

ADMINISTRACIÓ DE SERVEIS D'INFERMERIA

LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

- **1.1. Tipos de sistemas: Diferencias que los caracterizan.....2**
- **1.2 La crisis de los sistemas públicos de salud.....5**
 - ◆ 1.2.1. Deficiencias internas.....6
 - ◆ 1.2.2. Grandes exigencias inmediatas.....9
 - ◆ 1.2.3. Responder a la demanda y no solo a la necesidad.....10
 - ◆ 1.2.4 Papel del estado.....10
 - ◆ 1.2.5. Factores de crisis propios del sistema nacional español.....12
- **1.3. Medidas de reforma.....13**

ADMINISTRACIÓ DE SERVEIS D'INFERMERIA

1. Los sistemas públicos de salud

Los servicios de enfermería normalmente los ofrece dentro de un sistema de salud....

El sistema de salud es lo que va a marcar lo que debe hacer la enfermera y que se espera de ella.

- **Tipos de sistemas: Diferencias que los caracterizan.**

Podemos definir cuatro grandes modelos sanitarios teóricos, sus factores diferenciadores son:

Financiación:

La forma de financiación define las características de la protección de la población frente a los riesgos sanitarios, Está puede ocurrir en tres direcciones, de jóvenes a viejos, de sanos a enfermos y de ricos a pobres.

El aseguramiento supone la disposición de fondos para cubrir los gastos en que se va incurrir inevitablemente en la vejez, período en el que el peso de las enfermedades es mayor. La redistribución tiene un componente social, implica la disposición de fondos por parte de aquellos que más tienen para cubrir las necesidades de los menos favorecidos.

En la financiación nos fijaremos en las fuentes de ingreso de dinero que pueden ser de dos tipos, pública o privada.

En la financiación privada también puede pagarse mediante dos formas diferentes, pago directo o por acto en donde no se produce ninguna función de garantía de renta o indirecto donde se paga mediante cuotas, un seguro que su precio dependerá del riesgo que tienen en cada momento, de esta manera se está asegurando su propia renta frente a los efectos de posibles enfermedades futuras, con mayor o menor componente de ahorro

La financiación pública es básicamente la que se nutre de los impuestos del estado, aunque también puede ser mediante un seguro obligatorio en este caso se considero un tipo de financiación mixto ya que el contribuyente (trabajadores y empresarios) pagan un tanto (seguridad Social).

Gestión.

Las funciones de gestión son ejercidas de acuerdo con las características del entorno del sistema sanitario, el nivel de centralización de las decisiones, la financiación, los fines de organización, etc. Las organizaciones se mueven entre dos extremos por un lado, aquellas que forman parte no diferenciada de la tradicional administración pública, y por otro, las independientes de titularidad privada que dependen de la venta de sus servicios en el mercado para alcanzar sus fines.

La primeras son instituciones que ofrecen todos sus productos (output total) a cambio de un presupuesto, aquí las decisiones recaen habitualmente en organismos diferentes (parlamentos, hacienda, sanidad,...) y son determinados con criterios distintos (índices macroeconómicos, leyes, objetivos sanitarios,...) No tienen carácter lucrativo y los directivos tienen muy poco margen de maniobra ya que las funciones de gestión están en gran parte predeterminadas.

En una organización de este tipo (un buró) al menos una parte de los ingresos periódicos proviene de subvenciones o asignaciones presupuestarias del gobierno. La mejora o el empeoramiento de los resultados no tienen incidencia directa sobre la mejora o empeoramiento de la situación personal de quien decide o de la organización.

Las organizaciones independientes de titularidad privada consiguen su financiación a través de las unidades de servicios (output parciales) a precios de mercado. Aquí la competencia con otras organizaciones se basa en el volumen, el precio y la calidad percibida de sus servicios. El directivo cuanto más servicios venda, más recursos obtiene. Los incentivos para que el directivo elija las mejores alternativas incluyen en este caso no sólo su satisfacción y prestigio sino también el incremento de recursos disponibles para su organización.

Regulación.

Son aquellas normas que regulan como han de darse esos servicios, dependiendo de la gestión pueden ser muy laxas (privados) hasta el hecho de no existir o muy estrictas llegando a ser leyes (públicos). Las diferencias entre unos y otros países se dan tanto en el tipo de temas sometidas a regulación como en quine establece esa regulación.

Utilización.

Es el tipo de usuario que tiene acceso a estos servicios. La utilización de servicios está determinada por factores epidemiológicos, sociodemográficos y organizativos.

En los factores epidemiológicos podemos decir que la utilización de los servicios está relacionada con los problemas de salud de la población. El profesional sanitario que decide qué y cuantos servicios debe utilizar el enfermo determina en gran parte la utilización de los servicios. Aunque también la percepción de necesidad de cuidados determinada por el entorno cultural, social y las características psicológicas del cliente es un factor esencial para la utilización o no de servicios.

Los factores sociodemográficos y culturales incluyen factores relacionados con la población y la consideración de enfermedad por parte de la sociedad. El cliente decide utilizar servicios dependiendo de cómo sientan la enfermedad, las ventajas de la atención y las desventajas de esta.

