



Universidad
de Huelva

GRADO EN ENFERMERÍA

Prof. Dra. Rosa Pérez Contreras
rosa.perez@denf.uhu.es

*Las presentaciones que se detallan a continuación se han elaborado a partir del libro: González-Sanz, J.D. (2024). *ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA*. Materiales para la docencia (189.1). Universidad de Huelva. Servicio de Publicaciones.

A thick black L-shaped frame is positioned around the text. It starts with a vertical line on the left, turns 90 degrees clockwise at the top, and continues as a horizontal line. Another vertical line on the right side turns 90 degrees clockwise at the bottom, continuing as a horizontal line that meets the first one.

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

A thick black L-shaped frame is positioned on the left and bottom edges of the slide, framing the central text.

INTRODUCCIÓN

1. MARCO CONCEPTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN

ÍNDICE

1. Marco conceptual de la administración

I. ¿Qué es administrar y gestionar?

II. ¿Quién gestiona? ¿Somos todos gestores?

III. El lugar social de la administración, ¿dónde se gestiona?

IV. Tiempos para gestionar

V. Los motivos y objetivos, ¿por qué gestionar?

VI. El proceso administrativo o cómo se gestiona

VII. ¿Qué es una organización?

1. Marco conceptual de la administración

1. Marco conceptual de la administración

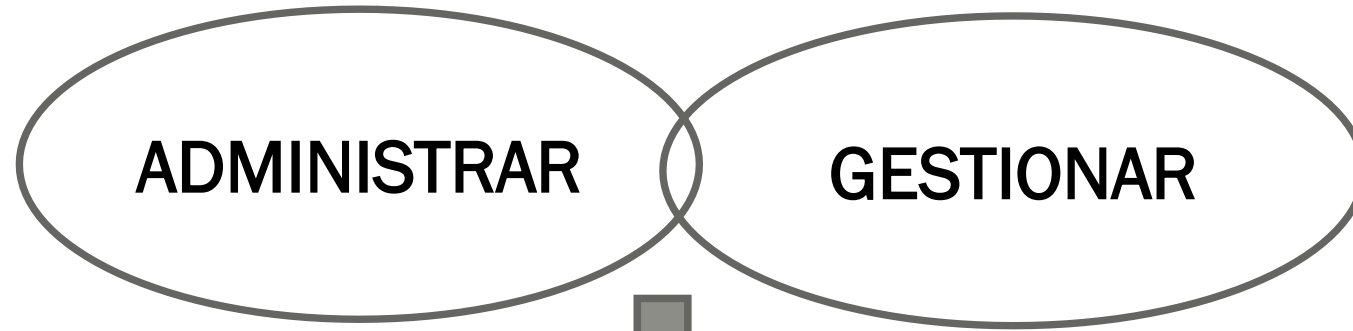
“UN CONJUNTO DE CONOCIMIENTOS Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ENCAMINADAS A LA BÚSQUEDA DE LOS MEJORES RESULTADOS DEL TRABAJO Y EL ESFUERZO HUMANO”

Mompart García, M. Paz, (2000). Administración de servicios de enfermería, p.1.

1. Marco conceptual de la administración



I. ¿Qué es administrar y gestionar?



RESOLUCIÓN DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

PUESTA EN MARCHA DE INICIATIVAS Y PROYECTOS

MODO EN QUE CADA SOCIEDAD SE ARTICULA Y SE GOBIERNA A SÍ MISMA

EN GENERAL



**ESTABLECIMIENTO DE LOS MEDIOS PARA LA
CONSECUCCIÓN DE UN FIN**

**II. ¿Quién gestiona? ¿Somos todos
gestores?**

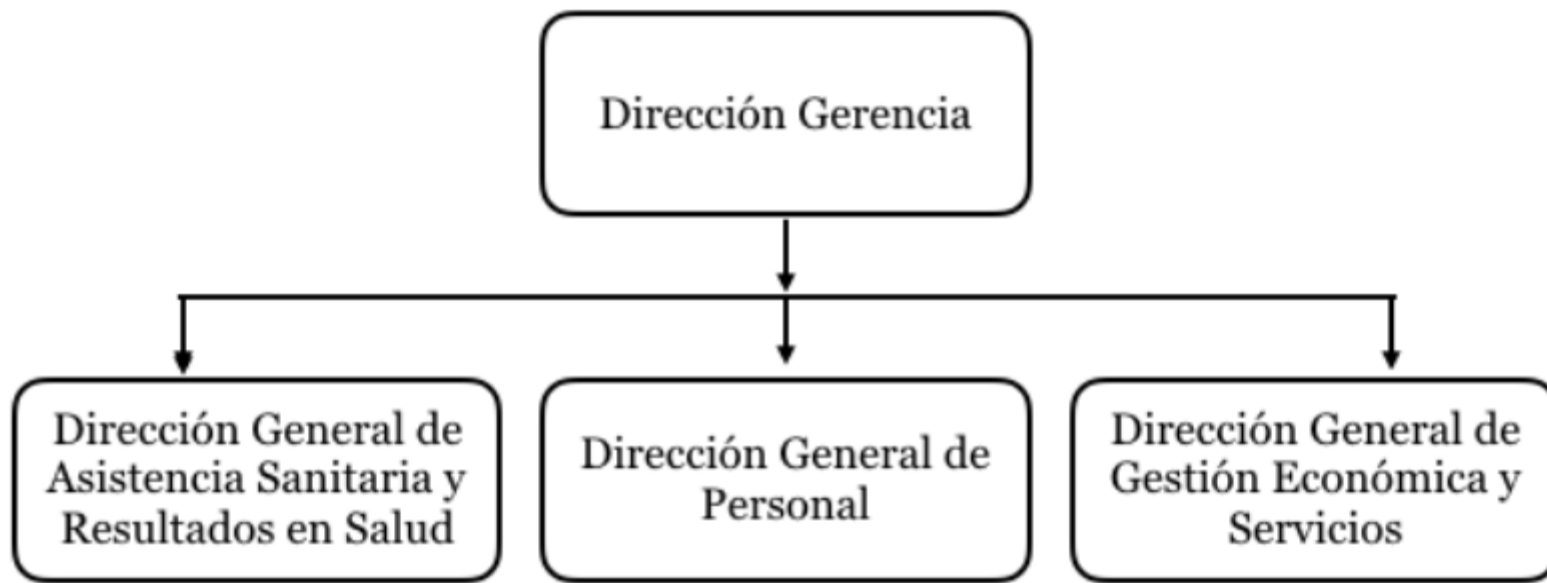
TODOS GESTIONAMOS

SISTEMAS SANITARIOS → JERARQUÍA PIRAMIDAL

Gestión básica → la realiza cada profesional sanitario en su labor cotidiana

Mandos intermedios → se dirige a conseguir que los profesionales actúen individualmente de una forma más acorde a los objetivos de la organización

Puestos directivos → La dirección de una organización —parte superior de la jerarquía en una estructura piramidal— puede estar compuesta por diferentes subniveles.



Organigrama de una de las estructuras históricas del Servicio Andaluz de Salud

III. El lugar social de la administración, ¿dónde se gestiona?

¿dónde se gestiona?

**En todas partes donde se
presta un servicio de
enfermería**

El lugar social de la administración

El marco político y social en que se desarrolla una actividad enfermera **es clave desde el punto de vista de gestión**

Cada sociedad va a entender de modo distinto cómo debe funcionar la Administración y las organizaciones sanitarias

En **España** destaca la idea de que **la sanidad es un servicio público** que debe **ser atendido por el Estado**

IV. TIEMPOS PARA GESTIONAR

¿cuándo se gestiona?

En todo momento

V. Los motivos y objetivos, ¿por qué gestionar?

¿por qué se gestiona?



Por currículum



Por vocación



Por imposición



Por ansias
de poder

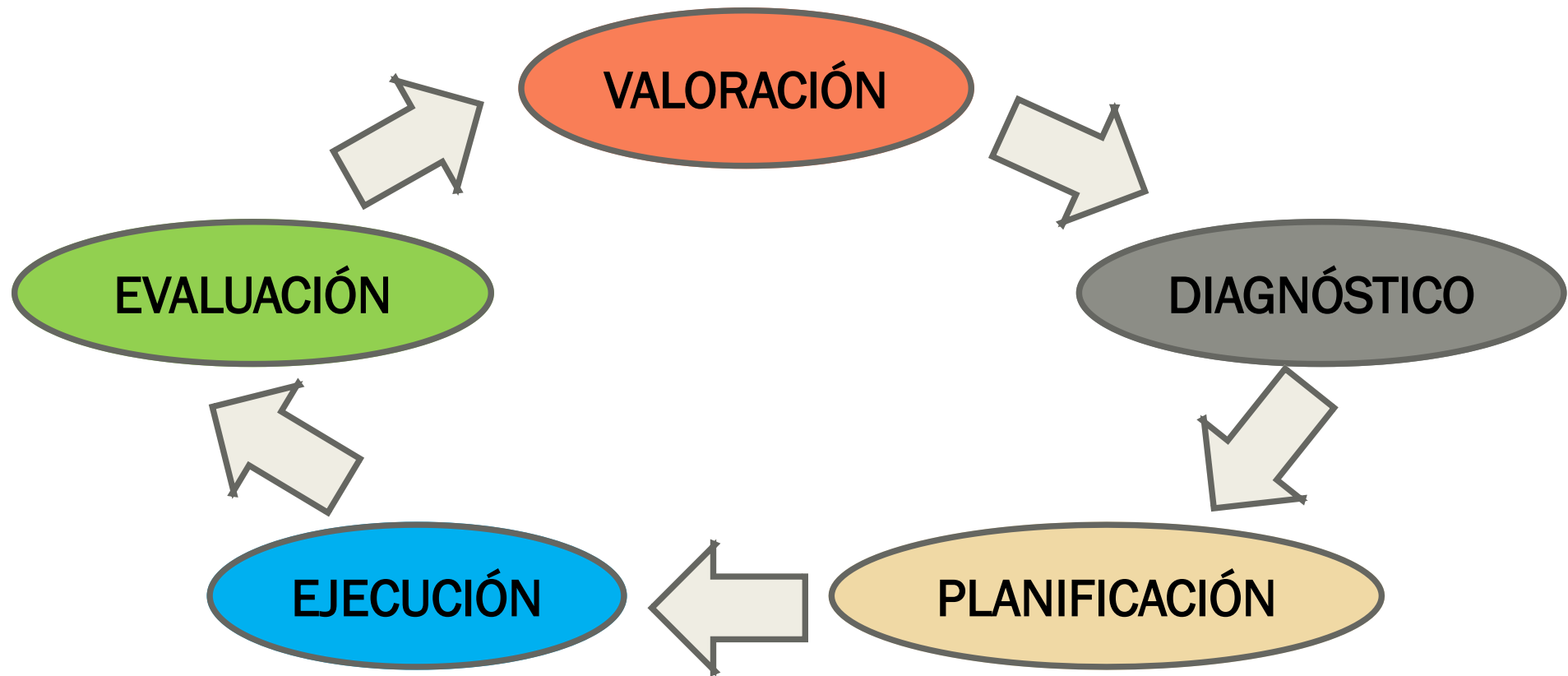
Depende de cada persona.

VI. EL PROCESO ADMINISTRATIVO O CÓMO SE GESTIONA

El proceso administrativo es el conjunto de mecanismos que cada organización y/o gestor articula para dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ❖ *¿Qué debo hacer?* (o cuáles son mis fines)
- ❖ *¿Qué puedo hacer?* (o con qué medios cuento)
- ❖ *¿Qué haré primero?* (o qué orden voy a seguir)
- ❖ *¿Cómo sabré si lo he conseguido?* (o cómo evaluar)

EL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

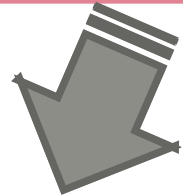


VII. ¿QUÉ ES UNA ORGANIZACIÓN?

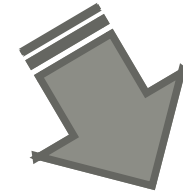
¿QUÉ ES UNA ORGANIZACIÓN?

equipo

Grupo humano reunido en torno a **una meta común** y en la que se produce una **división y coordinación del trabajo** de cada uno de sus integrantes para alcanzar la meta



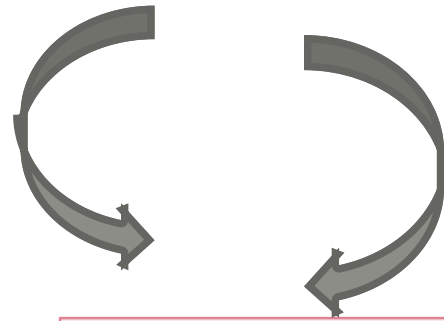
MISIÓN



ESTRUCTURA

MISIÓN

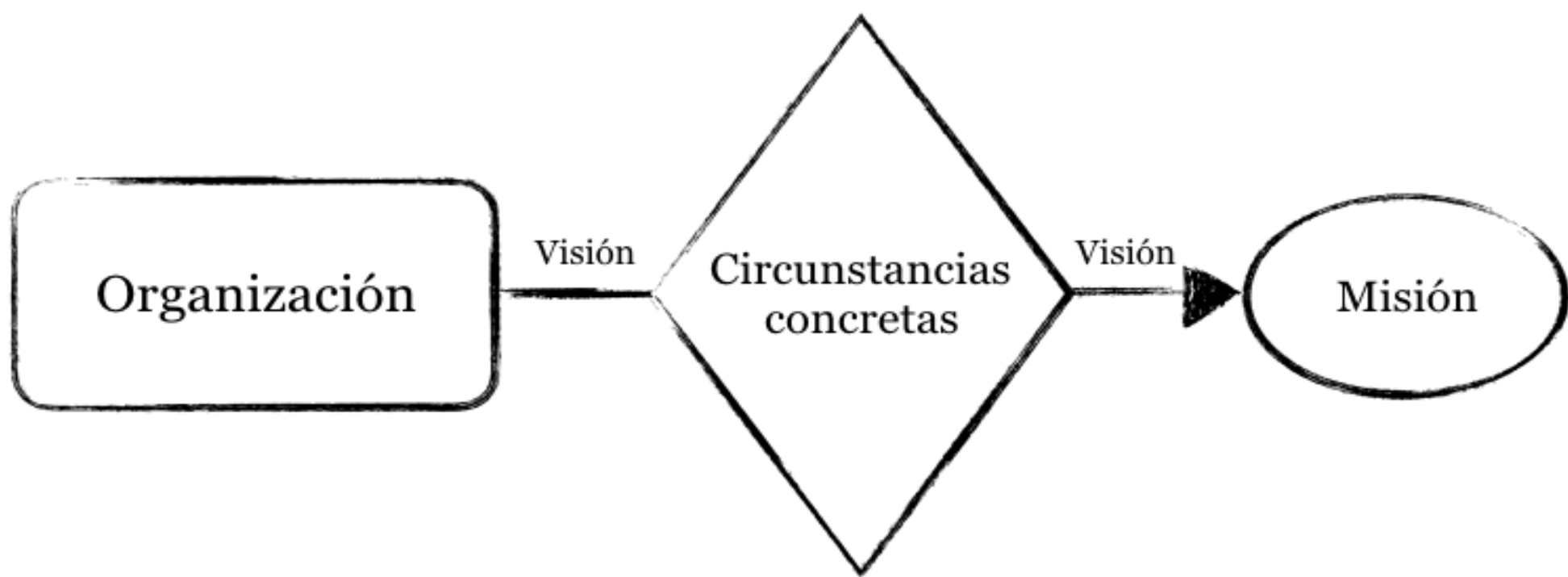
OBJETIVO FINAL de todas las actividades de la organización. su «razón de ser, el fin último que va a cumplir la [organización] dentro de su entorno»



