puede una organización poseer legitimidad externa sin poseer legitimidad interna? ¿Existe alguna relación entre ellas?

Algunos autores como (Treviño et al 2014; Drori, I. & Honig, B.2013.) señalan que existe una relación entre ambas tipologías de legitimidad. Algunos roles e iniciativas que surgen dentro de las organizaciones aparecen como respuesta a presiones externas de legitimidad. Por ejemplo, ante los escándalos financieros (caso Enron, Parmalat, Arthur Andersen, etc), morales (caso Nike), medioambientales (caso BP) de las últimas décadas, en las empresas se ha impuesto la creación de un puesto directivo encargado de velar por la responsabilidad social corporativa (RSC). Con ello se intentaba atender la demanda de legitimidad externa.

A su vez, la creación de este tipo de puestos de trabajo (RSC), aunque sirve para ganar legitimidad externa, no necesariamente parten de legitimidad interna. De hecho, los directivos de RSC se han tenido que enfrentar a varios desafíos que han amenazado el éxito de su trabajo, a saber: 1) dificultad para evaluar la efectividad de su trabajo, lo que hace que no se tome en serio a los directores de RSC por parte de los miembros de la organización. 2) se cuestiona la necesidad de este tipo de puesto porque se considera que en la

organización ya se es ético o responsable. 3) algunos miembros de la organización piensan que el trabajo de los directores de RSC es contrario a la consecución del éxito de la empresa (e.j.: merma los beneficios). 4) a veces este trabajo puede entrar en contradicción con el trabajo del departamento legal.

¿Qué hacen este tipo de directivos (RSC) para solventar estos desafíos, es decir, para legitimar su trabajo?

Se apoyan en aspectos que denominan *facilitadores de su trabajo*, tales como:

- a. La involucración y apoyo de los directivos de mayor nivel.
- b. La aparición de problemas legales, sanciones, escándalos, en la propia empresa o en los competidores, que provocan que los miembros de la organización presten mayor atención a los asuntos éticos o de RSC.

Desarrollan las siguientes *tácticas*:

- a. Mostrar casos y ejemplos en los que se destaque la importancia de la ética y su cumplimiento para el éxito de la empresa a largo plazo.
- b. Alterar la forma de denominar las tareas/acciones de ética y responsabilidad social sustituyéndolas por otras denominaciones más neutras.
- c. Aprovechar las sinergias entre los distintos puestos de trabajo para compensar las debilidades de los demás.
- d. Promocionan los valores y la cultura de la empresa.
- e. Crean conexiones de confianza con gente de toda la organización, mediante la protección de las personas, y mediante la mejora de la confianza de la gente que trabaja en éstas tareas.
- f. Crean un listado donde se identifique qué son y cuáles son sus tareas puede ayudar a legitimarles.
- g. En definitiva, la forma en la que un directivo de RSC puede aumentar su legitimidad es mediante el aumento de la comprensión de su función, su valor y su pertinencia dentro de la organización.

Drori & Honig (2013), realizan estudios que muestra las relaciones que surgen entre la legitimidad interna y la externa en el seno de las organizaciones:

1. Las empresas pueden obtener legitimidad interna y externa. Ambos tipos de legitimidad pueden reforzarse mutuamente, al mismo tiempo que pueden dinamitarse una a otra. Una empresa podría querer desarrollar acciones que sean percibidas favorablemente por sus

propietarios, aumentando su legitimidad externa, mientras que, al mismo tiempo podrían ser percibidas desfavorablemente por sus empleados, disminuyendo su legitimidad interna.

2. La legitimidad puede influir sobre la motivación de los empleados.

3. La legitimidad interna, puede llevar a un incremento de la resistencia al cambio porque los empleados podrían no querer modificar las actuaciones previamente legitimadas.

4. Las empresas inmersas en un proceso de adquisición actúan enérgicamente para mejorar su legitimidad de forma que se mantenga o incremente el valor de la oferta.

5. Algunas actuaciones desarrolladas por la organización para conseguir legitimidad: elaboración de un manifiesto donde quedan expresados los valores de la organización, creación de una cultura corporativa, participación en eventos internacionales del sector donde presentar los productos/servicios, ideas y filosofía de trabajo, entrevistas y apariciones en medios de comunicación, alianzas estratégicas.

2.5. LA LEGITIMIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Los sistemas sanitarios se han constituido en los años 50 sobre un modelo de Estado de Bienestar, en el cual la sociedad de la época aceptaba, e incluso reivindicaba, un papel dominante del Estado en la creación de servicios de protección a los problemas de salud de la población; sin embargo, el crecimiento de los instrumentos del Estado configura un modelo burocrático que tiende a interponerse en la relación entre los pacientes y los proveedores de los servicios de salud; la tendencia uniformadora y reglamentista de las burocracias, el substrato paternalista y las dificultades crecientes para motivar e incentivar a los profesionales crean un progresivo desfase con las necesidades de las nuevas generaciones, es decir, se produce un desajuste entre las expectativas sociales e individuales y las características de los servicios que ofrece el sistema sanitario.

Lo anterior tiene traducciones diversas, tanto en lo micro (cambios en la relación médico-paciente guiados por nuevas exigencias de autonomía y poder de decisión) como en lo macro (exigencia de accesibilidad personalizada, participación, elección de proveedores, eliminación de barreras burocráticas y cuestionamiento del modelo paternalista a favor de una organización centrada en los clientes y receptiva a las preferencias de los usuarios).

Como se ve, el cambio del escenario expansivo al escenario de estabilización viene marcado por la triple crisis financiera, de racionalidad y de legitimidad. En ese contexto se han producido los principales desajustes, presiones y procesos de reforma (Repullo, 2012).

El debate sanitario actual está centrado en la reducción de costes, sin embargo, más allá de los recortes, las verdaderas reformas deberían centrarse en mejorar la salud y aportar valor a los pacientes. Para acometer estas reformas es esencial contar con el liderazgo de los profesionales sanitarios, ya que en ellos reside fundamentalmente el poder para impulsar estos cambios.

Para que cualquier reforma tenga éxito es necesario legitimar los cambios a través de la máxima transparencia en el mensaje y la implicación de los agentes locales, sin olvidar nunca los profesionales sanitarios y los ciudadanos.(PWC, 2013)

2.5.1. Los objetivos del Sistema Sanitario Madrileño

La Reforma Sanitaria del año 2012 recoge los objetivos que debe cumplir un sistema sanitario: sanidad universal, gratuita, justa, solidaria, sostenible, equitativa, de calidad, eficaz y eficiente y profesional (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad).

Lasquetty, J (2012), argumentaba que la sanidad es la principal política del gobierno de la Comunidad, y su prioridad responde a los intereses de los propios ciudadanos. Considera que todos los objetivos del SSM (ahorro, calidad asistencial, eficiencia, diseño estratégico de los recursos humanos) deben ir enmarcados en una serie de medidas que garanticen su sostenibilidad (reducción de gasto, externalización de servicios, incremento de actividades de central de compras, reordenación de la actividad de los profesionales en los hospitales y concentración de la complejidad)

Aunque estos objetivos parecen claros y concisos, las acciones para ejecutarlos han sido múltiples y dispares en los distintos sistemas sanitarios, no sólo entre países, sino incluso entre las instituciones de un mismo país.

Con el fin de conseguir estos objetivos y reforzar la solidez de las instituciones sanitarias, la revisión de la literatura sugiere el establecimiento de una alianza estratégica entre médicos y gestores que parta de objetivos comunes y que promueva nuevos líderes favoreciendo las unidades de gestión clínica, la creación de direcciones médicas corporativas, que actúen como puente entre las partes y con co-responsabilidad en el cumplimiento de la alianza, y puesta en marcha de experiencias de incentivación económica desburocratizadas, a través de introducción de sistemas de retribución por resultado clínico (Varela, J., 2008)

Tres elementos deben guiar este acuerdo: 1) consensuar que el objetivo final es aportar valor al paciente; 2) la práctica médica debe organizarse de acuerdo con un modelo de atención integrada, y 3) los resultados y los costes deben ser medidos y evaluados.

La evaluación de resultados y la comparativa de los mismos, así como iniciativas de gestión clínica, son algunos de los elementos clave para fomentar la mejora de resultados.

Tomando como referencia estos objetivos y estrategias o líneas de actuación y teniendo en cuenta el desarrollo de los primeros capítulos de esta tesis doctoral, nuestro estudio se va a basar en los siguientes objetivos que debería de cumplir un sistema sanitario y en concreto el SSM:

1. Garantizar el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud en términos de equidad, avanzando en el principio de la universalidad.

La Constitución española reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Existe además una legislación que, comprometida con este derecho, universaliza el acceso a la asistencia sanitaria. Aún más, los intentos más serios de reformar el sistema sanitario español insisten en que la equidad debe ser un objetivo fundamental a alcanzar.

Por tanto, la cobertura sanitaria debe de llegar de manera efectiva a todo el mundo por igual. Los Sistema Sanitarios deben garantizar el derecho a la salud a todos los ciudadanos además de asegurar la gratuidad y equidad en el acceso a las prestaciones de servicios (Cartera común de servicios).

Puyol González (1997), aporta cinco versiones diferentes de la equidad en el ámbito sanitario a partir de la priorización de determinados valores: la propiedad, el aumento del bienestar agregado o eficiencia, la responsabilidad asociada a las elecciones personales, la preferencia de mejorar a los que están peor en cuanto a necesidades médicas o la exigencia de igualar las oportunidades en cuanto a capacidades básicas.

Uno de los mayores defensores de la igualdad en el pensamiento contemporáneo es el filósofo John Rawls (1971). En su teoría de la justicia destaca el énfasis puesto en la protección de los más desfavorecidos, sin perder de vista el compromiso con las libertades individuales y con la eficiencia. Esta es la idea que recoge su conocido principio de la diferencia, que dice, en términos generales, que una mejora del bienestar de los que ya están mejor sólo es justa si también se mejora a los que están peor.

Rawls no ha extendido su teoría de la justicia al ámbito sanitario, pero Daniels (1985) sí lo ha hecho. Este filósofo norteamericano, sugiere que la estrategia más efectiva de extender el principio de la diferencia al campo de la sanidad consiste en incluir la atención sanitaria entre los requisitos que garantizan la igualdad de oportunidades.

Por tanto, la equidad tiene que ver con la igualdad de oportunidades sanitarias y la reducción de las diferencias. Y puede concretarse afirmando como hace Leenan, H. (1985): a) a igualdad de necesidades, igualdad de acceso a la atención sanitaria y de utilización de medios, b) igualdad en la calidad de atención (se tiene que poner el mismo interés en ofrecer a todos idéntico nivel profesional)

Otros autores como Nozick (1974) asocia la igualdad a la propiedad, parte de la idea de que tenemos un derecho prioritario al poseer lo que hemos adquirido legítimamente.

Autores como, Errasti, F. (1996) opinan que si se habla de equidad, es porque existen desigualdades. Para algunos, esas desigualdades 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.

Con frecuencia las desigualdades de acceso se dan cuando los recursos asistenciales no están bien repartidos en las distintas regiones de un país. Tudor (1971) afirma que las

regiones más pobres tienden a disponer menores recursos, cuando precisamente, por sus condiciones de salud, son más necesarios.

En este contexto existe la idea de que debería establecerse un uso justo e igualitario de los recursos sanitarios para toda la población.

Desde el punto de vista práctico, esta interpretación de la igualdad puede no ser del todo adecuada ¿Significa, por ejemplo, que hay un gasto per cápita igual para todos, con un presupuesto igualmente repartido entre las distintas áreas geográficas? Si es así nos olvidaríamos de las distintas necesidades sanitarias de los diferentes grupos, debido a las condiciones sociales, edades, etc, no sería del todo igualitaria.

En este sentido autores como Puyol González se plantean ¿Cuáles son las desigualdades que se deben considerar justas o legítimas? ¿Qué diferencias entre las personas tenemos que reconocer que den derecho a una compensación, dentro de las políticas sanitarias y cuáles no?, ¿Cuáles son las desigualdades más injustas y cómo hemos de priorizar la distribución de los recursos escasos?

2. Velar por la calidad asistencial.

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos (Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea. La calidad de la atención hospitalaria, 1997)

El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

Los profesionales aportan habitualmente una *perspectiva individual* de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los pacientes aportan una *perspectiva individual*, al plantear como atributos de la

asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios. Mientras, tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la *perspectiva comunitaria*, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad. (Aranaz JM., 1999)

La calidad asistencial será pues definida por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad, y sus objetivos prioritarios son prestar asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia, lograr cuidados que satisfagan al cliente, asegurar la continuidad de los cuidados (respetando cadena proveedor-cliente), lograr cuidados apropiados a las necesidades del paciente.

Una de las aportaciones más sustanciosa al estudio de la calidad asistencial se debe a Donabedian (1966), quien, identifica una serie de elementos que facilitan su análisis: a) *componente técnico*, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza, b) *componente interpersonal*, expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación paciente-profesional de salud y c) *componente correspondiente al entorno*, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla.

Las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua (Mira, JJ; Lorenzo, S; Rodríguez-Marín, J.; Aranaz, J. y Sitges, E, 1.998), que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentalmente el rediseño o reingeniería de procesos(Oteo LA, Hernández JF, 1998), método que consiste en la revisión y rediseño radical de procesos para que la organización restablezca la manera de cubrir objetivos a niveles de coste, calidad, servicio y rapidez adecuados, y la orientación al paciente(Mira JJ., 1998), garantizando la continuidad de los niveles asistenciales (Aranaz JM. y Buil JA.,1995). Para ello, las decisiones clínicas se basarán en la evidencia científica en la medida de lo posible y la calidad formará parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria.

3. Promover una mejora atención sanitaria de los pacientes con la continuidad asistencial (integración de la atención primaria y especializada).

La integración asistencial es una estrategia señalada de forma reiterada en las propuestas de reforma de muchos sistemas sanitarios (Van Raak A., Mur-Veeman I., Hardy B., Steenbergen M., Paulus A., 2003)

En la práctica existen numerosas formas de integración que según la taxonomía más común se suelen clasificar en función del tipo, la amplitud y el grado de integración producido: funcional, clínica, profesional, vertical, etc (Suter E., Oelke ND, Adair CE, Armitage GD, 2009 y Enthoven AC, 2009). Una definición simple pero ilustrativa entiende que la gestión integrada entre niveles es "un proceso mediante el cual una sola organización asume y gestiona el conjunto de procesos directivos, administrativos y asistenciales que se generan en los niveles de atención primaria y atención hospitalaria en el ámbito de un territorio"(SEDAP, 2006)

En el hospital, las mejoras deberían ser en dos frentes: en la organización interna y en la relación con otros hospitales. Internamente se debe caminar hacia la interdisciplinaridad y con otros hospitales hacia el trabajo en red, para compartir recursos. En el hospital, la asistencia se organiza en torno a especialidades que surgieron en torno a órganos, técnicas o perfiles históricos con un eje integral bio-psico-social del individuo. Una especialidad presta su asistencia a través de una organización que denominamos Servicio. La asistencia queda fragmentada, al constituirse un sistema de "cajas" o "silos" donde cada servicio atiende a "sus" pacientes.

Sin embargo, el paciente y sus padecimientos, muy frecuentemente, precisan ser abordados por la confluencia de distintos profesionales que pertenecen a distintos servicios. La atención, cuando se requiere el concurso de diferentes especialistas, tiende a ser realizada de manera secuencial, el paciente va pasando de un servicio a otro, situación que se ha ido superando con la constitución de unidades funcionales multidisciplinarias. Además muchos padecimientos precisan de la actuación simultánea de profesionales provenientes de diferentes especialidades. La fórmula es "ajustar" la organización al paciente, para lo que es necesario crear modelos de atención integrados, que eliminen barreras entre servicios,

buscando sinergias que aporten valor y eviten redundancias al compartir los recursos de los servicios o áreas de conocimiento que convergen en la atención. Será necesario eliminar barreras y crear puentes de comunicación. En este sentido, también hay que poner el acento en la necesidad de revisar el modelo de arquitectura hospitalaria en función de nuevos diseños, ya que los actuales están centrados en el tratamiento de pacientes agudos.

El proceso de reorganización debería incluir la relación entre los médicos, los enfermeros y otros profesionales sanitarios, en particular, los farmacéuticos que ejercen en los servicios de farmacia hospitalaria para conseguir la mejora en el uso eficiente de los medicamentos y productos sanitarios. (ANIH, 2013)

En cuanto a la relación entre hospitales, se debería caminar a que los servicios y unidades superen los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red asistencial. Se trata de que se compartan unidades de diagnóstico y tratamiento con el fin de optimizar recursos, mejorar la calidad al concentrar y compartir conocimiento. El modelo basado en atención por episodios en los hospitales, la conexión entre la atención primaria y la hospitalaria actual y la atención secuencial, de traslado a otro hospital según la necesidad en atención especializada, deber ser superado por un modelo de atención integrada basada en la atención por procesos. El objetivo es que la organización sanitaria se diseñe centrada en el paciente para proporcionarle la atención adecuada, es decir la mejor opción diagnóstica o terapéutica con la máxima calidad y seguridad en el momento que la precise. Ese debe ser el criterio que presida el derecho de accesibilidad y de equidad (Peña, C; Comín, J., 2007).

El acceso a los servicios y la equidad en la atención sanitaria no deberían conllevar situaciones de fragmentación en las estructuras sanitarias. Lo importante no es la cercanía sino la agilidad en la atención, lo cual obliga a poner el acento en la importancia del transporte sanitario y en el funcionamiento de la atención sanitaria en red (Canals, J, 2011).

4. Generar valor para el paciente.

Según Porter (2010), el objetivo de las organizaciones sanitarias debe ser generar valor para el paciente y es este valor lo que debe regir las actuaciones para la mejora de la asistencia prestada.

Este objetivo se centra en situar a pacientes y ciudadanos en el centro de la sanidad pública, planificando, gobernando y gestionando ésta para responder a sus necesidades, demandas y preferencias con la mayor calidad, eficiencia y equidad, es decir, una sanidad de-para-con los ciudadanos y pacientes, que son sus destinatarios y jueces de unos servicios esenciales para el bienestar individual y colectivo, y piedra angular de la justicia y cohesión social;

Las relaciones del SSM con los pacientes deben basarse en el comportamiento ético y en el respeto y confianza mutuos, debe de ser una colaboración totalmente transparente, con el objetivo de mejorar las expectativas y calidad de vida de los pacientes y apoyar aquellas iniciativas que beneficien y promuevan el cuidado de la salud.

Alcalde R. (2015) sostiene que todas las empresas y agentes sociales, pueden colaborar y contribuir a favorecer en la calidad de vida de los pacientes, desde sus ámbitos más cercanos de actuación, mediante acciones concretas de responsabilidad social sanitaria: "La clave para incorporar acciones en materia de responsabilidad social sociosanitaria será que cada agente o empresa defina bien su estrategia, sus grupos de interés y a dónde quiere llegar, y después diseñar un proyecto que pueda ofrecer un beneficio en este colectivo, más allá de lo que suponga su propia actividad empresarial".

Estos grupos de interés, en el ámbito sanitario se concretan en las administraciones públicas, los profesionales de la salud/clínicos, los empleados y los pacientes, con los que se deben establecer líneas de diálogo basadas en la transparencia

5. Desarrollo Tecnológico y eficiencia en la gestión.

La eficiencia del SSM requiere la incorporación de tecnologías de calidad.

La Tecnología Sanitaria es el conjunto de medicamentos, instrumentos, equipos, técnicas, pruebas diagnósticas, procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento, dentro de los cuales se lleva a cabo la atención sanitaria (Portal de salud de la Comunidad de Madrid, 2015).

Desde la perspectiva de los equipamientos sanitarios, podemos distinguir dos apartados de tecnología sanitaria: la Electromedicina y la maquinaria más compleja y sofisticada que denominaremos Alta Tecnología Sanitaria.

La Electromedicina es una rama muy bien fundamentada y conjunta de la Electrónica y la Biomédica que se dedica al estudio, desarrollo y conservación de la tecnología biomédica o tecnología sanitaria.

Los avances realizados día a día en este campo se evidencian en el crecimiento de la oferta de tecnología biomédica multiescala que permiten la realización de diversos procedimientos diagnósticos y de tratamiento de baja, media y alta complejidad garantizando confiabilidad en los resultados y seguridad para el operario y el paciente (Health Careers Center, 2015)

La alta tecnología sanitaria no puede limitarse solamente a la adquisición de más y mejores equipamientos, debe contemplar también el cambio que se produce en el entorno tecnológico con impactos en el ámbito interno de los hospitales, cuyo ejemplo más claro es la posibilidad de acceder, archivar y compartir imágenes a través de la digitalización, y en el ámbito externo, al posibilitar separar físicamente el proceso de diagnóstico del proceso de exploración de los pacientes. La adquisición de alta tecnología se configura como uno de los pilares de la nueva asistencia sanitaria. Los equipos adquiridos, de última generación, unidos a las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) permiten alcanzar logros impensables hace unos años: acceso del profesional sanitario a información sobre el paciente en tiempo real; toma de decisiones con independencia de la ubicación paciente y del facultativo; interoperatividad entre diferentes herramientas tecnológicas: mayor rapidez y precisión en el diagnóstico; organización de la asistencia sanitaria en torno al paciente.

El equipamiento y renovación de alta tecnología sanitaria de los hospitales públicos, es un proceso que requiere la adopción de cuidadosas medidas de planificación para que se lleve a cabo atendiendo a criterios de equidad, en función de las necesidades detectadas de la población. Cuidando su adaptación a la normativa exigida y la seguridad en su aplicación a la práctica clínica (Fenin, 2010).

La continua incorporación de nuevas tecnologías al mercado sanitario supone un reto de actualización permanente para los técnicos responsables de evaluar las adquisiciones y para

los profesionales sanitarios que van a utilizarlas. Se trata de incorporar tecnologías eficaces que, una vez en uso, resulten efectivas sobre la salud de la población y eficientes en el corto y largo plazo.

6. Velar por la sostenibilidad del sistema.

Todos los autores coinciden en definir la sostenibilidad como el principal problema de todos los sistemas sanitarios.

Los recursos económicos públicos no son capaces de absorber la demanda sanitaria de la población. La racionalización de las necesidades es una pieza clave para tener un sistema de salud eficiente y competitivo. En este proceso de optimización, puede plantearse cualquier tipo de medidas que no resten derechos ni discriminen a los ciudadanos. Es necesario mentalizar a la población sobre la capacidad limitada del sistema sanitario y la responsabilidad en la utilización de los recursos (IDIS, 2013). Por tanto se hace necesario un uso eficiente del presupuesto y un nuevo modelo sanitario que racionalice y encuentre soluciones para modernizar el sistema sanitario.

Basándonos en información publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desde 1990 el gasto sanitario ha aumentado un 10% anual. Este gasto supuso 6,5% del PIB en 1990 y 9,3% en 2010. El año 2010 ha sido el primero con disminución del presupuesto respecto al año anterior, debido a la contención del gasto. Según estimación de gastos de las CCAA, en los 2 últimos años el esfuerzo económico para cubrir las necesidades sanitarias, ha estado por encima de las posibilidades reales, ocasionando 1) Una situación de endeudamiento que ha obligado al recorte de los presupuestos de salud, cercanos al 5%, 2) Un empeoramiento en el acceso y las prestaciones del sistema para toda la población.

Los estudios más optimistas auguran que para el año 2020 el gasto sanitario necesario para dar cobertura universal en condiciones de equidad sería el doble. Los motivos de este crecimiento se pueden resumir en: incremento de la esperanza de vida que condiciona el envejecimiento de la población, cronificación de las enfermedades, incremento de la

innovación tecnológica y científica, mayor información de la población y crecientes requisitos legales, judicialización de la medicina, etc.

Peiró, M. (2014) ante el problema de la sostenibilidad del sistema sanitario apuesta por la gestión clínica como la herramienta que ayude a los responsables a tomar las decisiones que más beneficien al sistema y al paciente y contribuyan al cambio. En su opinión, para que esta herramienta sea aún más efectiva debe avanzar hacia la transparencia en la publicación de datos y hacia la medición de resultados que permita valorar y comparar la utilización de recursos y la calidad del servicio que se presta en términos de eficacia, eficiencia y satisfacción del paciente.

7. Conseguir un Sistema Sanitario de referencia.

Una buena parte de los resultados de salud se atribuyen a la estructura familiar, la dieta mediterránea y otros factores favorables de contexto social. Pero existe evidencia creciente de que otra parte importante de estos resultados se deben a los efectos del sistema sanitario. En este sentido, el Sistema Sanitario Español se considera ejemplar en perspectiva internacional comparada, por haber alcanzado tasas de cobertura, equidad y satisfacción medios o superiores a otros países avanzados de la OCDE manteniendo niveles de gasto público y privado muy por debajo de la media (Rico A, Freire JM, Gervás J.)

Madrid es la comunidad con más centros y unidades sanitarios de referencia nacional. Un estudio realizado por el Monitor de Reputación Sanitaria puntúa el conjunto de servicios hospitalarios y sitúa en Madrid a cinco hospitales entre los diez con mejor reputación en España.

8. Transparencia en la gestión e información detallada.

La dinámica propia de los sistemas descentralizados es la de la comparación entre los parámetros de situación de salud, de dotación de recursos, de financiación de organización o cualquier otro aspecto sanitario entre las entidades descentralizadas (CCAA). Sea con fines de emulación, de superación de las desigualdades, de promover una distribución equitativa o, sencillamente, para establecer términos de referencia de

la propia situación o actividad, lo más habitual es demandar información de las entidades descentralizadas, tanto desde niveles centrales de la organización, si existen como de las propias entidades. La información que se requiere se refiere a una serie de parámetros que permitan conocer la situación de cada una de ellas y las tendencias y promedios del conjunto. (Rey del Castillo, 1998).

En el ámbito de Sistemas de Información, además del personal adscrito directamente a la Dirección General de Sistemas de Información (DGSIS), colaboran en el desarrollo de la actividad informática profesionales de ICM (Agencia de Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid) que presta servicios de carácter corporativo y adicionalmente en cada uno de los Hospitales y en el SUMMA hay un Servicio de Informática, con dependencia funcional de la DGSIS, así como también existe una Dirección Técnica de Sistemas en la Gerencia de Atención Primaria, cuyos profesionales están integrados en los equipos de la Dirección General.

El SSM apuesta por la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación como soporte a la actividad asistencial, docente e investigadora que realizan los profesionales y que redundan en que puedan atender mejor a los pacientes, con más seguridad, facilitando la continuidad asistencial entre los distintos niveles asistenciales.

Así mismo, como parte de los procesos de mejora continua, está ampliando la cartera de servicios de atención multicanal al ciudadano, además de una amplia oferta de información a través del portal Salud que está integrado en el portal de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org).

Entre los servicios de atención multicanal al ciudadano cabe destacar los procesos de citación, además del presencial y telefónico: Internet (por el que se han gestionado más de 3,5 millones de citas), reconocimiento de voz (se han tramitado más de 7,5 millones de citas desde su puesta en marcha hace menos de dos años), Centro de Atención Personalizada (que ha gestionado casi 3,5 millones de citas de especialista derivadas desde Atención Primaria en menos de año y medio) y kioscos interactivos en los centros de salud (tenemos más de 75 que han gestionado cerca de 60.000 citas). Además se ofrece la posibilidad de que el ciudadano haga consultas y gestiones sin tener que acudir físicamente a los centros

sanitarios, realizando la generación de recordatorios de citas, alertas ante ciertos problemas que pueden impactar en la salud, avisos de campañas preventivas. Destacar igualmente los servicios que se han incorporado en el marco de la implantación de la libre elección de médico de familia, enfermero y pediatra, en Atención Primaria, y de médico y centro en Atención Especializada; para ello se ha generado un espacio web dentro del portal Salud en el cual hay información orientada a ayudar al ciudadano en su proceso de elección (Sampedro, 2012)

El significativo avance de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en los últimos tiempos permite su aplicación al sector salud de numerosas maneras, aportando beneficios de calidad y seguridad, así como un significativo ahorro económico. Por ello, en los últimos años está desarrollándose un debate internacional sobre los beneficios de la aplicación de las TIC al ámbito sanitario.

En este sentido, la Secretaría General de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico realizó un pormenorizado informe, publicado en junio de 2010 y titulado "Mejora de la eficiencia del sector sanitario. El papel de las TIC"

El proyecto dirigido por Elettra Ronchi ha sido cofinanciado por la Dirección General para la Salud y los Consumidores de la Comisión Europea. En él, se ha analizado el uso de las TIC en la sanidad de seis países (Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Países Bajos y Suecia) con el objetivo de identificar las oportunidades que éstas ofrecen y analizar en qué condiciones es más apropiado usarlas, en pro de la mejora de la eficiencia y la calidad de la asistencia al paciente.

Los principales beneficios de la implementación de las TIC en el sector sanitario son cuatro:

Incremento de la calidad en la atención al paciente y de la eficiencia. Las TIC pueden ayudar a mejorar la seguridad del paciente mediante el acceso directo al historial médico, la consulta on line de los tratamientos, registrando la evolución de los enfermos y previendo posibles errores médicos.

Reducción de los costes operativos de los servicios médicos al reducir el tiempo requerido para procesar datos y manejar documentación

Disminución de los costes administrativos

Posibilidad de llevar a cabo modelos de sanidad completamente nuevos (renovación de atención primaria, mejora en el acceso a la sanidad, mejora en la calidad de medición y el rendimiento de la supervisión)

Con todo ello, el informe concluye que los puntos más importantes de este análisis son: la necesidad de establecer un sólido y coherente sistema de protección de la privacidad del paciente, equilibrar los beneficios de las empresas con las prioridades de los sistemas sanitarios, acelerar y conducir los esfuerzos hacia la estandarización de los procesos y fortalecer las evaluaciones de eficacia.

Así pues, el papel de las TIC en la mejora de la eficiencia de la sanidad presenta una gran potencialidad, pero habrán de realizarse importantes esfuerzos, encabezados principalmente por los gobiernos, para que su uso se generalice en el sector de la salud.

9. Promover el desarrollo profesional del personal sanitario.

Los profesionales sanitarios deberían acomodar su actuación a los siguientes principios:

- 1) *El principio de competencia*, de modo que se tenga en cuenta la conciencia ética, los límites propios de competencia profesional y científica, la actualización profesional y la abstención por incapacidad.
- 2) *El principio de responsabilidad*, que incluirá la calidad y promoción del nivel asistencial, científico y profesional, la evitación de daños, la continuidad de la atención, la adecuada supervisión y el abordaje apropiado de los problemas éticos.
- 3) *El principio de integridad* en el ejercicio profesional: que incluirá la honestidad, sinceridad y precisión en la información, el reconocimiento de los límites profesionales y los conflictos de intereses y la obligación de actuar cuando tengan conocimiento de prácticas contrarias al código ético.