La disponibilidad de recursos y la accesibilidad geográfica y socioeconómica también influyen en la utilización de estos servicios. La disponibilidad de recursos es la relación entre la cantidad y el tipo de servicios prestados y las necesidades de salud de la población. La accesibilidad geográfica es la relación entre la localización de la prestación del servicio y la localización del usuario potencial o la necesidad de

salud, expresada en distancia, tiempo o coste del transporte. La accesibilidad socioeconómica está definida por la aceptación de los servicios disponibles para un individuo o un grupo social determinado y por la existencia o no de barreras económicas para su utilización

Atendiendo a los 4 factores los sistemas sanitarios se pueden clasificar en:

Liberal:

La financiación es privada y es de pago directo (E.E.U.U), su utilización esta muy marcada por el factor económico y la necesidad percibida, el cliente (y su poder adquisitivo) es el que marca su utilización haciendo que , por ejemplo, la prevención sanitaria sea inexistente o casi inexistente. La cobertura será muy desigual ya que habrá más servicios (Hospitales, CAPs, asistencia sanitaria en si) donde haya más demanda (ciudades)

La entidad que regula es normalmente quien ofrece el servicio (médicos, enfermera, fisioterapeuta) aunque los colegios profesionales marcan un muy mínimo, siendo este muy laxo.

Los mecanismos de gestión son los que regulan la economía privada (contratan y compran con más facilidad que los públicos) aunque tienen normas de regulación. En definitiva, son más ágiles en la gestión.

El modelo liberal se adapta al mercado, continuamente están observado que demanda la población, ellos mismos regulan la gestión y ofertan los servicios según la demanda y los beneficios que puedan sacar de ella. El sistema liberal cronológicamente es el más antiguo.

Seguros voluntarios:

Surge como consecuencia del liberal siendo su filosofía muy parecida a la liberal pero tiene la ventaja que la persona puede disponer de una cobertura más segura.

El sistema de financiación es la prima que tu cubres, cubriendo los riesgos y servicios que se el cliente elige, pero generalmente los más costosos no los dan (ni que fueran tontos los empresarios).

La utilización es de la persona que puede concertar aquella póliza según su situación económica.

La regulación es la que la propia compañía aseguradora exige decidiendo que servicios da y que otros no da, la gestión es también según las demandas.

Por lo común el asegurado puede elegir proveedor libremente y es frecuente que tenga que pagar un pequeña cantidad cada vez que utilice un servicios (ticket moderador). Las compañías compiten entre ellas para aumentar sus afiliados.

Seguro obligatorio.

Es el primer intento de asistencia pública sin ser asistencia pública. Se crea después de la II Guerra Mundial surgiendo de una nueva filosofía, la del estado del bienestar donde el estado se hace cargo de los servicios que la fuente privada no da y que puede llegar a dar conflictividad (esta idea surgió de Bismarck).

El seguro obligatorio surge de las antiguas cajas de resistencia obrera.

No es un sistema público pero es un sistema regulado por el estado donde la financiación es de un % del

asalariado y un % del empresario. La gestión son organismos que tienen un carácter público ya que pueden o no pertenecer a los cuerpos del estado (funcionarios) y cargos públicos.

La utilización viene marcada, en un principio, por los trabajadores y en función de muchas coyunturas se fue ampliando llegando a tener acceso los titulares (trabajadores) y los beneficiarios (Familia).

En estos tres primeros el tema económico marca su utilización donde la cobertura no es universal, el tipo de servicios es la de la medicina reparadora y la accesibilidad es de una oferta concentrada según mercado.

Servicio Nacional de Salud.

Es el más reciente, los ejemplos más paradigmáticos son Cuba y Inglaterra.

Esta modalidad empezó a configurarse a partir de los 40 a causa de la conflictividad social y la democratización y participación social en estos tipos de problemas.

La financiación es básicamente pública y por impuestos, aunque últimamente esta variando y en algunos sistemas de salud están incorporando una cuota en función de las veces que se acude al servicio.

Este sistema lo regula el gobierno generalmente con una ley marco y que se va modificando a través de leyes y decretos. En España hay la ley del 86 y en Cataluña en consecuencia de esta está la del 90.

La gestión es igual que la de seguros obligatorios mediante buros, es una gestión que dificulta la agilidad del sistema.

La utilización es universal. Todo ciudadano en teoría tiene cobertura, pero esta acción viene condicionada por la disponibilidad del servicio y la accesibilidad de la población (autónomos).

Las ofertas que ofrece es más amplia y no solamente están abocados a la medicina reparadora sino también a la preventiva y a crónicos. No es institucionalizada precisamente ya que hay servicios que se dan en el propio domicilio o edificios públicos que no son hospitales públicos o CAPs.

En la mayoría de los países no existe un único sistema de salud, los cuatro subsisten con mayor o menor fuerza.