VISIÓN

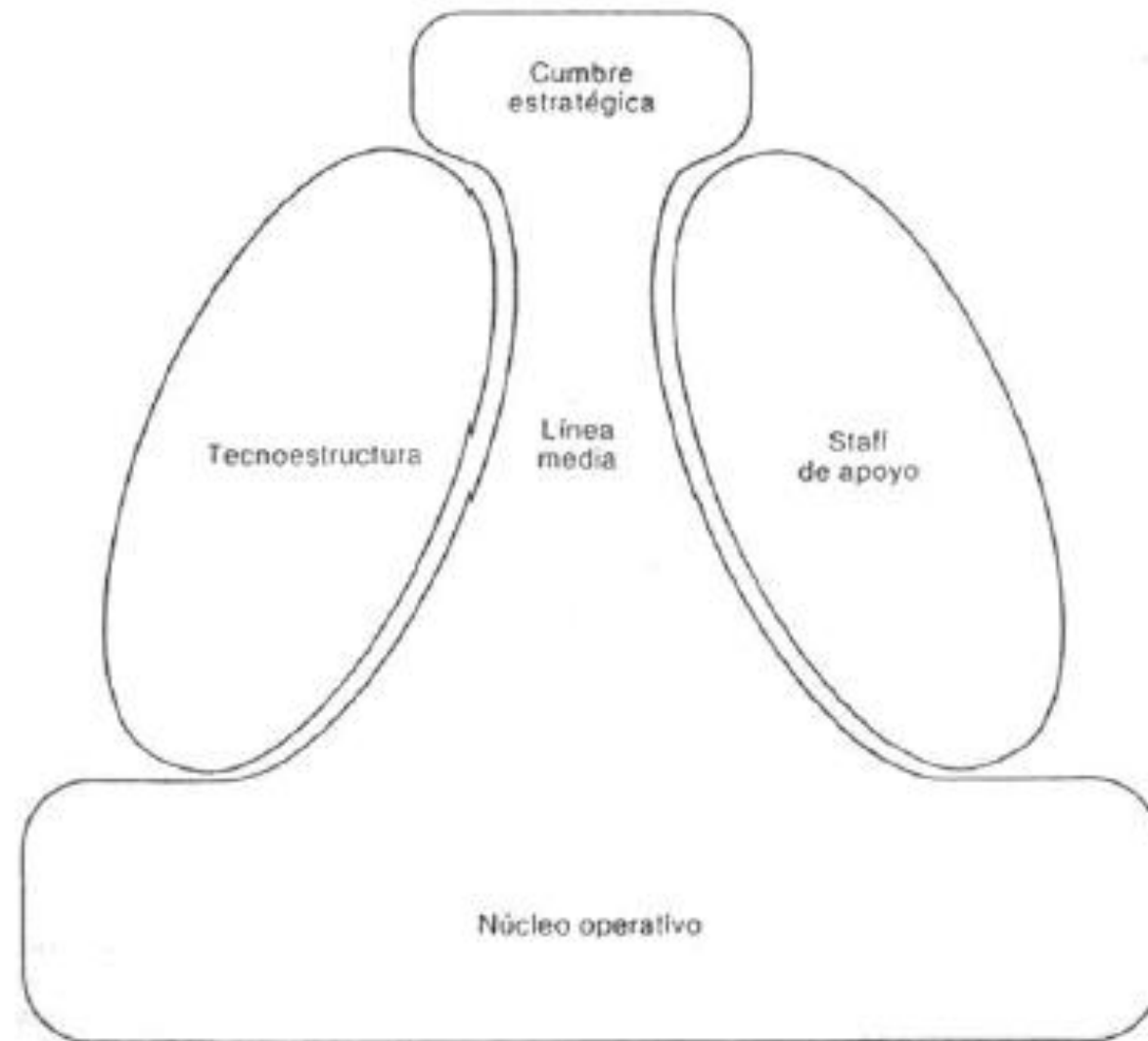
Ejercicio de contemplación y búsqueda del modo de perseguir la misión de la organización en un entorno nuevo o cambiante

camino



«**La estructura** de la organización puede definirse simplemente como **el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas**».

HENRY MINTZBERG, *La estructuración de las organizaciones*, traducción de Deborah Bonner y 9 Javier Nieto, Ariel, Barcelona, 2002, p. 26.



LAS 5 PARTES BÁSICAS DE LA ORGANIZACIÓN

La representación gráfica de la estructura de la organización se denomina **organigrama**.

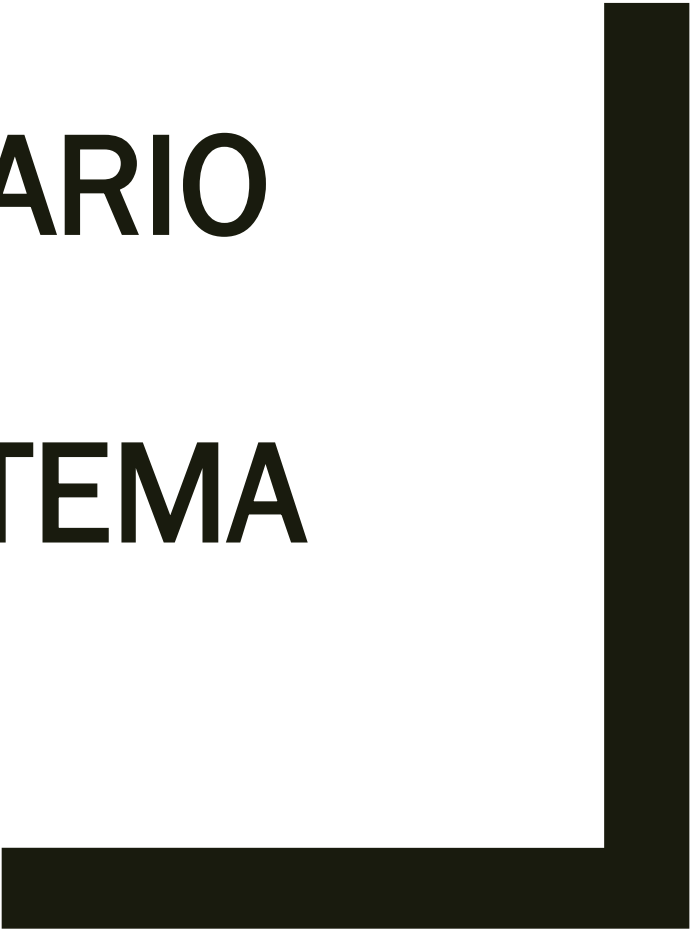
Organigrama del Servicio Andaluz de Salud





EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

2. ¿QUÉ ES UN SISTEMA SANITARIO?



ÍNDICE

2. ¿Qué es un sistema sanitario?

I. Modelos de sistema sanitario

II. ¿Cómo funciona un sistema sanitario?

III. ¿Cuántos modelos hay?

2. ¿Qué es un sistema sanitario?

2. ¿Qué es un sistema sanitario?

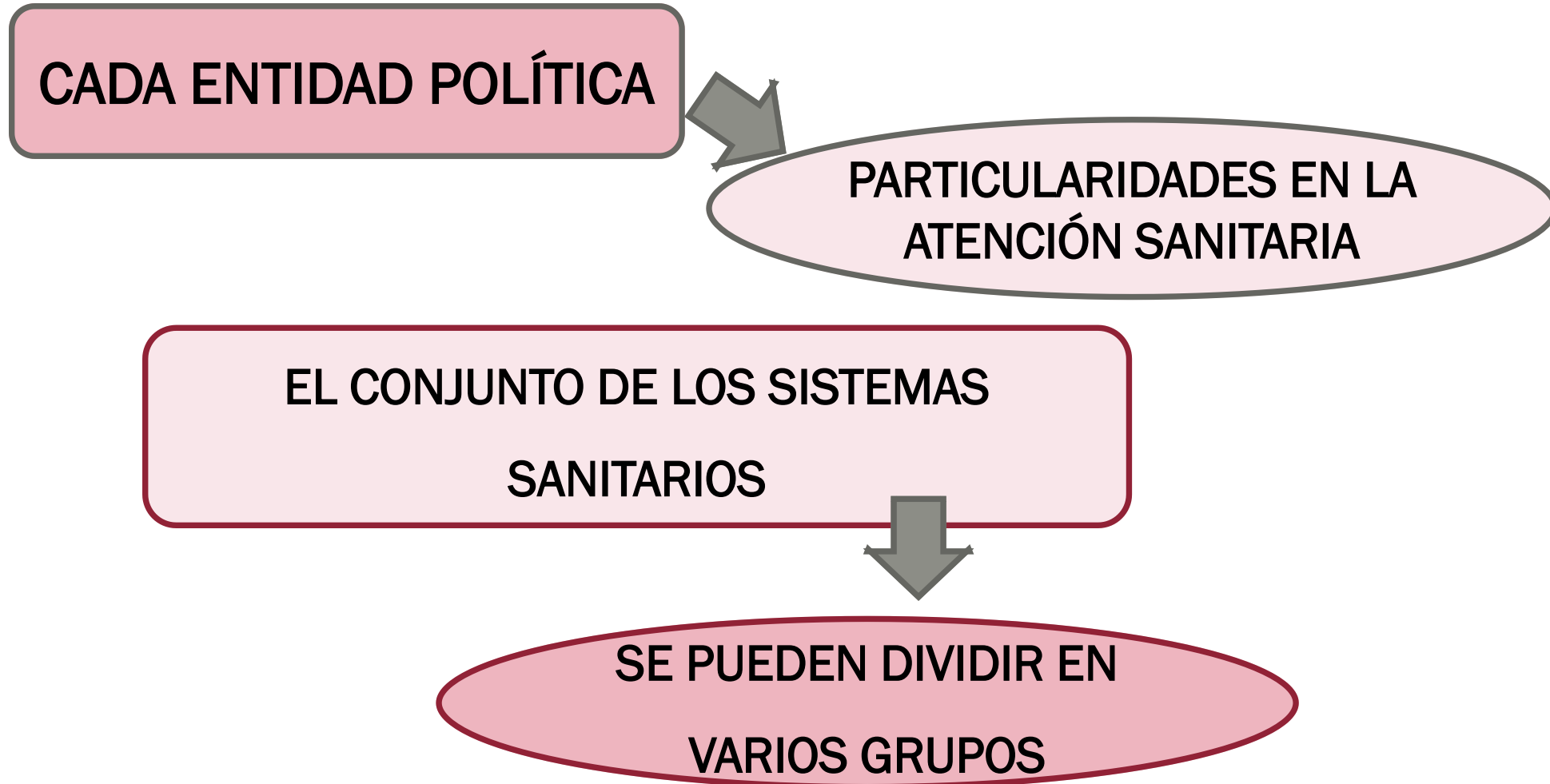


2. ¿Qué es un sistema sanitario?

«sistema sanitario» conjunto de las entidades y personas de un país que, relacionados y coordinados entre sí, se dedican a la atención a la salud, independientemente de su nivel de complejidad y de la amplitud de su cobertura. Es precisamente la idea de sistema, de un conjunto coordinado, la que supone la característica esencial de esta realidad política.

I. Modelos de sistema sanitario

I. Modelos de sistema sanitario



I. Modelos de sistema sanitario

DIFERENTES GRUPOS DE
SISTEMAS SANITARIOS

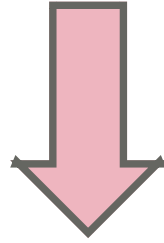
```
graph TD; A[DIFERENTES GRUPOS DE SISTEMAS SANITARIOS] --> B[COMPARTEN CARACTERÍSTICAS GENERALES]; B --> C[CAUSAS HISTÓRICAS QUE HAN FAVORECIDO LA APARICIÓN DE SISTEMAS SIMILARES EN ENTORNOS GEOGRÁFICOS A VECES MUY DISTANTES];
```

COMPARTEN
CARACTERÍSTICAS
GENERALES

CAUSAS HISTÓRICAS QUE HAN FAVORECIDO LA APARICIÓN DE
SISTEMAS SIMILARES EN ENTORNOS GEOGRÁFICOS A VECES
MUY DISTANTES

I. Modelos de sistema sanitario

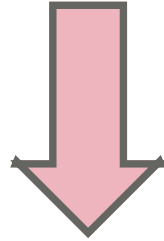
<<MODELO >> DE SISTEMA SANITARIO



Esas características generales, compartidas entre los distintos sistemas sanitarios que forman cada grupo y que abstraemos mentalmente del funcionamiento de cada uno de ellos

I. Modelos de sistema sanitario

<<MODELO >> DE SISTEMA SANITARIO



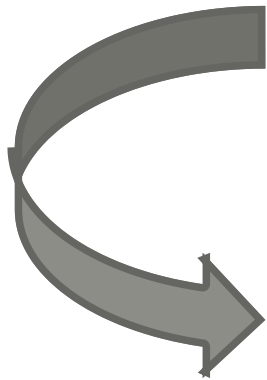
NINGÚN MODELO EXISTE EN REALIDAD

*ESTÁ MÁS O MENOS PRESENTE EN CADA UNO DE LOS
SISTEMAS DE LOS DIFERENTES ESTADOS*

II. ¿Cómo funciona un sistema sanitario?

II. ¿Cómo funciona un sistema sanitario?

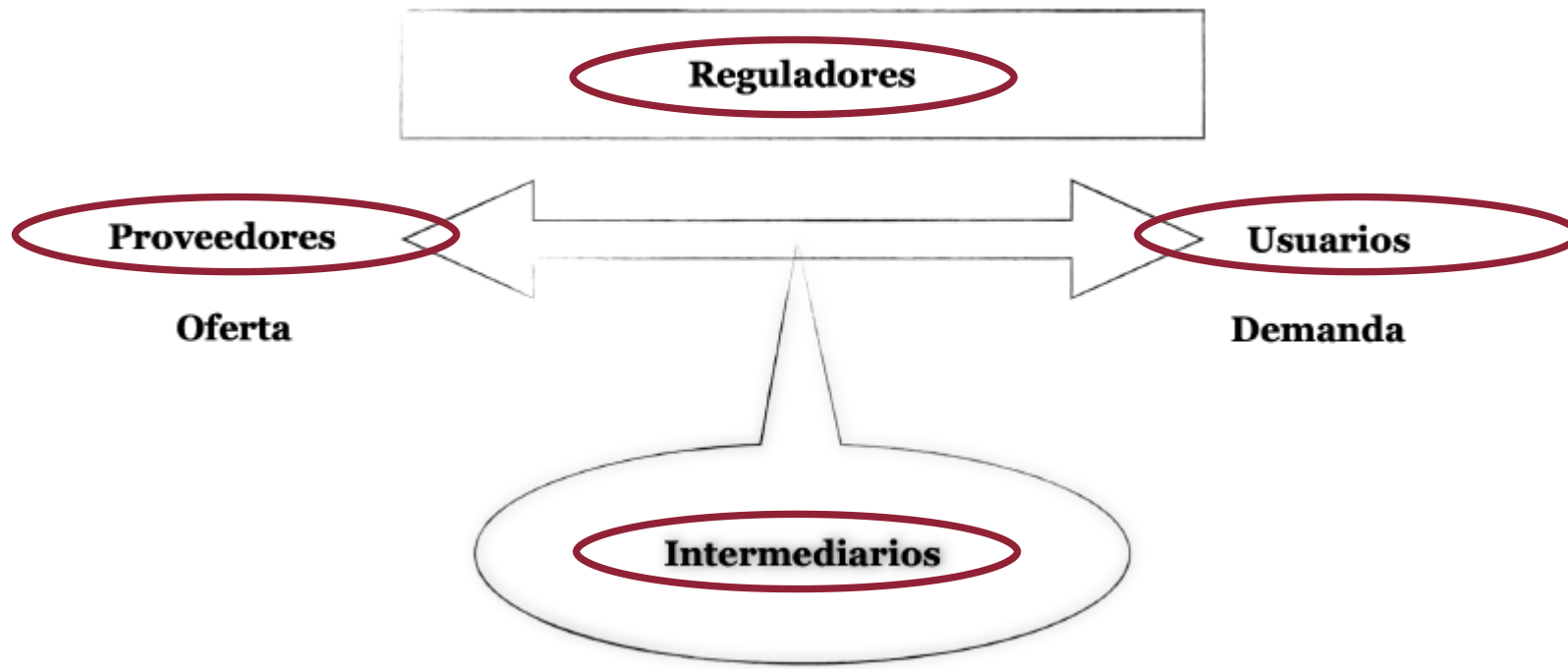
LOS DIFERENTES MODELOS VAN A
DISTINGUIRSE POR VARIACIONES RESPECTO
DE **UN PATRÓN COMÚN**



COMPUESTO POR LOS **ELEMENTOS**
ESENCIALES QUE PERMITEN IDENTIFICAR A UN
CONJUNTO DE ORGANISMOS Y PROFESIONALES
COMO UN SISTEMA SANITARIO