Los términos *formación médica continuada* y *desarrollo profesional continuo* son conceptos prácticamente intercambiables. Actualmente se prefiere el término de desarrollo profesional

continuo porque con el mismo se pretende implicar de una forma más activa al médico y hacerle protagonista de su propia formación, identificando sus lagunas en cualquier ámbito profesional y diseñando un proceso formativo individualizado (Fernández E., Alía E.I., 2008)

La práctica de la medicina obliga al personal sanitario a un aprendizaje continuo para mantener al día sus conocimientos y habilidades. El objetivo no es otro que poder trasladar a la rutina asistencial aquellos avances científicos que puedan beneficiar a los pacientes. Esta actualización permanente constituye una obligación ética que afecta a todos los médicos independientemente de la rama de la Medicina que ejerzan, pero en esta obligación intervienen otros agentes. Los diferentes agentes que de una u otra forma actúan como proveedores de salud, esto es, servicios de salud, hospitales, sociedades científicas, etc. comparten la responsabilidad de favorecer y desarrollar programas de formación que faciliten la competencia profesional de sus miembros. En este sentido, se trata de una obligación compartida en beneficio del paciente y tiene efectos en el desarrollo, calidad y cohesión del sistema sanitario (Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias. B.O.E. número 280, 22 de noviembre de 2003).

Cuando dos partes comparten la obligación por unos objetivos, es necesaria una tercera parte que de forma independiente arbitre o certifique el grado de cumplimiento de dichos objetivos. En este sentido, la formación o el grado de competencia profesional deberá ser acreditado por organismos independientes, de forma que solo las actividades acreditadas podrán ser tomadas en consideración.

El término «carrera profesional» tiene implicaciones prácticas más laborales pero también participa indirectamente en el concepto de desarrollo profesional continuo.

En cuanto a la formación, varias medidas podrían ponerse en marcha, tales como: 1) Incorporar a la profesión los valores del compromiso, la excelencia, que conforman el denominado «nuevo profesionalismo», educando a los estudiantes de medicina y a los especialistas en formación en los valores de la profesión sanitaria como el compromiso, la honestidad y la aspiración por la excelencia. 2) Revisar el sistema de acceso a la universidad, considerándose diferentes fórmulas para acceder al estudio de las Ciencias de la Salud que valoren no sólo la nota de selectividad, sino también estableciendo pruebas específicas

relacionadas con las materias que se han de cursar, velando porque las condiciones de ingreso sean las mismas para todos los alumnos matriculados. 3) Articular medidas que lleven a equilibrar las plazas de pregrado con las de formación sanitaria especializada y éstas con las necesidades reales del Sistema Nacional de Salud.

En el panorama actual, con una masiva producción científica, se plantea el problema de cómo transferir los avances científicos a la práctica clínica. A veces hemos de admitir que pueden existir barreras estructurales que impiden o dificultan el avance del conocimiento o la implantación de una determinada técnica, pero lo más frecuente es que no se identifique ningún obstáculo y precisamente la sobreproducción científica a la que estamos sometidos no ayuda a la identificación de los avances trascendentales.

Uno de los retos más importantes para ganar en calidad asistencial y en seguridad clínica es modernizar la gestión de recursos humanos sanitarios a través de la potenciación del trabajo en equipo, para lo cual es fundamental la colaboración entre los diferentes profesionales sanitarios (por ejemplo, entre los médicos de atención primaria y los especialistas, y entre los profesionales sanitarios y aquéllos otros que, sin serlo, tienen de un modo u otro relación con la sanidad), superando la actual fragmentación entre primaria, especializada y servicios sociales.

La gestión de recursos humanos habría de inscribirse en un contexto de redimensionamiento y de mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales, servicios y centros de referencia (Libro Blanco Los Recursos Humanos en el Sistema Sanitario, 2013).

2.5.2. Factor clave de éxito: Generar valor para el paciente

Según Zuñiga, A. (2014) en muchos sistemas sanitarios, los actores que intervienen en él tienen interés diferentes y frecuentemente objetivos contrapuestos. No tienen un objetivo compartido y esto puede ser una de las razones por la cual hay enfoques divergentes, reglas de juego diferentes y una lenta mejora del desempeño del sistema de salud. Lograr el más alto valor para los pacientes debe ser el objetivo principal de la prestación de atención de la

salud. El valor debería ser definido entorno al paciente y la creación de este valor debería determinar las recompensas de todos los actores del sistema. Encontrar, o mejor dicho, poner en el lugar correcto el objetivo principal y compartido, puede alinear los intereses de todos los actores del sistema de salud.

En líneas anteriores se ha expuesto que cuando los objetivos que persigue una organización son congruentes con los valores de la sociedad se dice que se está legitimando. Por tanto es necesario que los objetivos del SSM sean congruentes con los valores de la sociedad para conseguir su legitimación.

Siguiendo el planteamiento de (Zaheer, 1995), en la medida que el SSM se ajuste a las presiones del entorno, actuando conforme a sus normas y valores socialmente establecidos se conseguirá su permanencia en el tiempo.

Según Porter, el objetivo de las organizaciones sanitarias debe ser generar valor para el paciente y es este valor lo que debe regir las actuaciones para la mejora de la asistencia prestada. (Porter, M. What is value in Health Care? *New England Journal of Medicine* 363; 26 December 2010).

Los valores de la sociedad en términos de salud, giran en torno a la idea de que el sistema garantice los recursos necesarios para mantener, recuperar o mejorar su salud en condiciones de calidad y eficiencia.

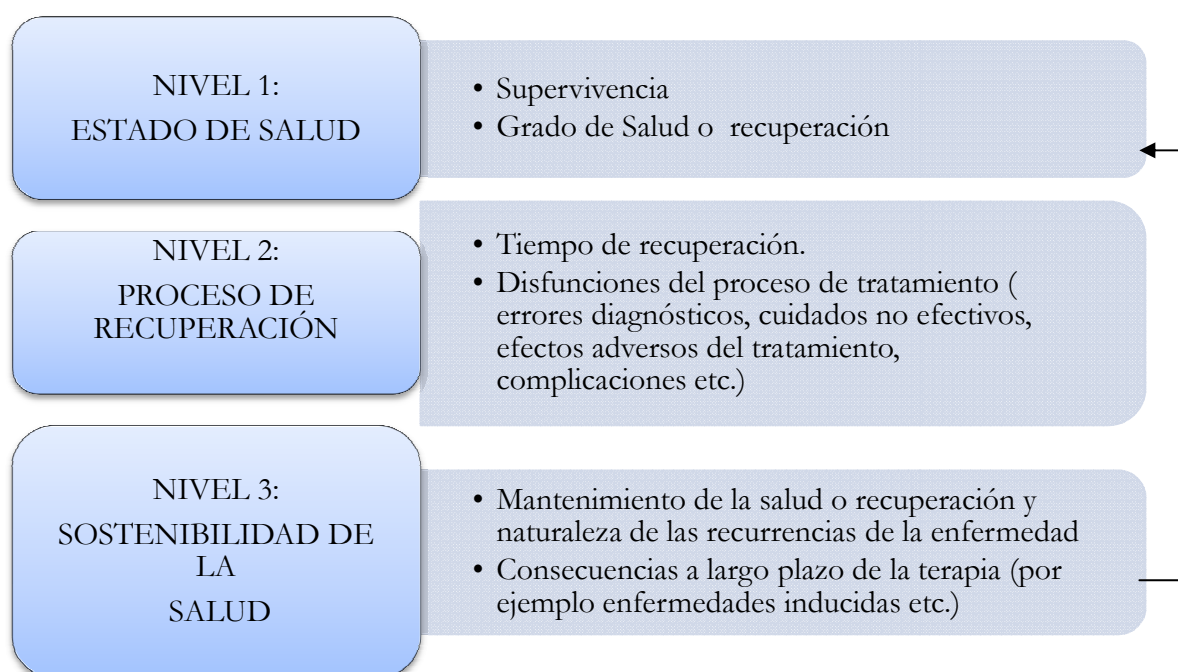
En nuestra opinión, solamente en la medida que el SSM consiga generar valor para el paciente actuará conforme a las normas y valores socialmente establecidos y conseguirá legitimidad.

Los elementos para la definición de valor en sanidad según un informe publicado por PWC, 2013 son: 1) el valor debe medirse desde el punto de vista del paciente, 2) la generación de valor para el paciente debe marcar el sistema de recompensa para el resto de agentes del sistema, 3) el valor generado depende de los resultados obtenidos, no de los recursos utilizados. Es necesario cambiar el foco de atención desde el volumen realizado al valor generado (por tanto, no en el volumen de actividad realizada). Los resultados son específicos de cada condición médica. d) el valor generado no debe medirse por el proceso utilizado sino que debe medirse en términos de resultados y costes.

Así un sistema fundamentado en el valor se caracteriza por tres elementos básicos: 1) objetivo centrado en el valor para el paciente, 2) organización centrada en torno a condiciones médicas y 3) medición de resultados

Porter establece tres niveles para medir resultados en salud: nivel 1) estado de salud conseguido o mantenido, nivel 2) proceso de recuperación y nivel 3) sostenibilidad de la salud (Figura 2.2).

Figura 2.2. Niveles para medir los resultados en salud



Fuente: Porter, M. What is value in Health Care? New England Journal of Medicine 363; 26 December 23, 2010

Los profesionales son los únicos capaces de influir en estos niveles de salud y por tanto son los únicos que pueden determinar valor para el paciente. De este modo, la única forma de impulsar reformas con valor añadido es involucrando a los profesionales.

El poder de las instituciones sanitarias se centra principalmente en sus profesionales sanitarios: fundamentalmente médicos y enfermeros, ya que en ellos reside la capacidad de aportar valor al paciente.

2.5.3. Los profesionales como fuente de legitimación del Sistema

La supervivencia organizativa dependería del grado de apoyo que una organización recibe por parte de sus grupos de interés, es decir, de su legitimidad, definida como la congruencia entre los resultados organizativos y las normas institucionales (Arnold et al., 1996).

Los hospitales son burocracias profesionales, el peso de la organización se sitúa en el núcleo operativo (médicos y enfermeros). Cualquier cambios excluyendo la parte más importante e influyente de una organización es condenar a los mismos al fracaso.

La profesión médica en su conjunto necesita demostrar que está dispuesta a mejorar su compromiso para dar respuesta a las expectativas siempre cambiantes tanto de la población como de los políticos (Rosen R, Dewar S. On being a doctor. Redefining medical professionalism for better patient care. London: King's Fund, 2004).

Este compromiso se traduce en el concepto de profesionalismo bajo el cual los conocimientos del médico, sus habilidades clínicas y sus juicios van orientados al servicio de la protección y del restablecimiento del bienestar humano. Este propósito solo es posible si se consigue afianzar una alianza entre paciente y médico, basada en el respeto mutuo, la responsabilidad individual y una clara transparencia en todos los actos. Una especie de contrato moral entre la profesión médica y la sociedad (Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. London: Royal College of Physicians, 2005).

La definición de profesionalismo en medicina comprende lo que el médico hace y el cómo lo hace, es decir, integra las habilidades, actitudes y valores con los cuales el profesional de la medicina demuestra que merece la confianza que el paciente y la comunidad le otorgan bajo la premisa de que antepondrá siempre la búsqueda del bienestar del paciente y de la comunidad como primer objetivo (Swick, H.M., 2000).

Rodriguez, J.A (2007) define el profesionalismo médico como las conductas por las cuales los médicos demuestran ser merecedores de la confianza depositada en ellos por la sociedad.

Ruiz, I; Sánchez-Mendiola, (2005) señalan que son retos éticos y sociales que chocan con los imperativos del mercado, en donde la meta que le da sentido y legitimidad social a la profesión es interna, y consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico, como en el caso de la medicina, la salud de los pacientes. El profesionalismo describe las destrezas, actitudes, conductas, conocimientos y habilidades que implica la competencia profesional. Comprende, también, maneras de proceder que de acuerdo con las normas culturales, y socialmente preestablecidas, señalan que el desempeño profesional se realiza con honestidad, respeto, hacia los demás, deseo de servicio, comprensión, prudencia, objetividad, actitud reflexiva, eficacia e integridad, es decir, con apego a códigos de comportamiento profesional, altruismo y justicia.

El profesionalismo abarca las siguientes características:

- 1) Capacidad de subordinar los intereses propios a los de terceros, 2) Apego permanente a la moral y a la ética. En medicina se defienden los principios de beneficencia y de no maleficencia que implican la obligación del médico de hacer el bien y no hacer el mal bajo ninguna circunstancia, 3) Respuesta a las necesidades sociales, se manifiesta con el compromiso de servicio a la comunidad, 4) Actitud congruente con valores: honestidad, integridad, compasión, altruismo, empatía, respeto hacia los otros e inspirar confianza, 5) Ejercicio de la responsabilidad, 6) Demostración de compromiso continuo en busca de excelencia, 7) Compromiso con la transmisión del conocimiento, 8) Capacidad de trabajo con alto nivel de complejidad e incertidumbre, 9) Reflexión y capacidad de autocrítica respecto de sus decisiones y acciones

El profesionalismo, a menudo entra en conflicto con los intereses generales de los sistemas de salud. Por lo tanto, es fundamental conseguir una alianza estratégica.

Para que el profesionalismo pueda desarrollarse es necesario que gestores y clínicos compartan valores que permitan mejoras en la institucionalización. El éxito de la gestión de cualquier organización sanitaria es la alianza entre gestores y clínicos.

Como bases para la negociación de estos valores y visión compartida entre gestores y médicos, se encuentran el reconocimiento mutuo de sus respectivas facultades, el sentimiento de pertenencia a la institución, en la que deben encontrarse valores conjuntos, y contar con el liderazgo médico suficiente que sea capaz de aunar voluntades para impulsar los cambios.

Por tanto, la única forma de ganar legitimidad es que gestores y responsables políticos trabajen de manera coordinada con médicos y profesionales sanitarios como única vía para controlar los costes en el futuro y activar fórmulas de recompensa basadas en la calidad y la aportación de valor.

2.5.4. Estrategias para ganar legitimidad: Gestión Clínica

La gestión clínica desde sus inicios ha pretendido convertirse en un elemento cotidiano de la actividad sanitaria, donde sus atributos sean el elemento que facilite y asegure al clínico la capacidad de potenciar sus actividades asistenciales, con el propósito de mejorar los resultados en niveles de salud, eficiencia clínica, uso de tecnologías y utilización de recursos humanos.

Peiró S., Del Llano J., Quecedo K. Villar N., Raigada F., Ruiz J (2010) definen la gestión clínica, como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto.

McSherry R. (2010) considera que la gestión clínica es el vehículo que permite mejorar la calidad en la asistencia sanitaria.

La gestión establece sus funciones en el entendimiento entre culturas contrapuestas, por un lado se encuentra el clínico cuyo enfoque y motivación está centrado en la atención al paciente y por el otro las organizaciones sanitarias cuya razón de ser es asegurar que se den las condiciones necesarias para alcanzar la efectividad clínica, que de cómo resultado la mejora en la calidad de la atención sanitaria respaldado en la mejor evidencia disponible.

Las funciones de la gestión clínica se ven limitadas por la toma de decisiones de todos los involucrados, los recursos sanitarios dependen en un 70% de las decisiones clínicas (Ortún V., 2003), lo que se convierte en sustento suficiente para que la gestión clínica centre sus

funciones en facilitar la toma de decisiones generando alternativas validas en las distintas dimensiones que se estructura la organización sanitaria.

Del Llano J., Pinto S. (2011) consideran que la gestión sanitaria es distinta a cualquier otro tipo de gestión por distintos factores. Uno de los factores a mencionar, es la ineludible relación asimétrica, existente entre el paciente (eje central del sistema sanitario), y los agentes proveedores de salud (profesionales sanitarios, instituciones sanitarias, gestores, industria farmacéutica, etc).

Esta asimetría compleja y con particulares características, propias para cada entorno sanitario, se ve afectada en varios aspectos y dimensiones, por el resultado de la relación “paciente–entorno sanitario”. Esta relación de asimetría, no es solo de poder, sino de información, conocimiento y experiencia. Sitúa al principal (paciente) en manos del agente (médico). El paciente transfiere la decisión al médico aunque cada vez más se separe del paternalismo y solicite participar. Hablamos de un paciente empoderado e Internet ha tenido mucho que ver con esta nueva situación.

Otro de los factores que incide en el carácter único de la gestión sanitaria y clínica, es el que la demanda de salud (necesidades), no puede ser igualada por la oferta disponible como ocurre en otros sectores de actividad económica (por ejemplo, se producen tantos coches como clientes estén dispuestos a comprarlos). El constante crecimiento del gasto sanitario y el aumento de las expectativas de los ciudadanos para recibir una atención sanitaria de calidad, conlleva a un planteamiento del uso adecuado de los recursos que siempre, y en cualquier entorno, público o privado, son escasos. La solución definitiva está siempre en las manos del clínico y en su implicación en la gestión activa y eficiente de los recursos dedicados al funcionamiento de los centros sanitarios. Si así lo hiciera mejoraría la calidad en la prestación del servicio.

Las especificidades de la gestión sanitaria tienen que ver con las distintas prioridades y responsabilidades de los agentes: profesionales sanitarios, directivos, pacientes y ciudadanos. Cada agente precisa alinear sus incentivos con los de los otros para asegurar un adecuado desempeño del sistema sanitario.

Si la gestión clínica es diferente a cualquier otro tipo de gestión empresarial, se debe a tres elementos: las perspectivas de los agentes, sus prioridades y sus responsabilidades. Factores que cada uno por separado aporta detalles y características exclusivas que merecen la pena ser tomadas en cuenta ya que un aspecto importante para el gestor clínico es el de disponer de alternativas validas que sirvan y faciliten la toma de decisiones. Una gestión activa y eficiente, precisa de la capacidad de tener una visión clara y global del funcionamiento de su servicio y de sus distintas funciones: asistencia, investigación y formación continua. Deberá conocer cómo se desarrolla el control permanente de la calidad y como se consigue la eficiencia de la actividad de su servicio.

Un informe publicado por PWC (2013) enumera los principales elementos de la gestión clínica para la implicación y cesión de poder a los profesionales:

- a) Implicación a los profesionales en la gestión de los recursos e introduce a nivel práctico elementos de descentralización de la gestión y transferencia de riesgos.
- b) La implicación de las unidades de producción en la gestión de los recursos persigue implicar a los profesionales en el resultado final, tanto de actividad como económicos, dotándole de herramientas para planificar y gestionar sus actividades.
- c) Exige disponer de la información adecuada en términos relevantes en su proceso de toma de decisiones clínicas. Ello supone incorporar sistemas de medida del producto hospitalario en términos médicos. Necesidad de medir, comparar y mejorar la calidad asistencial (benchmarking).
- d) Agrupación de varios servicios (Áreas de Gestión Clínica o Institutos) basada sobre la similitud de los pacientes tratados o la relación entre procesos. Permite una gestión más eficiente y centrada en el paciente.
- e) Negociación de objetivos y presupuesto.
- f) Establecimiento de incentivos claros que estimulen y premien la consecución de los objetivos.

g) Cultura de uso racional de los recursos en todo proceso de prestación asistencial.

La idea de “gestión clínica” puede formularse en un doble sentido: *hacer más clínica la gestión*, y *hacer más gestora la clínica* (Repullo, 2012)

Para hacer más clínica la gestión, el reto se centra en: a) gestionar lo esencial: es decir la función de producción, reforzando el papel y dinamismo de las direcciones asistenciales, y los objetivos e información de efectividad y calidad, b) gestionar el conocimiento, para aportar desde la red sanitaria una política científica y unos instrumentos de integración de la literatura científica, de cualificación de la evidencia y de apoyo a las mejores prácticas y a la excelencia.

Por otro lado, introducir la dimensión gestora en el mundo clínico supone avanzar en varios sentidos: a) buscar formas de organizar los centros, servicios y unidades, para que domine la cooperación, la horizontalidad y el trabajo por procesos, b) fomentar un liderazgo desde el mundo clínico, que personifique los retos y defienda los proyectos de cambio organizativo en su entorno profesional, c) mejorar y racionalizar las decisiones clínicas, buscando mejorar las dimensiones de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción de los pacientes.

La gestión sanitaria expande sus atributos a través de tres niveles organizativos, los cuales están relacionados entre sí y son indispensables para alcanzar un óptimo funcionamiento del sistema sanitario. La gestión sanitaria inicia sus tareas en un nivel *Macro*, donde la política sanitaria, es el instrumento y la unidad funcional, que permite generar las condiciones necesarias, para que los ciudadanos accedan a la sanidad, como uno de los bienes públicos elegidos por la sociedad (Ruger J. 2009).

Debajo del nivel *Macro* la política sanitaria atraviesa la organización sanitaria, hasta situarse en el nivel *Meso*, donde son cinco funciones (planificación, dirección, organización, coordinación y control) las que tienen como propósito implicar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y en la coparticipación de las responsabilidades que demanda la gestión sanitaria y clínica. Por último, la gestión desciende a un nivel *Micro*, empeñado en la mejora continua de la seguridad, calidad, eficacia y efectividad de la toma de decisiones clínicas. Aquí la gestión clínica, busca constantemente disponer de

herramientas e instrumentos que aporten mayor consistencia, validez y fiabilidad a las alternativas disponibles en el momento de realizar una decisión clínica.

2.5.5. Fuentes de legitimidad del Sistema Sanitario Madrileño

Es necesario identificar correctamente cuáles son las fuentes de la legitimidad en una organización o en un sector de actividad para desarrollar acciones dirigidas a favorecer la aceptación de su actividad y así mejorar su nivel.

Los grupos de presión de un hospital son los políticos, gestores, clínicos y pacientes. Cada uno de estos grupos tiene unas prioridades.

El rol de los políticos se basa en la transparencia como elemento intrínseco de la democracia íntimamente relacionado con la información que aporten centrado en la obtención de resultados, resultados alejados del cálculo político, y más cercanos al bienestar colectivo.

Las políticas sanitarias son las que determinan el objetivo social de funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud y en concreto del SSM. Es decir, saber qué es lo que la sociedad espera de él, cual es la rentabilidad social que se obtiene, y cuál es la valoración que el conjunto de la sociedad hace del mismo. Si para la sociedad puede ser suficiente que la rentabilidad se exprese en forma de una mejora en la calidad asistencial, o un fácil acceso o en no tener que esperar mucho para recibir atención sanitaria especializada, la política sanitaria es el instrumento que mejor definirá cuales son los marcos orientativos, que la sociedad ha decidido obtener del sistema sanitario (Figura 2.3).

Figura. 2.3. Rol de la administración en materia sanitaria

PRIORIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN
Guardar los límites presupuestarios.
Obtener asesoramiento médico en la toma de decisiones sobre temas complejos
Controlar a los médicos.
Mantener la paz social.
Equilibrar la autonomía profesional con la misión organizativa
Facultar a los médicos adecuadamente
Implicar a los médicos en la estrategia de modernización de la Administración Pública

Fuente: Gestión Clínica. Llano J y Pinto S. Fundación Gaspar Casal, 2011

Por otro lado el gobierno también se fija objetivos tales como la contención de costes, conseguir un nivel aceptable de accesibilidad y calidad en relación a los recursos invertidos, evitar escándalos y titulares, distanciarse de las decisiones difíciles y mantener la influencia sobre la profesión médica.

El rol de los gestores es mantener un equilibrio organizativo enfocado a unificar y equilibrar posiciones contrapuestas, a veces, de quiénes les nombra y de sus subordinados (Figura 2.4).

Figura. 2.4. Rol de los gestores en materia sanitaria

PRIORIDAD DE LOS GESTORES
Viabilidad financiera.
Cubrir los propósitos institucionales
Obtener reconocimiento y éxito
Dar un papel activo a pacientes, sindicatos, etc
Relacionarse adecuadamente con los médicos

Fuente: Gestión Clínica. Llano J y Pinto S. Fundación Gaspar Casal, 2011

El rol de los clínicos es el de asegurar que las políticas se pongan en práctica a través de una adecuada decisión clínica. Para llegar a decidir lo adecuado es necesario que el clínico

empodere al paciente, que sus decisiones estén basadas en las mejores evidencias disponibles, medicina basada en la evidencia, protocolos clínicos, guías de la práctica clínica, etc y que rinda cuentas de sus decisiones a través de medición de resultados, valorados en parámetros clínicos y con el empleo de indicadores de salud y de calidad de vida.(Figura 2.5)

Figura. 2.5. Rol de los facultativos en materia sanitaria

PRIORIDAD DE LOS MÉDICOS
Colocar al paciente en primer lugar
Mejorar la efectividad de la práctica clínica
Hacer uso eficiente del tiempo
Desean la colaboración y comunicación entre otros colegas
Buscan el reconocimiento y el desarrollo de una carrera profesional

Fuente: Gestión Clínica. Llano J y Pinto S. Fundación Gaspar Casal, 2011

El rol de los pacientes, es mantener su autonomía, asumir responsabilidades de comportamiento saludable y participar en la toma de decisiones. La sociedad es la que fija los objetivos que debe alcanzar un sistema sanitario, por lo tanto es necesario que los pacientes contribuyan a lo que quieren obtener del sistema y que aporten equilibrio al sistema sanitario con un uso sensato de sus recursos, siempre escasos. El problema fundamental de la gestión sanitaria pasa por conseguir que los profesionales tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas a cada nivel y conseguir así cubrir las expectativas razonables de los pacientes. Pese a los importantes desarrollos teóricos y prácticos de la evaluación económica aplicada al sector sanitario en últimos 20 años (García-Altés A., 2000), las repercusiones en la práctica diaria de los profesionales sanitarios son muy escasa. (Figura 2.6)

Figura. 2.6. Rol de pacientes en materia sanitaria

PRIORIDAD DE LOS PACIENTES
Facilidad de acceso a los recursos
Cortesía y trato individualizado
Calidad
Exigencia de información pronóstica
Asume riesgos si comparte decisiones
Canalización y eficiente gestión de la insatisfacción

Fuente: Gestión Clínica. Llano J y Pinto S. Fundación Gaspar Casal, 2011

Por tanto, un SSM eficiente requiere el esfuerzo de los diferentes agentes que intervienen en el sistema, trabajando en equipo y aunando esfuerzos en busca de un objetivo común que es la eficiencia y sostenibilidad del SSM.

CAPÍTULO 3

LA LEGITIMIDAD ORGANIZATIVA Y SUS
DIMENSIONES EN EL SISTEMA SANITARIO
MADRILEÑO

CAPITULO 3.

LA LEGITIMIDAD ORGANIZATIVA Y SUS DIMENSIONES EN EL SISTEMA SANITARIO MADRILEÑO

3.1. INTRODUCCIÓN

En una revisión de la literatura sobre el concepto de legitimidad, encontramos que existen múltiples tipologías de legitimidad, también denominadas dimensiones de la legitimidad. Así, observamos como la legitimidad ha sido dimensionalizada hasta un máximo de doce tipologías (Deephouse y Suchman, 2008). Cada una de estas dimensiones residiría en distintas dinámicas de comportamiento, desde consideraciones legales, morales, pragmáticas (Meyer y Rowan, 1977) o incluso cognitivas (Aldrich y Fiol, 1994). Existen distintos estudios que establecen medidas de la legitimidad a través de alguna de sus dimensiones (Deephouse, 1996; Ruef y Scott, 1998; Bansal y Clelland, 2004; Rutherford y Buller, 2007; Low y Johnston, 2008). Suchman (1995), sugiere que sería recomendable conocer los posibles conflictos o sinergias que se producen entre ellas, y Díez-Martín et al (2010b), consideran necesario dar respuesta a ¿qué dimensión de legitimidad ejerce una fuerza mayor sobre la legitimidad organizativa?

Por otro lado, las fuentes reconocidas de la legitimidad se han extendido mucho más allá de las dos enumeradas por Meyer y Scott (1983). En este sentido, la revisión de la literatura sugiere la existencia de múltiples fuentes de legitimidad (Deephouse y Suchman, 2008). Suchman (1995), considera necesario investigar la relación entre el entorno y las dimensiones de legitimidad. A su vez, Zimmerman y Zeitz (2002) sugieren que existe una necesidad de mayor investigación sobre la manera en que confieren legitimidad las diferentes fuentes y su relación con las dimensiones de la legitimidad. En esta línea de pensamiento, Díez-Martín et al (2010b) también se preguntan ¿qué fuente de legitimidad ejerce un peso mayor sobre la legitimidad de una organización?, y si ¿las fuentes de legitimidad internas ejercen un peso mayor sobre la legitimidad organizativa que las fuentes externas?

Estos desarrollos han creado oportunidades para una amplia variedad de estudios de la legitimidad. Esta literatura ha sido desarrollada de forma empírica por (Cruz,2012) cuyo estudio se centró en analizar las diferencias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad, así como estudiar las relaciones que se producen entre las fuentes de legitimidad y su efecto sobre la legitimidad organizativa en el ámbito del estudio sobre el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

En nuestro caso, en lugar de considerar EEES vamos a considerar el Sistema Sanitario Madrileño (SSM) porque representaba un escenario excelente para estudiar la legitimidad, pues se trata de un proceso institucional que puede ser sujeto de legitimación. Para el análisis de la legitimidad de esta investigación nos hemos fijado en las tres dimensiones de legitimidad propuestas por Suchman (1995), legitimidad pragmática, moral y cognitiva.

La estructura del capítulo será la siguiente. Partiendo del desarrollo del capítulo dos, exponemos el objeto de la investigación. A continuación describimos la metodología utilizada, donde se detalla la muestra, variables y métodos utilizados para el análisis de datos. Por último, describimos los resultados alcanzados por la investigación y discutimos sus conclusiones, formulando futuras líneas de investigación que se desprenden del estudio.

3.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito central de esta investigación consiste en analizar las diferencias (sinergias o conflictos) que se producen entre las dimensiones de la legitimidad en el SSM, así como las relaciones entre las fuentes de legitimidad.

3.2.1. Conflictos y sinergias entre las dimensiones de la legitimidad

Suchman (1995), distingue tres dimensiones de legitimidad: la legitimidad pragmática, la legitimidad moral y la legitimidad cognitiva. Por sí mismo, cada tipología de legitimidad (pragmática, moral y cognitiva) supone una percepción generalizada de que las actividades organizativas son deseables, apropiadas y correctas dentro de un sistema social de normas,

valores, creencias y definiciones. Sin embargo, cada una de estas dimensiones reside en distintas dinámicas de comportamiento (Díez et al, 2010a).