II. ¿Cómo funciona un sistema sanitario?

ELEMENTOS ESENCIALES



II.(1). PROVEEDORES

Personas con necesidad de recibir cuidados de salud

OFERTA Y
DEMANDA

RETRIBUCIÓN
MONETARIA

Personas en condiciones de
prestarlos

4 TIPOS DE
PROVEEDORES

Autónomos

Organizaciones sin
ánimo de lucro

Empresas

Entidades públicas

A) AUTÓNOMOS

- Profesionales de enfermería que desarrollan su **actividad individualmente**
- **Cobran directamente por la prestación de sus cuidados**
- Pueden establecer acuerdos con **otros proveedores** para prestar sus servicios en **las instalaciones** de estos últimos
- En España, para ejercer esta actividad deben estar inscritos en la Seguridad Social, en el régimen especial de trabajadores **autónomos**

B) ORGANIZACIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO

- Son entidades que **ofrecen los servicios** de profesionales de enfermería y que **pueden (o no) cobrar por ello**
- Su objetivo **no es generar un beneficio económico** para los propietarios y/o socios de la organización
- Son ejemplos de este tipo de organizaciones:
 - ✓ las órdenes y congregaciones religiosas (**la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios**)
 - ✓ Organizaciones No Gubernamentales (**ONGs, como Cruz Roja o Médicos Sin Fronteras**, entre otras)

C) EMPRESAS

- Entidades que **buscan obtener un beneficio económico** de su actividad
- Para ello pueden **contratar a sus propios profesionales** de enfermería o llegar a acuerdos con enfermeros autónomos
- Es el caso de **los hospitales o clínicas privadas**

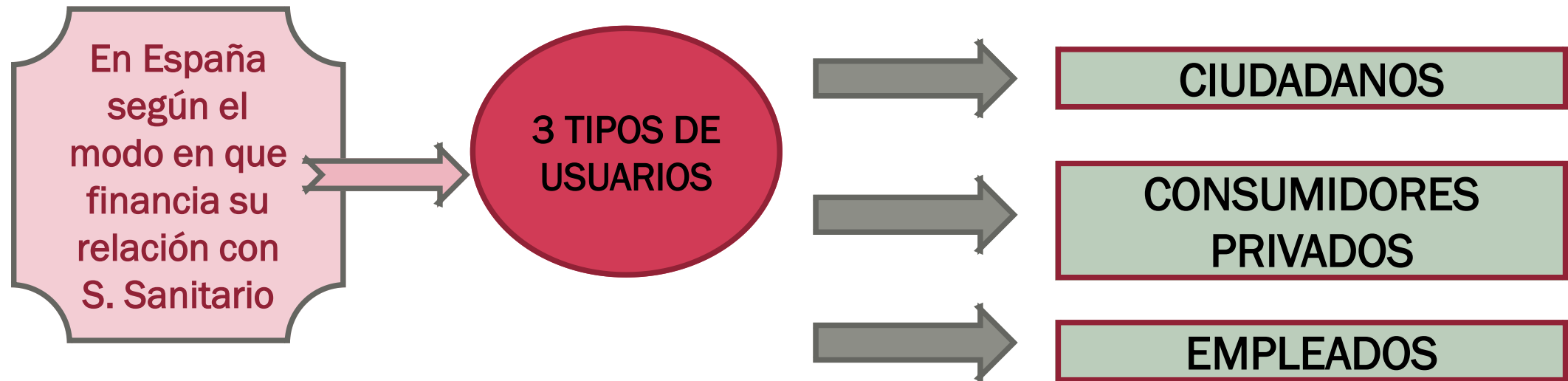
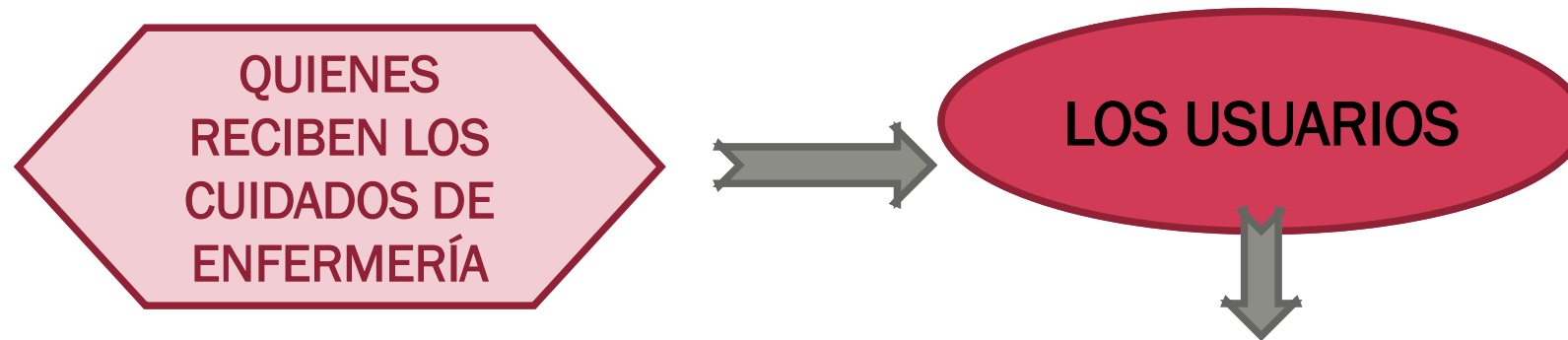
D) ENTIDADES PÚBLICAS

- Es el tipo de proveedor de cuidados de enfermería **más abundante en España**
- Organismo de **titularidad pública** (municipal, provincial, autonómica o estatal)
- Con **cargo a fondos públicos**, contrata a enfermeros para ofrecer cuidados de enfermería habitualmente **sin costes para la población**

D) ENTIDADES PÚBLICAS

- Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (con sus **Centros de Salud y Hospitales**) son el mejor exponente de este tipo de proveedor.

II.(2). USUARIOS



A) CIUDADANOS

- Es **el caso más frecuente**
- Reciben atención sanitaria **por ser nacionales del Estado español**
- **Se financia con cargo a los Presupuestos Generales del Estado** a través de los presupuestos de las Comunidades Autónomas.

B) CONSUMIDORES PRIVADOS

- Personas que deciden **costear de su propio bolsillo el coste de los servicios recibidos**
- **Directamente** o mediante la **contratación de una póliza** de seguro de salud

C) EMPLEADOS

Son las **personas que tienen derecho a recibir atención sanitaria** por parte de un seguro privado de salud cuyo **coste es asumido por su empresa u organización**

II.(3). REGULADORES

**Entidad que tiene capacidad para establecer las normas que delimitan los derechos y deberes de
PROVEEDORES Y USUARIOS**

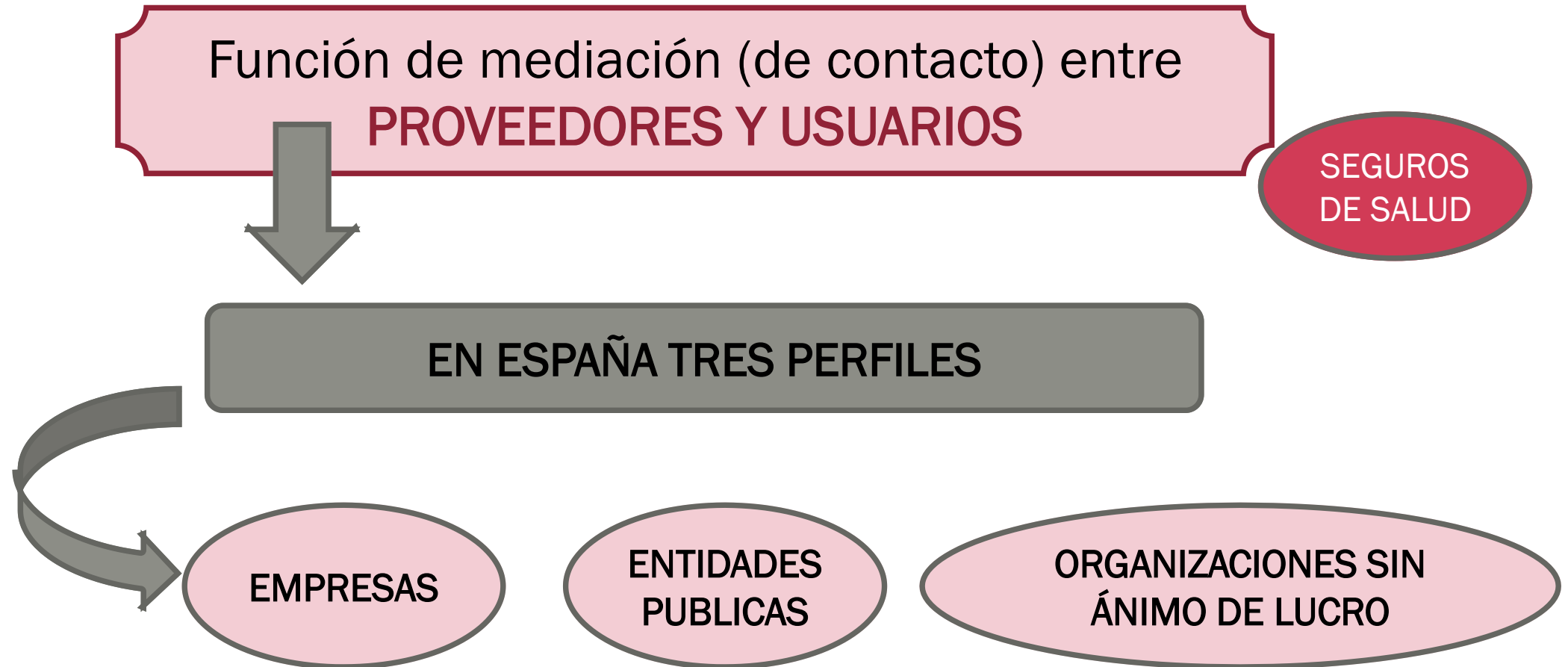
El regulador principal es EL ESTADO

Poder legislativo → redacta y aprueba las leyes que describen el marco jurídico de la actividad de los profesionales sanitarios y de los usuarios de sus servicios

II.(3). REGULADORES

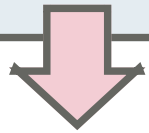
- ❑ El Estado puede participar de **entidades políticas supraestatales**
→ afecta a su regulación y al sistema sanitaria → **La Unión Europea (UE)**
- ❑ Hay otras organizaciones que **NO forman parte de la Administración del Estado** que también tienen **poder regulador sobre la actividad sanitaria** → **Los Colegios Profesionales**

II.(4). INTERMEDIARIOS

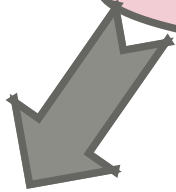


A) EMPRESAS

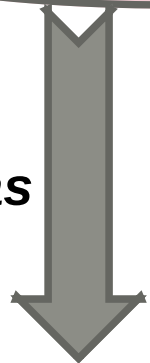
AGENCIAS DE SEGUROS QUE FACILITAN LA PRESTACIÓN
DE SERVICIOS SANITARIOS A CAMBIO DEL
PAGO DE UN PÓLIZA



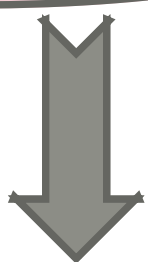
PUNTOS CLAVE



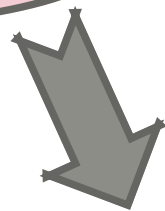
Condiciones previas



Cobertura



Franquicia



Copago

SANITAS

DKV
Salud y
bienestar

Adeslas

B) ENTIDADES PÚBLICAS

- **Organismos estatales financiados por los Presupuestos Generales del Estado o de una Comunidad Autónoma**
- Pueden establecer acuerdos con **empresas u organizaciones sin ánimo de lucro para contratar sus propios enfermeros o incluso establecer sus propios centros sanitarios** (como ocurre con los hospitales concertados)

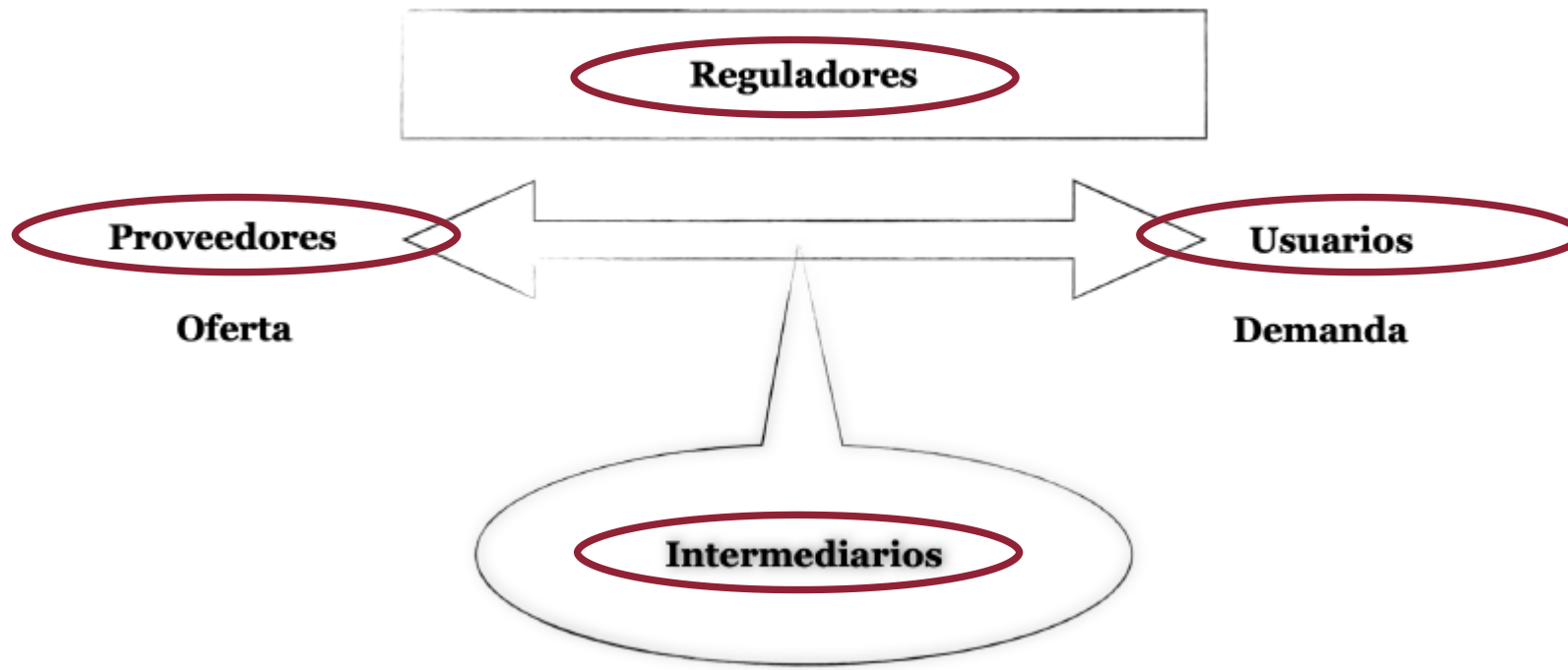
C) ORGANIZACIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO

- Pueden contar con **enfermeros** que presten cuidados de enfermería de forma **altruista o bien contratarlos**
- Consiguen los **fondos de los propios recursos de la organización o mediante donaciones**
- Estableciendo **acuerdos con el Estado para recibir una compensación económica** por su actividad asistencial (Hospital San Juan de Dios del Aljarafe sevillano).

III. ¿Cuántos modelos hay?

EL MODO EN QUE INTERACTÚEN ENTRE SÍ Y EL NIVEL DE PROTAGONISMO DE CADA UNO DE ELLOS MARCARÁ LA ORIENTACIÓN DE UN SISTEMA HACIA UNO U OTRO MODELO

ELEMENTOS ESENCIALES



III. ¿Cuántos modelos hay?

LOS DIFERENTES MODELOS TIENEN VENTAJAS E INCONVENIENTES

«NINGÚN PAÍS SABE MUY BIEN CÓMO TENER UN SISTEMA DE SALUD COMPLETAMENTE EFICIENTE» (DAVID CUTLER)

EL SISTEMA SANITARIO DE CADA PAÍS DEPENDE DE
FORMA MUY ESTRECHA DE SU **MODELO POLÍTICO**
GENERAL

III. ¿Cuántos modelos hay?

Los diferentes modelos políticos



Oscilan entre combinaciones de dos ideas clave

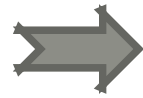


IGUALDAD Y LIBERTAD

III. ¿Cuántos modelos hay?

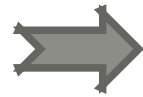
modelos políticos

El comunismo

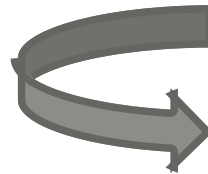


Apuesta de forma preferente por la igualdad

Las democracias
capitalistas

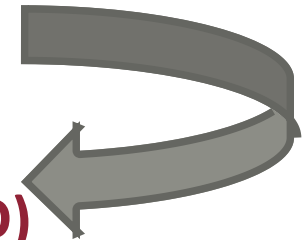


Intentan llegar a un equilibrio entre igualdad y libertad



SISTEMAS SOCIALES (IGUALDAD)

SISTEMAS LIBERALES (LIBERTAD)

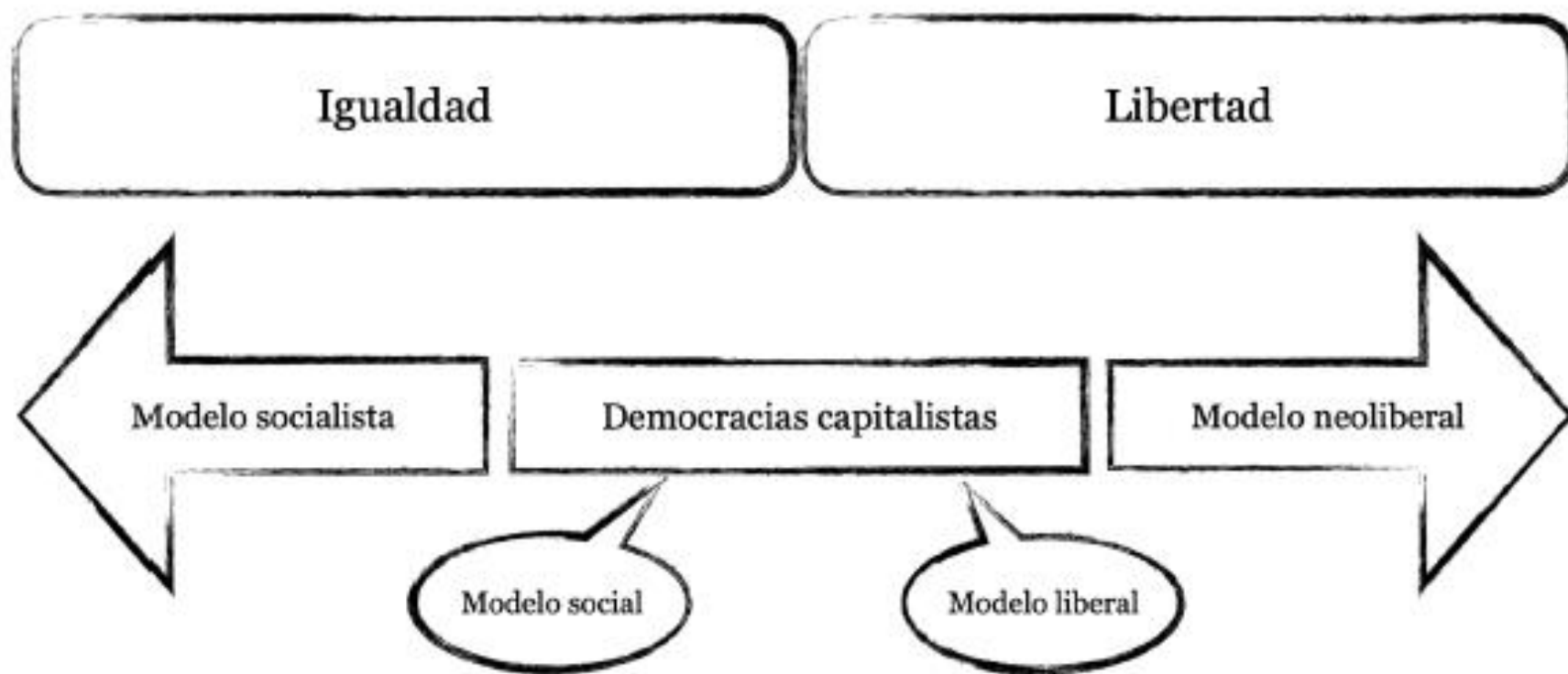


Los sistemas
neoliberales



Ponen todo su interés en la libertad

Características de los modelos políticos



III. (1). MODELO SOCIALISTA/ COMUNISTA

- Inspirado en las teorías económicas de **Karl Marx** (1818-1883)
- Se ha llevado a cabo en países donde triunfó una **revolución comunista**
- **El ruso** es el caso más importante en este sentido
- Se caracteriza por prestar una **COBERTURA UNIVERSAL Y GRATUITA.**

III. (1). MODELO SOCIALISTA/COMUNISTA

- Una de sus primeras versiones → **Nikolai Semashko**
- Primó el **ESTADO**, en su función de **REGULADOR** y como **ÚNICO PROVEEDOR**
- Prohibido el ejercicio libre de las profesiones y la propiedad privada (**Los intermediarios privados casi suprimidos**)
- Actualmente → en **Cuba y Corea del Norte.**

III. (2). MODELO SOCIAL

- Vinculado a un sistema político concreto: **la democracia**
- Responde al énfasis del **Estado del Bienestar** → sanidad, educación y cobertura de pensiones
- **Estado del Bienestar** → posterior a la Segunda Guerra Mundial, presenta variantes geográficas de interés
- El modelo social se caracteriza por una primacía del **USUARIO Y DEL REGULADOR** (el Estado)

III. (2). MODELO SOCIAL

- Los **derechos de los usuarios** están muy desarrollados y el control de los procedimientos está vigilado por el Estado
- El **Estado** suele tener un gran papel como **proveedor** de servicios de salud
- Actualmente → **la Unión Europea, Canadá y Japón**
- Históricamente ha sido desarrollado en **dos vertientes** geográficas distintas: **la alemana y la británica**

III. (2). MODELO SOCIAL

A) MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Desarrollado en **el Imperio Prusiano (Alemania o Austria)** por el canciller Otto von Bismarck (1815-1898)
- Presta atención sanitaria a las personas que tienen **un seguro de salud**
- **El seguro es obligatorio** de suscribir por parte de todos los trabajadores o de sus empresarios.
- Al vincular a la familia del trabajador al seguro, **la mayor parte de la población queda cubierta**
- Los gastos derivados de la atención → **cotizaciones a la Seguridad Social** → cobra el seguro y presta la atención

III. (2). MODELO SOCIAL

B) MODELO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- Impulsor → el economista y político inglés **William Henry Beveridge** (1879-1963)
- Fundado en 1948, tomó cuerpo en **el Reino Unido** a raíz de las consecuencias socioeconómicas de la Segunda Guerra Mundial
- **Presta atención a toda la población** del país → se trabaje o no
- Cargando sus gastos a los **Presupuestos del Estado** → se financia con cargo a **impuestos y no a cotizaciones**
- Más control del **Estado** → principal proveedor de servicios de salud

III. (3). MODELO LIBERAL

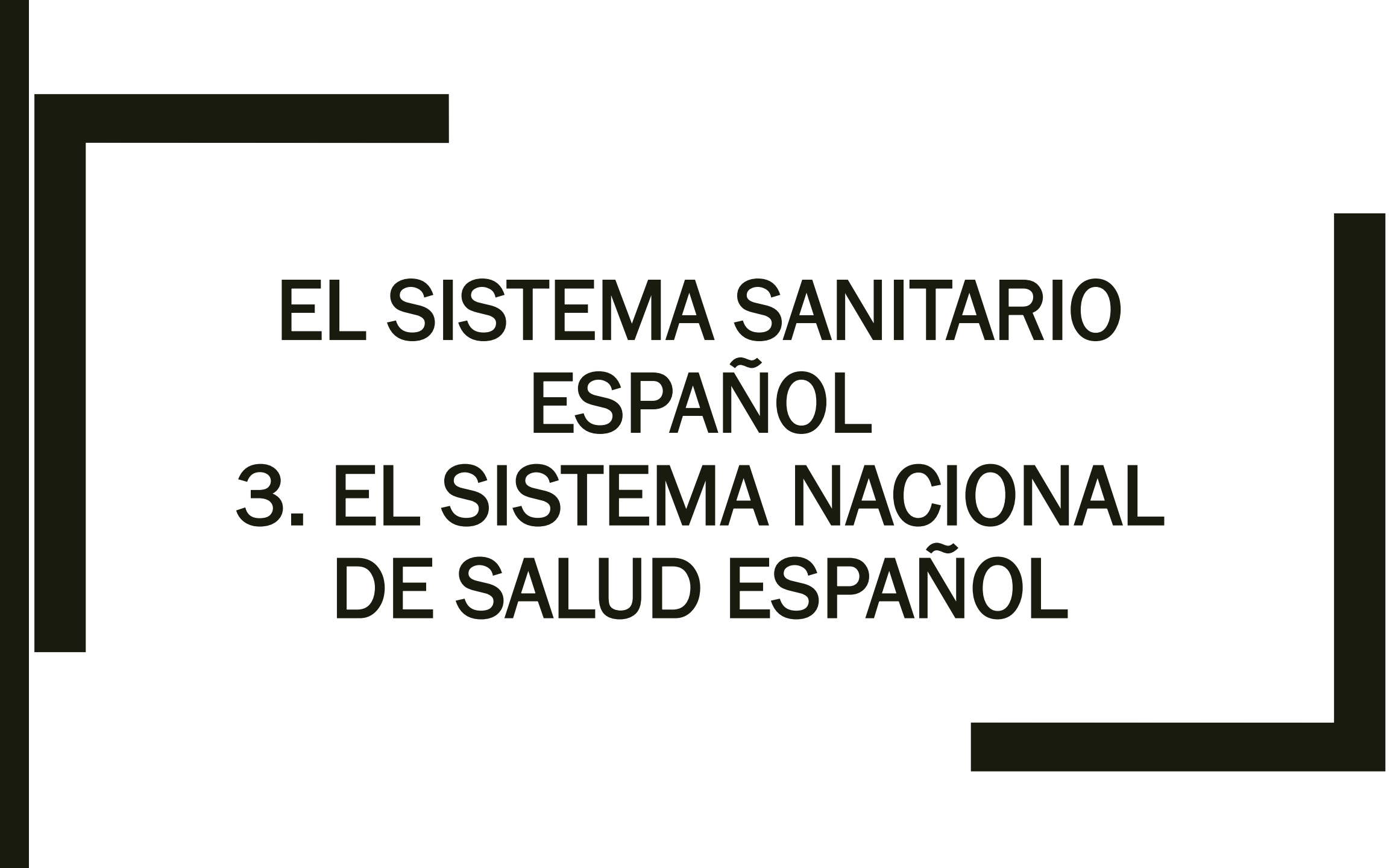
- Se basa en premisas políticas semejantes al anterior
- Ambos modelos (**social y liberal**) → el Estado debe controlar el mercado → **difieren sobre el nivel** al que debe llegar ese **control**
- El entorno político liberal → permite la **actividad económica** de los **ciudadanos** con la mínima restricción posible por parte del Estado
- Idea de **Adam Smith** (1723-1790) → uno de los padres del **capitalismo**

III. (3). MODELO LIBERAL

- Gran protagonismo a los **USUARIOS Y LOS PROVEEDORES** → reduciendo el papel del regulador
- **LOS INTERMEDIARIOS** → gran relevancia
- Su **financiación** → **fundamentalmente privada** y su gestión tiene muy en cuenta la ley del mercado (oferta/demanda)
- **Estados Unidos** es el país con el sistema sanitario más claramente liberal

III. (4). MODELO NEO O ULTRALIBERAL

- Toma como regla básica → **la ley de la oferta y la demanda**
- **Anula** prácticamente la función del **REGULADOR** → **Potencia** a **PROVEEDORES** e **INTERMEDIARIOS**
- La **mayoría de los usuarios** (con bajo poder adquisitivo) → **situación de grave indefensión** ante los problemas de salud
- Las **bases teóricas** → movimiento teórico conocido como **neoliberalismo** → economista **Milton Friedman** (1912-2006)
- **Países gobernados por regímenes dictatoriales** y democracias electorales iliberales (en las que hay elecciones, aunque no son libres) a lo largo de todo el mundo

A thick black L-shaped frame is positioned on the left and bottom edges of the slide, framing the text.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

ÍNDICE

3. El Sistema Nacional de Salud español

I. Situación anterior al modelo actual

II. La Ley General de Sanidad de 1986, nacimiento del SNS

III. El SNS hoy

I. Situación anterior al modelo actual

I. Situación anterior al modelo actual



I. (1) ANTES DE 1855

- ❖ Durante siglos la **atención sanitaria** en Occidente → **la Iglesia** y de las **corporaciones municipales**
- ❖ En España hasta el siglo XIX → **MODELO DE ESTADO MÁS CENTRALIZADO** → ofrecer una **atención sanitaria** al conjunto de la población del país (*unitaria no por autonomías*)
- ❖ Proceso de **desamortización de los bienes de la Iglesia** y desatención y abandono de numerosas instituciones de asistencia sanitaria (Carles Grabuleda i Teixidor)

I. (1) ANTES DE 1855

- ❖ Con **anterioridad a 1855** → **NO** hubo una **normativa clara y asentada** que regulara los temas sanitarios
- ❖ **Proyecto de Código Sanitario de 1822** → **NO** se lleva a cabo

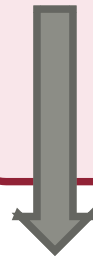
I. (2) LEY 28 DE NOVIEMBRE DE 1855

Esta norma consolida

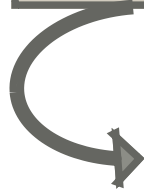


Dirección General de Sanidad

órgano supremo de control de las actividades sanitarias



**CREADA AÑOS
ANTES**



**ACTIVIDADES SANITARIAS FUNDAMENTALMENTE DE CARÁCTER
PREVENTIVO**

vacunación, sanidad mortuoria, sistema cuarentenal, etc

I. (2) LEY 28 DE NOVIEMBRE DE 1855

- ❖ Es la **primera de las leyes** de sanidad españolas
- ❖ La más **influyente** en la configuración del **sistema sanitario**
- ❖ Vigente desde la fecha de su aprobación **hasta el año 1904** (Real Decreto de 12 de enero)

*El **sistema sanitario público** que se va desarrollando descansará fundamentalmente sobre las **estructuras municipales y provinciales***

I. (3) LEY DE BASES DE SANIDAD NACIONAL DE 1944

Asentado el régimen franquista

Se promulga la **segunda ley de sanidad española**

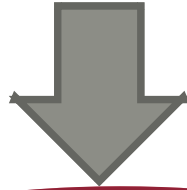


La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944

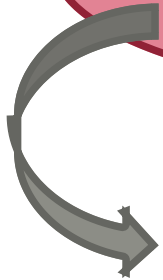
Vigente hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986

I. (3) LEY DE BASES DE SANIDAD NACIONAL DE 1944

El modelo sanitario impuesto por la ley de 1944



Seguridad social



Consolidando los pasos dados con la aprobación anterior **del Seguro de Enfermedad** en 1942

I. (3) LEY DE BASES DE SANIDAD NACIONAL DE 1944

La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944

Implicó un retroceso hacia posiciones científico-sanitarias de principios de siglo

La intensa evolución que vivió la sociedad española

DICTADURA



Nuevo modelo de atención sanitaria que pudo desarrollarse dentro del marco que constituía esta norma

I. (3) LEY DE BASES DE SANIDAD NACIONAL DE 1944

<<Superados los duros años de posguerra y de aislamiento internacional, el régimen franquista se alineó con Estados Unidos dentro del contexto de la Guerra Fría e **INGRESÓ EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en 1951**, volviendo a la escena internacional. El Estado fue **incrementando la inversión en hospitales** a través de organismos como INP (Instituto Nacional de Previsión, perteneciente al Ministerio de Trabajo) y DGS (Dirección General de Salud, vinculada al Ministerio de Gobernación). La DGS se centró en hospitales generales, quirúrgicos, psiquiátricos y antituberculosos. El INP comenzó a consolidar progresivamente su **estrategia de construir grandes residencias sanitarias**. Las **corporaciones provinciales y locales** comenzaron a **perder el peso** relativo que habían tenido tradicionalmente en el sector hospitalario, al ser incapaces de asumir grandes inversiones para modernizar los centros existentes. Además, la principal novedad radicaba en el **reconocimiento del derecho de los asegurados a la hospitalización médica** (no solamente quirúrgica), es decir, en caso de enfermedad transmisible, diagnóstico, tratamiento hospitalario o bien que el estado conductual del paciente requiriese vigilancia, algo que por aquel entonces estaba plenamente asentado en la mayoría de los países europeos, capitalistas y comunistas. Esto supuso una **mayor necesidad de cobertura médica y hospitalaria**, y el complejo reto de adecuar los recursos a estas necesidades.»