Teóricamente se ha apuntado que la legitimidad moral es más difícil de obtener que la pragmática, aunque sería más duradera en el tiempo, y también que la legitimidad cognitiva resulta más difícil de obtener que la moral, aunque sería más duradera en el tiempo. Sin embargo, puesto que las dimensiones de legitimidad ofrecen evaluaciones sobre los objetivos y acciones organizativas, fundamentadas en distintas evaluaciones, sería recomendable conocer los posibles conflictos o sinergias que se producen entre ellas (Suchman, 1995).

3.2.2. Relación entre fuentes de legitimidad y legitimidad organizativa

Un tema central para cualquier investigación sobre la legitimidad consiste en identificar quién tiene la autoridad sobre la legitimación en cualquier situación.

Así, las fuentes de legitimidad podrían clasificarse en internas y externas.

Dornbush y Scott (1975) consideran que la legitimidad interna hace referencia a la validez interna de las actuaciones organizativas, y la legitimidad externa haría referencia a la validez externa de las actuaciones de la organización. Thomas (2005) tiene en consideración esta clasificación para su modelo de medición de la legitimidad.

Algunos investigadores han considerado a la sociedad en general como una fuente de legitimidad (Strang y Soule, 1998; Tolbert y Zucker, 1983), que se fundamenta en la relación entre la legitimidad cognitiva y el isomorfismo mimético. Este tipo de relación ha sido apoyada empíricamente mediante estudios con periódicos, automóviles y fabricantes británicos de motocicletas (Carroll y Hannan, 1989; Hannan y Carroll, 1992; Hannan et al, 1995; Wezel, 2005).

Las relaciones entre sujetos también se han convertido en fuente de legitimidad.

Las alianzas estratégicas con socios de prestigio han sido identificadas como fuentes de legitimidad importantes para las empresas (Cohen y Dean, 2005; Deeds et al, 2004; Galaskiewicz, 1985; Higgins y Gulati, 2003 y 2006; Miles, 1982; Oliver, 2001). De este modo, un sujeto se convierte en legítimo cuando se encuentra conectado a otros sujetos legítimos (Galaskiewicz, 1985). Siguiendo esta última argumentación nos preguntamos, ¿cómo es la relación entre las fuentes de legitimidad de una organización?

Suchman (1995), considera necesario investigar la relación entre el entorno y las dimensiones de legitimidad. A su vez, Zimmerman y Zeitz (2002) sugieren que existe una necesidad de mayor investigación sobre la manera en que confieren legitimidad las diferentes fuentes y su relación con las dimensiones de la legitimidad. En esta línea de pensamiento, Díez-Martín et al (2010b) también se preguntan ¿qué fuente de legitimidad ejerce un peso mayor sobre la legitimidad de una organización?, y si ¿las fuentes de legitimidad internas ejercen un peso mayor sobre la legitimidad organizativa que las fuentes externas?

3.3. METODOLOGÍA

3.3.1. Escenario de la investigación: sujeto de legitimidad

El escenario de esta investigación se desarrolla en el sistema de salud madrileño (SSM). Consideramos este escenario porque el SSM representa un escenario pertinente para estudiar las relaciones a explorar, al tratarse de un proceso de institucionalización que puede ser sujeto de legitimar. Es la plasmación de la institucionalización de la sanidad en Madrid. En este sentido, Johnson (2004) considera que los procesos, prácticas, servicios, programas, pueden ser sujetos de legitimidad.

Por otra parte, los procesos de institucionalización han sido ampliamente estudiados por la Teoría Institucional (Meyer y Rowan, 1977). Uno de los elementos clave para el éxito de los procesos institucionales se encuentra en la legitimidad de sus acciones. Suchman (1995) llega a sugerir que la institucionalización y la legitimización de las organizaciones son

sinónimos. Es decir, para que una organización llegue a convertirse en una institución, deberá legitimarse. Nosotros, consideramos que la legitimidad o grado de aceptación del SSM es un elemento determinante para su institucionalización.

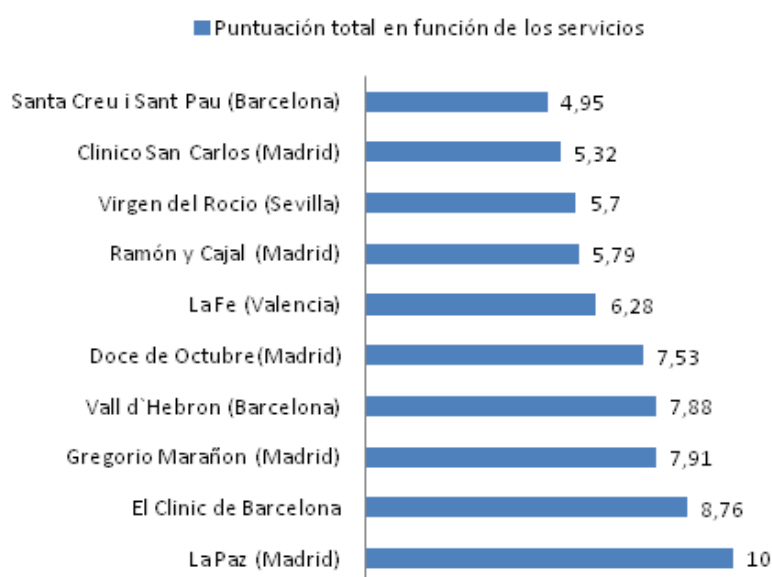
Deephouse y Suchman (2008) señalan que la legitimidad de un sujeto de orden superior, como la legitimidad de una nueva empresa, podría evaluarse a través de la legitimidad de sus procesos, sus productos, su estructura o su equipo de dirección. Nosotros analizaremos la legitimidad del SSM a través de uno de los componentes fundamentales de su estructura, sus usuarios (pacientes y personal sanitario y no sanitario).

Consideramos este escenario de investigación porque en Madrid se encuentran cinco hospitales entre los diez con mejor reputación de España y así lo avala un estudio que clasifica los mejores hospitales, servicios hospitalarios y profesionales médicos por especialidades basándose en las entrevistas a 2.400 médicos, enfermeros, pacientes y periodistas especializados y en 186 indicadores objetivos de calidad y rendimiento asistencial (Figura 3.1).

Los Hospitales mejor valorados según este estudio en Madrid son Hospital Universitario de La Paz, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Doce de Octubre, Hospital Ramón y Cajal y Hospital Clínico Universitario San Carlos.

El estudio cuenta con un Consejo Asesor formado, entre otros, por el Presidente del Consejo General de la Enfermería, Máximo González Jurado. También forma parte de él el Presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín.

Figura 3.1. Hospitales públicos con mejor reputación en España



Fuente: El monitor de reputación sanitaria, 2014

La siguiente tabla (Figura 3.2) muestra la ficha técnica del proceso metodológico, donde se recogen las características del estudio.

Figura 3.2. Ficha técnica del proceso metodológico

Universo	Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid					
	Unidad muestral	Personal sanitario	22.204	Personal no sanitario	7.732	Pacientes
Muestra	Personal sanitario	169	Personal no sanitario	92	Pacientes	444
Método de recogida de información	Encuesta personal					
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conveniencia					
Ámbito geográfico	Comunidad de Madrid					
Periodo de recogida de información	De 5 de febrero de 2015 a 26 de marzo de 2015					

3.3.2. Universo poblacional: fuentes de legitimidad

De la revisión de la literatura, sobre las fuentes de legitimidad, surgen dos cuestiones de interés relacionadas entre sí. La primera es que existen múltiples fuentes de legitimidad. Desde el respeto por las normas gubernamentales, hasta las propias relaciones entre organizaciones o los propios medios de comunicación.

La segunda cuestión sería ¿Hay fuentes de legitimidad legítimas?, ¿es posible distinguir e identificar las fuentes de legitimidad legítimas? (Merry, 1988).

Jepperson (1991:149) señaló que algunos elementos, como el fraude, el soborno, el crimen organizado y la corrupción política, se pueden institucionalizar sin ser legítimos

Son las fuentes de legitimidad quienes tienen la autoridad sobre la legitimación en cualquier situación. Desde la Teoría de la Dependencia de los Recursos surge la idea de que: “tenemos la sospecha de que la legitimidad de una organización no tiene que ser otorgado por un gran segmento de la sociedad” (Pfeffer y Salancik de 1978: 194).

Ruef y Scott (1998) señalan que las fuentes de legitimidad de las organizaciones se encuentran en sus grupos internos y externos.

Los hospitales son instituciones donde residen distintos grupos de interés.

Los grupos de interés de los hospitales están compuestos por personal sanitario (incluye principalmente médicos, enfermeros,) y personal no sanitario (personal de administración y servicios auxiliares), pacientes y el Estado.

Sólo vamos a considerar el personal sanitario, el personal no sanitario y los pacientes. El Estado, que influye en la legitimación del Sistema por medio de sus políticas, no se incluye dentro del universo poblacional. El Estado trata de mantener y fortalecer las relaciones con las entidades de direccionamiento, vigilancia y control de los hospitales, como cumplimiento legal y bajo criterios de transparencia y anticorrupción.

La comunidad hospitalaria representa la fuente de legitimidad de cada hospital. El análisis de la composición de estos grupos permite diferenciar entre grupos que otorgarían validez

interna (personal sanitario/no sanitario) y validez externa (pacientes) a las actividades del SSM.

Así el universo poblacional está compuesto por el personal sanitario, el personal no sanitario y los pacientes de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

3.3.3. Muestra

No se indica el error muestral ya que se trata de un muestreo por conveniencia.

El muestreo por conveniencia busca obtener una muestra de elementos convenientes. La selección de las unidades de muestra se deja principalmente al entrevistador, se selecciona a los entrevistados porque se encuentran en el lugar adecuado en el momento oportuno.

Hemos empleado esta técnica de muestreo apoyándonos en sus ventajas: es una técnica menos costosa y que requiere menos tiempo, las unidades de muestra son: accesibles, fáciles de medir y cooperativas y se emplean en la investigación de exploración para generar ideas, razonamientos o hipótesis.

3.3.4. Variables

Consideramos dos variables. La legitimidad del SSM y sus dimensiones (pragmática, moral y cognitiva).

1. Legitimidad del SSM

Son varios los autores que coinciden en señalar las dificultades que conlleva cuantificar el concepto de legitimidad (Bozeman, 1993; Suchman, 1995; Low y Johnston, 2008). Tradicionalmente, los investigadores han tratado la legitimidad como un concepto dicotómico, donde las organizaciones pueden estar legitimadas o pueden no estarlo (Aldrich, 1995; Scott, 1995), sin que exista la posibilidad de un estado intermedio. Otros estudios consideran que la legitimidad debe considerarse como una variable continua capaz de tomar valores más altos o más bajos (Deeds et al., 1997). En nuestra investigación seguimos esta segunda línea de pensamiento.

La legitimidad no puede observarse directamente. Son los gobiernos, medios de comunicación, sociedad e inversores, quienes poseen o influyen en el flujo de recursos cruciales para el crecimiento y la supervivencia de las organizaciones.

De forma que cuando estos grupos reducen esa transferencia de recursos, provocan un efecto negativo sobre la legitimidad de la organización y viceversa (Hybels, 1995). Es decir, la legitimidad reside en el comportamiento de los actores sociales, los cuales pueden o no ser conscientes del papel que juega la legitimidad en sus procesos de pensamiento y toma de decisión.

Thomas (2005) identifica la legitimidad como un constructo psicológico multidimensional formado por dos dimensiones, locus referencial y criterios de evaluación o tipos de legitimidad. Considera de forma conjunta, y no por separado, ambas dimensiones de la legitimidad, las cuales relaciona generando una nueva escala.

La primera dimensión, locus referencial, se alcanzaría mediante una combinación de corrección y validez (Dornbush y Scott, 1975), también conocidas como validez interna y externa respectivamente.

La corrección hace referencia a la percepción o creencia de que una acción es deseable, correcta y apropiada según los criterios de evaluación individuales. La validez se refiere a las creencias de los individuos de que están obligados a responder a la presión social realizando acciones que se ajusten a las políticas y normas sociales, incluso en ausencia de una sensación personal de corrección. La validez se consigue mediante la autorización de los individuos que poseen autoridad y el respaldo de los compañeros que apoyan una determinada acción (Thomas, 2005).

Cualquier sensación personal de que una determinada situación es legítima, desde el punto de vista de la corrección, puede fortalecerse mediante el respaldo y la autorización o puede atenuarse si carece de respaldo y autorización (Walker y Zelditch, 1993; Hegtvedt y Johnson, 2000). Se ha demostrado que existen menos probabilidades a la hora de desafiar las normas de una organización, aunque estas parezcan injustas o incorrectas, si las normas recibieron autorización y respaldo, es decir validación. Por otro lado, las personas que cumplen con las expectativas sociales en respuesta a una validez externa tienden

posteriormente a aumentar el grado de corrección que confieren a sus comportamientos adoptados (Thomas et al., 1986). Esta evidencia empírica sugiere que, a fin de evaluar la legitimidad de una determinada política o actividad, se debe considerar tanto las actitudes personales respecto a lo apropiado de una acción, es decir, su corrección, como las percepciones de las actitudes de los pares y figuras de autoridad, es decir, su validez.

La segunda dimensión la conforman los criterios de evaluación o tipos de legitimidad que contribuyen, a la aparición de distintas percepciones de legitimidad. Estos criterios de evaluación o tipos de legitimidad son: la dimensión pragmática, moral y cognitiva (Suchman,1995) y suponen una percepción generalizada de que las actividades organizativas son deseables, apropiadas y correctas dentro de un sistema social de normas, valores, creencias y definiciones.

Thomas propone la utilización de una matriz 3x3 para relacionar ambas dimensiones. Con la dimensión locus referencial se está haciendo referencia a las propias fuentes de legitimidad, las cuales deben analizarse relacionándolas con las dimensiones; pragmática, moral y cognitiva, pues en cada una de ellas residen dinámicas propias de comportamiento. Human y Provan (2000), Rutherford y Buller (2007) o Low y Johnston (2008) han utilizado el análisis de entrevistas semi-estructuradas a fundadores y/o directivos de organizaciones para medir la legitimidad.

En nuestro caso medimos la legitimidad del SSM preguntando, a los pacientes (validez externa) y al personal sanitario y personal no sanitario (validez interna) de la Comunidad de Madrid, sobre la deseabilidad, corrección y adecuación que les merecían las actividades desarrolladas por su hospital para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Se trata de un indicador que pretende reflejar la aceptabilidad del SSM, de forma global, es decir, sin atender a las dimensiones pragmática, moral y cognitiva. La creación de este indicador se realizó atendiendo a la definición de legitimidad propuesta por Suchman (1995: 574), "la percepción generalizada o asunción de que las actividades de una entidad son deseables, correctas o apropiadas dentro de algún sistema socialmente construido de normas, valores, creencias y definiciones".

A la hora de medir la legitimidad, o alguna de sus dimensiones, se pueden utilizar distintas herramientas como analizar el contenido de la prensa o bien mediante el uso de cuestionarios y bases de datos.

El análisis de contenido de prensa escrita se ha utilizado en muchos estudios (p.ej. Bansal y Clelland, 2004; Barreto y Baden-Fuller, 2006; Li, Yu y Yue, 2007). Se considera una herramienta adecuada para conocer la opinión de la sociedad pues influye y refleja los valores de una cultura (Dowling y Pfeffer, 1975). Sin embargo, no todas las organizaciones de un determinado sector consiguen noticias, positivas o negativas, en prensa. Es más, generalmente son muy pocas las organizaciones que logran noticias en la prensa, sin que por ello, el resto, dejen de poseer legitimidad.

Existen estudios que han medido la legitimidad mediante otro tipo de herramientas. Por ejemplo, autores como Fombrun y Shanley (1990) han medido aspectos teóricamente relacionados con la legitimidad de las empresas (la reputación), mediante la utilización de una combinación de herramientas, tanto bases de datos como cuestionarios dirigidos a directivos expertos en el sector, donde se les pedía que clasificaran las empresas conforme a distintos atributos. También Human y Provan (2000), Rutherford y Buller (2007) o Low y Johnston (2008) han utilizado el análisis de entrevistas semi-estructuradas a fundadores y/o directivos de organizaciones para medir la legitimidad.

Esta forma de conocer la legitimidad es posible, pues la legitimidad la proporciona la forma de operar que tiene una organización en relación a los valores de la sociedad donde actúa y, precisamente, son los gestores y fundadores de ésta quienes mejor conocen la cultura de la organización, sus hábitos, rutinas y formas de proceder. Por todo ello, consideramos que las técnicas de evaluación de la actitud, como las encuestas, entrevistas o simulaciones en laboratorios, pueden utilizarse para determinar las dimensiones de la legitimidad (Thomas, 2005).

En nuestro caso, la recogida de información se realizó mediante una encuesta dirigida a las fuentes de legitimidad utilizando una escala de medición de cinco puntos.

2. Dimensiones de la legitimidad del SMS: pragmática, moral y cognitiva.

El análisis de las dimensiones de la legitimidad lo realizaremos teniendo en cuenta la clasificación de las dimensiones de legitimidad propuesta por Suchman (1995).

Medimos la legitimidad pragmática del SSM preguntando, a personal sanitario, personal no sanitario y pacientes, sobre la utilidad que les merecían las actividades desarrolladas por su hospital para garantizar la sostenibilidad del sistema. Con ello se pretende reflejar la deseabilidad de las actuaciones del SSM. Para cuantificar esta medida preguntamos directamente a las fuentes de legitimidad, utilizando una escala de medición de cinco puntos.

La legitimidad moral del SSM fue medida preguntando, a personal sanitario, personal no sanitario y pacientes, sobre si consideraban que las actividades, desarrolladas por el hospital para garantizar la sostenibilidad del sistema debían seguir desarrollándose con independencia de su utilidad para garantizar la sostenibilidad. Para cuantificar esta medida también preguntamos directamente a las fuentes de legitimidad, utilizando una escala de medición de cinco puntos.

En último lugar, medimos la legitimidad cognitiva del SSM. Para ello preguntamos al personal sanitario, personal no sanitario y pacientes, sobre si consideraban que las actividades, desarrolladas por su hospital para garantizar la sostenibilidad podían ejecutarse de una forma mejor. Para cuantificar esta medida también preguntamos directamente a las fuentes de legitimidad, utilizando una escala de medición de cinco puntos.

Esta forma de medición, de los tipos de legitimidad, es semejante a la propuesta por Thomas (2005) y posteriormente utilizado por Díez-Martín et al (2010b). Estos autores analizan las dimensiones de la legitimidad con preguntas que atienden a las peculiaridades de cada dimensión, a saber: las actividades de la organización ¿son útiles? (pragmático), ¿se deben desarrollar con independencia del resultado final? (moral), ¿se pueden hacer mejor? (cognitivo).

3.3.5. Procedimiento de recogida de información

La recogida de información se realizó mediante cuestionario personal, entre el 05 de febrero de 2015 y 26 de marzo de 2015. La encuesta se realizó tanto a pacientes como a personal sanitario y personal no sanitario de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. Se utilizó el mismo cuestionario para toda la comunidad hospitalaria. El cuestionario se encuentra en el Anexo I.

Para obtener la información de las variables relacionadas con la legitimidad se utilizaron escalas de intervalo, concretamente la escala de Likert de 5 puntos. Este tipo de escala es recomendable para medir actitudes y percepciones de los individuos. Entre otros motivos porque incluye un punto medio neutro (Komorita, 1963; Garland, 1991). Además permite homogeneizar los conceptos medidos, facilita la respuesta de los encuestados y mejora la fiabilidad de la información (Worcester y Burns, 1975).

El cuestionario inicial fue sometido a la valoración de dos profesores doctores de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, los cuales me pidieron que justificara los intervalos de edad definidos en el cuestionario.

Nuestra justificación al respecto fueron los precios que se pagan por las pólizas médicas van por tramos de edad, a mayor edad, más precio porque el riesgo que asume la aseguradora es mayor.

Cada aseguradora sigue unos criterios para fijar el precio de sus primas que dependen del sexo, lugar de procedencia, tipo de cobertura, edad, etc,

Aunque varía de unas aseguradoras a otras, los límites de edad que suponen un incremento de la prima son:

Hasta 30 años, en términos generales, se es joven y saludable y por ello no se hace apenas uso de los servicios hospitalarios.

De 31 a 45. En el caso de las mujeres y relacionado con la maternidad se incrementa el uso de servicios sanitarios.

De 46 a 64. Se incrementan las revisiones y visitas más seguidas a hospitales.

A partir de 65 (hay aseguradoras que ni siquiera cubren el riesgo a partir de esta edad o incrementan mucho el precio de la prima).

El hecho de introducir la edad en el cuestionario, se hizo con la perspectiva de poder analizar si existen diferencias en cuanto a las dimensiones de la legitimidad por tramos de edad.

3.4. Análisis de resultados

En el anexo II de este documento aparecen todos los estadísticos descriptivos estudiados para analizar estos resultados.

3.4.1 Análisis de resultados por grupo poblacional

Para analizar los conflictos o sinergias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad: pragmática, moral y cognitiva en el SSM nos centramos en los grupos poblacionales sobre los que se realiza la investigación.

Se definen cuatro grupos poblacionales:

Grupo 1: pacientes.

Grupo 2: personal sanitario y no sanitario. Incluye el grupo poblacional 3 y 4.

Grupo 3: personal sanitario.

Grupo 4: personal no sanitario.

Consideramos necesario comprobar la existencia de desviaciones en las medias de las opiniones generadas por pacientes y el personal de los hospitales (personal sanitario y personal no sanitario), es decir, entre los grupos 1 y 2. Para observar las diferencias existentes en los resultados alcanzados para cada grupo respecto a cada dimensión de la legitimidad llevamos a cabo un análisis de las varianzas, ANOVA (Figura 3.3). Mediante este análisis comparamos si los resultados obtenidos por los diferentes grupos son significativamente distintos entre ellos.

Figura 3.3. Anova grupo pacientes y personal (sanitario y no sanitario)

ID	Variabes	Sig
B4P1	Legitimidad Pragmática	0,000
B4P2	Legitimidad Moral	0,000
B4P3	Legitimidad Cognitiva	0,000
p<0,05 es significativo al 95% Factor: GRUPO		

Los resultados de este análisis indicaron que todas las variables analizadas eran significativas ($< 0,05$). Por tanto a tenor de estos resultados podemos concluir que los grupos de interés, pacientes y personal (sanitario y no sanitario) muestran diferencias a la hora de evaluar la legitimidad del SSM. Es decir, existen diferencias significativas en las opiniones de ambos grupos respecto a la legitimidad del SSM y por tanto la legitimidad organizativa del SSM y sus dimensiones están influenciadas por los grupos de interés.

A continuación, analizamos los estadísticos descriptivos para el grupo 1 y grupo 2, es decir, pacientes y personal (sanitario y no sanitario), indicando sus medias y desviaciones típicas (Figura 3.4)

Figura 3.4. Análisis descriptivo de grupo paciente y personal (sanitario y no sanitario)

ID	Variabes	Grupo	N	Media	Desviación típica
B4P1	Legitimidad Pragmática	Paciente	444	3,20	0,919
		Personal (sanitario + no sanitario)	261	4,05	0,921
B4P2	Legitimidad Moral	Paciente	444	3,26	1,208
		Personal (sanitario + no sanitario)	261	3,72	1,209
B4P3	Legitimidad Cognitiva	Paciente	444	4,24	0,878
		Personal (sanitario + no sanitario)	261	4,54	0,710

Si analizamos los resultados de las medias de cada dimensión de la legitimidad podemos concluir:

La legitimidad pragmática es más importante para el personal (sanitario + no sanitario) que para los pacientes.

La legitimidad moral es más importante para el personal (sanitario + no sanitario) que para los pacientes.

La legitimidad cognitiva es más importante para el personal (sanitario + no sanitario) que para los pacientes.

Además tanto para el personal (sanitario + no sanitario) como para los pacientes la legitimidad cognitiva es la más importante.

Es decir, los pacientes dan más importancia a la legitimidad cognitiva, después a la legitimidad moral y por último a la pragmática, estas dos últimas con resultados parecidos.

El personal (sanitario + no sanitario) dan más importancia a la legitimidad cognitiva, después a la legitimidad pragmática y por último a la moral, estas dos últimas con diferencias.

Si analizamos las desviaciones típicas de cada dimensión de la legitimidad para el personal y los pacientes podemos concluir que la variación con respecto a la media es igual en la legitimidad pragmática y moral, sin embargo la legitimidad cognitiva muestra diferencias en la variación con respecto a la media.

Al existir diferencias entre grupos se hace necesario estudiarlos de forma individualizada.

Por tanto vamos a realizar el estudio analizando el grupo 1, grupo 3 y grupo 4, esto es, pacientes, personal sanitario y personal no sanitario respectivamente.

Es decir, vamos a estudiar por separado el personal sanitario y el personal no sanitario.

Para observar las diferencias existentes entre los resultados alcanzados para estos tres grupos respecto a cada dimensión de la legitimidad llevamos a cabo un análisis de las varianzas, ANOVA (Figura 3.5). Mediante este análisis comparamos si los resultados obtenidos por los diferentes grupos son significativamente distintos entre ellos.

Figura 3.5. Anova grupo pacientes, personal sanitario y personal no sanitario

ID	Variabes	Sig
B4P1	Legitimidad Pragmática	0,000
B4P2	Legitimidad Moral	0,000
B4P3	Legitimidad Cognitiva	0,000
p<0,05 es significativo al 95% Factor: GRUPO		

Los resultados de este análisis indicaron que todas las variables analizadas eran significativas ($< 0,05$). Por tanto a tenor de estos resultados podemos concluir que los grupos de interés, pacientes y personal sanitario y personal no sanitario muestran diferencias a la hora de evaluar la legitimidad del SSM. Es decir, existen diferencias significativas en las opiniones de estos grupos respecto a la legitimidad del SSM y por tanto la legitimidad organizativa del SSM y sus dimensiones están influenciadas por los grupos de interés

A continuación, analizamos los estadísticos descriptivos para cada el grupo 1, grupo 3 y grupo 4, es decir, pacientes y personal (sanitario y no sanitario), indicando sus medias y desviaciones típicas (Figura 3.6)

Figura 3.6. Análisis descriptivo grupo paciente, personal sanitario y personal no sanitario

ID	Variables	Grupo	N	Media	Desviación típica
B4P1	Legitimidad Pragmática	Paciente	444	3,20	0,919
		Personal sanitario	92	4,00	0,877
		Personal no sanitario	169	4,08	0,945
B4P2	Legitimidad Moral	Paciente	444	3,26	1,208
		Personal sanitario	92	3,48	1,338
		Personal no sanitario	169	3,86	1,114
B4P3	Legitimidad Cognitiva	Paciente	444	4,24	0,878
		Personal sanitario	92	4,57	0,700
		Personal no sanitario	169	4,52	0,716

Fuente: Elaboración propia

El personal sanitario confiere más importancia a la legitimidad cognitiva, seguida de la pragmática y por último la moral.

Igualmente, el personal no sanitario confiere más importancia a la legitimidad cognitiva, seguida de la pragmática y por último la moral.

Por tanto, no existe diferencias entre el personal sanitario y el personal no sanitario a la hora de valorar los diferentes tipos de legitimidad.

3.4.2. Análisis de los resultados por intervalo de edad

También podemos analizar los conflictos o sinergias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad: pragmática, moral y cognitiva en el SSM centrándonos en lugar de los grupos poblacionales en la edad de los diferentes grupos sobre los que se realiza la

investigación. Para observar las diferencias existentes en los resultados alcanzados para cada edad respecto a cada dimensión de la legitimidad llevamos a cabo un análisis de las varianzas, ANOVA (Figura 3.7). Mediante este análisis comparamos si los resultados obtenidos en función de las edades son significativamente distintos entre ellos.

Figura 3.7. Anova por intervalo de edad

ID	Variables	Sig
B4P1	Legitimidad Pragmática	0,000
B4P2	Legitimidad Moral	0,002
B4P3	Legitimidad Cognitiva	0,843
<p>$p < 0,05$ es significativo al 95% Factor: EDAD</p>		

Los resultados de este análisis indicaron que no todas las variables analizadas eran significativas ($< 0,05$) y podemos concluir que las edades de los encuestados si influyen en la legitimidad pragmática y en la moral no en la legitimidad cognitiva (0,843).

A continuación analizamos los estadísticos descriptivos para los cuatro intervalos de edad definidos:

Intervalo 1: Menor de 30 años.

Intervalo 2: Entre 31 y 45 años.

Intervalo 3: Entre 46 y 65 años

Intervalo 4: más de 65 años.

Consideramos necesario comprobar la existencia de desviaciones en las medias de las opiniones generadas por los grupos en función de los diferentes tramos de edad. Para observar las diferencias existentes en los resultados alcanzados para cada intervalo de edad respecto a cada dimensión de la legitimidad llevamos a cabo un análisis de las varianzas, ANOVA (Figura 3.8). Mediante este análisis comparamos si los resultados obtenidos por los diferentes intervalos de edad son significativamente distintos entre ellos.

Figura 3.8. Análisis descriptivo por intervalo de edad

ID	Variables	Edad	N	Media	Desviación típica
B4P1	Legitimidad Pragmática	Menor de 30	264	3,18	0,977
		entre 31 y 45	283	3,57	0,995
		Entre 46 y 64	154	3,97	0,878
		A partir de 65	4	3,25	0,957
B4P2	Legitimidad Moral	Menor de 30	264	3,22	1,204
		entre 31 y 45	283	3,51	1,259
		Entre 46 y 64	154	3,64	1,159
		A partir de 65	4	4,00	1,414
B4P3	Legitimidad Cognitiva	Menor de 30	264	4,33	0,838
		entre 31 y 45	283	4,34	0,837
		Entre 46 y 64	154	4,40	0,813
		A partir de 65	4	4,25	0,957

Fuente: Elaboración propia

Los menores de 30 años dan más legitimidad cognitiva al SSM, seguida de la legitimidad moral y por último la pragmática.

Las personas entre 31 y 45 años dan más importancia a la legitimidad cognitiva del SSM, seguida de la legitimidad pragmática y dejan en último lugar la legitimidad moral.

Las personas entre 46 y 65 años dan más importancia a la legitimidad cognitiva del SSM, seguida de la legitimidad pragmática y dejan en último lugar la legitimidad moral.

Los resultados para los mayores de 65 años arrojan que otorgan más legitimidad cognitiva al SSM, seguida de la moral y por último la pragmática. Dado que la muestra es muy pequeña se puede afirmar que los resultados no son representativos.

3.5. Conclusiones

Esta investigación se ha llevado a cabo con el propósito de analizar los conflictos o sinergias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad: pragmática, moral y cognitiva (Deepphouse y Suchman, 2008), así como las relaciones entre las fuentes de legitimidad (Suchman, 1995; Zimmerman y Zeitz, 2002).

Son pocas las investigaciones en este campo dada la dificultad para medir la legitimidad (Bozeman, 1993; Suchman, 1995).

Los resultados alcanzados sugieren que la legitimidad del SSM depende significativamente y positivamente de las dimensiones pragmática, moral y cognitiva.

Sin embargo el grado de influencia es dispar y depende de la fuente de legitimidad.

Los diferentes grupos de presión (pacientes, personal sanitario y no sanitario) coinciden en que la dimensión cognitiva es la que mayor presión ejerce sobre este sector.

Reconocemos legitimidad cognitiva en una organización cuando consideramos que la mejor forma de ejecutar una acción es como lo hace esa organización, es decir, la legitimidad cognitiva se analiza evaluando la adecuación, las técnicas y los procedimientos utilizados para alcanzar los objetivos. No es tan importante la deseabilidad del objetivo o de las acciones llevadas a cabo para conseguirlo, sino la adecuación de la técnica utilizada en las acciones conducentes a su consecución, por tanto se fundamenta en el conocimiento, más que en el interés o la evaluación (Aldrich y Fiol, 1994).

Sin embargo existen diferencias entre la legitimidad pragmática y la moral. Los pacientes dan más importancia a la segunda, la moral y el personal sanitario y no sanitario a la primera, la pragmática lo cual era de esperar.

Reconocemos la legitimidad moral cuando sus grupos de interés consideran que los objetivos y las acciones para conseguirlos son los más deseables, independientemente de la utilidad de éstos para alcanzar rendimientos económicos.

La legitimidad moral implica una evaluación normativa positiva de la organización y sus actividades (Parson, 1960; Aldrich y Fiol, 1994).

A diferencia de la pragmática, no descansa en juicios sobre si un determinado tipo de acción beneficia al evaluador, sino más bien, sobre lo que hay que hacer.

Por tanto se observa que las evaluaciones de los diferentes grupos poblacionales son diferentes entre sí. Esta circunstancia ha sido ampliamente observada en la literatura (Deephouse y Suchman, 2008). Estos resultados eran esperados dada la disparidad existente entre los grupos poblacionales definidos para el SSM, por ejemplo respecto a la formación, cultura, etc

No obstante, los resultados de este estudio deben interpretarse con cautela y considerarse como aproximaciones, hasta que puedan ser confirmados con nuevos estudios empíricos. A pesar de los resultados alcanzados y la utilidad de sus implicaciones, el estudio presenta varias limitaciones que sugieren áreas para futuras investigaciones.

En primer lugar, nuestro estudio se ha centrado sobre un proceso institucional muy específico que presenta unas particularidades especiales. En el futuro, nuevas investigaciones podrían comparar los resultados aquí obtenidos con los sistemas sanitarios de otros países, o incluso con hospitales privados de la CAM.

A su vez, los datos utilizados para analizar las variables son escasos, el volumen de encuestas obtenidas para los diferentes grupos poblacionales no es muy alto, por lo que el análisis de la legitimidad queda incompleto. Futuros estudios deberían utilizar datos teniendo en cuenta un mayor número de encuestas.

Por último, futuros estudios podrían comprobar si las fuentes de legitimidad de otros sectores de legitimidad también muestran evaluaciones dispares. Al igual que Schuman (1995), consideramos que deberían realizarse perfiles de legitimidad de cada sector, para poder compararlos entre sí.

Por otro lado, analizamos los conflictos y sinergias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad (pragmática, moral y cognitiva) centrándonos en los cuatro intervalos de edad definidos (hasta 30 años, entre 32 y 45 años, entre 46 y 65 años, más de 65 años) y

concluimos que las edades si influyen en la legitimidad pragmática y moral pero no en la legitimidad cognitiva.

Los menores de 30 años y mayores de 65 confieren más importancia a la legitimidad cognitiva, seguida de la moral y por último la pragmática.

Aunque hay que puntualizar que los resultados para los mayores de 65 años no son representativos dado el tamaño de la muestra.

Los mayores de 30 y menores de 65 confieren más importancia a la legitimidad cognitiva, seguida de la pragmática y por último la moral.

CAPÍTULO 4

EL PERFIL DE LA LEGITIMIDAD DEL
SISTEMA SANITARIO EN LOS HOSPITALES
PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
DE MADRID

CAPITULO 4.

EL PERFIL DE LA LEGITIMIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

4.1. INTRODUCCIÓN

Con la publicación “Managing legitimacy: strategic and institutional approaches” (Suchman, 1995) propone un conjunto de líneas de investigación relacionadas con la gestión de la legitimidad, entre las que destaca la elaboración de perfiles de legitimidad por sectores con el objetivo de encontrar los factores críticos de legitimación para las organizaciones del sector analizado. Con este tipo de análisis podrían ajustarse estrategias para ganar, mantener o recuperar la legitimidad. También podrían establecerse comparaciones entre sectores diferentes. Además, el perfil de legitimidad de un sector podría servir para analizar la relación entre los objetivos de las organizaciones del sector y su legitimidad. Es decir, para conocer la implantación de objetivos que otorgan legitimidad pragmática, moral o cognitiva. También se podrían establecer una clasificación de legitimidad entre las organizaciones del sector.

4.2 LA LEGITIMIDAD ORGANIZATIVA Y LOS ASUNTOS DE LA LEGITIMIDAD

La legitimidad permite a las organizaciones operar en la sociedad. Sethi (1977) sugiere que un negocio es una institución social, por tanto necesita la aceptación de la sociedad para sobrevivir.

El tema de la legitimidad ha sido durante mucho tiempo de gran interés para los académicos debido al importante papel que juega dentro de la organización. A pesar de su importancia, el concepto de la legitimidad y el proceso por el cual una organización obtiene legitimidad es difícil de comprender.

Muchos autores han tratado de estudiar la legitimidad en términos de *legitimidad reguladora*, que también se basa en teoría institucional (Ruef y Scott 1998). Este tipo de legitimidad se basa en el reconocimiento de los gobiernos o asociaciones profesionales como las autoridades en una industria. Para obtener legitimidad reguladora, las organizaciones deben dirigir su estrategias operativas para cumplir con los reglamentos o normas.

La legitimidad reguladora se centra en procesos reguladores, reglas y estándares , así como expectativas creadas por los gobiernos, asociaciones profesionales, y organizaciones líderes (Suchman 1995 ; Zimmerman y Zeitz 2002).

Otros autores estudian legitimidad desde la perspectiva de la teoría de recurso-dependencia (Dowling y Pfeffer 1975; Suchman 1995), que reconoce la influencia de la legitimidad reguladora, pero también considera la importancia de la *legitimidad normativa* y *legitimidad cognitiva*. Una organización obtiene legitimidad normativa siguiendo las normas y expectativas de la sociedad y actuando de la manera que sus grupos de interés consideran apropiada.

La legitimidad normativa enfatiza reglas normativas y valores de la sociedad (Scott 1995 ; Zimmerman y Zeitz 2002) y se puede lograr mediante la adhesión a las normas profesionales (Ruef y Scott 1998) o bajo la creencia de las cosas correctas que hacer juzgados por la público en general (Suchman 1995 , p. 579)

Una organización obtiene legitimidad cognitiva si proporciona un servicio que se considera como necesario por la sociedad, independientemente de cómo la organización actúe.

La legitimidad cognitiva se basa en la medida en que una organización va a prestar un servicio que necesita la sociedad (Scott 1995). Suchman (1995) argumentó que la legitimidad cognitiva no implica juicio de la opinión pública; la aceptación del público es necesaria y se da por sentada dado el papel de la organización en la sociedad. Como ejemplo, organizaciones tales como hospitales o compañías aéreas tienen legitimidad cognitiva debido a las características de los servicios que proporcionan.

La legitimidad reguladora, la legitimidad normativa, y la legitimidad cognitiva son colectivamente conocidas como *legitimidad organizativa* ya que se centran en la percepción de la organización en su conjunto (Deephouse y Carter 2005). Los autores que trabajan desde esta perspectiva han sugerido que la legitimidad no sólo puede obtenerse siguiendo los reglamentos, sino que se hacen necesarias la utilización de tácticas estratégicas de comunicación (Dowling y Pfeffer, 1975; Suchman 1995).

La noción de que la legitimidad se puede obtener a través de la comunicación ha llevado a muchos autores a introducir el concepto de *asuntos de la legitimidad* en un contexto de gestión de problemas (Boyd 2000; Brummer 1991; Coombs 1992). Mientras que la legitimidad de la organización se centra en la percepción de una organización en su conjunto, los asuntos de la legitimidad se refieren a la legitimación de un tema específico o un comportamiento organizacional.

El concepto de legitimidad es fundamental para conseguir el apoyo del público y su participación en la resolución de un problema (Boyd 2000; Coombs 1992). Problemas mal resueltos eventualmente pueden tener efectos negativos en la percepción de la organización en su conjunto (Boyd 2000; Coombs 1992). Por tanto, es importante que las organizaciones gestionen las percepciones de su legitimidad total, así como crear la percepción de que son legítimas en el manejo de cuestiones específicas que son de interés para el público.

Sin embargo, la legitimidad organizativa y los asuntos de legitimidad no se han explorado o definido empíricamente.

Dowling y Pfeffer (1975) argumentaron que una organización es percibida como legítima cuando sus actividades son congruentes con reglas normativas y procesos regulativos y cuando viene a llenar un papel que la sociedad necesita (Ruef y Scott 1998).

La legitimidad evoca la expectativa de aceptación voluntaria o el cumplimiento de las audiencias (Etzioni 1987; Hegtvedt 2004; Suchman 1995). La perspectiva de Suchman sobre la legitimidad organizativa es la percepción generalizada o asunción de que las actividades de una entidad son deseables, correctas o apropiadas dentro de algún sistema socialmente construido de normas, valores, creencias y definiciones.

La legitimidad puede ser explicada teóricamente basándose en el neoinstitucionalismo (en la Teoría Institucional) y en la Teoría de Recurso-Dependencia.

La Teoría Institucional focaliza las necesidades de una organización para sobrevivir económicamente y establecer la legitimidad dentro de su entorno (Ruef y Scott 1998). Las organizaciones buscan legitimidad y apoyo al conformar su estructuras y procedimientos según modelos o reglas ampliamente aceptados (Meyer y Rowan, 1977; Ruef y Scott 1998).

DiMaggio y Powell (1983) etiqueta esta conformidad como “isomorfismo”, y lo define como “un proceso que fuerza una unidad en una población de parecerse a otras unidades que se enfrentan a la misma serie de condiciones ambientales (. p 149). Las organizaciones compiten entre sí no sólo por los recursos y clientes, sino también por el poder político, la legitimidad institucional , y el desarrollo social y económico (DiMaggio y Powell , 1983). El poder dentro de la industria se concede más fácilmente a las organizaciones que se ajustan a las directrices comunes que las que no lo hacen.

Muchos autores han estudiado el "isomorfismo" en términos de estrategias (Deephouse y Carter 2005), estructuras (Ruef y Scott 1998) y prácticas (Deephouse 1996) . Por ejemplo, Deephouse y Carter (2005) demostraron el impacto del isomorfismo en términos de la conformidad estratégica (asignaciones de los activos bancarios) sobre la legitimidad financiera y pública.

Mientras que la Teoría Institucional parte de la conformidad y la pasividad en el entorno, la Teoría de Recurso-Dependencia hace hincapié en el control que una organización tiene sobre los factores externos (Oliver 1991), afirma que una organización negocia con el entorno (Pfeffer y Salancik 1978).

Parsons (1963) argumentó que si las organizaciones han de tener un reclamo legítimo sobre los recursos escasos, los objetivos que se persiguen debe ser congruentes con los valores sociales más amplios. Siguiendo esta perspectiva, Dowling y Pfeffer (1975) definen la legitimidad organizacional como la congruencia entre los valores sociales asociados implícitamente con las actividades organizativas y las normas de comportamiento aceptadas por la sociedad (p. 122). Suchman (1995) argumentó que la legitimidad apoya a las

organizaciones, a su continuidad y su credibilidad, y que las audiencias tienden a asignar sus recursos a organizaciones deseables o apropiadas. Por lo tanto, legitimidad proporciona una base para la toma de decisiones que es diferente de la racionalidad medios-fines (Zimmerman y Zeitz 2002). Esta idea ha llevado a muchos autores a explorar estrategias para gestionar el proceso de legitimación.

La Teoría Institucional y la Teoría de Recurso-Dependencia han sido dominantes en la explicación y el estudio de la legitimidad (Deephouse y Carter 2005 ; Ruef y Scott 1998 ;Suchman 1995) . Algunos autores han tratado de integrar las dos perspectivas en el diseño de estrategias para mejorar la legitimidad (por ejemplo, Ashforth y Gibbs 1990; Elsbach y Sutton 1992). Por ejemplo, Elsbach y Sutton (1992) proponen un modelo para minimizar los efectos de las acciones organizativas ilegales, utilizan la Teoría Institucional para analizar el entorno de crisis y la Teoría de Recurso-Dependencia para desarrollar estrategias de gestión para ganar el apoyo del público. Ellos razonaron que el descoplamiento de las actividades ilegítimas a favor de estructuras legítimas, aumenta la conformidad con las estructuras y produce un efecto beneficioso, sinérgico. Una vez que la organización se ajusta a la estructura legítima, un portavoz de tácticas, desviará la atención de aquellas actividades a objetivos normativos aprobados por públicos y tienen más probabilidades de ser eficaces (Elsbach y Sutton 1992). Suchman (1995) afirmó la importancia de incorporar las dos perspectivas, que hacen un panorama más amplio que destaca tanto la forma en que la legitimidad actúa como recurso y como sistema de creencias compartidos (Pág. 577).

Basándose en la Teoría de Recurso-Dependencia, muchos autores afirman que la comunicación es importante para obtener y mantener la legitimidad. Dowling y Pfeffer (1975) destacaron que la comunicación entre una organización y su entorno es importante porque son el reflejo de sus valores sociales y expectativas. El papel de la comunicación en legitimación se consideró primero en el campo de la gestión (Suchman 1995), pero pronto encontró un papel importante en los estudios de comunicación corporativa (Boyd 2000).

En el campo de la comunicación, la mayoría de las investigaciones sobre legitimidad organizativa se centran en la crisis comunicativa y los problemas de gestión.

Para combatir la crisis comunicativa es necesario restablecer la legitimidad de la organización (Hearit 1995).

Massey (2001) mostró la efectividad que tiene sobre la legitimidad el emplear mensajes de apoyo ante una situación de crisis para transmitir una imagen positiva de la organización.

El objetivo de los problemas de gestión requiere gestionar la brecha de legitimidad (“legitimacy gaps”) existente entre las expectativas que la sociedad tiene de la organización y su propio comportamiento.

Dowling y Pfeffer (1975) argumentaron que la disparidad entre los valores sociales y los comportamientos organizacionales es una amenaza a la legitimidad de la organización. Sethi (1977) utilizó el concepto de “legitimacy gaps” para explicar la lógica de las acciones empresariales y argumentó que la brecha debe gestionarse estratégicamente (. p 58). Meyer y Scott (1983) argumentaron que si una organización viola las expectativas culturales, está sujeta a desafíos de legitimidad y puede ser considerada inaceptable por grupos de interés. Por lo tanto, la gestión de la brecha de legitimidad es una tarea importante para cualquier organización.

Existen estudios sobre gestión que han abordado el concepto de la legitimidad. Coombs (1992) afirmó la importancia de los asuntos de legitimidad para conseguir el apoyo de la sociedad, y en última instancia, para ganar legitimidad organizacional.

Boyd (2000) argumentó que mientras la legitimidad de la organización proporcione un objetivo abstracto para las relaciones públicas, las estrategias específicas deben basarse en acciones y asuntos organizativos individuales.

4.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo de esta investigación consiste en ampliar los conocimientos sobre el perfil de legitimidad de un sector, el SSM. En este sentido nos preguntamos, ¿cuáles son los rasgos peculiares que caracterizan la legitimidad del SSM? No hemos encontrado investigaciones que analicen esta cuestión, aunque sí hemos encontrado investigaciones como la de (Cruz,

2012) que se centra en el sector educativo o la de Suchman (1995) donde se manifiesta la necesidad de investigar los perfiles de legitimidad sectoriales.

4.3.1. Como hacer operativa la legitimidad

La legitimidad no puede observarse directamente. Ésta reside en el comportamiento de los actores sociales, los cuales pueden o no ser conscientes del papel que juega la legitimidad en sus procesos de pensamiento y toma de decisión. Sin embargo, los investigadores han intentado medir la legitimidad usando varias medidas indirectas o aproximaciones relacionadas con las fuentes de legitimidad (DiMaggio y Powell, 1983; Aldrich y Fiol, 1994; Scott, 1995; Suchman, 1995; Hunt y Aldrich, 1996).

Aunque el público como fuente de la legitimidad puede ser la llave para entender la legitimidad organizativa, Tornikoski y Newbert (2007) argumentaron que el concepto de legitimidad ha sido ambiguo e inobservable lo cual ha hecho difícil estudiarlo empíricamente.

Thomas (2005) identifica la legitimidad como un constructo psicológico multidimensional formado por dos dimensiones: locus referencial y criterios de evaluación o tipos de legitimidad. El modelo de medición que propone Thomas surge de los estudios de Harris (1994) y Dornbush y Scott (1975) (dimensión del locus referencial), junto con el estudio de Suchman (1995) (dimensión criterios de evaluación). Thomas (2005) considera de forma conjunta, y no por separado, ambas dimensiones de la legitimidad, las cuales relaciona generando una nueva escala.

Este autor pone en común los conceptos utilizados hasta el momento, relacionándolos en un modelo conjunto. Por todo ello, consideramos que la propuesta metodológica de Thomas es suficientemente acertada, porque relaciona conceptos que han sido formulados y utilizados en otros trabajos sobre legitimidad, fusionándolos en un mismo modelo.

La primera dimensión se encuentra relacionada con el locus referencial del imperativo de legitimación, ya sea interno o externo a la persona. Esta dimensión se alcanzaría mediante una combinación de corrección y validez (Dornbush y Scott, 1975).

La segunda dimensión la conforman los criterios de evaluación o tipos de legitimidad que contribuyen, conscientemente o no, a la aparición de distintas percepciones de legitimidad. Estos criterios de evaluación o tipos de legitimidad son el pragmático, moral y cognitivo (Suchman, 1995).

La corrección hace referencia a la percepción o creencia de que una acción es deseable, correcta y apropiada según los criterios de evaluación individuales. La validez se refiere a las creencias de los individuos de que están obligados a responder a la presión social realizando acciones que se ajusten a las políticas y normas sociales, incluso en ausencia de una sensación personal de corrección.

La validez se consigue mediante: la autorización de los individuos que poseen autoridad y el respaldo de los compañeros que apoyan una determinada acción (Thomas, 2005).

Cualquier sensación personal de que una determinada situación es legítima, desde el punto de vista de la corrección, puede fortalecerse mediante el respaldo y la autorización o puede atenuarse si carece de respaldo y autorización (Walker y Zelditch, 1993; Hegtvedt y Johnson, 2000). Se ha demostrado que existen menos probabilidades a la hora de desafiar las normas de una organización, aunque estas parezcan injustas o incorrectas, si las normas recibieron autorización y respaldo, es decir validación. Por otro lado, las personas que cumplen con las expectativas sociales en respuesta a una validez externa tienden posteriormente a aumentar el grado de corrección que confieren a sus comportamientos adoptados (Thomas et al., 1986). Esta evidencia empírica sugiere que, a fin de evaluar la legitimidad de una determinada política o actividad, se debe considerar tanto las actitudes personales respecto a lo apropiado de una acción, es decir, su corrección, como las percepciones de las actitudes de los pares y figuras de autoridad, es decir, su validez.

Los criterios de evaluación o tipos de legitimidad (pragmático, moral y cognitivo) suponen una percepción generalizada de que las actividades organizativas son deseables, apropiadas y correctas dentro de un sistema social de normas, valores, creencias y definiciones. Sin embargo, cada una de estas dimensiones reside en distintas dinámicas de comportamiento, que son las analizadas en el capítulo tercero.

La legitimidad pragmática descansa sobre los intereses del entorno específico de la organización. Las organizaciones mantienen relaciones directas con su entorno directo, relaciones que pueden llegar a convertirse en auténticas relaciones de poder, donde algunos grupos externos son capaces de conseguir un gran poder sobre la organización. (Suchman, 1995).

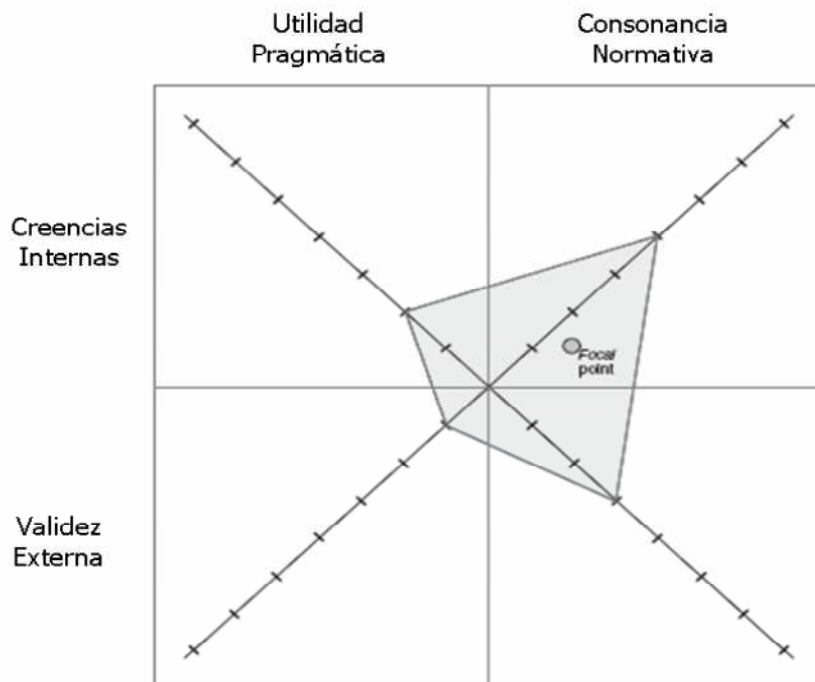
Como por ejemplo, un individuo desempleado daría legitimidad pragmática a una organización que fue diseñada para ayudar a las personas a encontrar trabajo. Una organización puede ser juzgada como legítima en virtud de un tipo de legitimidad sin ser juzgada como legítima en virtud de otro (Ruef y Scott 1998). Como por ejemplo, los hospitales reciben legitimidad cognitiva debido a la importancia del cuidado de la salud, pero pueden carecer de legitimidad pragmática ya que en muchas ocasiones sus individuos carecen de conocimientos en finanzas para hacer uso adecuado de sus servicios.

La legitimidad moral, refleja una evaluación normativa positiva de la organización y sus actividades (Parsons, 1960; Aldrich y Fiol, 1994).

La legitimidad cognitiva, se corresponde con acciones que simplifican o ayudan a dar sentido a la toma de decisiones y, por lo tanto, ayudan a la solución de los problemas. Viene derivada de tomar como propio el sistema de creencias, formulado por profesionales y científicos, donde se especifica y codifica el conocimiento, dando por sentado supuestos que aportan un marco de actuación para las rutinas diarias y también para las más especializadas (Scott, 1994).

No obstante, el propio Thomas (2005) simplifica esta forma de medir la legitimidad hasta alcanzar una matriz dos por dos, reduciendo el número de categorías relevantes de cada dimensión. Sobre el locus referencial sugiere que el respaldo y la autorización se pueden incorporar en una sola categoría de validación externa. Sobre los criterios o tipos de legitimidad apunta que se puede prescindir del aspecto cognitivo, pues es raro encontrar empresas que consideren lo cognitivo como un componente reconocido y aceptado para la toma de decisiones. De este modo, este autor propone que si se utiliza una encuesta con preguntas para cada categoría de legitimidad, puntuadas mediante una escala Likert, los resultados podrían plasmarse sobre un gráfico radial (Figura 4.1), de forma que la superficie total del polígono podría considerarse como un indicador de la legitimidad.

Figura 4.1. Resultados de los componentes de la legitimidad, legitimidad general y punto focal



Fuente: Thomas (2005), págs. 193.

Sin embargo, y para no perder representatividad, cualquier estudio empírico sobre la legitimidad debería contener todas sus variables.

4.3.2. Estudios sobre medidas de legitimidad

Mientras que muchos autores han tratado de explicar y conceptualizar la legitimidad organizativa, sólo unos pocos han tratado de medir la legitimidad empíricamente. En consecuencia, la literatura existente no ofrece medidas estándar sobre la legitimidad de la organización.

La figura 4.2 resume las investigaciones previas sobre las medidas de la legitimidad organizativa.

Figura 4.2. Estudios de valoración de legitimidad organizativa

AUTOR	TIPO DE ORGANIZACIÓN	ENFOQUE	TIPO DE LEGITIMIDAD	ESTRATEGIAS DE LEGITIMIDAD	FUENTES DE LEGITIMIDAD	DISEÑO
Elsbach (1994)	Industria de ganado de california		Legitimidad normativa (moral)	Gestión de impresiones	Público en general	Experimento
Ruef and Scott (1998)	Hospitales	Teoría institucional	Legitimidad normativa (moral)	Conformidad con las normas de asociaciones credenciales	Asociación credencial	Secundario
Massey (2001)	Aerolíneas	Integrado	Legitimidad pragmática	Enfóque dialógico	Público en general	Experimento
Bansal and Clelland (2004)	Sectores industriales contaminantes	Teoría institucional	Legitimidad normativa (moral)	Gestión de impresiones:divulgación voluntaria de responsabilidad ambiental	Contadores de medios de comunicación	Análisis de contenido
Deephouse and Carter (2005)	Bancos	Teoría institucional	Legitimidad regulatoria y normativa	Isomorfismo (conformidad)	Ratificación de medios, ejecución regulatoria	Análisis de contenido

Fuente: J.Y. Chung, B.K. Berger, J. DeCoster

Elsbach (1994) desarrolló escalas de legitimidad evaluada por expertos de la industria, pero no consideró legitimidad desde el punto de vista del público en general.

Massey (2001) desarrolló las escalas sobre la percepción de la legitimidad organizacional basándose en que el funcionamiento de una organización legítima es bueno, creíble, y honesto, y tiene derecho a continuar sus operaciones (p .165) . Sin embargo , esta escala no ha recibido la validación . Adicionalmente, ningún estudio ha tratado de medir los asuntos de la legitimidad.

Dadas las dificultades de evaluación de la legitimidad, Ruef y Scott (1998) prestaron atención a cuatro temas sobre la medida de la legitimidad : tipos de legitimidad , fuente de legitimidad , unidad de la legitimidad y la relevancia de los elementos de legitimidad los cuales son importantes en el desarrollo escalas válidas y confiables para probar la legitimidad organizativa y los asuntos de legitimidad.

Los tipos y fuentes de legitimidad han sido analizados en profundidad en apartados anteriores de esta tesis.

Sobre la base de la teoría institucional, muchos investigadores consideran tres tipos de legitimidad de la organización: legitimidad regulatoria, legitimidad normativa (moral), y legitimidad cognitiva (Ruef y Scott 1998 ; Scott, 1995 ; Zimmerman y Zeitz 2002).

Además de estos tipos de legitimidad, Suchman (1995) añadió legitimidad pragmática, que considera los intereses de los ciudadanos dirigidas a la organización

Etzioni (1987) argumentó que la fuente inmediata de la legitimidad es el valor de la organización para la sociedad. Desde la teoría institucional Ruef y Scott (1998) consideran que las fuentes de la legitimidad son los grupos internos (trabajadores, gerentes, especialistas del personal) y externos (juntas de licencias, organismos de financiación, sindicatos) de las organizaciones, que observan y evalúan su legitimidad.

Desde este punto de vista , muchos estudios han probado que la legitimidad normativa viene de asociaciones credenciales (Ruef y Scott 1998) , o medios de comunicación en su conjunto (Deephouse y Carter 2005) .

Aunque una organización puede lograr legitimidad conforme a las normas preestablecidas, la organización tiene que hacer frente a los desafíos de legitimidad de grupos de presión. Boyd (2000) argumentó que el apoyo público no puede afectar directamente la supervivencia de la organización, pero el público puede limitar los negocios de la organización. Los responsables para establecer la legitimidad regulatoria o normativa puede requerir a los directivos para cambiar o re-examinar la estrategia de negocio de una organización. Aún así, es importante empíricamente examinar el público en general como una fuente de la legitimidad organizativa porque puede crear climas favorables o desfavorable en las organizaciones

La unidad de la legitimidad se refiere al tamaño de los organismos cuya legitimidad está siendo considerada. Para un análisis determinado, la unidad de legitimidad podría ser 1) una industria entera, 2) un organización, o 3) subunidades y aspectos especializados de organizaciones (Ruef y Scott 1998). La mayores estudios sobre la medición de la legitimidad se han centrado en industrias enteras, como Deephouse y de Carter (2005) el examen de la sector bancario , (1992) el examen de Elsbach de la industria de ganado en California y Ruef y Scott (1998) el examen de los hospitales y J.Y.Chung, B.K. Berger y J.DeCoster (2014) que examinan la legitimidad de la industria farmacéutica en su conjunto.