II. La Ley General de Sanidad de 1986, nacimiento del SNS

II. (1) El cambio fundamental: la Constitución de 1978

Promulgación de la Constitución Española
el día 6 de diciembre de 1978

CLAVE

Permite el **salto** desde un modelo de **atención sanitaria preventivista** propio del siglo XIX a un **modelo de sistema sanitario más avanzados del mundo**

Reconocimiento del derecho de los ciudadanos a la
«**protección de la salud**» el motor del cambio que sufrirá en
las siguientes décadas el sistema sanitario español

LGS, art. 43

II. (1) El cambio fundamental: la Constitución de 1978

- ❖ La creación del **primer Ministerio de Sanidad y Seguridad Social** en 1977
- ❖ Permitted the **aparición del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)** mediante el Real Decreto 36/1978
- ❖ Se concentró en **una sola entidad de carácter centralizado** el conjunto de las actividades sanitarias

II. (2) El cambio socialista de 1982: Ernest Lluch

- La **inestabilidad política** de los primeros años de la democracia española → **NO** aseguraba la estabilidad necesaria para abordar una **reforma sanitaria**
- Los gobiernos de **Adolfo Suárez y Leopoldo Calvo-Sotelo** → **NO** pudieron acometer la tarea (contención fuerzas reaccionarias y terrorismo de ETA)
- La **victoria** del Partido Socialista Obrero Español (**PSOE**) en 1982 → calma institucional para **desarrollar un embrión de reforma sanitaria**
- Protagonista de esta labor legislativa → **Ernest Lluch** (ministro de Sanidad y Consumo entre 1982 y 1986) → **aprobación de la Ley General de Sanidad**, el 25 de abril de 1986

II. (3) El Sistema Nacional de Salud, un modelo social

- ❖ El modelo de sistema sanitario que recoge la LGS → el **modelo social**
- ❖ Asumirlo implica → intensa función como **regulador al Estado** → *protección de los derechos de los usuarios* por encima de los de los *proveedores de servicios y los intermediarios*



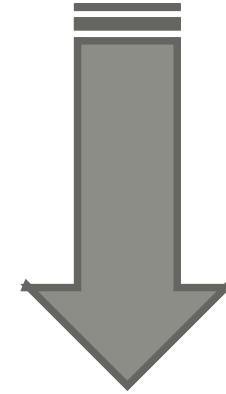
SIN EMBARGO

II. (3) El Sistema Nacional de Salud, un modelo social

**El Sistema Nacional de Salud (SNS) español
NO es un sistema puramente universalista**



**Pervivencia y el protagonismo en el nuevo
modelo de la Seguridad Social**



**La pervivencia de dos «almas» en el SNS, una universalista y otra
basada en el aseguramiento (tendrá consecuencias en el futuro)**

II. (3) El Sistema Nacional de Salud, un modelo social

Diferencia del SNS con algunos de los sistemas de otros países europeos



LA DESCENTRALIZACIÓN

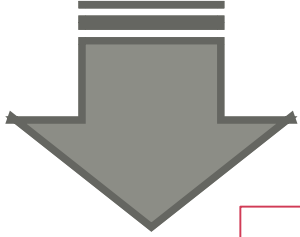
La LGS transfiere competencias desde la Administración General del Estado a las autonomías

«Servicios Autonómicos de Salud» (LGS, art. 50)

Una atención sanitaria casi federalizada

II. (3) El Sistema Nacional de Salud, un modelo social

El objetivo del nuevo SNS que surge de la LGS



- Va **más allá de la prevención de las epidemias y contagios**
- Abraza no solo la **protección de la salud**, sino la consideración de ésta como una vía más para la constitución de un determinado orden social
- Busca una **«igualación de las condiciones de vida»**

III. El SNS hoy

III. El SNS hoy

OMS identifica como piezas clave de todo sistema sanitario

FINANCIACIÓN

**RESULTADOS EN
SALUD**

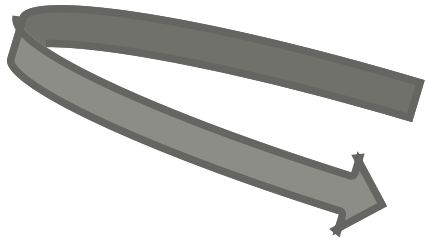
**INFORMACIÓN E
INVESTIGACIÓN**

**ORGANIZACIÓN,
LIDERAZGO Y
GOBERNANZA**

**MANEJO DE LOS
COSTES**

III. (1) FINANCIACIÓN

Cualquier actividad humana → NECESITA contar con **RECURSOS** (materiales, humanos, etc.)



La realización de una actividad sanitaria

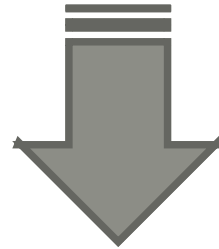
Supone contar con los fondos económicos precisos para poder sostener el pago de esos recursos

LA FINANCIACIÓN ES EL APOORTE DE DICHOS RECURSOS

III. (1) FINANCIACIÓN

En España, la fuente de financiación principal del sistema sanitario público

Impuestos



«la financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante **recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios**» (LGS, art. 46).

FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA PRESTADA A LA POBLACIÓN POR EL ESTADO (LGS, art. 79)

III. (1) FINANCIACIÓN

«1. La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a:

a) **Cotizaciones sociales.**

b) **Transferencias del Estado**, que abarcarán:

La participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social.

La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos.

La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.

c) **Tasas por la prestación de determinados servicios.**

d) **Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.**

e) Tributos estatales cedidos»

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza

LA LGS PRETENDE

Terminar con la **fragmentación** de la sanidad española

Superar la **descoordinación** de la sanidad

AFIRMA

«todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud» (art. 44.1)

SIN EMBARGO

Esta **estructura descentralizada** dificulta la **coordinación** de los distintos **Servicios de Salud autonómicos**

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza

Se consolida la idea

UN SOLO SNS

ÁMBITO ESTATAL

**SUBDIVIDIDO EN SERVICIOS DE SALUD
AUTONÓMICOS**

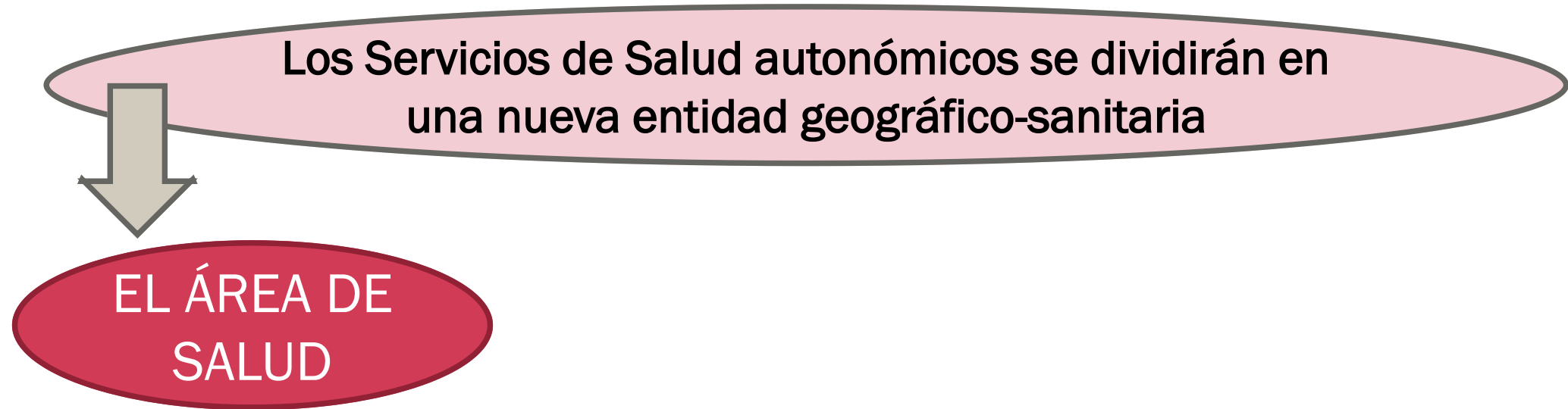
Misión coordinadora e integradora del SNS en el territorio de cada autonomía

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza

Cada entidad sanitaria va a englobar las entidades inmediatamente inferiores

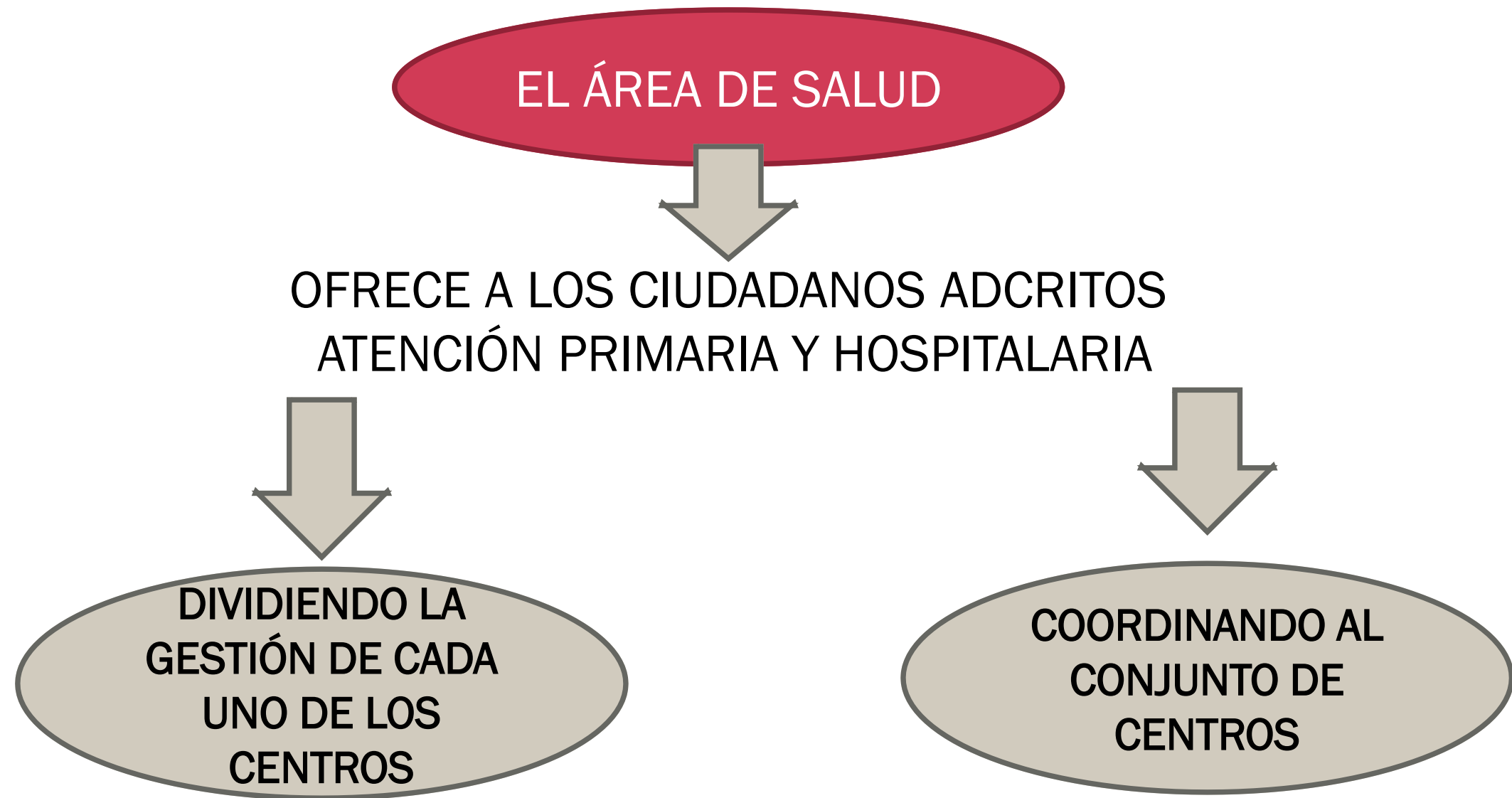
«En cada **Comunidad Autónoma** se constituirá **un Servicio de Salud integrado** por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará **gestionado**, como se establece en los artículos siguientes, bajo la **responsabilidad** de la respectiva **Comunidad Autónoma**», (LGS, art. 50.1).

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza



«Las Áreas de Salud son las **estructuras fundamentales del sistema sanitario**, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su **demarcación territorial** y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos», (LGS, art. 56.2).

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza

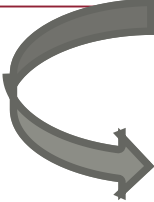


III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza

LA GESTIÓN DE
LOS CENTROS

CADA HOSPITAL TENDRÁ SU PROPIA ESTRUCTURA DE GESTIÓN

EN LA ATENCIÓN PRIMARIA CADA CENTRO **NO ES INDEPENDIENTE**



ZONAS BÁSICAS DE SALUD

Entidades de gestión más pequeñas del SNS



«el **marco territorial de la atención primaria de salud** donde desarrollan las actividades sanitarias los **Centros de Salud**, centros integrales de atención primaria», (art. 63).

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza

ZONAS BÁSICAS DE SALUD

SE CONSTITUIRÁN

CENTROS DE SALUD

Los primeros puntos de encuentro de los ciudadanos con el SNS

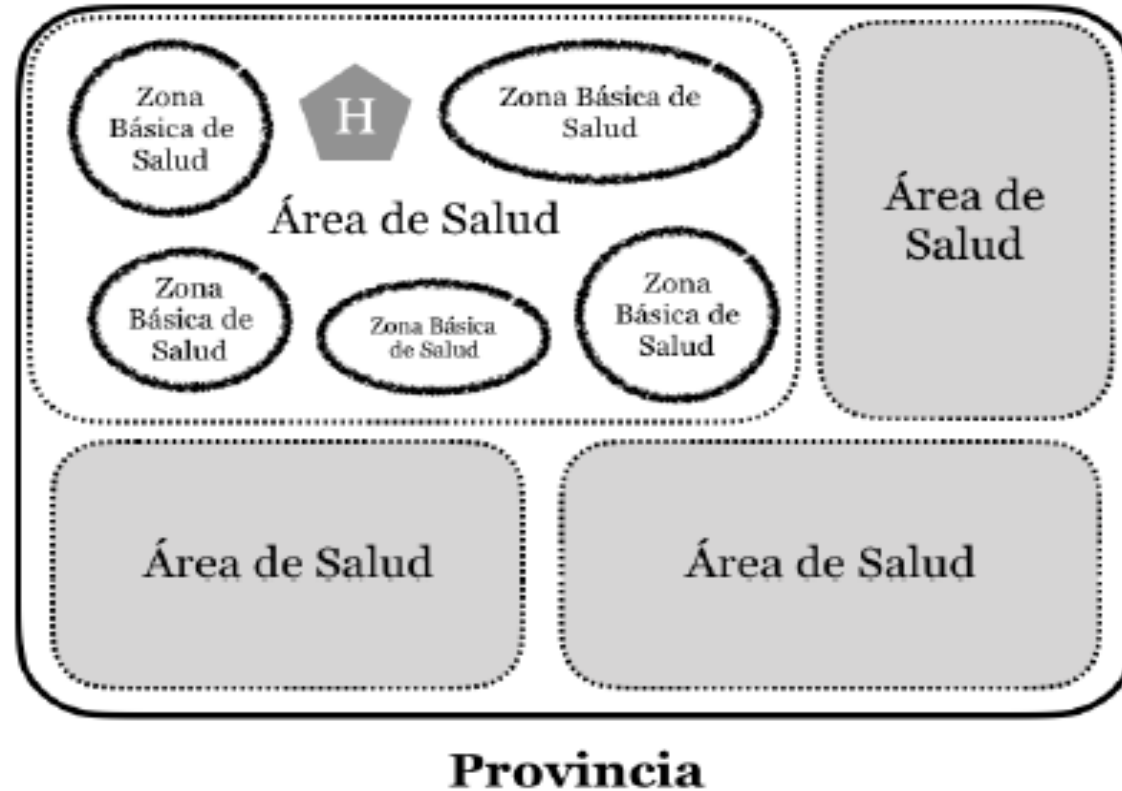
- En cada Centro de Salud desarrollará su trabajo **un Equipo Básico de Atención Primaria**
- Cada **usuario** del sistema tendrá derecho a que se le **asigne un médico** de este equipo como **interlocutor** básico con el equipo asistencial y por ende con el **resto del SNS** (art. 10.7).