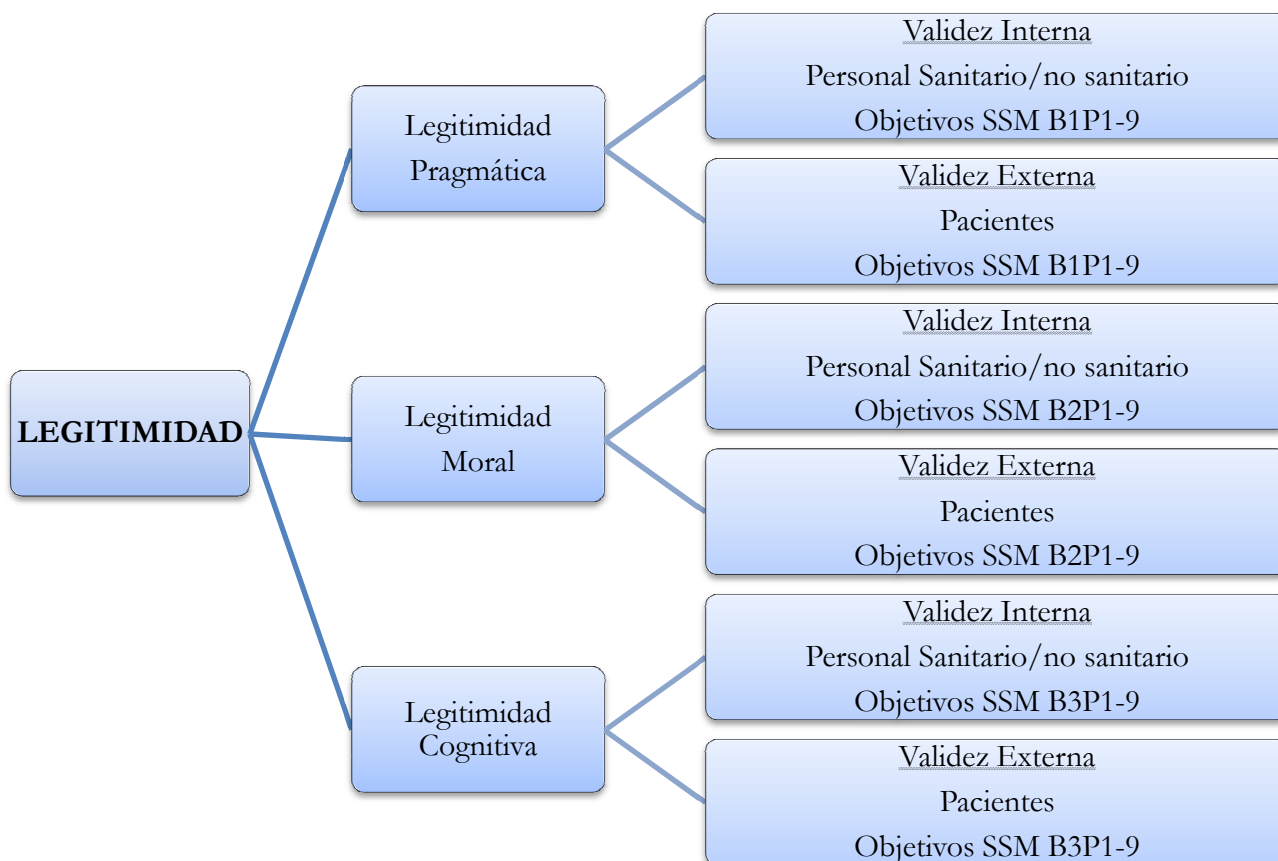
J.Y.Chung, B.K. Berger y J.DeCoster (2014) desarrollaron escalas para medir la legitimidad organizativa y los asuntos de legitimidad. Ambas medidas fueron desarrolladas en base al concepto de legitimidad propuesta por Suchman (1995).

Un análisis factorial verificó la dimensionalidad y adecuación de una escala de cinco ítems para la legitimidad de la organización y una escala de seis ítems para los asuntos de legitimidad. Estos hallazgos demostraron que la legitimidad organizativa es distinta a los asuntos de la legitimación pero que ambas están relacionadas.

4.4. METODOLOGÍA

Sabemos que la legitimidad organizativa viene determinada, en parte, por las distintas tipologías de legitimidad. Éstas dependerán de las dinámicas de comportamiento de la sociedad a la hora de considerar la deseabilidad y aceptabilidad de los objetivos y actuaciones de una organización. Además, también conocemos que el efecto de las fuentes de legitimidad sobre la legitimidad de la organización es variable, según la fuente que otorga legitimidad. Estos conocimientos nos conducen al modelo propuesto en la figura 4.3, para analizar el perfil de legitimidad del SSM

Figura 4.3. Modelo de medición de legitimidad



Consideramos que la legitimidad organizativa, en este caso la legitimidad del SSM, viene determinada por las distintas dimensiones que la componen. En nuestro caso utilizamos las dimensiones de legitimidad propuestas por Suchman (1995): legitimidad pragmática, moral y cognitiva. A su vez, las dimensiones de legitimidad vendrán determinadas por la aceptabilidad y deseabilidad de los objetivos del SSM, atendiendo a las distintas dinámicas de comportamiento de la sociedad. Es decir, la aceptabilidad de los objetivos del SSM, desde una dinámica pragmática, supondrá la evaluación de la dimensión pragmática del SSM. De igual manera, la evaluación de los objetivos desde una dinámica moral o cognitiva permitirá analizar estas dimensiones. Estas evaluaciones serán realizadas por las fuentes de legitimidad, los miembros de la comunidad hospitalaria.

4.4.1 Escenario de la investigación: sujeto de legitimidad

Utilizaremos el mismo escenario de investigación que hemos empleado en el capítulo anterior para analizar las diferencias (sinergias o conflictos) que se producen entre las dimensiones de la legitimidad.

Por tanto el escenario de esta investigación se desarrolla en el Sistema Sanitario Madrileño (SSM). Consideramos este escenario de investigación porque el SSM representa un proceso de institucionalización. En este sentido, Johnson (2004) considera que los procesos, prácticas, servicios, programas, pueden ser sujetos de legitimidad.

Figura 4.4. Ficha Técnica del proceso metodológico

Universo	Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid					
Unidad muestral	Personal sanitario	22.204	Personal no sanitario	7.732	Pacientes	6.454.440
Muestra	Personal sanitario	169	Personal no sanitario	92	Pacientes	444
Método de recogida de información	Encuesta personal					
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conveniencia					
Ámbito geográfico	Comunidad de Madrid					
Periodo de recogida de información	De 5 de febrero de 2015 a 26 de marzo de 2015					

4.4.2. Universo poblacional: fuentes de legitimidad

Utilizaremos el mismo universo poblacional que hemos empleado en el capítulo anterior al analizar las diferencias (sinergias o conflictos) que se producen entre legitimidad organizativa y sus dimensiones.

Los hospitales son instituciones donde residen distintos grupos de interés.

Los grupos de interés de los hospitales están compuestos por personal sanitario (incluye principalmente médicos, enfermeros y técnicos), personal no sanitario (personal de administración y servicios auxiliares), pacientes y el Estado.

Sólo vamos a considerar el personal sanitario, el personal no sanitario y los pacientes. El Estado, que influye en la legitimación del Sistema por medio de sus políticas, no se incluye dentro del universo poblacional. El Estado trata de mantener y fortalecer las relaciones con las entidades de direccionamiento, vigilancia y control de los hospitales, como cumplimiento legal y bajo criterios de transparencia y anticorrupción.

La comunidad hospitalaria representa la fuente de legitimidad de cada hospital. El análisis de la composición de estos grupos permite diferenciar entre grupos que otorgarían validez interna (personal sanitario) y validez externa (pacientes) a las actividades del SSM.

Así el universo poblacional está compuesto por el personal sanitario, personal no sanitario y los pacientes del SSM.

4.4.3. Muestra

Se trata de un muestreo por conveniencia en el que no se especifica el error muestral. El muestreo por conveniencia busca obtener una muestra de elementos convenientes. La elección de las unidades de muestra se deja principalmente al entrevistador, se selecciona a los entrevistados porque se encuentran en el lugar adecuado en el momento oportuno. Hemos empleado esta técnica de muestreo apoyándonos en sus ventajas: es una técnica menos costosa y que requiere menos tiempo, las unidades de muestra son: accesibles, fáciles de medir y cooperativas y se emplean en la investigación de exploración para generar ideas, razonamientos o hipótesis.

4.4.4. Variables

1. Legitimidad de los objetivos del SSM

Los objetivos del SSM fueron desarrollados en el capítulo dos de la tesis y se concretan en 1) Garantizar el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud en términos de equidad, avanzando en el principio de la universalidad. 2) Velar por la calidad asistencial, 3) Promover una mejor atención sanitaria de los pacientes con la continuidad asistencial (integración de la atención primaria y especializada), 4) Generar valor para el paciente, 5) Desarrollo tecnológico y eficiencia en la gestión, 6) Hacer un SSM sostenible, 7) Conseguir un sistema de referencia, 8) Transparencia en la gestión e información detallada, 9) Promover el desarrollo profesional del personal sanitario.

Por tanto se persigue una sanidad universal, gratuita, justa, solidaria, sostenible, equitativa, de calidad, eficaz y eficiente y profesional (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad).

Aunque estos objetivos parecen claros y concisos, las acciones para ejecutarlos han sido múltiples y dispares en los distintos sistemas sanitarios, no sólo entre países , sino incluso entre las instituciones de un mismo país.

Para conseguir estos objetivos y reforzar la solidez de las instituciones sanitarias se necesita 1) establecer una alianza estratégica entre médicos y gestores, 2) promover nuevos líderes favoreciendo las unidades de gestión clínica, 3) creación de direcciones médicas corporativas, que actúen como puente entre las partes y con co-responsabilidad en el cumplimiento de la alianza; y 4) puesta en marcha de experiencias de incentivación económica desburocratizadas, a través de introducción de sistemas de retribución por resultado clínico (Varela, J., 2008)

Medimos la legitimidad de los objetivos del SSM preguntando a pacientes y personal sanitario y no sanitario de los hospitales de la CAM, sobre cada uno de estos objetivos y las medidas para conseguirlos. Al preguntar a las fuentes de legitimidad internas (personal sanitario y no sanitario) y externas (pacientes), estamos buscando evaluaciones de la legitimidad que otorgarían validez interna y externa a los resultados de investigación (Dornbush y Scott, 1975). En este sentido las preguntas fueron formuladas desde las tres dimensiones de legitimidad utilizadas en esta investigación (pragmática, moral y cognitiva).

De este modo, se crearon tres bloques de preguntas sobre la legitimidad de los objetivos del SSM. Para cuantificar estas medidas preguntamos directamente a las fuentes de legitimidad, utilizando una escala de medición de cinco puntos tipo Likert:

2. Legitimidad pragmática de los objetivos del SSM

El primer bloque de indicadores se utilizó para medir la legitimidad pragmática de los objetivos del SSM (B1P1-9). Con él pretendíamos medir la deseabilidad de cada uno de los objetivos del SSM. Este bloque de indicadores pretendía conocer las consecuencias prácticas que el SSM estaba teniendo sobre los hospitales. Suchman (1995) considera que los grupos de interés mostrarán su apoyo y conformidad a una organización cuando observen que la organización es receptiva a los intereses particulares de su grupo. En nuestro caso, los hospitales mostrarán su apoyo al SSM cuando observen que éste es

receptivo y sus intereses y sus consecuencias prácticas sean eficaces y les proporcionen valor.

Figura4.5. Bloque 1- Legitimidad Pragmática

	¿Cuál es el grado de desarrollo de los siguientes objetivos en su hospital?
B1P1	Igualdad entre pacientes en el tratamiento de sus problemas de salud
B1P2	Calidad asistencial
B1P3	Integración y cohesión entre niveles asistenciales y hospitales
B1P4	Garantizar las necesidades y expectativas de los pacientes
B1P5	Grado desarrollo tecnológico (instalaciones, máquinas, equipos e instrumentos)
B1P6	Uso responsable de los recursos económicos disponibles
B1P7	Conseguir un SSM de referencia, comparable con otras CCAA y otros países
B1P8	Información detallada y transparente sobre los servicios del hospital
B1P9	Formación continua del personal sanitario en activo

3. Legitimidad moral de los objetivos del SSM

El segundo bloque de indicadores se utilizó para observar la dimensión moral de los objetivos del SSM (B2P1-9). Con ellos pretendíamos medir la opinión de los hospitales, sobre la corrección de cada uno de los objetivos del SSM. Es decir, si este tipo de objetivos son los que se deben tener independientemente de su utilidad para la sostenibilidad del SSM.

Figura 4.6. Bloque 2- Legitimidad Moral

	¿Considera que su hospital debe perseguir los siguientes objetivos independientemente de su utilidad para garantizar su sostenibilidad?
B2P1	Igualdad entre pacientes e el tratamiento de sus problemas de salud
B2P2	Calidad asistencial
B2P3	Integración y cohesión entre niveles asistenciales y hospitales
B2P4	Garantizar las necesidades y expectativas de los pacientes
B2P5	Grado desarrollo tecnológico (instalaciones, máquinas, equipos e instrumentos)

B2P6	Uso responsable de los recursos económicos disponibles
B2P7	Conseguir un SSM de referencia, comparable con otras CCAA y otros países
B2P8	Información detallada y transparente sobre los servicios del hospital
B2P9	Formación continua del personal sanitario en activo

4. Legitimidad cognitiva de los objetivos del SSM

Por último, los indicadores del tercer bloque fueron utilizados para medir la legitimidad cognitiva de los objetivos del SSM (B3P01-10). Con estos indicadores queríamos medir la opinión, de las fuentes de legitimidad, sobre la forma de implantación de los objetivos del SSM. En concreto, si era posible ejecutar los objetivos de una forma mejor.

Figura 4.7. Bloque 3- Legitimidad cognitiva

	¿Considera que su hospital lo puede hacer mejor para conseguir los siguientes objetivos?
B3P1	Igualdad entre pacientes e el tratamiento de sus problemas de salud
B3P2	Calidad asistencial
B3P3	Integración y cohesión entre niveles asistenciales y hospitales
B3P4	Garantizar las necesidades y expectativas de los pacientes
B3P5	Grado desarrollo tecnológico (instalaciones, máquinas, equipos e instrumentos)
B3P6	Uso responsable de los recursos económicos disponibles
B3P7	Conseguir un SSM de referencia, comparable con otras CCAA y otros países
B3P8	Información detallada y transparente sobre los servicios del hospital
B3P9	Formación continua del personal sanitario en activo

4.4.5 Procedimiento de recogida de información

La recogida de información se realizó mediante cuestionario personal entre el 5 de febrero de 2015 y el 20 de marzo de 2015. La encuesta se realizó a personal sanitario, personal no sanitario y pacientes o ciudadanos de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid y se diferenciaron tramos de edad (menor de 30 años, entre 31 y 45 años, entre 46 y 64 años y mayor de 65 años)

El cuestionario inicial se encuentra en el Anexo I. Consta de 31 preguntas, 4 de identificación y 27 relacionadas con la legitimidad del SSM. Estas últimas se dividieron en tres bloques: 1) El primero para obtener información sobre la legitimidad pragmática de los objetivos del SSM, 2) El segundo para obtener información sobre la legitimidad moral de los objetivos del SSM, 3) y el tercero para obtener información sobre la legitimidad cognitiva de los objetivos del SSM.

Para obtener información sobre las 31 variables relacionadas con la legitimidad se utilizaron escalas de intervalo, concretamente la escala de Likert de 5 puntos.

Este tipo de escala es recomendable para medir actitudes y percepciones de los individuos. Entre otros motivos porque incluye un punto medio neutro (Komorita, 1963; Garland, 1991). Además permite homogeneizar los conceptos medidos, facilita la respuesta de los encuestados y mejora la fiabilidad de la información (Worcester y Burns, 1975).

El cuestionario inicial fue sometido a un primer pretest entre dos profesores doctores expertos en la materia de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y sugirieron que justificará por qué había elegido los tramos de edad mencionados anteriormente.

La justificación está en que los precios que se pagan por las pólizas médicas van por tramos de edad, a mayor edad, más precio porque el riesgo que asume la aseguradora es mayor.

Cada aseguradora sigue unos criterios para fijar el precio de sus primas que dependen del sexo, lugar de procedencia, tipo de cobertura, edad, etc,

Los límites de edad que suponen un incremento de la prima varían en función de la aseguradora, aunque en términos generales los intervalos son los siguientes:

Hasta 30 años, en términos generales, se es joven y saludable y por ello no se hace apenas uso de los servicios hospitalarios

De 31 a 45 años. En el caso de las mujeres y relacionado con la maternidad se incrementa el uso de servicios sanitarios

De 46 a 64 años. Se incrementan las revisiones y visitas más seguidas a hospitales.

A partir de 65 años, hay aseguradoras que ni siquiera cubren el riesgo a partir de esta edad o incrementan mucho el precio de la prima.

El hecho de introducir la edad en el cuestionario, se hizo con la perspectiva de poder analizar si existen diferencias en cuanto a las dimensiones de la legitimidad por tramos de edad.

4.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el anexo III de este documento aparecen todos los estadísticos estudiados para analizar estos resultados.

En este apartado vamos a realizar el análisis de la relación existente entre la legitimidad cognitiva que es la más importante para los grupos de interés como ha quedado constatado en el capítulo anterior y los objetivos del SSM.

Para poder explicar cómo influyen una serie de variables B3P1, B3P2, B3P3, B3P4, B3P5, B3P6, B3P7, B3P8 y B3P9 sobre otra B4P3 construiremos un modelo de regresión múltiple. Es decir, para explicar cómo influyen el grado de igualdad entre pacientes, la calidad asistencial, la integración y cohesión entre los diferentes niveles asistenciales, las expectativas y necesidades de los pacientes, el grado de desarrollo tecnológico, el uso responsable de los recursos económicos, la consecución de un SSM de referencia, la transparencia en la gestión y en la información y la formación continua para el personal en activo sobre la legitimidad cognitiva construiremos un modelo de regresión múltiple.

El análisis de la regresión es un procedimiento estadístico usado para ajustar ecuaciones a datos.

Por tanto procedemos a realizar el estudio para cada uno de los grupos de interés del SSM.(pacientes, personal sanitario y personal no sanitario)

El modelo deberá cumplir una serie de hipótesis, estas son, linealidad, homocedasticidad, independencia y normalidad. La linealidad nos proporcionará que la recta de regresión representa la estructura de los datos. La homocedasticidad nos indica que la dispersión o varianza de los datos es constante, la independencia, una observación no debe dar información sobre las demás y la normalidad, admitiendo que los datos son normales.

Modelo inicial (modelo de partida):

$$y_i = \beta_0 + \beta_1(x_{1,i}) + \beta_2(x_{2,i}) + \beta_3(x_{3,i}) + \beta_4(x_{4,i}) + \beta_5(x_{5,i}) + \beta_6(x_{6,i}) + \beta_7(x_{7,i}) + \beta_8(x_{8,i}) + \beta_9(x_{9,i}) + u_i$$

Donde:

y_i , es la variable dependiente, hace referencia a la pregunta B4P3 y es la legitimidad cognitiva .

$(x_{1,i}), (x_{2,i}), \dots, (x_{9,i})$ son las variables independientes, hace referencia a las preguntas B3P1,B3P2,...,B3P9.

Los valores $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_9$, son los parámetros que hay que estimar con los datos. Donde β_0 es una constante y β_1, \dots, β_9 , es el grado de influencia de las variables independientes en la variable dependiente.

u_i representa el error de estimación.

4.5.1. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES DEL SSM EN LA LEGITIMIDAD COGNITIVA PARA EL GRUPO PACIENTES

El grupo pacientes está compuesto por todos aquellos ciudadanos que hacen uso del sistema sanitario.

Analizamos las correlaciones entre la variable independiente (legitimidad cognitiva) y las dependientes (igualdad entre pacientes, calidad asistencial, integración y cohesión entre los diferentes niveles asistenciales, expectativas y necesidades de los pacientes, grado de desarrollo tecnológico, uso responsable de los recursos económicos, consecución de un SSM de referencia, transparencia en la gestión y en la información y formación continua para el personal en activo) del grupo pacientes y comprobamos que las variables utilizadas en el modelo son significativas.

El objetivo que más relacionado está con el resto de objetivos es la calidad asistencial (Figura 4.8).

En el sector industrial la calidad ha sido definida como la "aptitud para el uso", la "adecuación a la norma" o como la "capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al menor coste posible".

En el sector sanitario, esta definición plantea los siguientes interrogantes:

¿Cuál es el producto final de un servicio sanitario?: ¿curación, la mejoría, satisfacción?

¿Quién debe definir el objetivo deseado?: ¿los pacientes, los profesionales sanitarios, los directivos?

¿Cuál es el menor coste posible?

La respuesta a la primera de estas preguntas parece clara. El producto final de un servicio sanitario asistencial es el alta del paciente. Sin embargo, la diversidad de pacientes, desde el punto de vista de su morbilidad y de los valores y preferencias de cada uno de ellos, hacen difícil cuantificarlo. La heterogeneidad y dificultad para medir los productos resultantes de la atención sanitaria nos lleva a centrar nuestra atención en la "cadena de producción". En

ella, podemos distinguir una función de producción técnica, que da lugar a productos intermedios (radiologías, analíticas, etc.), y una función médica ("alta del paciente"), que busca mejorar el nivel de salud. Así como medir los productos intermedios no entraña dificultad por ser tangibles, no ocurre lo mismo con los productos finales. Éstos han intentado medirse por diferentes métodos, como estancias, UBAs (unidades básicas de asistencia), UPAs (unidades ponderadas de asistencia), hasta otros más completos, aún en fase de desarrollo e implantación, como los sistemas de case-mix. Pero todos estos sistemas clasifican a los pacientes en función de la morbilidad por la que han sido atendidos, sin valorar otros aspectos clave en la calidad asistencial, como el punto de vista del paciente (Rodríguez, P.; Grande, M., 2014).

El objetivo a conseguir variará en función de quién lo defina. Es necesario llegar a un "consenso" entre gestores, profesionales y usuarios. Sin olvidar que el auténtico cliente es el usuario y es quien finalmente debería definir este objetivo. Para hacerlo, tendría que conocer parte de los aspectos científico técnicos que conlleva la atención, así como la disponibilidad de recursos financieros, por ello se delega en los profesionales y gestores estos atributos, quienes a su vez tienen que tener presentes los valores éticos y personales de sus pacientes. Lograr este consenso pasa por un cambio cultural y social importante dentro de las organizaciones sanitarias.

Por otro lado, lograr la calidad asistencial con el menor coste posible es ineludible. Cualquier servicio que busque la calidad debe trabajar siempre bajo la óptica de optimizar versus maximizar. No se trata de dar a unos cuantos lo mejor y sí de dar a la mayoría lo óptimo.

Ninguna definición por sí sola da respuesta a todas estas cuestiones, sólo un análisis detenido de los componentes de la atención sanitaria, así como de los atributos que cada uno de ellos debe contener, podría hacernos llegar a una visión esclarecedora del concepto de calidad de la atención sanitaria. (Mira JJ, 1998)

Entre estos componentes se encuentran el resto de objetivos del SSM, de ahí que exista una estrecha relación o una correlación muy alta entre ellos.

Figura 4.8. Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo pacientes en el ejercicio 2015

		B3P1	B3P2	B3P3	B3P4	B3P5	B3P6	B3P7	B3P8	B3P9	B4P3
B3P1	Correlación de Pearson	1									
B3P2	Correlación de Pearson	,744(**)	1								
B3P3	Correlación de Pearson	,764(**)	,794(**)	1							
B3P4	Correlación de Pearson	,705(**)	,780(**)	,744(**)	1						
B3P5	Correlación de Pearson	,652(**)	,729(**)	,693(**)	,714(**)	1					
B3P6	Correlación de Pearson	,707(**)	,736(**)	,754(**)	,749(**)	,735(**)	1				
B3P7	Correlación de Pearson	,717(**)	,709(**)	,658(**)	,722(**)	,758(**)	,755(**)	1			
B3P8	Correlación de Pearson	,692(**)	,788(**)	,741(**)	,701(**)	,692(**)	,764(**)	,733(**)	1		
B3P9	Correlación de Pearson	,731(**)	,727(**)	,759(**)	,677(**)	,734(**)	,752(**)	,747(**)	,736(**)	1	
B4P3	Correlación de Pearson	,434(**)	,511(**)	,474(**)	,467(**)	,460(**)	,442(**)	,475(**)	,404(**)	,519(**)	1
*	La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).										
**	n muestral = 444										

Fuente: elaboración propia

Figura 4.9. Resumen del modelo (b) para el grupo pacientes

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típ. de la estimación
1	,573(a)	,328	,314	,727

a. Variables predictoras: (Constante), B3P9, B3P4, B3P1, B3P5, B3P8, B3P7, B3P6, B3P3, B3P2

b. Variable dependiente: B4P3

Fuente: elaboración propia

Figura 4.10. Coeficientes(a) del modelo de regresión múltiple para el grupo pacientes.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	B	Error típ.	
1 (Constante)	2,077	,165		12,567	,000	
B3P1	-,057	,061	-,065	-,925	,356	
B3P2	,264	,075	,291	3,541	,000	
B3P3	,077	,076	,082	1,026	,305	
B3P4	,069	,069	,072	,992	,322	
B3P5	,016	,062	,019	,266	,791	
B3P6	-,029	,065	-,035	-,454	,650	
B3P7	,139	,069	,153	2,027	,043	
B3P8	-,186	,067	-,207	-2,766	,006	
B3P9	,260	,066	,294	3,932	,000	

a. Variable dependiente: B4P3

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta los objetivos que son determinantes, el modelo final sería:

Modelo Final: $2,077 + 0,291(B3P2) + 0,153(B3P7) - 0,207(B3P8) + 0,294 (B3P9) + u$

Para realizar los contraste de hipótesis, se pueden realizar mediante un intervalo de confianza o mediante un contraste t. Hemos escogido un contraste t puesto que es la manera más rápida y sencilla de conocer si una variable es significativa o no.

Para ello hemos seleccionado aquellas variables que pueden ser clasificatorias en el estudio del SSM (B3P1 a B3P9). Para cada objetivo se define una hipótesis que aceptaremos o rechazaremos en función del valor de t.

Si $t < 2$, en valor absoluto. Aceptamos H_0 , por tanto, la variable es no significativa.

Si $t > 2$, en valor absoluto. Rechazamos H_0 , por tanto, la variable es significativa.

$R^2 = 32,80\%$ Nos proporciona la variabilidad de legitimidad cognitiva que explica la calidad asistencial, el conseguir un SSM de referencia, con información detallada y con personal en continua formación. Nos dice que las variables del modelo explican el 32,80% de la legitimidad cognitiva otorgada por los pacientes al SSM. El resto vendría explicado por otros factores.

Los objetivos B3P1, B3P3, B3P4, B3P5, B3P6 al tener una $t < 2$, en valor absoluto, no son significativos:

La igualdad entre pacientes es una variable no significativa, al tener una $t < 2$ ($t = -0,925$)

La integración y cohesión entre los diferentes niveles asistenciales es una variable no significativa, al tener una $t < 2$ ($t = 1,026$)

Las necesidades y expectativas de los pacientes es una variable no significativa al tener una $t < 2$ ($t = 0,992$)

El grado de desarrollo tecnológico es una variable no significativa al tener una $t < 2$ ($t = 0,266$)

El uso responsable de los recursos económicos es una variable no significativa al tener una $t < 2$ ($t = -0,454$)

Los objetivos B3P2, B3P7, B3P8, B3P9 al tener una $t > 2$, en valor absoluto, son significativos.

La calidad asistencial es una variable con $t > 2$ ($t = 3,541$) por lo que aceptamos que la variable es significativa, al tener signo positivo, un incremento en la calidad asistencial

producirá un aumento en la legitimidad cognitiva del grupo pacientes del SSM. Por lo que aceptamos la hipótesis de que la calidad asistencial es un factor determinante en la legitimidad cognitiva del grupo pacientes del SSM.

La consecución de un SSM de referencia, comparable con otras CCAA y países es una variable con $t > 2$ ($t = 2,027$) por lo que aceptamos que la variable es significativa, al tener signo positivo, un incremento de este objetivo conseguirá aumentar la legitimidad cognitiva del grupo pacientes del SSM. Por lo que aceptamos la hipótesis de que realizar esfuerzos para conseguir un SSM de referencia, comparable entre CCAA y países es un factor determinante en la legitimidad cognitiva del grupo pacientes del SSM.

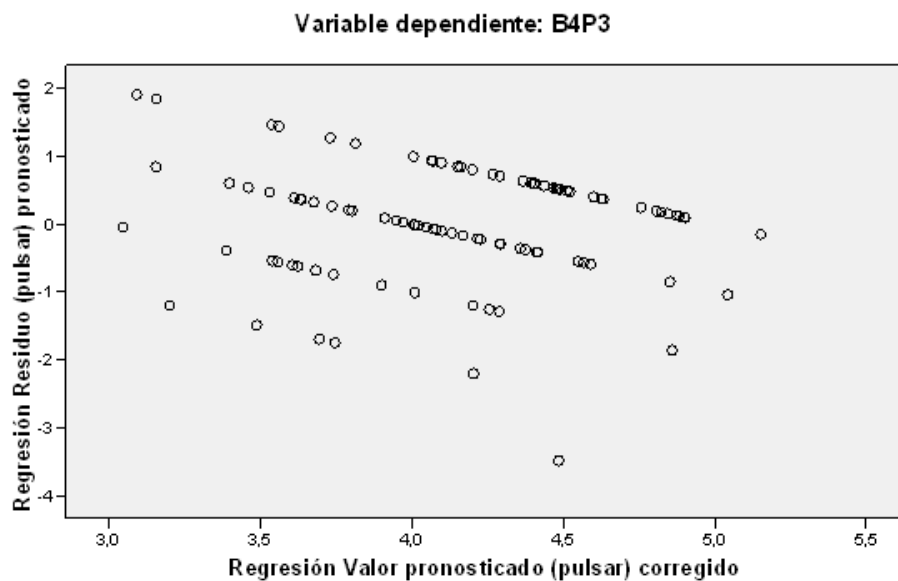
La información detallada y transparente sobre los servicios del hospital es una variable con una $t > 2$, en valor absoluto ($t = -2,766$) por lo que aceptamos que la variable es significativa, al tener signo negativo, un incremento de este objetivo producirá una disminución en la legitimidad cognitiva del grupo pacientes en SSM.

Esta relación negativa se justifica porque los pacientes lo que buscan es una solución a sus problemas de salud (rápido diagnóstico, tratamiento y curación de su enfermedad) y no tanto recibir información sobre las posibilidades del hospital, ya que la mayor información puede provocar en el paciente problemas de percepción.

La formación del personal en activo del SSM es una variable con una $t > 2$, ($t = 3,932$) por lo que aceptamos que la variable es significativa, al tener signo positivo, un incremento en la formación del personal producirá un aumento en la legitimidad cognitiva del grupo pacientes del SSM. Por lo que aceptamos la hipótesis de que la formación es un factor determinante en la legitimidad cognitiva del grupo pacientes del SSM.

Para comprobar que el modelo final es apto, realizamos la diagnosis. La diagnosis es la realización de un gráfico de dispersión entre los residuos y el valor pronosticado. Cuanta menos estructura aparezca mejor. Viendo la figura, observamos que no existe estructura y por tanto aceptamos el modelo final.