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza

EL MODELO DE SNS QUE SURGE DE LA LGS

- ❑ Cada **Comunidad Autónoma** establecerá un **Servicio Autonómico de Salud**, que estará **dividido** a su vez, **territorialmente**, en **Áreas de Salud**
- ❑ Cada una de estas Áreas contará con o estará **vinculada** a, al menos, **un hospital general** (art. 65), y estará **dividida** en el número que se considere oportuno de **Zonas Básicas de Salud** (art. 62)

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza



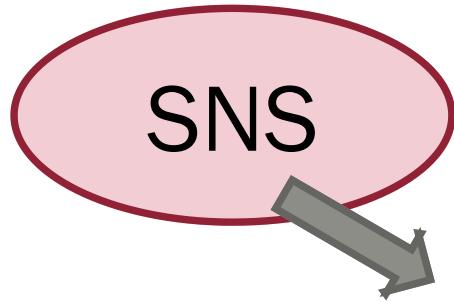
Gestión conjunta de Atención Primaria y Hospitalaria según la LGS

III.(2) Organización, liderazgo y gobernanza



«El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es **el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado**, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado», (Ley 16/2003, art. 69).

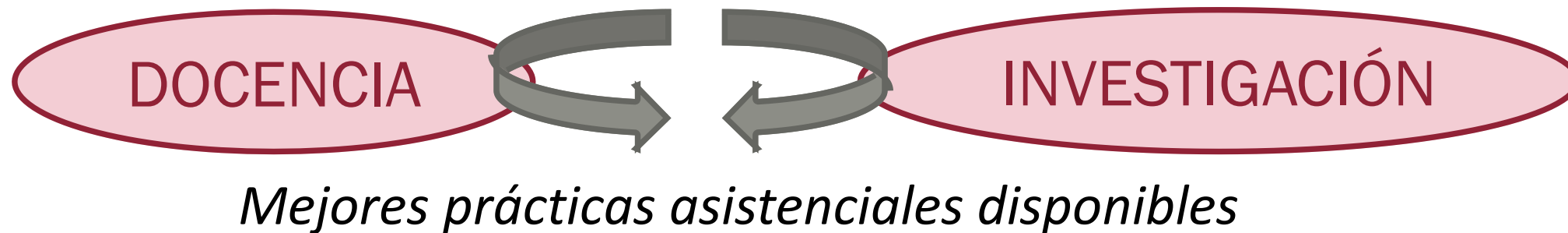
III. (3) INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN



PERMITE Y ALIENTA LA DOCENCIA EN SUS INSTALACIONES

«toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales» (LGS,art.104.1)

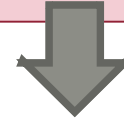
III. (3) INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN



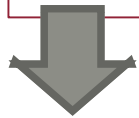
«Las **Administraciones Públicas** competentes en educación y sanidad promoverán la **revisión permanente de las enseñanzas en el campo sanitario** para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades de la sociedad española. Asimismo, dichos Departamentos favorecerán la formación interdisciplinar en Ciencias de la Salud y la **actualización permanente de conocimientos**», (LGS, art. 104.6).

III. (4) MANEJO DE LOS COSTES

La mayor parte de la financiación del SNS



Presupuestos Generales del Estado



Transferencia a las diferentes Comunidades Autónomas

Depende de la actividad económica del país y de la capacidad recaudatoria del gobierno

LIMITACIÓN DE FONDOS



III. (4) MANEJO DE LOS COSTES

TENDENCIA ALCISTA de los costes vinculados a la atención sanitaria

- El SNS tiene una **orientación universalista** en cuanto al acceso al sistema
- **Envejecimiento de la población**
- La atención sanitaria **ofrece cada vez más prestaciones potenciales** a la población
- **La sensación de derecho adquirido** respecto a la atención sanitaria



III. (4) MANEJO DE LOS COSTES

Cualquier decisión gubernativa que implique una restricción de las prestaciones o un aumento de los copagos

*Durante la última gran crisis económica (2008-2018) la **LGS fue modificada** sustancialmente en su título VII (13/06/2015) para incluir y modificar una serie de artículos (106-116) a **efectos de introducir medidas de control del gasto sanitario***

III. (5) RESULTADOS EN SALUD

EL MODELO ANTERIOR

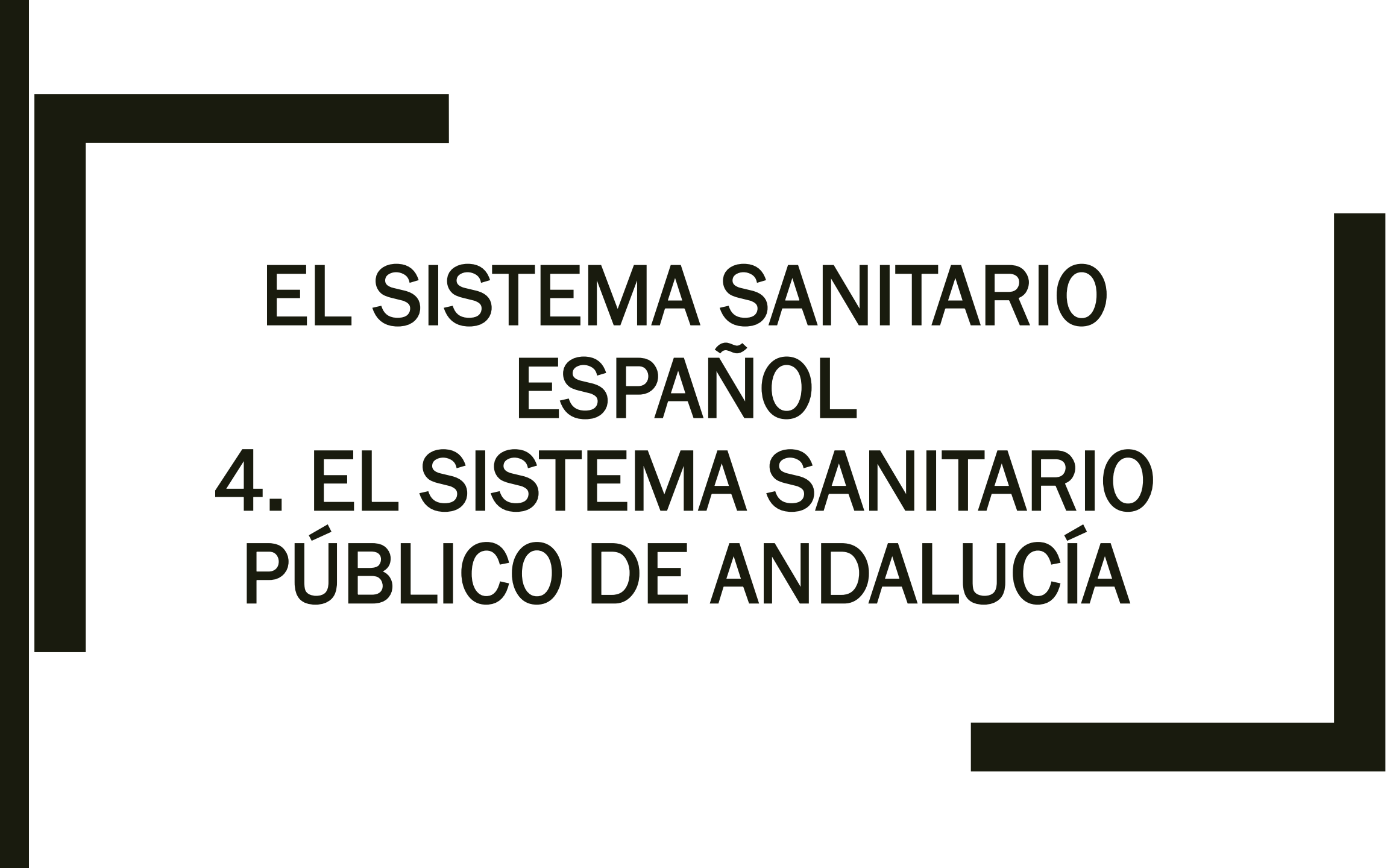
- Se contentaba con **ATENDER A QUIENES CAÍAN ENFERMOS** y se esforzaba para que su enfermedad no afectara a otros

EL MODELO ACTUAL

- **PRETENDE MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y PREVENIR** la aparición de enfermedades y sus secuelas, destacando la labor educativa de los profesionales como una nueva forma de atención sanitaria (LGS, art. 6).

III. (5) RESULTADOS EN SALUD

Este modelo ha de ir desarrollando necesariamente, si de verdad quiere cumplir sus objetivos, **sistemas de evaluación de los resultados de su actividad**, para saber si las prácticas sanitarias que pone en marcha consiguen **promover la salud y prevenir la enfermedad** o no lo hacen

A thick black L-shaped frame surrounds the text. It consists of a vertical bar on the left and a horizontal bar at the top, meeting at a corner in the upper-left. Another L-shaped bar is on the right, consisting of a vertical bar and a horizontal bar at the bottom, meeting at a corner in the lower-right.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

4. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

ÍNDICE

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía

I. Estructura

II. Organización asistencial y territorial

III. Principales líneas de trabajo en la actualidad

IV. La enfermería en el SSPA

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

EL SSPA ES EL CONJUNTO DE LOS **ORGANISMOS PÚBLICOS** ENFOCADOS A **ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD** DE LOS HABITANTES DE LA **COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA**, INCLUYENDO AQUELLAS **ENTIDADES** DEDICADAS EXPRESAMENTE A LA **ATENCIÓN SANITARIA** Y TAMBIÉN **OTRAS** QUE AYUDAN EN SU LABOR A LAS PRIMERAS

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

NORMA VIGENTE

La **Comunidad Autónoma** tiene atribuidas gran parte de **competencias exclusivas** (y otras compartidas con el Estado central) en el **ámbito de la salud**

LA NORMA MÁS RELEVANTE

El Estatuto de Autonomía de Andalucía, aprobado en 1981 y modificado en 2006

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

El Estatuto de Autonomía de Andalucía

Artículo 55. Salud, sanidad y farmacia

1. Corresponde a la Comunidad Autónoma **la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios**, así como en el marco del artículo 149.1.16.ª de la **Constitución la ordenación farmacéutica**. Igualmente le corresponde **la investigación con fines terapéuticos**, **SIN PERJUICIO** de la **coordinación general del Estado** sobre esta materia

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

El Estatuto de Autonomía de Andalucía

Artículo 55. Salud, sanidad y farmacia

2. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la **competencia compartida en materia de sanidad interior** y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la **ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público** en todos los niveles y para toda la población, **la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos**, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

El Estatuto de Autonomía de Andalucía

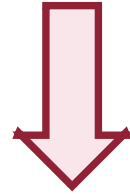
Artículo 55. Salud, sanidad y farmacia

3. Corresponde a Andalucía la **ejecución de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos**

4. La Comunidad Autónoma participa **en la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública** con arreglo a lo previsto en el Título IX

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

Uno de los hitos más importantes del desarrollo del SSPA



Ley de Salud de Andalucía,
de 1998



Se define con mayor claridad la naturaleza y alcance del SSPA

I. Estructura

I. Estructura



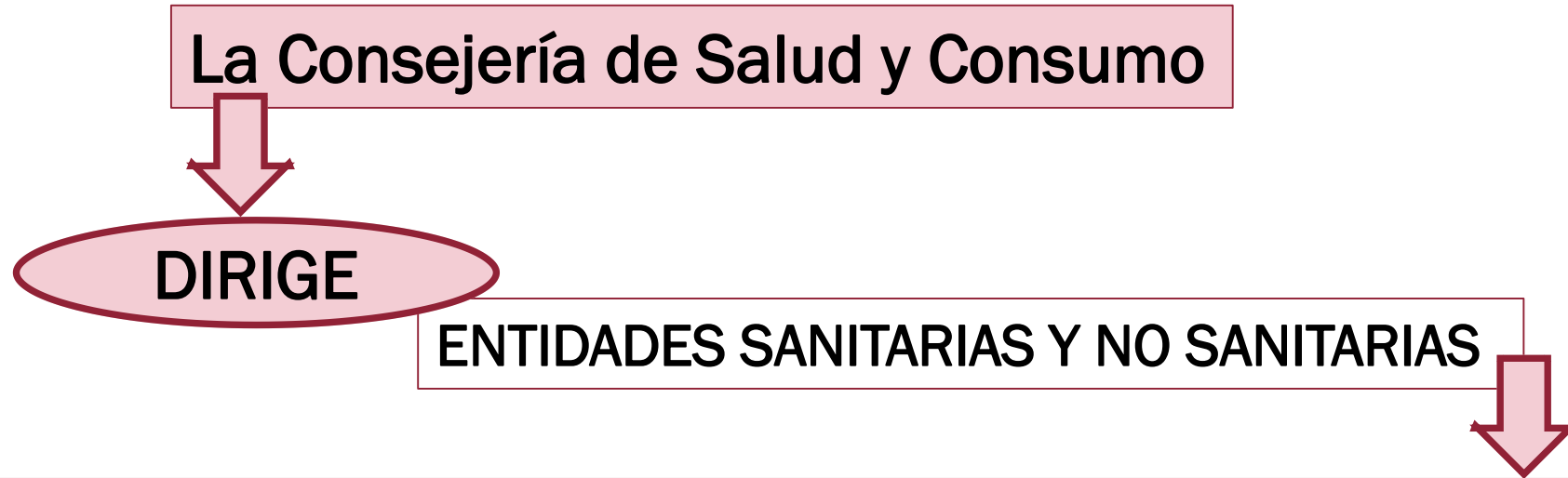
I. Estructura

La estructura de la Consejería de Salud y Consumo

VICECONSEJERÍA.

- **Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.**
 - Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
 - Dirección General de Consumo.
- **Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud.**
 - Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- **Secretaría General Técnica.**

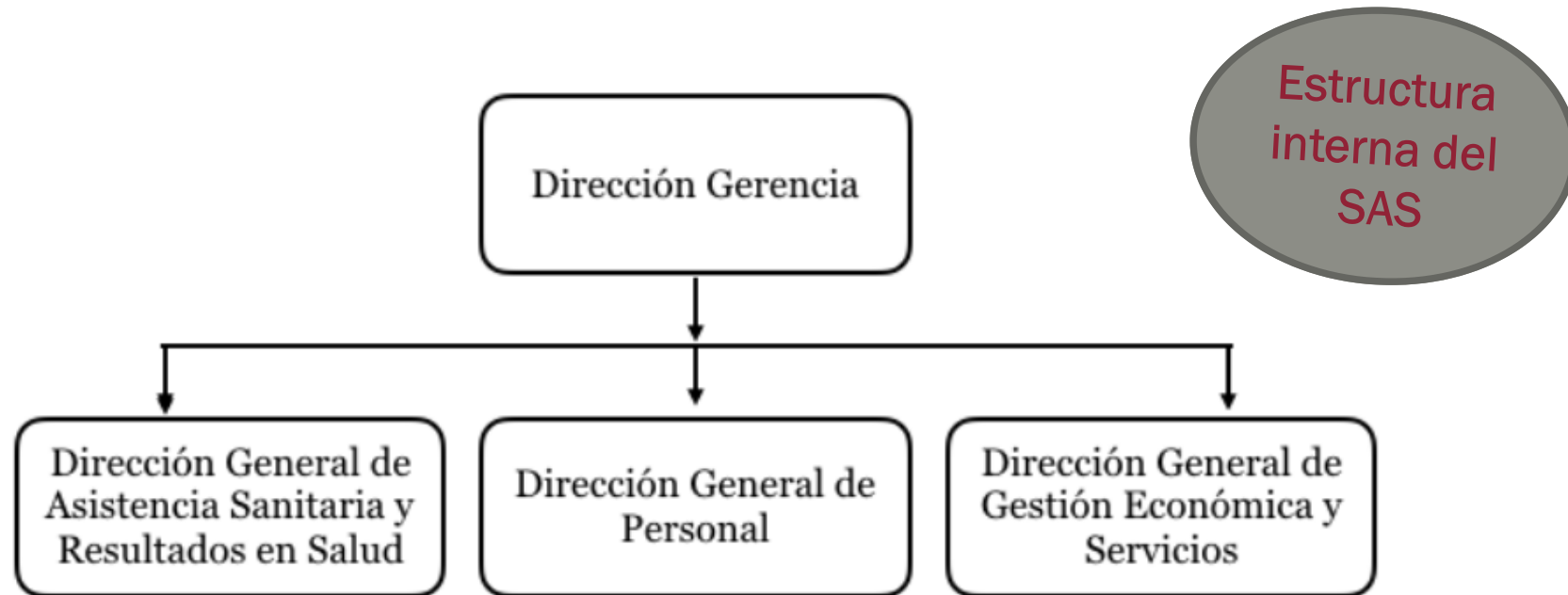
I. Estructura



- a) **Servicio Andaluz de Salud** (y el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe)
- b) Agencia de **Servicios Sociales y Dependencia** de Andalucía
- c) Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. **FAISEM**
- d) **Escuela Andaluza de Salud Pública**, S.A.
- e) Otras.

I.(1) El Servicio Andaluz de Salud (SAS)

LA ENTIDAD DE MAYOR PESO en el SSPA
por su tamaño y por el volumen de presupuesto e implantación territorial

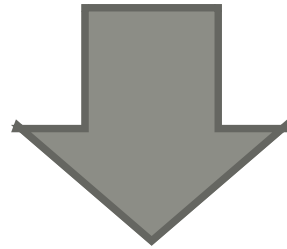


Organigrama de una de las estructuras históricas del Servicio Andaluz de Salud

I.(1) El Servicio Andaluz de Salud

Empresas públicas sanitarias dependientes institucionalmente de la Consejería de Salud (nombramientos de cargos directivos, adjudicación de presupuesto, etc.), **NO ERAN parte del SAS estaban sujetas funcionalmente** a este (establecimiento de protocolos de trabajo, etc.).

Empresa Pública de
Emergencias
Sanitarias (EPES)-061

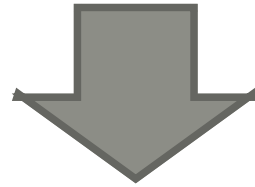


Agencia Pública
Empresarial Sanitaria
(APES) Costa del Sol

*En el seno de estas empresas o agencias fueron creados **los Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Especialidades (CHARE)***

I.(1) El Servicio Andaluz de Salud

El gobierno andaluz en la legislatura 2018-2022



Disolver estas empresas e integrar sus servicios y personal en el SAS

*El proceso de integración de los profesionales de las distintas APES en el SAS
ha comenzado muy recientemente y aún no ha culminado*

II. Organización asistencial y territorial

II. Organización asistencial y territorial



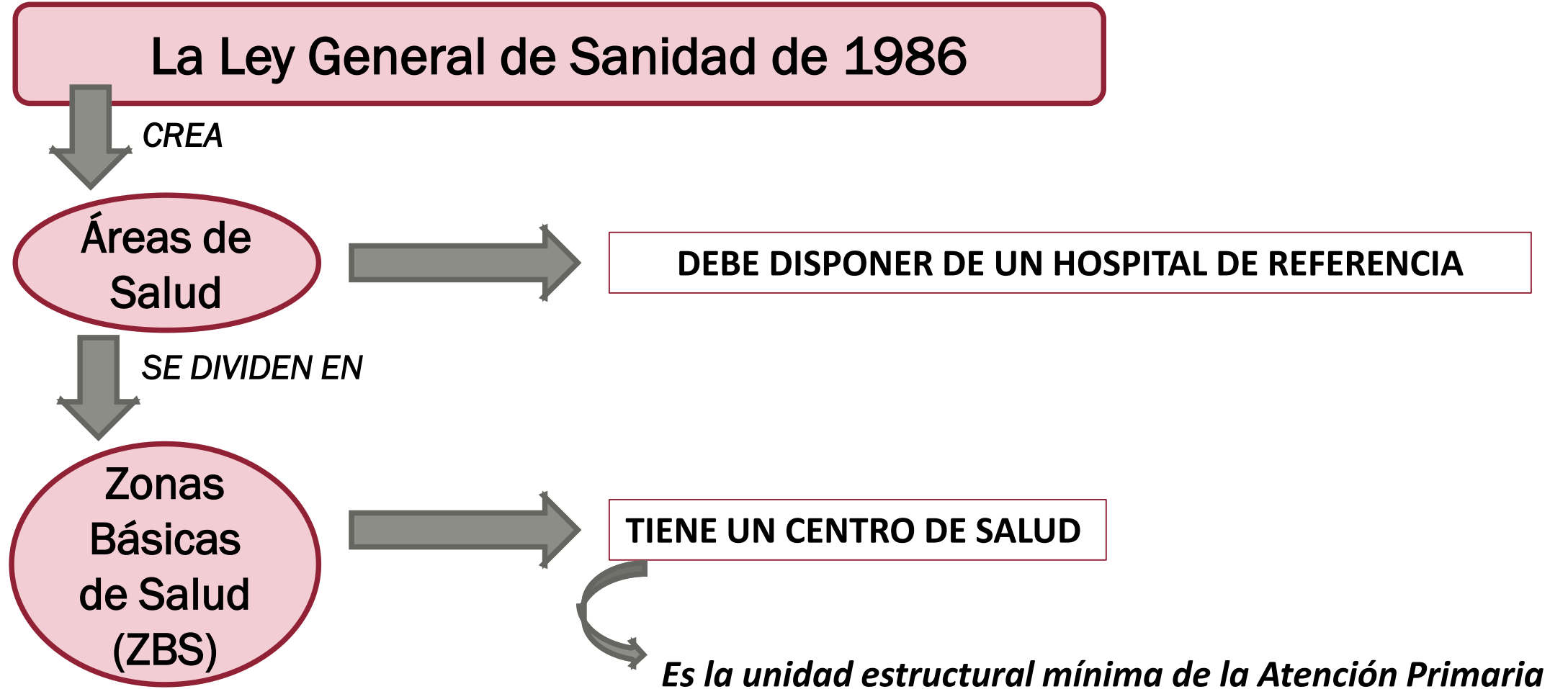
El conjunto de la actividad que cada Servicio Autónomo de Salud ofrece a los ciudadanos a su cargo

II. (1) ATENCIÓN PRIMARIA

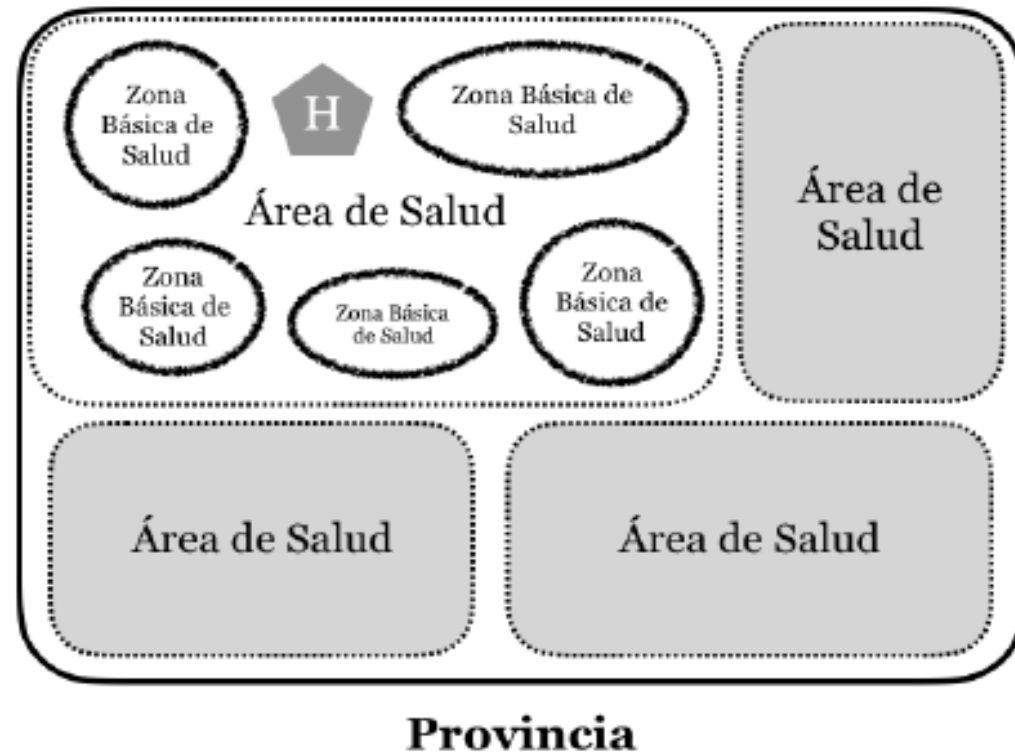
**ES EL PRIMER NIVEL EN QUE
SE PRESTA ATENCIÓN A LA
SALUD**

**PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA CURACIÓN Y LA
REHABILITACIÓN**

II. (1) ATENCIÓN PRIMARIA



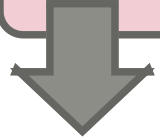
II. (1) ATENCIÓN PRIMARIA



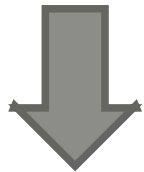
Gestión conjunta de Atención Primaria y Hospitalaria según la LGS

II. (1) ATENCIÓN PRIMARIA

En Andalucía

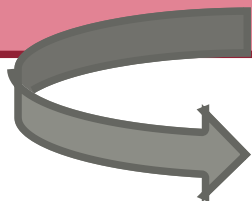


Modificaciones de esta
organización territorial

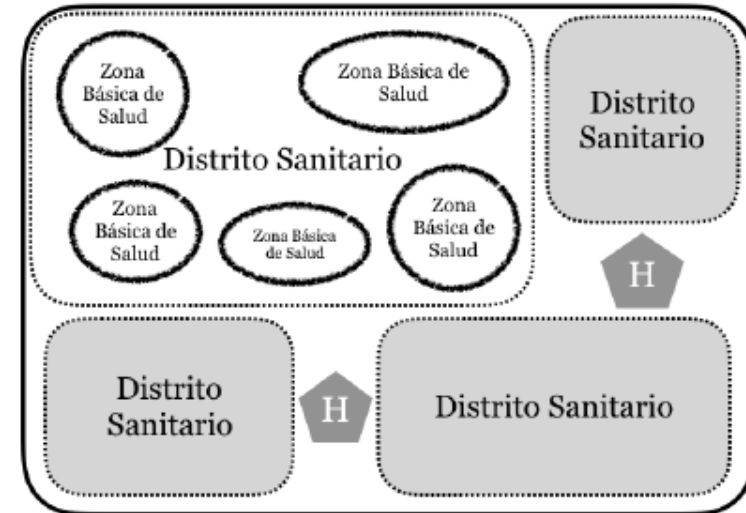


SE CREAM

Distritos Sanitarios de Atención
Primaria



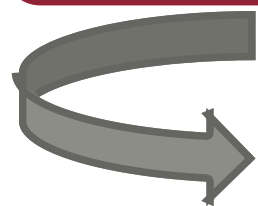
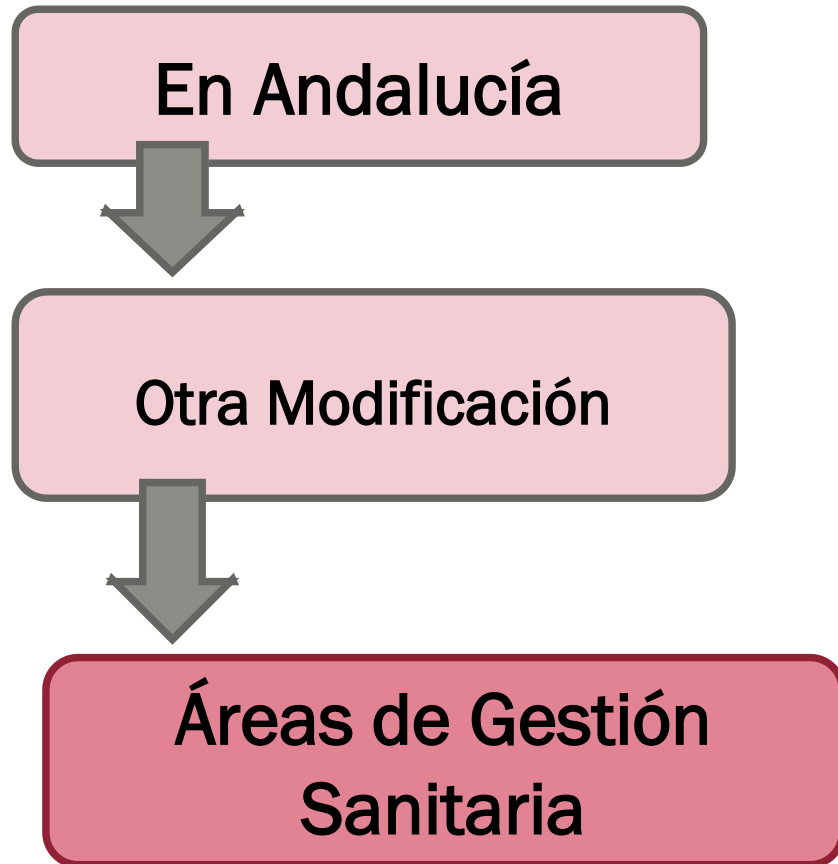
Entidades de gestión exclusivamente de Atención Primaria



Provincia

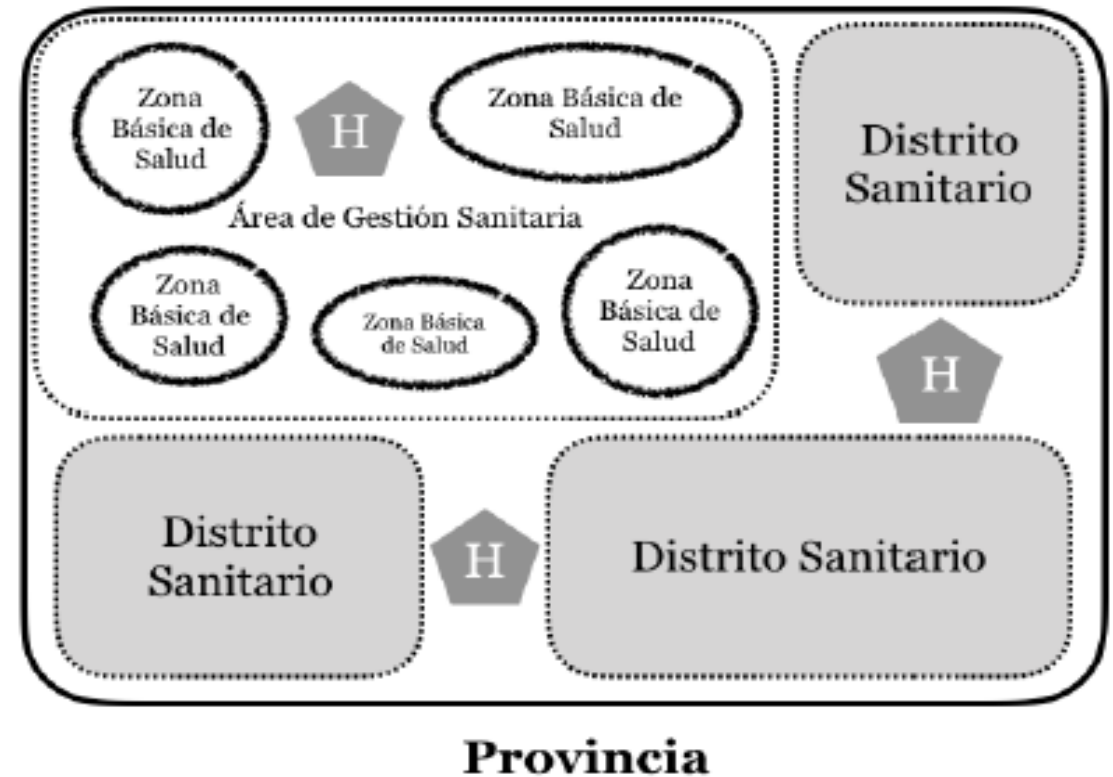
Gestión independiente de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Andalucía