Figura 4.11. Gráfico de dispersión para el grupo pacientes



Fuente: elaboración propia

4.5.2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES DEL SSM EN LA LEGITIMIDAD COGNITIVA PARA EL GRUPO PERSONAL

El grupo personal incluye tanto al personal sanitario (enfermeros, técnicos y facultativos) como al personal no sanitario (personal de limpieza, administración).

Analizamos las correlaciones entre la variable independiente (legitimidad cognitiva) y las dependientes (igualdad entre pacientes, calidad asistencial, integración y cohesión entre los diferentes niveles asistenciales, expectativas y necesidades de los pacientes, grado de desarrollo tecnológico, uso responsable de los recursos económicos, consecución de un SSM de referencia, transparencia en la gestión y en la información y formación continua para el personal en activo) del grupo personal y comprobamos que las variables utilizadas en el modelo son significativas.

Al igual que para el grupo pacientes, los objetivos están muy relacionados entre sí, sin embargo, para el grupo personal la correlación es algo menor, ello resulta lógico y puede

deberse a que el personal sanitario que forma parte del grupo personal entiende mejor la diferencia entre los diferentes objetivos debido al mayor conocimiento del sector sanitario.

Figura 4.12. Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo personal (sanitario+no sanitario) en el ejercicio 2015

		B3P1	B3P2	B3P3	B3P4	B3P5	B3P6	B3P7	B3P8	B3P9
B3P1	Correlación de Pearson	1								
B3P2	Correlación de Pearson	,721(**)	1							
B3P3	Correlación de Pearson	,543(**)	,638(**)	1						
B3P4	Correlación de Pearson	,585(**)	,517(**)	,638(**)	1					
B3P5	Correlación de Pearson	,334(**)	,381(**)	,509(**)	,399(**)	1				
B3P6	Correlación de Pearson	,479(**)	,356(**)	,521(**)	,549(**)	,639(**)	1			
B3P7	Correlación de Pearson	,500(**)	,479(**)	,561(**)	,503(**)	,496(**)	,493(**)	1		
B3P8	Correlación de Pearson	,444(**)	,408(**)	,510(**)	,525(**)	,510(**)	,483(**)	,646(**)	1	
B3P9	Correlación de Pearson	,462(**)	,469(**)	,574(**)	,513(**)	,513(**)	,558(**)	,566(**)	,681(**)	1

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

** n muestral = 261

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.13. Resumen del modelo(b)para el grupo personal

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típ. de la estimación
1	,422(a)	,178	,148	,655

a. Variables predictoras: (Constante), B3P9, B3P1, B3P5, B3P4, B3P7, B3P6, B3P3, B3P8, B3P2

b. Variable dependiente: B4P3

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.14. Coeficientes(a) del modelo de regresión múltiple para el grupo personal

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1 (Constante)	2,532	,325		7,786	,000
B3P1	-,005	,089	-,005	-,051	,959
B3P2	,000	,092	,000	-,003	,998
B3P3	,122	,083	,134	1,474	,142
B3P4	,157	,083	,160	1,891	,060
B3P5	,083	,076	,088	1,083	,280
B3P6	,156	,072	,188	2,158	,032
B3P7	-,090	,065	-,115	-1,385	,167
B3P8	,081	,086	,084	,939	,349
B3P9	-,046	,082	-,050	-,567	,571

a. Variable dependiente: B4P3

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta los objetivos que son determinantes, el modelo final sería:

Modelo Final: $2,532 + 0,16(B3P4) + 0,188(B3P6) + u$

Para realizar los contraste de hipótesis, se pueden realizar mediante un intervalo de confianza o mediante un contraste t. Hemos escogido un contraste t puesto que es la manera más rápida y sencilla de conocer si una variable es significativa o no.

Para ello hemos seleccionado aquellas variables que pueden ser clasificatorias en el estudio del SSM (B3P1 a B3P9). Para cada objetivo se define una hipótesis que aceptaremos o rechazaremos en función del valor de t.

Si $t < 2$, en valor absoluto. Aceptamos H_0 , por tanto, la variable es no significativa.

Si $t > 2$, en valor absoluto. Rechazamos H_0 , por tanto, la variable es significativa.

$R^2 = 17,80\%$ el coeficiente de determinación nos dice que las variables del modelo explican el 17,80% de la legitimidad cognitiva otorgada por el grupo personal al SSM. El resto vendría explicado por otros factores.

Los objetivos B3P1, B3P2, B3P3, B3P4, B3P5, B3P7, B3P8, B3P9 al tener una $t < 2$, en valor absoluto, no son significativos.

No obstante, aceptamos el objetivo B3P4 por tener una t próxima a 2 ($t = 1,891$)

La igualdad entre pacientes es una variable no significativa, al tener una $t < 2$ ($t = -0,051$)

La calidad asistencial es una variable no significativa al tener una $t < 2$ ($t = -0,003$) es una variable no significativa

La integración y cohesión entre los diferentes niveles asistenciales es una variable no significativa, al tener una $t < 2$ ($t = 1,474$)

El grado de desarrollo tecnológico es una variable no significativa al tener una $t < 2$ ($t = 1,083$)

El objetivo de intentar conseguir un SSM transparente, que facilite información detallada sobre los servicios de salud es una variable no significativa al tener una $t < 2$ ($t = -0,454$)

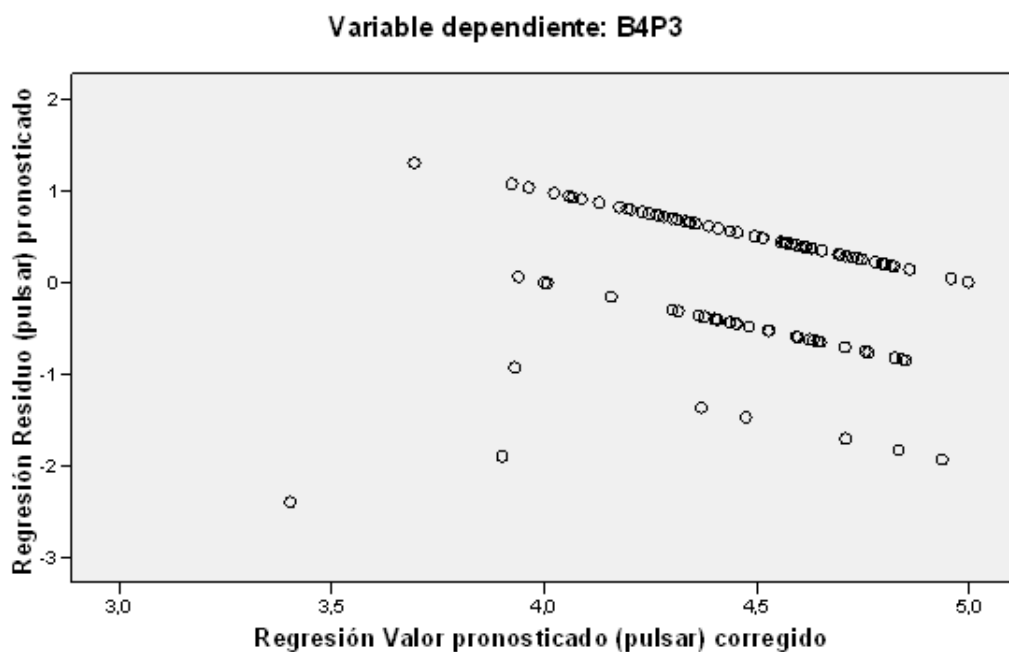
Un SSM de referencia que se pueda comparar con otras CCAA y países es una variable no significativa ($t = 0,939$)

La formación del personal sanitario en activo es una variable no significativa al tener una $t < 2$ ($t = -0,567$)

El objetivo B3P6 al tener una $t > 2$, en valor absoluto, ($t = 2,158$) es significativo y por tener un valor próximo a 2 ($t = 1,891$) también se considera el objetivo B3P4 como significativo. Por tanto, garantizar las necesidades de los pacientes y un uso responsable de los recursos económicos disponibles son variables significativas, al tener signo positivo, un incremento en cualquiera de estos dos objetivos producirá un aumento en la legitimidad cognitiva del grupo personal (sanitario y no sanitario) del SSM. Por lo que aceptamos la hipótesis de que satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y hacer un uso responsable de los recursos disponibles es un factor determinante en la legitimidad cognitiva del grupo personal del SSM.

Para comprobar que el modelo final es apto, realizamos la diagnosis. La diagnosis es la realización de un gráfico de dispersión entre los residuos y el valor pronosticado. Cuanta menos estructura aparezca mejor.

Figura 4.15. Grafico de dispersión para el grupo personal



Fuente: Elaboración propia

4.5.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES DEL SSM EN LA LEGITIMIDAD COGNITIVA PARA EL GRUPO PERSONAL SANITARIO

El grupo personal sanitario incluye a enfermeros, técnicos y facultativos del SSM.

El rol del personal sanitario ya estudiado en el capítulo dos de este documento, busca colocar al paciente en primer lugar, mejorar la efectividad de la práctica clínica, hacer un uso eficiente del tiempo, comunicarse y colaborar con otros compañeros y buscan el desarrollo de su carrera profesional.

Analizamos las correlaciones entre la variable independiente (legitimidad cognitiva) y las dependientes (igualdad entre pacientes, calidad asistencial, integración y cohesión entre los diferentes niveles asistenciales, expectativas y necesidades de los pacientes, grado de desarrollo tecnológico, uso responsable de los recursos económicos, consecución de un SSM de referencia, transparencia en la gestión y en la información y formación continua para el personal en activo) del grupo personal sanitario y comprobamos que las variables utilizadas en el modelo son significativas.

La correlación de las variables es inferior a la del grupo pacientes, lo cual tiene lógica y una posible razón es que el personal sanitario sea capaz de tener un mayor conocimiento del sistema sanitario y con ello es capaz de entender y diferenciar cada uno de los objetivos.

Figura 4.16 Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo personal sanitario en el ejercicio 2015

		B3P1	B3P2	B3P3	B3P4	B3P5	B3P6	B3P7	B3P8	B3P9
B3P1	Correlación de Pearson	1								
B3P2	Correlación de Pearson	,804(**)	1							
B3P3	Correlación de Pearson	,590(**)	,688(**)	1						
B3P4	Correlación de Pearson	,634(**)	,572(**)	,621(**)	1					
B3P5	Correlación de Pearson	,345(**)	,406(**)	,514(**)	,332(**)	1				
B3P6	Correlación de Pearson	,553(**)	,476(**)	,572(**)	,475(**)	,712(**)	1			
B3P7	Correlación de Pearson	,479(**)	,433(**)	,520(**)	,495(**)	,522(**)	,434(**)	1		
B3P8	Correlación de Pearson	,447(**)	,405(**)	,454(**)	,493(**)	,465(**)	,462(**)	,644(**)	1	
B3P9	Correlación de Pearson	,569(**)	,565(**)	,625(**)	,537(**)	,609(**)	,624(**)	,549(**)	,732(**)	1

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
 ** n muestral = 169

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.17. Resumen del modelo(b) para el grupo personal sanitario

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típ. de la estimación
1	,475(a)	,226	,182	,648

a. Variables predictoras: (Constante), B3P9, B3P4, B3P7, B3P6, B3P2, B3P5, B3P3, B3P8, B3P1

b. Variable dependiente: B4P3

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.18. Coeficientes(a) del modelo de regresión múltiple para el grupo personal sanitario

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	2,149	,380		5,647	,000
B3P1	,087	,126	,096	,692	,490
B3P2	,071	,126	,076	,563	,574
B3P3	,173	,105	,190	1,640	,103
B3P4	,155	,097	,163	1,603	,111
B3P5	,292	,106	,317	2,747	,007
B3P6	-,079	,100	-,093	-,787	,433
B3P7	-,206	,088	-,243	-2,349	,020
B3P8	,239	,110	,251	2,168	,032
B3P9	-,194	,121	-,207	-1,606	,110

a. Variable dependiente: B4P3

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta los objetivos que son determinantes, el modelo final sería:

Modelo Final: $2,532 + 0,317(B3P5) - 0,243 (B3P7) + 0,251 (B3P8) + u$

Para realizar los contraste de hipótesis, se pueden realizar mediante un intervalo de confianza o mediante un contraste t. Hemos escogido un contraste t puesto que es la manera más rápida y sencilla de conocer si una variable es significativa o no.

Para ello hemos seleccionado aquellas variables que pueden ser clasificatorias en el estudio del SSM (B3P1 a B3P9). Para cada objetivo se define una hipótesis que aceptaremos o rechazaremos en función del valor de t.

Si $t < 2$, en valor absoluto. Aceptamos H_0 , por tanto, la variable es no significativa.

Si $t > 2$, en valor absoluto. Rechazamos H_0 , por tanto, la variable es significativa.

$R^2 = 22,60\%$ el coeficiente de determinación nos dice que las variables del modelo explican el 22,60% de la legitimidad cognitiva otorgada por el grupo personal sanitario al SSM. El resto vendría explicado por otros factores.

Los objetivos B3P5, B3P7 y B3P8 al tener una $t > 2$, en valor absoluto, son significativos.

El resto de estos objetivos B3P1, B3P2, B3P3, B3P4, B3P6, B3P9, al tener una $t < 2$, en valor absoluto, no son significativos para medir la legitimidad cognitiva.

El grado de desarrollo tecnológico es una variable significativa al tener una $t > 2$ ($t = 2,747$)

El objetivo de intentar conseguir un SSM transparente, que facilite información detallada sobre los servicios de salud es una variable significativa al tener una $t > 2$, en valor absoluto ($t = -2,349$), un aumento de este objetivo disminuye la legitimidad cognitiva del SSM

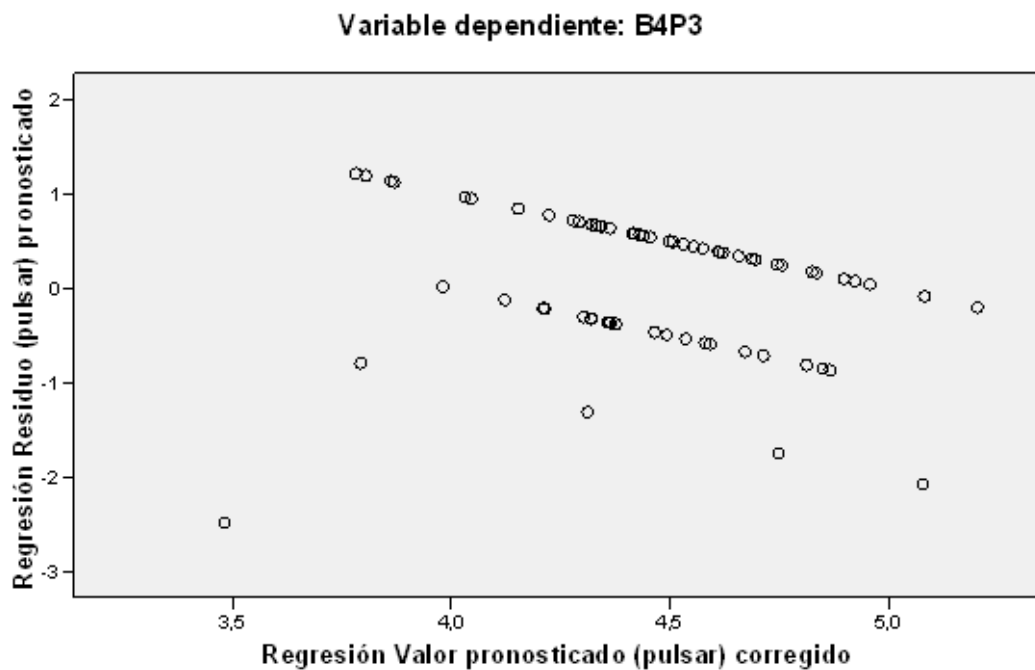
Esta relación negativa se justifica porque el personal sanitario lo que busca es información detallada y concreta sobre su departamento y no tanto recibir información sobre las posibilidades del hospital que ya las conoce o sobre otros departamentos ajenos a él.

Y por último, los resultados arrojan que un SSM de referencia que se pueda comparar con otras CCAA y países es una variable significativa al tener una $t > 2$ ($t = 2,168$)

Por tanto, la búsqueda de un desarrollo tecnológico y la consecución de un sistema de referencia son variables significativas, al tener signo positivo, un incremento en cualquiera de estos dos objetivos producirá un aumento en la legitimidad cognitiva del grupo personal sanitario del SSM. Por lo que aceptamos la hipótesis de que estos objetivos son un factor determinante en la legitimidad cognitiva del grupo personal del SSM.

Para comprobar que el modelo final es apto, realizamos la diagnosis. La diagnosis es la realización de un gráfico de dispersión entre los residuos y el valor pronosticado. Cuanta menos estructura aparezca mejor.

Figura 4.19. Gráfico de dispersión para el grupo personal sanitario



Fuente: Elaboración propia

4.5.4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES DEL SSM EN LA LEGITIMIDAD COGNITIVA PARA EL GRUPO PERSONAL NO SANITARIO

El grupo personal no sanitario incluye personal de limpieza, administración del SSM.

Analizamos las correlaciones entre la variable independiente (legitimidad cognitiva) y las dependientes (igualdad entre pacientes, calidad asistencial, integración y cohesión entre los diferentes niveles asistenciales, expectativas y necesidades de los pacientes, grado de desarrollo tecnológico, uso responsable de los recursos económicos, consecución de un SSM de referencia, transparencia en la gestión y en la información y formación continua para el personal en activo) del grupo personal no sanitario y comprobamos que las variables utilizadas en el modelo son significativas.

Al igual que para el resto de grupos poblacionales estudiados, los objetivos están correlacionados.

Los nueve objetivos definidos pretenden la mejora del SSM, son los objetivos que cualquier sistema eficiente debería de cumplir.

Figura 4.20. Correlaciones entre las variables independientes y la dependiente para el grupo personal no sanitario en el ejercicio 2015

		B3P1	B3P2	B3P3	B3P4	B3P5	B3P6	B3P7	B3P8	B3P9
B3P1	Correlación de Pearson	1								
B3P2	Correlación de Pearson	,508(**)	1							
B3P3	Correlación de Pearson	,441(**)	,534(**)	1						
B3P4	Correlación de Pearson	,463(**)	,398(**)	,687(**)	1					
B3P5	Correlación de Pearson	,307(**)	,336(**)	,503(**)	,537(**)	1				
B3P6	Correlación de Pearson	,329(**)	0,125	,435(**)	,694(**)	,492(**)	1			
B3P7	Correlación de Pearson	,563(**)	,581(**)	,631(**)	,544(**)	,473(**)	,594(**)	1		
B3P8	Correlación de Pearson	,440(**)	,423(**)	,624(**)	,592(**)	,599(**)	,517(**)	,667(**)	1	
B3P9	Correlación de Pearson	,227(*)	,278(**)	,483(**)	,448(**)	,305(**)	,421(**)	,611(**)	,575(**)	1
*	La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).									
**	n muestral = 92									

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.21. Resumen del modelo(b) para el grupo personal no sanitario

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típ. de la estimación
1	,509(a)	,259	,178	,635

a. Variables predictoras: (Constante), B3P9, B3P1, B3P5, B3P2, B3P6, B3P3, B3P8, B3P4, B3P7

b. Variable dependiente: B4P3

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.22. Coeficientes(a) del modelo de regresión múltiple para el grupo personal no sanitario

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	3,315	,756		4,385	,000
B3P1	-,063	,135	-,059	-,471	,639
B3P2	-,150	,151	-,140	-,994	,323
B3P3	,153	,140	,170	1,095	,277
B3P4	,052	,191	,048	,271	,787
B3P5	,017	,125	,018	,137	,891
B3P6	,361	,135	,449	2,677	,009
B3P7	-,011	,132	-,016	-,084	,933
B3P8	-,063	,153	-,064	-,413	,681
B3P9	-,016	,124	-,017	-,131	,896

a. Variable dependiente: B4P3

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta los objetivos que son determinantes, el modelo final sería:

Modelo Final: $3,315 + 0,449 (B3P6) + u$

Para realizar los contraste de hipótesis, se pueden realizar mediante un intervalo de confianza o mediante un contraste t. Hemos escogido un contraste t puesto que es la manera más rápida y sencilla de conocer si una variable es significativa o no.

Para ello hemos seleccionado aquellas variables que pueden ser clasificatorias en el estudio del SSM (B3P1 a B3P9). Para cada objetivo se define una hipótesis que aceptaremos o rechazaremos en función del valor de t.

Si $t < 2$, en valor absoluto. Aceptamos H_0 , por tanto, la variable es no significativa.

Si $t > 2$, en valor absoluto. Rechazamos H_0 , por tanto, la variable es significativa

$R^2 = 25,90\%$. Es el coeficiente de determinación y nos indica que la legitimidad cognitiva viene determinada por los objetivos del SSM para el personal no sanitario en un 25,90 % . El resto vendría explicado por otros factores.

Los objetivos B3P1, B3P2, B3P3, B3P4, B3P5, B3P7, B3P8, B3P9 al tener una $t < 2$, en valor absoluto, no son significativos.

El objetivo B3P6 al tener una $t > 2$ ($t = 2,677$), en valor absoluto es significativo.

Es decir el personal no sanitario considera como significativo el objetivo de hacer un uso responsable de los recursos económicos disponibles.

Este objetivo es un factor sinequanon para la sostenibilidad de un sistema sanitario universal, y depende de:

Responsabilidad política.

Incremento de recursos sanitarios (para cubrir las necesidades de la población y no entrar en un sistema de racionamiento-priorización de recursos que lleven a situaciones de inequidad, que generalmente afectan a los más desfavorecidos).

Implicación de los profesionales sanitarios.

Mantener un buen nivel de eficiencia (buen aprovechamiento de los recursos en el sistema de salud).

Solidaridad (las exigencias de nuestros derechos llevan como contrapartida la responsabilidad individual de pensar en los demás conciudadanos).

Desde la Bioética hay dos maneras de distribuir recursos:

a) Rawlsiana (John Rawls-1975).

Los recursos sanitarios-sociosanitarios, deben distribuirse atendiendo exclusivamente a un criterio de equidad, es decir de forma que lleguen a todos por igual; y que en casos de desigualdad social, tengan preferencia los más desfavorecidos (los que más lo necesitan). En esto se basa el llamado Estado del Bienestar: El estado se ocupa de todo, a través del subsidio: educación, sanidad, desempleo, pensiones, etc.

Se basa en criterios únicamente de Justicia Social (equidad), sin tener en cuenta criterios económicos (eficiencia); por tanto se puede disparar el coste de la Sanidad.

b) Utilitarista (economicista).

Considera que lo ético en la distribución de recursos es que ésta se haga de acuerdo con un criterio de eficiencia: Los recursos deben utilizarse en aquellos que más puedan beneficiarse de ellos.

Introduce en sanidad elementos propios del mundo empresarial como:

Mercado - competencia

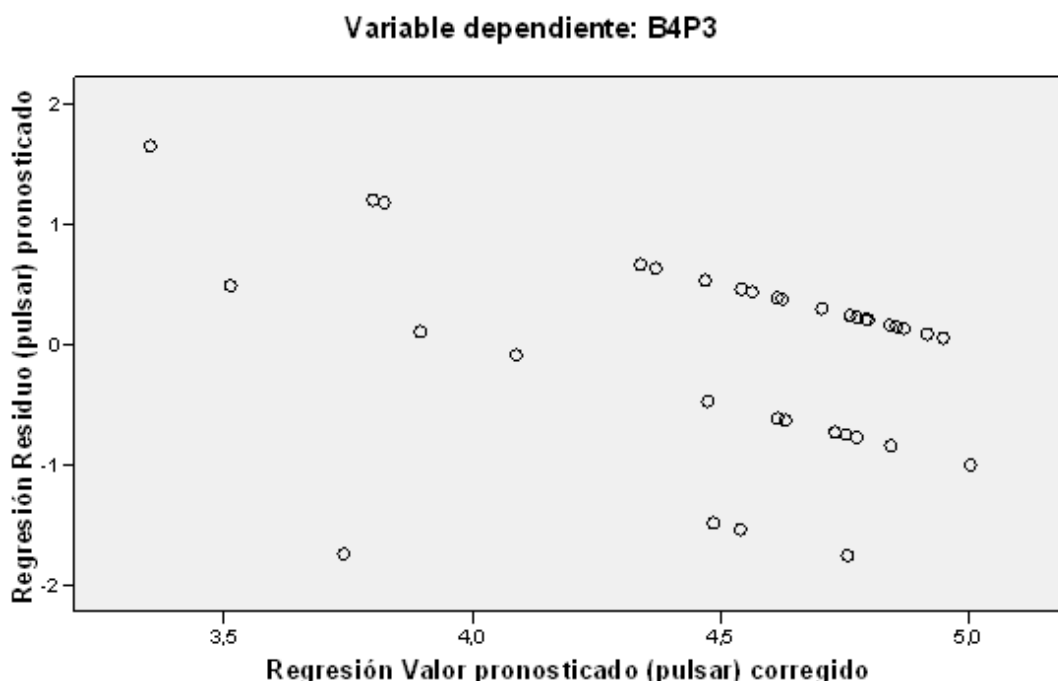
El Estado se ocupa únicamente de la organización económica del mercado.

Priorización, según criterios económicos y de coste. Se prioriza los recursos a aquellos que más puedan beneficiarse, introduciéndose las normas clínicas (protocolos, guías clínicas, etc.), esto hace que en determinadas prestaciones sanitarias puedan quedar fuera ancianos, cardiópatas que incumplen criterios de riesgo (fumadores, bebedores, etc.).

Al basarse exclusivamente en criterios de eficiencia (coste-beneficio), puede crear problemas de justicia social e inequidad en el sistema sanitario. En estos criterios se basa lo que en el mundo occidental impera en los últimos años, con la llamada Crisis del Estado del Bienestar, y su sustitución por lo que se llama la Sociedad del Bienestar: se considera

que la salud es un bien fundamentalmente individual, y poco social-colectiva. Por tanto, de su cuidado es en gran parte responsable el individuo. Se basa finalmente en que el Estado y el individuo (ciudadano-usuario) han de compartir gastos en diversos servicios tales como sanidad, educación, pensiones, etc (Larraz, J.A, 2000).

Figura 4.23. Gráfico de dispersión para el grupo personal no sanitario



4.6. CONCLUSIONES

Las conclusiones del análisis de los factores determinantes en la valoración de la legitimidad cognitiva para cada grupo poblacional analizado son como sigue:

El grupo paciente considera como variables significativas del SSM la calidad asistencial, la consecución de un SSM de referencia comparable con otras CCAA y países, un SSM que facilite información detallada y transparente de sus actividades y servicios y por último un SSM que tenga en cuenta la formación del personal sanitario en activo.

El grupo personal considera como variable significativa del SSM , garantizar las necesidades de los pacientes y el uso responsable de los recursos económicos

Analizando este grupo por cada uno de sus componentes obtenemos:

El grupo personal sanitario considera como variables significativas del SSM la tecnología, el objetivo de conseguir un SSM de referencia que permita compararse con los sistemas de otras CCAA e incluso de otros países y un sistema que facilite información detallada y transparente de todas sus actuaciones y actividades.

El grupo personal no sanitario considera como variable significativa del SSM el objetivo de hacer un uso responsable de los recursos económicos disponibles para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario

Por tanto, los grupos de presión consideran variables significativas diferentes a la hora de otorgar legitimidad cognitiva al sistema. Por ello, las acciones estratégicas para mantener o ganar legitimidad que serían efectivas deberían tener en cuenta el comportamiento de los diferentes agentes sociales del sistema.

CAPÍTULO 5

RECAPITULACIÓN Y CONSIDERACIONES
FINALES

CAPÍTULO 5.

RECAPITULACIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

5.1. INTRODUCCIÓN

Los objetivos que se han planteado en la investigación parten por un lado de la revisión de la literatura sobre el Sistema Sanitario Español y en concreto sobre el Sistema Sanitario Madrileño y por otro lado sobre la legitimidad organizativa.

En cuanto al Sistema Sanitario, el principal problema que plantea es su sostenibilidad a largo plazo debido a factores tales como el cambio en el patrón de enfermedades, el envejecimiento de la población, los avances en biomedicina o las mayores exigencias de los usuarios.

En las sociedades industrializadas, el comportamiento del gasto sanitario presenta una elasticidad superior a 1, por encima del nivel de crecimiento de la propia economía y del aumento de la demanda, que está detrás del incremento del gasto. Por lo tanto, el problema de la sostenibilidad no está tanto en el crecimiento del gasto en sanidad, que es inevitable y no necesariamente malo, sino en algunos elementos que acompañan, acentúan, desacreditan y deslegitiman ese gasto ante los diversos públicos. Estos elementos se refieren a las ineficiencias de las organizaciones sanitarias; la ausencia de sensibilidad ante el gasto y la utilización de los recursos por parte de los usuarios y de los profesionales (debido al peculiar sistema de que quien prescribe ni paga ni consume, el consumidor ni prescribe ni paga y el que paga ni prescribe ni consume); a los problemas de calidad y seguridad; y a la deficiente valoración de los servicios sanitarios por parte de la población

Abordar el problema de la sostenibilidad exige asumir cambios en los sistemas de salud, lo que requiere una visión compartida de todos los agentes del sector (grupos de presión), impulsar la innovación así como la calidad y la seguridad, avanzar en el proceso de transformación digital, realinear los incentivos de profesionales, pacientes e instituciones sanitarias, facilitar la asistencia allí donde el paciente lo necesite, ser flexible en los roles profesionales y estructuras organizativas. (Healthcast 2020).

Por otro lado, la legitimidad organizativa se remonta a los estudios de Weber (1946), considerado como la persona que introdujo la legitimidad en la sociología y, por tanto, en el estudio de la organización (Ruef y Scott, 1998).

Nuestra investigación se ha centrado en la definición y dimensiones de legitimidad propuestas por Suchman.

Suchman (1995:574) define la legitimidad como “la percepción generalizada o asunción de que las actividades de una entidad son deseables, correctas o apropiadas dentro de algún sistema socialmente construido de normas, valores, creencias y definiciones.

Suchman distingue tres dimensiones de legitimidad: pragmática, moral y cognitiva.

La legitimidad pragmática se da cuando los objetivos se encuentran en consonancia con los intereses de los grupos de presión y se reconoce en una organización cuando se ejecuta acciones dirigidas a la obtención de esos objetivos.