II. (1) ATENCIÓN PRIMARIA



Integran la gestión de la Atención Primaria y Hospitalaria

Implantadas en zonas de baja densidad poblacional y alta dispersión geográfica



Área de Gestión Sanitaria en Andalucía

II. (2) ATENCIÓN HOSPITALARIA

Atención a procesos de
salud/ enfermedad que
requieren el ingreso
hospitalario

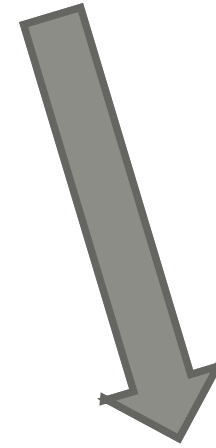
Se presta en los hospitales y en
los Centros Periféricos de
Especialidades

II. (2) ATENCIÓN HOSPITALARIA

La normativa que regula el funcionamiento

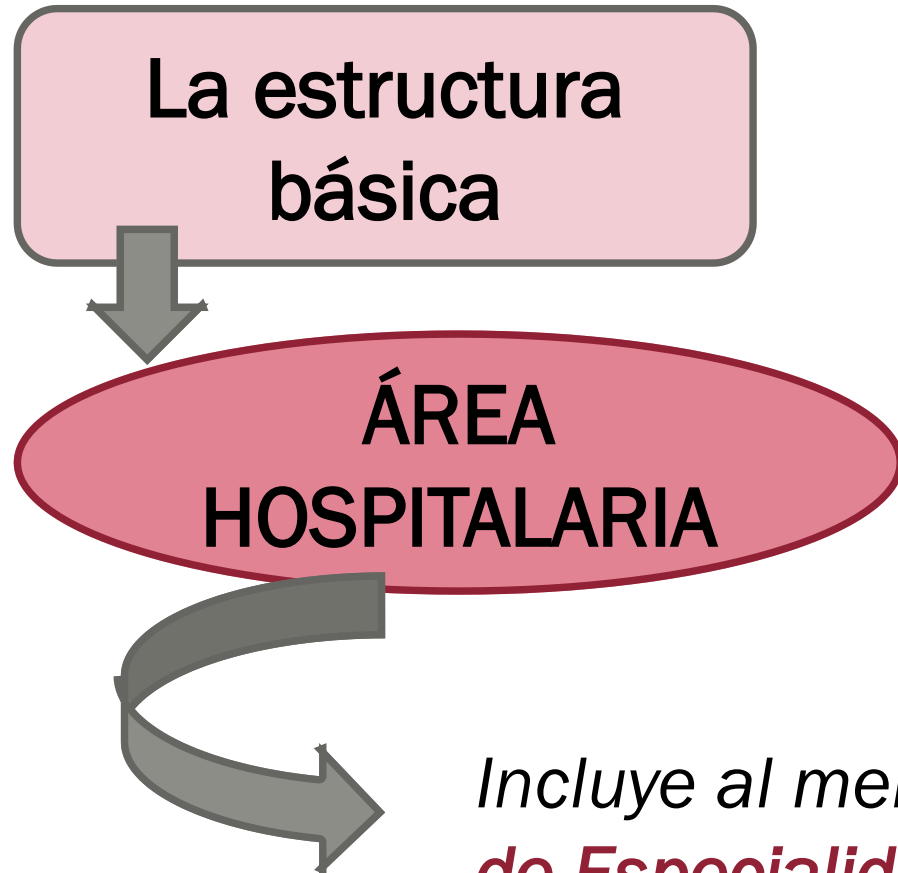


*Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre
**ordenación de asistencia sanitaria
especializada y órganos de dirección de los
hospitales***



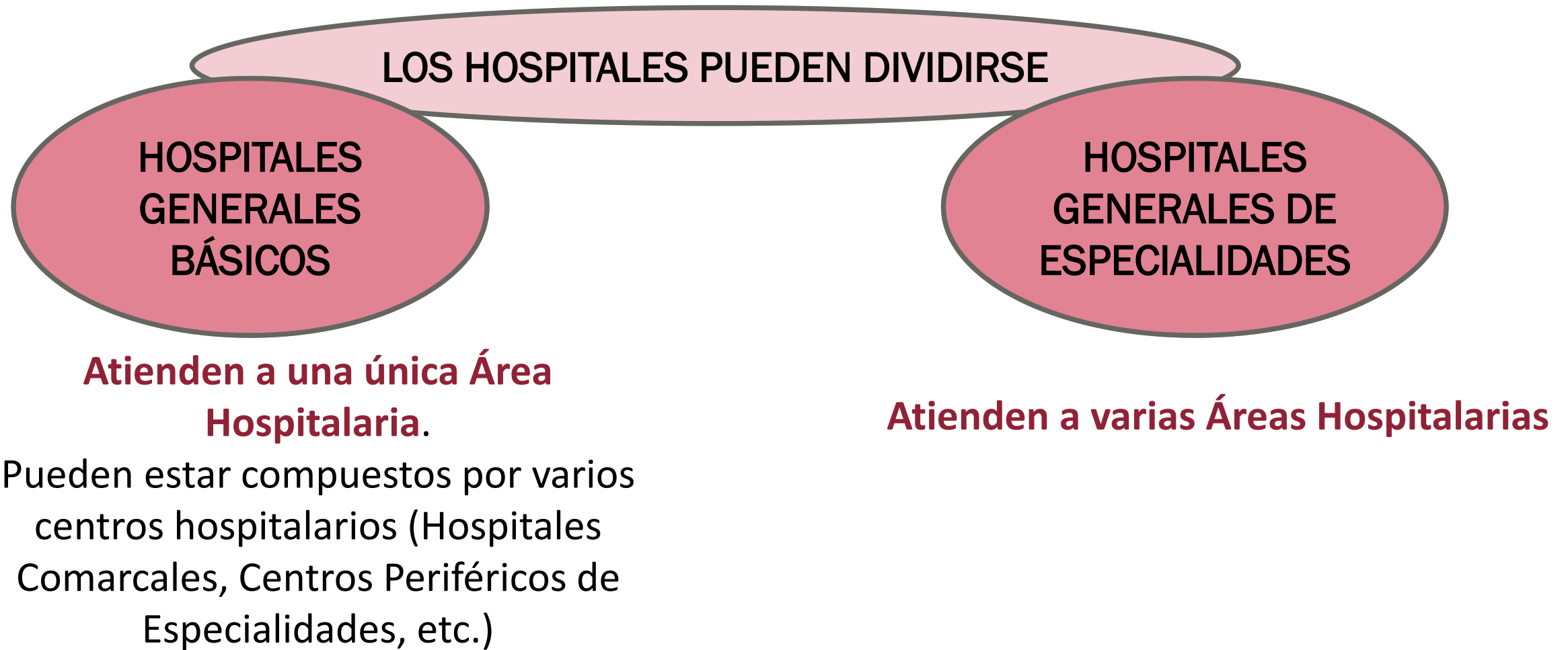
*Decreto 462/1996, de 8 de octubre, sobre
**Ordenación de la Asistencia Especializada y
Organos de Dirección de los Hospitales***

II. (2) ATENCIÓN HOSPITALARIA



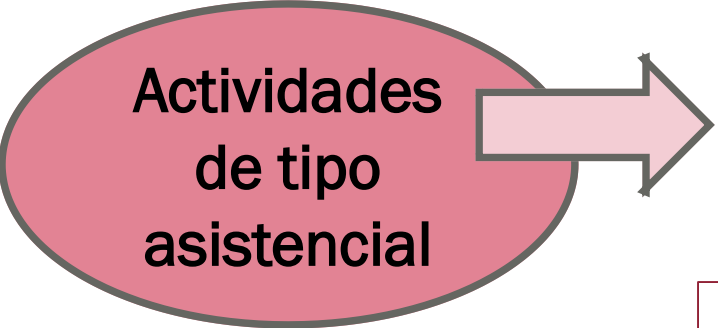
*Incluye al menos un **Hospital** y los **Centros Periféricos de Especialidades** que dependan del mismo*

II. (2) ATENCIÓN HOSPITALARIA



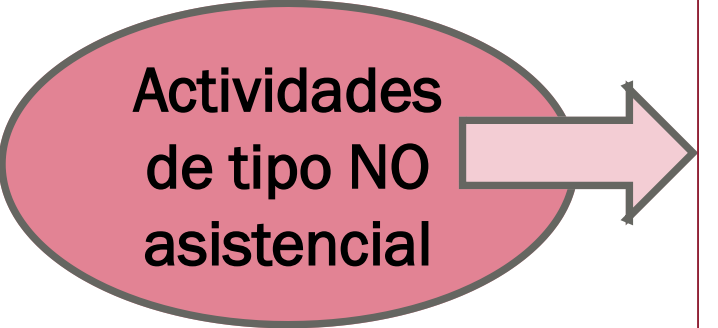
II. (3) OTROS SERVICIOS

**Actividades
de tipo
asistencial**



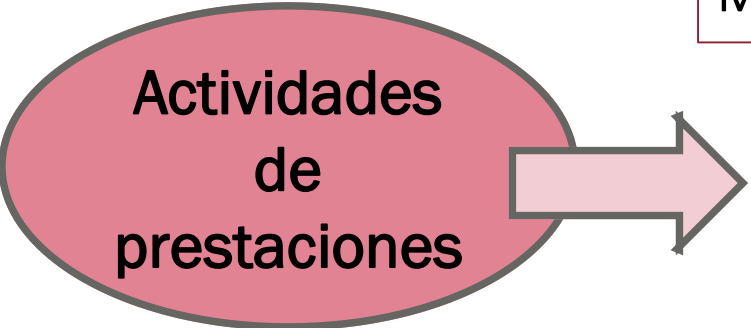
La asistencia a emergencias sanitarias que proporciona el 061 o los Centros de Transfusión Sanguínea

**Actividades
de tipo NO
asistencial**



Escuela Andaluza de Salud Pública; Fundación Andaluza Beturia para la Investigación en Salud en Huelva (FABIS); Fundación para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI); Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO); Fundación para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud (FIMABIS); Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

**Actividades
de
prestaciones**



La prestación farmacéutica y complementaria, que tiene lugar tanto en Atención Primaria como Hospitalaria

III. Principales líneas de trabajo en la actualidad

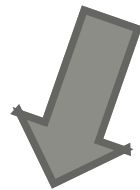
III. Principales líneas de trabajo en la actualidad

El Ministerio de Sanidad del Gobierno de España

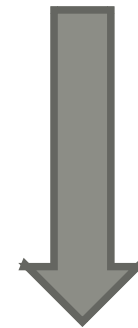


Publica (al menos c/2 años)

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud



Individual de cada Comunidad Autónoma



Estrategias y acciones que cada Servicio Autonómico de Salud

III. (1) DOCUMENTOS PRINCIPALES

- a. **Plan Andaluz de Salud.** Publicación **cuatrienal** que recoge los principales **objetivos del Gobierno andaluz en materia de salud**, así como las estrategias para la consecución de los mismos. Es el documento marco para toda la actuación del SSPA.
- b. **Plan de Calidad.** Este documento tiene un mayor nivel de concreción que el anterior y está dirigido tanto a profesionales como a ciudadanos en general. En sus páginas aparecen los **ejes fundamentales en los que la Consejería de Salud quiere basar su política de calidad** para el plazo de ejecución del plan, que suele el de la duración de una legislatura parlamentaria (**cuatro años**).

DOCUMENTOS
DE CARÁCTER
GENERAL

III. (1) DOCUMENTOS PRINCIPALES

c. Planes Integrales. A diferencia de los anteriores, que son documentos de carácter general (afectan a todas las dimensiones de la salud y de la atención sanitaria) estos **se centran en un único problema de salud y lo abordan desde todas sus perspectivas** (por ejemplo, el *Plan Integral de Obesidad Infantil*).

d. Procesos Asistenciales Integrados. Son **documentos operativos**, con un alto nivel de concreción, que marcan la pauta de actuación de los profesionales del SSPA ante determinados **procesos muy prevalentes, no necesariamente patológicos** (como es el caso del *Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio*)

III. (2) GESTIÓN CLÍNICA



III. (2) GESTIÓN CLÍNICA

- El modelo de gestión clínica está basado en el modelo norteamericano denominado *managed care*, que se impuso como modelo dominante en EEUU a partir la década de los noventa del siglo XX
- Su estrategia de **reducción de costes se basa en el control de la atención sanitaria** prestada por los profesionales por parte de la entidad financiadora (sea pública o privada)

III. (2) GESTIÓN CLÍNICA

- El desarrollo de la Gestión Clínica en Andalucía **comienza** con diferentes experiencias piloto **en los años 1990**
- Se consolida como modelo general del sistema a raíz de la publicación del **Decreto 197/2007**
- Trata de superponer a los antiguos Servicios especializados (en los hospitales) y los Centros de Salud (en Atención Primaria) **una nueva entidad de gestión: LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC)**

III. (2) GESTIÓN CLÍNICA

- Los Servicios hospitalarios o los Centros de Salud, **NO DESAPARECEN**, sino que sobre su estructura física y funcional se instaura una **NUEVA ESTRUCTURA DE GESTIÓN ORIENTADA A LA CONSECUCCIÓN DE RESULTADOS**
- **APARECE** el «Acuerdo de gestión clínica», un documento firmado por las UGC y el Distrito en que se integran (o el Hospital, en su caso)

III. (2) GESTIÓN CLÍNICA

«Acuerdo de gestión clínica»

- **Recoge un programa de trabajo** que incluye objetivos a cumplir, actividades a desarrollar e indicadores de evaluación del nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos
- **Es la aplicación concreta**, a la circunstancia geográfica y sanitaria de cada UGC, de las indicaciones recogidas en el **«Contrato Programa»** firmado entre el SAS y sus centros directivos
- Este Contrato Programa **expresa los acuerdos generales alcanzados entre la Consejería de Salud y el SAS**

IV. LA ENFERMERÍA EN EL SSPA

IV. LA ENFERMERÍA EN EL SSPA

- En cualquier organización sanitaria la **enfermería juega un papel esencial**
- El **modo** en que dicha organización tiene **en cuenta a sus profesionales enfermeros influye** notablemente en sus **posibilidades de desarrollo, en su modernización y su eficacia**
- Una **cuestión muy significativa** que afectan al personal de enfermería en el SSPA: **LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA**

IV₍₁₎. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

- ❑ **RECIENTEMENTE PUBLICADO:** el *Decreto 81/2020, de 9 de junio, por el que se regula el procedimiento de **acreditación del personal de enfermería para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano***
- ❑ El Gobierno de la Junta de Andalucía da un paso más con este decreto para **consolidar el papel de la enfermería en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios**
- ❑ Muestra que la profesión enfermera **ha de colaborar activamente con el poder ejecutivo y legislativo** si quiere ver atendidas sus iniciativas profesionales

IV₍₁₎. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

- ❑ **Diferentes enfrentamientos legales** con otros colectivos han ido mostrando las **carencias normativas** que **impedían el desarrollo pleno y seguro** de esta intención de la Consejería de Salud
- ❑ Lo que se establece **el nuevo decreto es el procedimiento** a través del que la Administración sanitaria andaluza **acreditará a los profesionales** que lo soliciten certificando que los considera preparados para realizar esta tarea

IV₍₁₎. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

☐ Este procedimiento consta de tres pasos:

- a) **Experiencia profesional de, al menos, un año**
- b) Realización de un **curso de formación organizado por una Administración sanitaria**
- c) **Solicitud de acreditación**: por parte del profesional o, de oficio, si tiene el curso de acreditación

☐ La acreditación concedida **tendrá validez en todo el Estado** y quedará debidamente registrada en los registros nacionales y autonómicos

IV₍₁₎. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

La prescripción enfermera —o, lo que es lo mismo, **el desarrollo de las competencias de los enfermeros como integrantes del Sistema Nacional de Salud español**—, está sujeta a la existencia de un **conjunto de leyes que NO reconocen de forma integrada la evolución** que nuestros sistemas educativo y sanitario han vivido como consecuencia de la cada vez más plena integración de España en la Unión Europea