La legitimidad moral generalmente se analiza evaluando la deseabilidad de los outputs, las técnicas, procedimientos y la estructura organizativa utilizados para alcanzar los objetivos (Scott, 1977; Scott y Meyer, 1991)

La legitimidad cognitiva se analiza evaluando la adecuación, las técnicas y los procedimientos utilizados para alcanzar los objetivos. No es tan importante la deseabilidad del objetivo o de las acciones llevadas a cabo para conseguirlo, sino la adecuación de la técnica utilizada en las acciones conducentes a su consecución.

Durante el desarrollo de este capítulo haremos una recapitulación de las preguntas e hipótesis planteadas en la investigación, así como las respuestas obtenidas del análisis de los resultados, estudiando las limitaciones e implicaciones de todo el trabajo de investigación.

En cuanto a la legitimidad del SSM, la investigación distingue cuatro fuentes de legitimidad o grupos poblacionales que ejercen presión sobre el sistema:

1. Pacientes
2. Personal (incluye sanitario y no sanitario)
3. Personal sanitario
4. Personal no sanitario

El grupo dos también lo hemos estudiado de forma separada, dando lugar al grupo 3 y 4.

El Estado, también es un grupo de presión, nos referimos a la Administración o el gobierno, quienes a través de sus políticas influyen en la legitimidad del sistema. Pueden aumentar o disminuir la legitimidad del SSM.

El Estado trata de mantener y fortalecer las relaciones con las entidades de direccionamiento, vigilancia y control de los hospitales, como cumplimiento legal y bajo criterios de transparencia y anticorrupción.

Este grupo poblacional no se ha tenido en cuenta a la hora de hacer el análisis.

5.2. APORTACIONES DE LOS ANÁLISIS REALIZADOS

5.2.1. Conclusiones del análisis por grupo poblacional y por intervalo de edad

En el capítulo 3, siguiendo las propuestas de Suchman (1995) y Díez Martín et al. (2010b), nos preguntábamos sobre los conflictos y sinergias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad en el SSM y las relaciones entre las distintas fuentes de legitimidad.

Los resultados alcanzados han confirmado que la legitimidad del SSM depende significativamente y positivamente de las dimensiones pragmática, moral y cognitiva.

Sin embargo el grado de influencia es dispar y depende de la fuente de legitimidad.

Los diferentes grupos de presión (pacientes, personal sanitario y no sanitario) coinciden en que la dimensión cognitiva es la que mayor presión ejerce sobre este sector, es decir, la legitimidad del SSM dependerá en mayor grado de la forma en que se aplican los objetivos y en menor medida de la moralidad de los objetivos y de su propia ejecución.

Sin embargo existen diferencias entre la legitimidad pragmática y la moral. Los pacientes dan más importancia a la segunda, la moral y el personal sanitario y no sanitario a la primera, la pragmática lo cual era de esperar, es decir, los pacientes dan más importancia a la moralidad de los objetivos que a su propia ejecución, para el personal sanitario y no sanitario es justo al contrario.

Estos resultados eran esperados dada la disparidad existente entre los grupos poblacionales definidos para el SSM, por ejemplo respecto a la formación, cultura, etc

El personal sanitario y no sanitario tiene un mayor conocimiento del funcionamiento del SSM y mayor información debido a su formación ya que trabaja dentro del sistema.

Por otro lado, analizamos los conflictos y sinergias que se producen entre las dimensiones de la legitimidad (pragmática, moral y cognitiva) centrándonos en los cuatro intervalos de edad definidos (hasta 30 años, entre 32 y 45 años, entre 46 y 65 años, más de 65 años) y concluimos que las edades si influyen en la legitimidad pragmática y moral pero no en la legitimidad cognitiva.

Los menores de 30 años y mayores de 65 confieren más importancia a la legitimidad cognitiva, seguida de la moral y por último la pragmática.

Aunque hay que puntualizar que los resultados para los mayores de 65 años no son representativos dado el tamaño de la muestra.

Los mayores de 30 y menores de 65 confieren más importancia a la legitimidad cognitiva, seguida de la pragmática y por último la moral.

5.2.2. Conclusiones del análisis de los factores determinantes en la legitimidad cognitiva del Sistema Sanitario Madrileño por grupos poblacionales

En el capítulo 4, hemos estudiado los factores determinantes en la legitimidad cognitiva para cada grupo poblacional, dado que es la dimensión de la legitimidad a la que los diferentes grupos de presión confieren más importancia.

Para ello tuvimos en cuenta nueve factores relacionados con el éxito del SSM, es decir, se definieron nueve objetivos que debe cumplir todo sistema sanitario y se hizo un análisis de regresión múltiple.

Los resultados demostraron que los nueve objetivos tienen un grado de correlación alto, mayor en los pacientes que en el personal sanitario y no sanitario, lo cual puede resultar lógico, ya que el personal (sanitario y no sanitario) puede tener un grado de comprensión de los objetivos mayor, es decir, pueden apreciar más las diferencias entre los nueve objetivos planteados, al tener un mayor conocimiento del sistema.

En los pacientes el objetivo de calidad asistencial es el que más relacionado está con el resto de objetivos y dada la diversidad de pacientes, es entendido de manera diferente. Para unos la calidad se traduce en su curación, para otros en la efectividad e igualdad en la atención, para otros en reducción de los tiempos de espera, etc

Por tanto, la calidad es un concepto muy amplio que abarca el conjunto de objetivos planteados.

Para el grupo pacientes los factores determinantes del SSM son la calidad asistencial, la consecución de un SSM de referencia comparable con otras CCAA y países, un SSM que facilite información detallada y transparente de sus actividades y servicios y por último un SSM que tenga en cuenta la formación del personal sanitario en activo.

Todos los factores determinantes se relacionan de manera positiva con la legitimidad cognitiva a excepción de la consecución de información detallada y transparente que se relaciona de manera negativa. La justificación de ello la encontramos en que los pacientes lo que buscan es la calidad asistencial que se traduce en rápido diagnóstico, tratamiento, y

curación de la enfermedad, depende de la diversidad de los pacientes y no tanto recibir información sobre las posibilidades del hospital, ya que un exceso de información puede producir problemas de percepción.

Para el personal sanitario los factores determinantes del SSM son la tecnología, conseguir un sistema de referencia que pueda compararse con el de otras CCAA y países y que facilite información detallada y transparente de todas sus actuaciones y actividades.

La tecnología es un factor determinante para el personal sanitario ya que se apoya en ella para el desarrollo de su trabajo, además se relaciona de manera positiva con la legitimidad cognitiva, es decir, un aumento o mejora de la tecnología aumentará la legitimidad cognitiva del sistema

Sin embargo conseguir un sistema de referencia que pueda compararse con el de otras CCAA y otros países a pesar de ser un factor determinante del sistema, se relaciona de manera negativa con la legitimidad cognitiva. Ello se debe a que el personal sanitario lo que busca es información detallada y concreta sobre su departamento y no tanto recibir información sobre las posibilidades del hospital que ya las conoce o sobre otros departamentos ajenos a él.

Para el personal no sanitario los factores determinantes del SSM son hacer un uso responsable de los recursos económicos disponibles para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Esto se justifica porque el personal no sanitario engloba entre otros al personal de administración del hospital, y este maneja las cifras de gastos y consumos del centro, es decir, conoce los niveles de gestión y administración y no está en contacto directo con el paciente, por lo que la legitimidad cognitiva para ellos está condicionada a los objetivos que conoce.

Si analizamos de forma conjunta el personal sanitario y no sanitario los resultados arrojan que las variables significativas del SSM son garantizar las necesidades de los pacientes y hacer un uso responsable de los recursos.

Los resultados han demostrado que las evaluaciones de los pacientes, personal sanitario y personal no sanitario sobre la legitimidad cognitiva son diferentes y se apoyan en diferentes variables significativas, fundamentalmente en la calidad asistencial para los pacientes, en la tecnología para el personal sanitario y en un uso adecuado de los recursos disponibles para el personal no sanitario.

Por ello, las acciones estratégicas para mantener o ganar legitimidad que serían efectivas deberían tener en cuenta el comportamiento de los diferentes actores sociales del sistema.

5.3. IMPLICACIONES GERENCIALES

Los resultados de la investigación sugieren varias implicaciones para los gerentes de las organizaciones, concretamente para los gerentes de los hospitales que nos llevan a proponer que estos desarrollen el objetivo de legitimidad dentro de la planificación de sus organizaciones en un entorno de restricciones presupuestarias.

En nuestro análisis tanto los pacientes como el personal sanitario y no sanitario valoran la dimensión cognitiva de la legitimidad por encima del resto de dimensiones de legitimidad. Aunque existen diferencias entre las valoraciones de las dimensiones pragmática y moral que dan los grupos de presión. Por tanto esta investigación sugiere que no todas las dimensiones de legitimidad conducen a la obtención de mejores resultados organizativos o permiten un mejor acceso a los recursos necesarios. De esta forma consideramos que los gerentes deberían realizar un análisis de legitimidad teniendo en cuenta las dimensiones de la legitimidad que priorizan los distintos actores sociales del sistema.

Los resultados han demostrado que las evaluaciones de pacientes y personal sanitario son diferentes. Por ello las acciones estratégicas serían más efectivas segmentadas por miembros de la comunidad hospitalaria. Las acciones estratégicas para ganar legitimidad pragmática serían más eficaces cuando se dirijan hacia el personal sanitario. Mientras que las acciones estratégicas para obtener legitimidad moral serían más eficaces cuando se dirijan a los pacientes. Por último las acciones estratégicas para ganar legitimidad cognitiva

serían muy recomendables en este sector ya que es la que más valoran los distintos actores sociales que intervienen en el SSM

Por tanto, para la formulación de acciones estratégicas para obtener legitimidad se debe tener en cuenta el público al que van dirigidas. Los resultados sugieren que para aumentar la legitimidad del SSM en los hospitales públicos de la CAM convendría desarrollar estrategias diferenciadas para los distintos miembros de los hospitales.

Así proponemos que los hospitales con menor legitimidad en el SSM desarrollen estrategias para ganar legitimidad. Para ello pueden seguir las propuestas estratégicas de Suchman (1995). Algunas acciones que permiten ganar legitimidad son: actividades de marketing, disponer de un equipo directivo con buena reputación, cumplir las leyes y normas impuestas por el gobierno, asociarse con organizaciones respetadas en el entorno, imitar la estructura, procedimientos, forma de actuar de las organizaciones más destacadas y seguras en el sector.

Por otra parte, sugerimos que los hospitales donde el SSM ha adquirido un mayor grado de legitimidad, podrían desarrollar acciones o estrategias para mantenerla, tales como mantenerse alerta incluyendo en los procesos de toma de decisión a miembros del entorno (Pfeffer, 1981), crear equipos cuyo objetivo fuese cuestionar todos los conceptos y actuaciones que se dan por sentado en la organización (Ashforth y Gibbs, 1990), proteger los logros alcanzados mediante la creación de redes sociales con las que se desarrolle interacción frecuente que pueda resistir y reparar las divergencias en las formas de interpretación (pfeffer, 1981)

Como conclusión final de carácter gerencial, queremos destacar que en esta investigación se ha demostrado que los hospitales, al igual que el resto de organizaciones, no son simplemente elementos pasivos del proceso de legitimación, sino que pueden trabajar activamente para influenciar y manipular las percepciones del entorno. Estos resultados siguen la misma línea de pensamiento propuesta por Suchman (1995) y Oliver (1991) y demostrada por Elsbach y Sutton (1992), Alcantara et al (2006) y Tornikoski y Newbert (2007) en distintos entornos sectoriales.

5.4. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados de este estudio deben interpretarse con cautela y considerarse como aproximaciones hasta que puedan ser confirmados con nuevos estudios empíricos.

En primer lugar, destacamos que nuestro estudio se ha centrado sobre un proceso institucional muy específico que presenta unas particularidades especiales. Por ello, los resultados podrían aplicarse únicamente para esta tipología de proceso institucional, especialmente en aquellos pertenecientes a ámbitos públicos y sanitarios. Futuras investigaciones podrían comparar los resultados aquí obtenidos con los de hospitales de otros países, o incluso con los hospitales privados de la CAM.

En segundo lugar, la metodología empleada, el muestreo por conveniencia tiene limitaciones en la generalización y las posibles inferencias que pueden surgir sobre toda una población.

En tercer lugar, el tamaño de la muestra utilizada no permite la generalización de los resultados a todo el sector. Futuras investigaciones podrían aumentar la muestra con hospitales pertenecientes a otras CCAA. Esta ampliación de la muestra aumentaría la heterogeneidad de los datos, sin embargo permitiría generalizar las conclusiones y comparar resultados. En este sentido, para el análisis de muestras de mayor tamaño podrían utilizarse aproximaciones paramétricas que pudieran proporcionar una mayor validez a los resultados alcanzados por esta investigación.

En tercer lugar, habría que profundizar más en las relaciones negativas que se establecen entre los factores determinantes del SSM del grupo pacientes y el personal sanitario y la legitimidad cognitiva.

Una posible futura línea de investigación debe abordar el por qué los pacientes establecen una relación negativa entre el objetivo de conseguir información detallada y transparente sobre los servicios del hospital y la legitimidad cognitiva de este.

De la misma manera habría que abordar el por qué el personal sanitario establece una relación negativa entre el objetivo de conseguir un SSM de referencia comparable entre CCAA y países y la legitimidad cognitiva del sistema.

Además de las líneas de investigación que se desprenden de las propias limitaciones del trabajo, también hemos considerado algunas propuestas de interés. De este modo, pensamos que en futuros trabajos sería interesante comprobar si las fuentes de legitimidad de otros sectores de legitimidad también muestran evaluaciones dispares. También, al igual que Suchman (1995), consideramos que deberían realizarse perfiles de legitimidad de cada sector, para poder compararlos entre sí. A su vez, estos perfiles podrían realizarse periódicamente y así poder realizar estudios longitudinales del sector. Por último, habría que investigar el efecto de las estrategias para ganar y mantener legitimidad sobre la legitimidad organizativa.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Abajo Quintana, 1.1. y Besteiro Rivas, J.: Código de Sanidad y Consumo, tomos 1 y 2, Boletín Oficial del Estado, Madrid 1997.

Abraham, J. (2009), Partial Progress: Governing the Pharmaceutical Industry and the NHS, 1948-2008. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34(6): 931-77.

Abrahamson, E., y Fairchild, G. (1999). Management fashion: Lifecycles, triggers, and collective learning processes. *Administrative Science Quarterly*, 44, pp. 708-740

Acerete, B.; A. Stafford y P. Stapleton (2011), "Spanish healthcare public-private partnerships: the 'Alzira model'", *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6): 533-549.

Aikin, K. J., Swasy, J. L., & Braman, A. C. (2004). Patient and physician attitudes and behaviors associated with DTC promotion of prescription drugs: Summary of FDA survey research results. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration.

Ahn, N., Alonso Meseguer, J., Herce San Miguel, J. A. (2003), Gasto sanitario y envejecimiento de la población española. Documento de Trabajo nº 7. Madrid: Fundación BBVA

Alcantara, L; Mitsuhashi, H. y Hoshino, Y. (2006). Legitimacy in international joint ventures: It is still needed. *Journal of International Management*, 12, 4, pp. 389-407.

Alcantara Moreno, Gustavo. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens (online)*, vol.9, n.1, pp. 093-107

Aldrich, H. E. (1995). Entrepreneurial strategies in new organizational populations, en I. Bull, H. Thomas y G. Willard (Eds.) *Entrepreneurship: Perspectives on theory building*: pp. 91-108. New York: Elsevier

Aldrich, H. y Fiol, C. (1994). Fools rush in? The institutional context of industry creation. *Academy of Management Review*, 19, 4, pp. 645-670.

Alonso J., Calderón C., Duque F., García P., Ortuño I. (2001) *Organización y Gestión Sanitaria*. Anexos.

Amnistía Internacional, Médicos del mundo, Red Acoge y Sociedad Española de Medicina de familia comunitaria (SEMFYC) (2012), Con la reforma sanitaria entra en vigor una nueva violación de derechos humanos:

<http://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/con-la-reforma-sanitariaentra-en-vigor-una-nueva-violacion-de-derechos-humanos/>.(septiembre 2012).

Antoine-Grègoire, J.L.(2012), El Respeto de los Derechos Fundamentales en la Unión Europea.http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/es/FTU_2.1.pdf. (septiembre 2012).

Archibald, M. E. (2004). Between isomorphism and market partitioning: How organizational competencies and resources foster cultural and sociopolitical legitimacy, and promote organizational survival en C. Johnson (Ed.), *Research in the Sociology of Organizations*, 22, pp. 171–211. Amsterdam: Elsevier JAI.

Armando Martín Zurro y Gloria Jodar Solá. (2001). *Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria* Published by Elsevier España, S.A.

Arranz, L. (1991), El sistema público de salud en España (pasado, presente y futuro). Memoria histórica de la transformación del Seguro de Enfermedad en España. Madrid (mimeo).

Ashforth, B. E., & Gibbs, B. W. (1990). The double-edge of organizational legitimation. *Organization Science*, 1(2),177–194

Ballesteros, F. y Font, A. (2004): El despertar del e-procurement en las Administraciones Públicas, ICE, n.º 813, febrero 2004.

Bansal, P. y Clelland, I. (2004). Talking trash: Legitimacy, impression management, and unsystematic risk in the context of the natural environment *Academy of Management Journal*, 47, 1, pp. 93-103.

Baum, J. A. C., y Powell, W. W. (1995). Cultivating an institutional ecology of organizations: Comment on Hannan, Carroll, Dundon, and Torres. *American Sociological Review*, 60, pp. 529–538.

Becker, S. Gary. (1965). “A theory of the allocation of time”. *Economic Journal* LXXX (200): 493-517, Septiembre.

Behrman, Jere. (1984). “Determinants of Women’s Health Status and HealthCare Utilization in a Developing Country: A Latent Variable Approach”. *Review of Economics and Statistics*. 56 (4): 703-720.

Behrman, Jere and A. Deolalikar (1988). “Health and Nutrition”. In Chenery H. and T. N. Srinivasan (eds.). *Handbook of Development Economics 1*: 631-711. New York, North Holland. 4. Behrman, Jere R. 1990. “Macroeconomic Adjustment, Household Food Consumption, Nutrient Intakes, and Health Status”. En *Macroeconomic Reforms, Poverty and Nutrition: Analytical Methodologies*. New York: Cornell Food and Nutrition Policy Program.

Behrman, J. (1993). “The economic rationale for investing in nutrition in developing countries”. *World Development*, 21: 1749-1771.

Bernaldo L, Bandow D, Tannen M, Corona J, Goodman J, Musgrave G. (1998) Alternativas de reforma para la sanidad pública. Madrid: Círculo de Empresarios;. Boletín 63.

Barrera, Albino. (1990). “The Role of Maternal Schooling and Its Interaction with Public Health Programs in Child Health Production”. *Journal of Development Economics*. 32: 69-91.

Betancourt Betancourt, JA., Cerero Morales, RJ. (2009) Enfoque de los sistemas complejos en seguridad del paciente. Revista Electrónica «Archivo Médico de Camagüey» <http://www.amc.sld.cu/amc/2009/Vol13n5/html/amc150509.html>

Bortree, D. S. (2009). The impact of green initiatives on environmental legitimacy and admiration of the organization. *Public Relations Review*, 35, 133–135.

Boyd, J. (2000). Actional legitimation: No crisis necessary. *Journal of Public Relations Research*, 4, 341–353.

Bozeman, B. (1993). Understanding the roots of publicness, en Sutton, B. (Ed), *The legitimate corporation*. Cambridge, MA: Blackwell

Broadbent, J. y Laughlin, R. (2003), “Public private partnerships: an introduction, Accounting”, *Auditing & Accountability Journal*, 16(3), 332-341.

Brummer, J. J. (1991). *Corporate responsibility and legitimacy: An interdisciplinary analysis*. New York: Greenwood.

Buse, K. y Harmer, A. (2004), “Power to the Partners?: The politics of public-private health partnerships”, *Development*, 47(2): 49-56.

Bombillar Sáenz, F.M. (2010), *Intervención Administrativa y Régimen Jurídico del Medicamento en la Unión Europea*, Tesis Doctoral, Universidad de Granada. <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/18645781.pdf>. (septiembre 2012)

Cabo Salvador Javier. *Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios*. Publicado en la Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo: <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>(Febrero 2015).

Cabo Salvador, Javier. (2010). *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada*, CEF- Centros de estudios financieros.

Castelao Rodriguez. (1997) *Competencias sanitarias de las Entidades Locales*, en *Derecho Local Especial*, Tomo I, Abella, Madrid.

Cavas Martínez, F. y Sánchez Triguero, C. (2005), “La protección de la salud en la Constitución Europea”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Núm. 57, pp. 401 y 402:

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/57/Est20.pdf. (febrero 2013)

Cava de Llano, M.L. (2012), *Inmigrantes en situación administrativa irregular y derecho de asistencia sanitaria*.

<http://www.diarioinformacion.com/opinion/2012/08/28/inmigrantes-situacionadministrativa-irregular-derecho-asistencia-sanitaria/1288443.html>. (septiembre 2012).

Cepal Serie de Políticas Sociales N^o 121. (2006) “La reforma al Sistema de Salud Chileno desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Marcelo Drago. Santiago de Chile.

Center for Economic and Social Rights et al. (2012), *Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Examen del 5º Informe Periódico de España*, 48º sesión del CESCR

http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/ngos/JointSubmission19NGOs_Spain_CESCR48_sp.pdf. (septiembre de 2012)

Churchill, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16,64–73.

Colgrove J. The McKweon Thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am. J. Public Health* 2002; 92: 725-729.

Coombs, W. T. (1992). The failure of the task force on food assistance: A case study of the role of legitimacy in issue management. *Journal of Public Relations Research*, 4(2), 101–122.

Cruz Suárez, A. (2012). Tesis Doctoral "La legitimidad de las universidades en el espacio europeo de educación superior. El caso de las universidades públicas de la Comunidad de Madrid", Universidad Rey Juan Carlos

De Bettignies, J.E. y Ross, T.W. (2004), "The Economics of Public-Private Partnerships", *Canadian Public Policy- Analyse de Politiques*, 30(2): 135-154.

Deephouse, D. L. (1996). Does isomorphism legitimate? *Academy of Management Journal*, 39(4), 1024–1039.

Deephouse, D. L. (1999). To be different, or to be the same? It's a question (and theory) of strategic balance. *Strategic Management Journal*, 20, pp. 147–166.

Deephouse, D. L. (2000). Media reputation as a strategic resource: An integration of mass communication and resource-based theories. *Journal of Management*, 26, pp. 1091–1112.

Deephouse, D. L., & Carter, S. M. (2005). An examination of differences between organizational legitimacy and organizational reputation. *Journal of Management Studies*, 42(2), 329–350.

Deephouse, D. y Suchman, M. (2008). Legitimacy in Organizational Institutionalism, en Greenwood, R., Oliver, C., Suddaby, R. y Sahlin-Andersson, K. (Eds), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*. London: Sage.

Del Llano Señarís J, Millán Núñez-Cortés J. (2002). Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)*;118:337-8.

Deolalikar, Anil. (1988). "Nutrition and Labor Productivity in Agriculture: Estimates for Rural South India". *The Review of Economics and Statistics*. 70 (3): 406-413.

Díez Martín, F., Blanco-González, A. y Prado-Román, C (2010a). Legitimidad como factor clave del éxito organizativo. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de Empresa*, 16, 3, pp. 127-143

Díez Martín, F., Blanco-González, A. y Prado-Román, C (2010b). Medición de la legitimidad organizativa. El caso de las sociedades de garantía recíproca. *Cuadernos de economía y Dirección de Empresas* 43, pp. 115-143

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48, 147–160.

DiMaggio, P. J., y Powell, W. W. (1991). Introduction, en W. W. Powell, y P. J.

DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*., pp. 1–38. Chicago, IL: University of Chicago Press.

DiMaggio, P. J. (1995). Comments on ‘What theory is not’. *Administrative Science Quarterly*, 40, pp. 391–397

Docteur, E. y Oxley, H. (2003): "Health-care systems: lessons from the reform experience", Working papers 374, OCDE.

Dowling, J., & Pfeffer, J. (1975). Organizational legitimacy: Social values and organizational behavior. *Pacific Sociological Review*, 18(1), 122–136

Drori, I. & Honig, B. (2013). A Process Model of Internal and External Legitimacy. *Organization Studies*, 34(3), 345–376

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programs*. 2º edición Oxford: Oxford University Press; 1997. 7.

Meltzer MI. Introduction to health economics for physicians. *Lancet* 2001; 358 (9286): 993-8.

Drummond MF, Cooke J, Walley T. (1996) *Economic evaluation in healthcare decision-making: evidence from the UK*. York: University of York Centre for Health Economics;

Durand, R., y McGuire, J. (2005). Legitimizing agencies in the face of selection: The case of AACSB. *Organization Studies*, 26, pp. 165–196.

Economía. Revista en Cultura de la Legalidad N° 5, septiembre 2013 – febrero 2014, pp. 95-115 ISSN 2253-6655. La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular Margarita Lema Tomé Asociación Derecho, Laicidad y Libertades.

Elsbach, K. D., & Sutton, R. I. (1992). Acquiring organizational legitimacy through illegitimate actions: A marriage of institutional and impression management theories. *Academy of Management Journal*, 35(4), 699–738.

Elsbach, K. D. (1994). Managing organizational legitimacy in the California cattle industry: The construction and effectiveness of verbal accounts. *Administrative Science Quarterly*, 39, 57–88

Elsbach, K. D., y Kramer, R. M. (1996). Members' responses to organizational identity threats: Encountering and countering the Business Week rankings. *Administrative Science Quarterly*, 41, pp. 442–476.

Etzioni, A. (1987). Entrepreneurship, adaptation and legitimation: A macro-behavioral perspective. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 8, 175–189.

Fenin, Federación Española de empresas de Tecnología Sanitaria, julio 2013. Estudio sobre Responsabilidad Social Empresarial entre los asociados de Fenin.

Fernández Pastrana, J.M. (1984). El servicio público de la Sanidad: el marco constitucional, Editorial Cívitas, Madrid.

Galaskiewicz, J. (1985). Interorganizational relations. *Annual Review of Sociology*, 11, pp. 281–304.

García-Marco C. (2007) La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿buena, bonita y barata? *Rev Admin Sanitaria*. 5(1):17-34.

Glynn, M. A., y Abzug, R. (2002). Institutionalizing identity: Symbolic isomorphism and organizational names. *Academy of Management Journal*, 45, pp. 267–280.

Goldsmith, J. (2003): "Medicina digital, implicaciones para los líderes sanitarios", www.healthfutures.net.

González-López-Valcárcel B. ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J, editor. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes Fundación Rafael Campalans; 2006. p. 101-21.

Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En: Del Llano Señalís J, Ortón Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez Cortés, Gené Badía J, et al. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998; p. 147-62.

Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91, pp. 481–510.

Greenwood, R., Suddaby, R. y Hinings, C. R. (2002). Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of Management Journal*, 45, 58-80.

Greenwood, R., y Empson, L. (2003). The professional partnership: Relic or exemplary form of governance? *Organization Studies*, 24, pp. 909–933.

Grimsey, D. y Lewis, M.K. (2005), "The Economics of Public Private Partnerships", Cheltenham, Edward Elgar Publishing Ltd.

Guasch, J.L. (2004), "Granting y renegotiating infra-structure concessions -doing it right" (*WBI Development Studies*), Washington, The World Bank.

Haddad, Lawrence, Kennedy, Eileen y Sullivan, Joan. (1994). "Choice of Indicators for Food Security and Nutrition Monitoring". *Food Policy*. 19 (3): 329-343.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ:Prentice Hall.

Hannan, M. T., Dundon, E. A., Carroll, G. R., y Torres, J. C. (1995). Organizational evolution in a multinational context: Entries of automobile manufacturers in Belgium, Britain, France, Germany, and Italy. *American Sociological Review*, 60, pp. 509–528.

Hannan, M. T., y Carroll, G. R. (1992). *Dynamics of Organizational Populations: Density, Legitimation, and Competition*. New York: Oxford University Press. Harris, S. G. (1994). Organizational culture and individual sensemaking - a schema-based perspective. *Organization Science*, 5, 309-321.

Hearit, K. M. (1995). Mistakes were made: Organizational, apologia, and crises of social legitimacy. *Communication Studies*, 46(1),1–17.

Heckman, James. (1979). "Sample Selection Bias as a Specification Error". *Econometrica*. 47 (1): 143-161.

Hegtvedt, K. (2004). Legitimizing legitimacy: Shaping a new frontier of research. *Social Justice Research*, 17(1), 93–109.

Hernandez Pascual J., La participación de los asegurados en los costes de los servicios sanitarios en los países de la CEE. *Salud* 2000

Hernández Yáñez, J. (2010), La enfermería frente al espejo: mito y realidades. Documento de Trabajo 162/2010. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.

Ibañes, L. G. (2011), La Ley de Universalización de la Sanidad dará cobertura a 200.000 personas. Diario Médico, 6 de abril, pp. 1 y 4.

Ibern, Pere. (1999) Springer Science & Business Media.

Improving Health Sector Efficiency. OECD Health Policy Studies. 2010 [acceso 28 de julio de 2010]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/oecd_ict_en.pdf

Iniesta, A. (2007): "Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud", Documento de trabajo 123/2007, Fundación Alternativas, Madrid 2007. Martín, J.J. (2007): en la Financiación del Gasto Sanitario (J. M. Cabases, director), Fundación BBVA.

Jemai N, Thomson S, Mossialos E. An overview of cost sharing for health services in the European Union Euro Observer. 2004; 6(3): 1-3.
http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver6_3.pdf

Johnson, C., Dowd, T. J., & Ridgeway, C.L. (2006). Legitimacy as a social process. Annual Review of Sociology, 32, 53–78.

Joreskog, K. G. (1969). A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. Psychometrika, 34, 183–202.

Kostova, T., & Zaheer, S. (1999). Organizational legitimacy under conditions of complexity: The case of the multinational enterprise. Academy of Management Review, 24(1), 64–81.

Lamata F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid. Díaz de Santos, 1998.

Lamata F. Editor. Manual de Administración y gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998.

Lee, Lung-Fei. 1983. "Generalized Econometric Models with Selectivity". *Econometrica*. 51 (2): 507-512.

Lee, Lung-Fei, "Some approaches to the Correction of Selectivity Bias". *Review of Economic Studies*, 49: 355-372.

Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril.

Loperena Rota, D. (1991) "La protección de la salud y el medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona en la Constitución", *Estudios sobre la Constitución Esparzo/a. Homenaje al Prof García de Enterría*, tomo II, Civitas, Madrid.

Low, B. y Johnston, W. (2008). Securing and managing an organizations network legitimacy: The case of Motorola China. *Industrial Marketing Management*, 37, 7, pp. 873-879.

Macia Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema nacional de salud español. Características y análisis. *Enfermería Global*. 2007;10:1-14.

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, y grupo de trabajo de atención primaria de salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21:73-84.

Maddala, G.S. 1983. *Limited Dependent and Qualitative Variables in Econometrics*. Cambridge: Cambridge University Press. *Econometric Society Monographs*, N° 3.

Martín JJ. Cambio e innovación institucional. Informe SESPAS1997. Granada: EASP,1998.

Martín Zurro A, Ledesma Castellort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud. Balance y perspectivas. *Aten Primaria*. 2000;25:48-58.

Martínez F, Lamata F. El Sistema Nacional de Salud. En: Lamata F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid. Díaz de Santos. 1998.

Martínez Navarro F., Antó J.M., Castellanos P.L., Gili M., Maset p., Navarro V. Salud Pública. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid 1998.

Martínez Rodríguez A. Fisioterapia en Atención Primaria. En: Martínez Rodríguez A, coord. Madrid: Síntesis; 2008.

Marsh, H. W., Balla, J. R., & Hau, K. T. (1996). An evaluation of incremental fit indices: A clarification of mathematical and empirical processes. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques* (pp.315–353). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Massey, J. E. (2001). Managing organizational legitimacy: Communication strategies for organization in crisis. *The Journal of Business Communication*, 38(2), 153–183.

Mc Kweon T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* (2nd ed.) Oxford: Basil Blackwell, 1979.

Menéndez Rexach, A. (2008), *La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad*. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 6(2): 269-96.

Meneu, R. (2005), “Regulación y competencia en el sector farmacéutico”. En Oteo Ochoa, L. A., Repullo Labrador, J. R. (coord.), *Un nuevo contrato social para el SNS*. Madrid: Ariel-CCOO. pp. 165-81.

Meneu, R. (2008), *La distribución y dispensación de medicamentos en España*, Documento de trabajo 130/2008. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.

Meyer, J. W., y Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, pp. 340–363.

Meyer, J. W., & Scott, R. (1983). *Organizational environments: Ritual and rationality*. Beverly Hills, CA: Sage. Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of Management Review*, 16(1), 145–179.

Mezias, S. J., y Boyle, E. (2005). Blind trust: Market control, legal environments and the dynamics of competitive intensity in the early American film industry 1893–1920. *Administrative Science Quarterly*, 50, pp. 1–34.

Miles, R. H. (1982). *Coffin Nails and Corporate Strategies*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Milos Jenicek M.D. *Epidemiología. La lógica de la medicina moderna*. Ed. Masson. Barcelona 1996.

Mincer, Jacob (1962). “On-the-job Training: Costs, Returns and Some Implications”. *Journal of Political Economy* 70 (5): 50-79, Octubre.

Ministerio para las Administraciones Públicas: Régimen de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas: Sanidad, Madrid 1992.

Mochón Morcillo F. *Manual de Organización y Gestión Sanitaria*. 2001.

Muñoz Machado, S.: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial, Madrid 1995.

National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. <http://www.napra.org/>.

Navarro López V, Martín Zurro A. *La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2009.

Navarro, V. (1989), Why some countries have National Health Insurance, others have National Health Services, and the United States have neither. *Int. J. Health Serv.*, 19(3): 383-404.

Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL,

Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. *Gac San* 1995; 9:202-9.

Navarro, V., Elola, J. (1995), Análisis de las políticas sanitarias españolas 1975-1992. *Sistema*, 126: 19-39.

Navarro, V. (2009), La muy limitada democracia de EE UU. *Público*, 24 de septiembre, p. 7, col 1-4.

OCDE (1994), Health Care Reform: Issues for Discussion. Paris, OECD Working Paper No. 1 of the Economic Policy Committee. Paris: OECD.

OCDE (2004), Eco-Salud OCDE 2004. París: OCDE.

OCDE (2006), Projecting Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers? OECD Economics Department Working Papers, No. 477. París: OCDE.

Office of Technology Assessment. Medical Technology under proposals to increase competition in health care. Report OTA-H-190. Washington DC: US Government Printing Office, 1982.

Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of Management Review*, 16, 1. pp. 145-179.

OMS (2000), World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance. Accesible en www.who.int/.

Ortún, V. et al. (2001), El sistema de financiación capitativa: posibilidades y limitaciones, *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*; 35: 8-16.

Ortún Rubio V (1995). *Clínica y gestión*. *Med Clin (Barc)*;104:298-300.

Ortún Rubio V, editor. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson, 2003.

Parsons, T. (1956). Suggestions for a sociological approach to the theory of organizations. *Administrative Science Quarterly*, 1, pp. 63–85.

Parsons, T. (1960). *Structure and process in modern societies*. Glencoe, IL.: Free Press.

Parsons, T. (1963). On the concept of influence. *Public Opinion Quarterly*, 27, 63–82.

Pauly, M. V. (2005), Competition and new technology. *Health Affairs*, 24: 1523-35.

Peiró S. ¿Son siempre odiosas las comparaciones?. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002;4(2) Editorial: 35-7.

Pemán Gavin, J.: *Derecho a la salud y Administración Sanitaria*. Publicaciones del Real Colegio de Bolonia, Bolonia 1989.

Pérez Gómez, J.M., Pérez López, R., y Valcarcel Teijeiro, N.: *Código Sanitario de Galicia*, Fundación Profesor "Novoa Santos", A Coruña, 1997.

Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). Organizational decision making as a political process: The case of a university budget. *Administrative Science Quarterly*, 19, 135–151.

Pfeffer, J., y Salancik, G. R. (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper & Row.

Phillips, D. J., y Zuckerman, E. W. (2001). Middle-status conformity: Theoretical restatement and empirical demonstration in two markets. *American Journal of Sociology*, 107, pp. 379–429.

Phillips, D. J., y Zuckerman, E. W. (2007). High-status deviance or conformity? Silicon Valley law firms' engagement in family and personal injury law. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, in New York City, NY.

Phillips, N., Lawrence, T. B., y Hardy, C. (2004). Discourse and institutions. *Academy of Management Review*, 29, pp. 635–652.

Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 10ª edic. Ed. Masson. Barcelona 2001.

Pitt, M., Rosenzweig, M., and M. N. Hassan. 1990. Productivity, health and inequality in the intrahousehold distribution of food in low-income countries. *American Economic Review* 80 (5): 1139 - 1156.

Pitt, Mark M. y Rosenzweig, Mark. 1985. "Health and Nutrient Consumption across and within Farm Households". *The Review of Economics and Statistics*. 67 (2): 212-223.

Pitt, Mark M., Rosenzweig, Mark R. y Gibbons, Donna M. 1995. "The Determinants and Consequences of the Placement of Government Programs in Indonesia". En: Dominique van de Walle y Kimberly Nead, (Eds). *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*. Baltimore y Londres: Banco Mundial.

Pitt, Mark M., Rosenzweig, Mark y Hassan, Md. Nazmul. 1990. "Productivity, Health and Inequality in the Intrahousehold Distribution of Food in Low-Income Countries". *The American Economic Review*. 80 (5): 1139-1156.

Prado Román, C. (2009). Tesis Doctoral "Factores determinantes en la valoración de los activos numismáticos de oro", Universidad Rey Juan Carlos.

Puig-Junoy, J. (1988), Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste. *Investigaciones Económicas*, 12, 1988.

Puig-Junoy, J. (2001), Mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, como y porqué. *Hacienda Pública Española*, 158/3: 105-34.

Puig-Junoy, J. (2002a), *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos*. Ed. Masson, Barcelona.

Puig-Junoy, J. (2002b), Evaluación de los efectos de los precios de referencia. Revisión metodológica e implicaciones para la política farmacéutica. Documento de Trabajo nº 18. Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Puig-Junoy, J. (2003a), La productividad de las innovaciones médicas y farmacéuticas. *Humanitas*, 1(3): 195-202.

Puig-Junoy, J. (2003b), Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain. *Health Policy*, 67-2:119-239. <http://www.econ.upf.es/~puig/publicacions/paper5.pdf>.

Puig-Junoy J. Las alternativas para la revisión del sistema de copago sobre los medicamentos. *Actualidad—Centro de Estudios Andaluces*, 2005, junio: 1-9: <http://www.centrodeestudiosandaluces.es/datos/publicaciones/Actualidad06.pdf>

Puig-Junoy J. La corresponsabilidad individual en la financiación de los medicamentos: evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J, editor. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes Fundación Rafael Campalans, 2006. p. 123-60.

Puig-Junoy J. ¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del sistema nacional de salud? En: Puig-Junoy J, editor. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes Fundación.

Puig-Junoy,J; Ortun-Rubio,V; Pinto-Prades,J.L. “Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias” Rev. Atención primaria. Vol. 27 nº 3. Febrero de 2001.

Diez temas candentes de la Sanidad Española para el 2013, PWC, 2013.

Raftery J. Economic evaluation: an introduction. BMJ 1998; 316 (7136): 1013-4.

Repullo JR. La buena sanidad pública, ¿ni se compra ni se vende? A propósito de los copagos y de su contribución a una mejor valoración de los servicios públicos por los «usuarios-clientes». Rev Salud 2000. 2009; 124 (noviembre):15-20.

Repullo, J. R. (2009c), Copago sí-copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. AMF, 5(11): 625-32.

Repullo JR. La insoportable levedad del copago. El País (suplemento salud), 9 mayo 2009:14.

Rey del Castillo J. Las condiciones de creación de los servicios públicos universales de salud. En: Políticas sanitarias en España: Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, marzo 2010. pp. 601-611.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .

Rey del Castillo J. El desarrollo científico-técnico y corporativo de la profesión médica. En: Políticas sanitarias en España: Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, marzo 2010. pp.611-615.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066>.

Rey del Castillo, J. (1998), Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Rey del Castillo, J. (2000), “Las políticas sanitarias como parte del Estado de Bienestar”. En Garde J. A. (ed.), Informe 2000. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España. Madrid: Fundación Hogar del Empleado, 2000. pp. 225-78.

Rey del Castillo, J. (2003), “Unas notas sobre la situación de crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en Europa y Latinoamérica”. En *La Protección Social de los Trabajadores en América Latina y Europa. VI Encuentro Sindical América Latina-España*. Madrid, 11 y 12 de marzo de 2002. Madrid UGT-Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo (ISCOD), pp. 122-49.

Rey del Castillo, J. (2009a), Sobre los efectos de la reforma sanitaria norteamericana (que Dios haga). *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 5 de junio. Accesible en: www.opinionras.com/index.php?q=node/827.

Rey del Castillo, J. (2009b), Siguiendo un debate “ejemplar”. Actualización de la situación. *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 6 de septiembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1309.

Rey del Castillo, J. (2009c), Siguiendo el debate americano (II). *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*,: www.opinionras.com/index.php?q=node/1545.

Rey del Castillo, J. (2010a), La reforma sanitaria americana, tercera entrega: ¿dos pasos adelante y uno (¿quizá decisivo?) atrás? *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 1 de febrero. www.opinionras.com/index.php?q=node/1804.

Rey del Castillo, J. (2010c), Sobre la reforma sanitaria americana /IV y final... por ahora. *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 13 de abril. Accesible en www.administracionsanitaria.com/node/2105.

Rey del Castillo, J. (2010d), Entrevista. *Salud 2000*, XXIII (129): 5-9.

Rey del Castillo, J. (2011), “La evaluación de las tecnologías sanitarias: ¿un mito o una solución para el aumento del gasto sanitario?” En *Otra gestión sanitaria es posible*. Madrid: Fundación 1º de Mayo, pp. 91-126. Accesible en: www.1mayo.ccoo.es.

Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Revista de Administración Sanitaria*. 2002;21:39-67.

Rodríguez M. Los copagos en la atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. En: Puig-Junoy J, editor. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes Fundación Rafael Campalans, 206. p. 79-100.

Rodríguez JM, Alonso P. Los contratos programa. En: Ortega F y Lamata F. *La década de la Reforma Sanitaria*. Madrid. ExLibris. 1998.

Rodríguez P., Grande M. *Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo*, Uned, 2014.

Rosenzweig, Mark R. y Schultz, T. Paul. 1982. "Market Opportunities, Genetic Endowments and Intrafamily Resource Distribution: Child Survival in Rural India". *The American Economic Review*. 72 (4): 803-815.

Rosenzweig, Mark R. y Schultz, T. Paul. 1983. "Estimating a Household Production Function: Heterogeneity, the Demand for Health Inputs, and Their Effects on Birth Weight". *Journal of Political Economy*. 91 (5): 723-746.

Rosenzweig R. Mark y Wolpin, Kenneth I. 1986. "Evaluating the Effects of Optimally Distributed Public Programs: Child Health and Family Planning Interventions". *The American Economic Review*. 76 (3): 470-482.

Rowley, T. J. (1997). Moving beyond dyadic ties: A network theory of stakeholder influences. *Academy of Management Review*, 22, pp. 887-910.

Rowley, T., y Berman, S. (2000). A brand new brand of corporate social performance. *Business & Society*, 39, pp. 397.

Ruef, M. y Scott, R. (1998). A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments, *Administrative Science Quarterly*, 43, 4, pp. 877-904.

Rutherford, M. W. y Buller, P. F. (2007). Searching for the legitimacy threshold. *Journal of Management Inquiry*, 16, 1, pp. 78-92.

Sanz Larruga, F.J.: “Las competencias del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones locales en materia sanitaria”, en Gómez y Díaz-Castroverde.

Sanz Larruga (Dirs.): *Lecciones de Derecho Sanitario*, Universidade da Coruña, La Coruña, 1999, págs. 105 a 134

Sahn, David E. y Alderman, Harold. 1988. “The Effects of Variables de Human Capital on Wages, and the Determinants of Labor Supply in a Developing Country”. *Journal of Development Economics*. 29 (2):157-183.

Scott, M. B., y Lyman, S. M. (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33, pp. 46–62.

Scott, W. A. (1995). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *The Public Opinion Quarterly*, 19(3), 321–325.

Scott, W. R. (1987). *Organizations: Rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Scott, W. R. (1995). *Institutions and organizations*, Thousand Oaks, CA.: Sage.

Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P.J., y Caronna, C. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Schultz, T. Paul. (1996). "Wage Rentals for Reproducible Variables de Capital Humano: Evidence from Two West African Countries". mimeo.

Schultz, T. Paul y Tansel, Aysit, (1997). "Wage and labor supply effects of illness in Côte d'Ivoire and Ghana: instrumental variable estimates for days disabled". In *Journal of Development Economics*. 53 (2): 251-286, Agosto.

Sen, Amartya. (1995). "The Political Economy of Targeting". En: Dominique van de Walle y Kimberly Nead, editores. *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*. Baltimore y Londres: Banco Mundial.

Sethi, S. P. (1977). *Advocacy advertising and large corporations: Social conflict, big business image, the news media, and public policy*. Lexington, MA: D. C. Heath.

Shoemaker, P. J. (1982). The perceived legitimacy of deviant political groups: Two experiments on media effects. *Communication Research*, 9(2), 249–286.

Sieber, S. (2007): Efectos de la adopción de innovaciones en la organización de la empresa y en las prácticas del trabajo, Cuadernos del EB center. PwC-IESE. Madrid.

Simó J, De Pablo R, Gervas J, Peñarroja D, Beltrán JL, Bravo D, et al. (2003) Barrera entre clínicos y gestores: mito sobre mito en nuestro sistema sanitario. *Semergen*;29:602-4.

Solá-Morales, O. (2011), *La evaluación de tecnologías sanitarias en España*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, Documento de Trabajo (en prensa).

Solanas, P. (coord.) (2010), *Copago. Conclusiones desde la evidencia científica*. Documentos SEMFYC nº29. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction: An introduction*. Newbury Park, CA: Sage.

Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, Maeseneer JM, Hjortdahl P, et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:17-26.

Starfield B. Is Primary Care Essential?. *Lancet*. 1994;344:1129-33.

Strauss, John; Paul Gertler, Omar Rahman and Kristin Fox (1993). "Gender and Life-Cycle Differentials in the Patterns and Determinants of Adult Health". *The Journal of Human Resources* 28(4): 791-837.

Strauss, John. (1986). "Does Better Nutrition Raise Farm Productivity?". *Journal of Political Economy*. 94 (2):297-320.

Suchman M. (1995). Managing legitimacy: strategic and institutional approaches, *Academy of Management Review*,. 20, 3, pp. 571-610.

Tambor M, Pavlova M, Woch P, et al. Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *Eur J Public Health*. 2011; 21:585-90.

Thomas, Duncan and John Strauss (1997). "Health and wages: Evidence on men and women in urban Brazil". *Journal of Econometrics* 77 (1): 159-186, Marzo.

Thomas, T. E. (2005). Are business students buying it? A theoretical framework for measuring attitudes toward the legitimacy of environmental sustainability, *Business Strategy and the Environment*. 14, 3, pp. 186-197.

Tornikoski, E. T., & Newbert, S. L. (2007). Exploring the determinants of organizational emergence: A legitimacy perspective. *Journal of Business Venturing*, 22, 311–335.

Tornos Mas, J.: "Aspectos constitucionales y distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas", en *Actas del Primer Congreso Dret i Salut*.

Treviño, L.K., den Nieuwenboer, N., Kreiner, G. & Bishop, D. (2014) Legitimizing the legitimate: A grounded theory study of legitimacy work among Ethics and Compliance Officers. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 123, 186–205.

Tur-Prats A, Planas-Miret I. Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. En: Puig-Junoy J, editor. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes Fundación Rafael Campalans, 2006. p. 57-77.

Valenzuela MT. 2005. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. *Cienc Trab*, Jul.-Sept.; 7(17): 118-122).

Varo, J. (1993). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

Vaquer M. (2001). La consideración constitucional de los servicios sanitarios. En: *Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias*. Madrid, Confederación Sindical de CCOO. p. 41-61.

Vidal-Folch X. Golpe de mano centralista. *El País*, 6 agosto 2013.:
http://elpais.com/elpais/2013/08/05/opinion/1375715499_882204.html .

Vía J. (1996) *Sistemas y políticas de salud*. Master en Gestión de los Servicios de Enfermería. Barcelona.

Vuöri H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud?. *Aten Primaria*. 1984;1:3-4.

Webb, R. y Pulle, B. (2002), “Public Private Partnerships: an Introduction”, Department of the Parliamentary Library, Parliament of Australia, Research Paper No. 1, 2002-03.

Weber, M. (1946 [1922]). Class, status, party, pp. 180–95 en *From Max Weber Essays in Sociology*, ed. H. H. Gerth y C. Wright Mills. New York: Oxford University Press.

Wolfe, Barbara y Behrman, Jere. (1983). "Is Income Overrated in Determining Adequate Nutrition?". *Economic Development and Cultural Change*. 31 (3): 525-549. 28.

Zimmerman, M., Zeitz, G. (2002). Beyond survival: achieving new venture growth by building legitimacy, *Academy of Management Review*. 27, 3, pp. 414-31.

Zucker, L. G. (1977). The role of institutionalization in cultural persistence. *American Sociological Review*, 42, pp. 726-743.

Zucker, L. G. (1987). Institutional theories of organization, *Annual review of Sociology*, 13, pp. 443-464. Chicago: University of Chicago Press.

Zucker, L. G. (1989). Combining institutional theory and population ecology: No legitimacy, no history. *American Sociological Review*, 54, pp. 542-545.

Zuckerman, E. W. (2000). Focusing the corporate product: Securities analysts and diversification. *Administrative Science Quarterly*, 45, pp. 591-619.

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

Constitución Española.

Ley 14/1986 General de Sanidad.

Ley 1/1994 General de la Seguridad Social.

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN

La legitimidad del Sistema Sanitario Madrileño (SSM)

Es usted...

- Personal sanitario (médico, enfermero, etc)
- Personal no sanitario (administrativo, celador, etc)
- Paciente

Su edad es...

- Hasta 30 años
- Entre 31 y 45 años
- Entre 46 y 64 años
- Mayor de 65 años

BLOQUE 1		1	2	3	4	5
	¿Cuál es el grado de desarrollo de los siguientes objetivos en su hospital?					
B1P1	Igualdad entre pacientes e el tratamiento de sus problemas de salud					
B1P2	Calidad asistencial					
B1P3	Integración y cohesión entre niveles asistenciales y hospitales					
B1P4	Garantizar las necesidades y expectativas de los pacientes					
B1P5	Grado desarrollo tecnológico (instalaciones, máquinas, equipos e instrumentos)					
B1P6	Uso responsable de los recursos económicos disponibles					
B1P7	Conseguir un SSM de referencia, comparable con otras CCAA y otros países					
B1P8	Información detallada y transparente sobre los servicios del hospital					
B1P9	Formación continua del personal sanitario en activo					

BLOQUE 2		1	2	3	4	5
	Considera que su hospital debe perseguir los siguientes objetivos independientemente de su utilidad para garantizar su sostenibilidad?					
B2P1	Igualdad entre pacientes e el tratamiento de sus problemas de salud					
B2P2	Calidad asistencial					
B2P3	Integración y cohesión entre niveles asistenciales y hospitales					
B2P4	Garantizar las necesidades y expectativas de los pacientes					
B2P5	Grado desarrollo tecnológico (instalaciones, máquinas, equipos e instrumentos)					
B2P6	Uso responsable de los recursos económicos disponibles					
B2P7	Conseguir un SSM de referencia, comparable con otras CCAA y otros países					
B2P8	Información detallada y transparente sobre los servicios del hospital					
B2P9	Formación continua del personal sanitario en activo					

BLOQUE 3		1	2	3	4	5
	Considera que su hospital lo puede hacer mejor para conseguir los siguientes objetivos					
B3P1	Igualdad entre pacientes e el tratamiento de sus problemas de salud					
B3P2	Calidad asistencial					
B3P3	Integración y cohesión entre niveles asistenciales y hospitales					
B3P4	Garantizar las necesidades y expectativas de los pacientes					
B3P5	Grado desarrollo tecnológico (instalaciones, máquinas, equipos e instrumentos)					
B3P6	Uso responsable de los recursos económicos disponibles					
B3P7	Conseguir un SSM de referencia, comparable con otras CCAA y otros países					
B3P8	Información detallada y transparente sobre los servicios del hospital					
B3P9	Formación continua del personal sanitario en activo					

BLOQUE 4		1	2	3	4	5
	¿Considera que las actividades desarrolladas por su hospital...					
B4P1	son útiles para alcanzar la sostenibilidad del SSM?					
B4P2	deben seguir desarrollándose con independencia de que permitan alcanzar la sostenibilidad del sistema?					
B4P3	se podrían hacer mejor?					
B4P4	son deseables, correctas y apropiadas?					

ANEXO II

**ANOVA GRUPO 1 - PACIENTE Y GRUPO 2 - PERSONAL:SANITARIO Y NO
SANITARIO**

ID		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
B4P1	Inter- grupos	119,842	1	119,842	141,761	,000
	Intra- grupos	594,305	703	,845		
	Total	714,148	704			
B4P2	Inter- grupos	34,876	1	34,876	23,889	,000
	Intra- grupos	1026,307	703	1,460		
	Total	1061,183	704			
B4P3	Inter- grupos	14,344	1	14,344	21,359	,000
	Intra- grupos	472,118	703	,672		
	Total	486,462	704			
B4P4	Inter- grupos	129,846	1	129,846	146,674	,000
	Intra- grupos	622,344	703	,885		
	Total	752,190	704			

Fuente: Elaboración propia

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: GRUPO 1 - PACIENTES Y GRUPO 2 - PERSONAL (SANITARIO Y NO SANITARIO)

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
B4P1 1	444	3,20	,919	,044	3,11	3,28	1	5
2	261	4,05	,921	,057	3,94	4,16	1	5
Total	705	3,51	1,007	,038	3,44	3,59	1	5
B4P2 1	444	3,26	1,208	,057	3,15	3,38	1	5
2	261	3,72	1,209	,075	3,58	3,87	1	5
Total	705	3,43	1,228	,046	3,34	3,52	1	5
B4P3 1	444	4,24	,878	,042	4,16	4,32	1	5
2	261	4,54	,710	,044	4,45	4,62	1	5
Total	705	4,35	,831	,031	4,29	4,41	1	5
B4P4 1	444	3,18	,918	,044	3,09	3,27	1	5
2	261	4,07	,978	,061	3,95	4,19	1	5
Total	705	3,51	1,034	,039	3,43	3,59	1	5

Fuente: Elaboración propia

**ANOVA GRUPO 1 - PACIENTE , GRUPO 3 - PERSONAL SANITARIO Y
GRUPO 4 - PERSONAL NO SANITARIO**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
B4P1 Inter- grupos	120,195	2	60,097	71,030	,000
Intra- grupos	593,953	702	,846		
Total	714,148	704			
B4P2 Inter- grupos	43,466	2	21,733	14,991	,000
Intra- grupos	1017,717	702	1,450		
Total	1061,183	704			
B4P3 Inter- grupos	14,462	2	7,231	10,755	,000
Intra- grupos	472,000	702	,672		
Total	486,462	704			
B4P4 Inter- grupos	129,938	2	64,969	73,296	,000
Intra- grupos	622,252	702	,886		
Total	752,190	704			

Fuente: Elaboración propia

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: GRUPO 1 - PACIENTE , GRUPO 3 - PERSONAL SANITARIO Y GRUPO 4 -
PERSONAL NO SANITARIO**

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
B4P1 1	444	3,20	,919	,044	3,11	3,28	1	5
3	92	4,00	,877	,091	3,82	4,18	2	5
4	169	4,08	,945	,073	3,93	4,22	1	5
Total	705	3,51	1,007	,038	3,44	3,59	1	5
B4P2 1	444	3,26	1,208	,057	3,15	3,38	1	5
3	92	3,48	1,338	,140	3,20	3,76	1	5
4	169	3,86	1,114	,086	3,69	4,03	1	5
Total	705	3,43	1,228	,046	3,34	3,52	1	5
B4P3 1	444	4,24	,878	,042	4,16	4,32	1	5
3	92	4,57	,700	,073	4,42	4,71	2	5
4	169	4,52	,716	,055	4,41	4,63	1	5
Total	705	4,35	,831	,031	4,29	4,41	1	5
B4P4 1	444	3,18	,918	,044	3,09	3,27	1	5
3	92	4,04	,740	,077	3,89	4,20	3	5
4	169	4,08	1,088	,084	3,92	4,25	1	5
Total	705	3,51	1,034	,039	3,43	3,59	1	5

Fuente: Elaboración propia

ANOVA POR EDAD: 1 - Hasta 30 AÑOS, 2 - ENTRE 31 Y 45 AÑOS, 3 - ENTRE 46 Y 64 AÑOS, 4 - MAYORES DE 65 AÑOS

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
B4P1 Inter-grupos	62,964	3	20,988	22,593	,000
Intra-grupos	651,184	701	,929		
Total	714,148	704			
B4P2 Inter-grupos	21,862	3	7,287	4,915	,002
Intra-grupos	1039,321	701	1,483		
Total	1061,183	704			
B4P3 Inter-grupos	,572	3	,191	,275	,843
Intra-grupos	485,890	701	,693		
Total	486,462	704			
B4P4 Inter-grupos	59,261	3	19,754	19,984	,000
Intra-grupos	692,929	701	,988		
Total	752,190	704			

Fuente: Elaboración propia

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS POR EDAD: 1 - HASTA 30 AÑOS, 2 - ENTRE 31 Y 45 AÑOS, 3 - ENTRE 46 Y 64 AÑOS, 4 - MAYORES DE 65 AÑOS

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
B4P1	1	264	3,18	,977	,060	3,06	3,30	1	5
	2	283	3,57	,995	,059	3,46	3,69	1	5
	3	154	3,97	,878	,071	3,83	4,11	1	5
	4	4	3,25	,957	,479	1,73	4,77	2	4
	Total	705	3,51	1,007	,038	3,44	3,59	1	5
B4P2	1	264	3,22	1,204	,074	3,07	3,37	1	5
	2	283	3,51	1,259	,075	3,37	3,66	1	5
	3	154	3,64	1,159	,093	3,46	3,83	1	5
	4	4	4,00	1,414	,707	1,75	6,25	2	5
	Total	705	3,43	1,228	,046	3,34	3,52	1	5
B4P3	1	264	4,33	,838	,052	4,23	4,43	1	5
	2	283	4,34	,837	,050	4,24	4,44	2	5
	3	154	4,40	,813	,065	4,27	4,53	1	5
	4	4	4,25	,957	,479	2,73	5,77	3	5
	Total	705	4,35	,831	,031	4,29	4,41	1	5
B4P4	1	264	3,20	,973	,060	3,09	3,32	1	5
	2	283	3,54	1,028	,061	3,42	3,66	1	5
	3	154	3,98	,967	,078	3,83	4,13	1	5
	4	4	3,25	,957	,479	1,73	4,77	2	4
	Total	705	3,51	1,034	,039	3,43	3,59	1	5

ANEXO III

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Grupo 1. Pacientes

	Media	Desviación típica	N
B3P1	3,80	1,012	444
B3P2	3,94	,969	444
B3P3	3,90	,928	444
B3P4	3,99	,927	444
B3P5	3,82	1,007	444
B3P6	3,98	1,046	444
B3P7	3,77	,967	444
B3P8	3,94	,979	444
B3P9	3,94	,992	444
B4P3	4,24	,878	444

Fuente: Elaboración propia

Grupo 2. Personal (sanitario y no sanitario)

	Media	Desviación típica	N
B3P1	4,52	,742	261
B3P2	4,46	,725	261
B3P3	4,35	,783	261
B3P4	4,39	,724	261
B3P5	4,38	,758	261
B3P6	4,36	,860	261
B3P7	4,23	,912	261
B3P8	4,30	,737	261
B3P9	4,36	,761	261

Fuente: Elaboración propia

Grupo 3. Personal Sanitario

	Media	Desviación típica	N
B3P1	4,51	,788	169
B3P2	4,47	,764	169
B3P3	4,34	,787	169
B3P4	4,34	,756	169
B3P5	4,33	,777	169
B3P6	4,29	,848	169
B3P7	4,24	,847	169
B3P8	4,27	,754	169
B3P9	4,31	,764	169

Fuente: Elaboración propia

Grupo 4. Personal no Sanitario

	Media	Desviación típica	N
B3P1	4,53	,654	92
B3P2	4,43	,651	92
B3P3	4,36	,779	92
B3P4	4,49	,655	92
B3P5	4,47	,718	92
B3P6	4,49	,871	92
B3P7	4,22	1,025	92
B3P8	4,36	,704	92
B3P9	4,47	,748	92

Fuente: Elaboración propia