- **La crisis de los sistemas públicos de salud.**

La crisis se puede interpretar como una falacia, ya que se dice que es caro pero resulta que el liberal americano es más caro y no tiene tanta cobertura, otra cosa es que se diga que los servicios no son todo lo bueno que podían ser por el dinero que se paga.

Como países con un sistema nacional de salud podemos citar:

- **Dinamarca.**
- **Suecia**
- **Finlandia.**
- **Islandia.**
- **Reino unido**
- **Noruega.**
- **Grecia (a partir de los 80)**
- **Italia ()**

- Portugal ()
- España ().

El seguro obligatorio lo podemos encontrar en los siguientes países:

- Austria.
- Bélgica
- Francia.
- Alemania.
- Países Bajos.

Los sistemas de salud públicos de libre acceso universal asumen con recursos limitados por naturaleza (ya que hasta chupando de los impuestos hay un límite) la prestación de unos servicios sin límites naturales. Pero este límite de recursos en la asistencia sanitaria adquiere una gravedad peculiar: las necesidades son indefinidamente expansibles y categóricas para la sociedad (la gente dice que en medicina siempre se puede hacer algo más y si se puede hacer se ha de hacer)pero no hay dinero suficiente para pagar todo lo que es útil.

En los últimos años, un conjunto de factores ha acentuado esta inestabilidad original de los sistemas nacionales de salud (en pocas palabras, que ha puesto los dedos en la llaga), la propagación de la economía liberal, la idea de la << conciencia del consumidor que paga >>, el aumento del nivel de renta y de nivel de vida y la caducidad de los criterios administrativos de la asistencia pública serian unos cuantos de estos factores.

Todos estos factores se podrían dividir en cuatro grupos: Deficiencia internas, grandes exigencias inmediatas, respuesta a la demanda y transformación del papel del estado.

• Deficiencias internas.

Las deficiencias internas del sistema nacional de salud seria:

Rigidez administrativa.

La gestión de los responsables sanitarios choca con un sistemas normativo rígido y altamente centralizado. La necesidad del progreso y adaptación a los problemas de salud se ve obstaculizado por que para poder hacer un cambio en algún tema sanitario antes ha de pasar por el visto bueno de una administración que fija unas pautas administrativas inflexibles: propuestas, presupuestos, requisitos y firmas,... que enlentece las transformaciones necesarias para poder dar un servicio mejor.

Relaciones con los proveedores.

Como proveedor se entiende aquella institución que presta servicios. El debate está en que nivel se establece porque los servicios de salud son muy centralizados haciendo que la prestación de servicios sea muy pocos flexible y ágil haciendo que no se permitan tomar decisiones rápidas. Se esta intentando paliar esto con dos medidas:

- **Descentralización administrativa:** Se hacen organismos de administración más cercanos al usuario.
- **Territorialización de los servicios:** Se divide el territorio asistencial de acuerdo con criterios geográficos, culturales y económicos afines, creando organismos de gestión más próximos al territorio.

Estas medidas permiten flexibilidad pero hace que el control por parte el sistema de salud baje.

Relaciones con otros sectores

La sociedad es consciente que muchos problemas de salud son debidos a un medio ambiente inadecuado, por otros problemas sociales o por falta de detección de problemas que generan problemas mayores.

Por otra parte hay otras instituciones como ayuntamientos o servicios sociales que si trabajasen en común con los s.n.s se podría mejorar la salud. Esto es una de las cosas que esta reindivnicando la sociedad,; que se pongan de acuerdo estas instituciones.

Participación del destinatario.

Antes existía una actitud muy paternalista y eran los profesionales los que decidían que servicios ofrecían aunque la comunidad quería participar.

Una solución que se intenta es bajar la autoridad de los servicios y dejar participar a la población creando en los ámbitos territoriales la participación de la comunidad / sindicatos, A.A.V.V, autoridades,...)

Irresponsabilidad burocrática.

Por lo que yo entiendo, me parece que esto quiere decir que las cosas a hacer no se miran des de un punto de máxima eficiencia si no de que se cumpla los trámites burocráticos estipulados haciendo que, por ejemplo, que una cosa se considere bien hecha si entra dentro del presupuesto y no si con el mismo dinero se puede hacer más y mejor. Esto hace que la responsabilidad individual se diluya (no me digas por qué por que no estoy muy seguro) ya que haciendo lo mínimo que te piden hay suficiente y si lo haces mal es por culpa del procedimiento y quien debe resolverlo es otro (normalmente, los de arriba) ya que son los que dictan las normas (¿es así?).

Ineficiencia.

La eficiencia en los sistemas públicos se ve imposibilitada por:

- **La gestión agarrotada por el derecho público:** Que no te permite cambiar lo que se puede mejorar.
- **Desconexión entre las demandas clínicas y sus consecuencias económicas:** El sanitario no entra en la gestión de los recursos.
- **El desconocimiento de los costes de los servicios:** No se sabe lo que cuesta un servicio y por tanto si hay un gasto excesivo e innecesario.

Incentivos perversos.

Los sistemas públicos al tener plazas garantizadas para los trabajadores provoca una falta de estímulo haciendo que los profesionales sean pocos proclives al cambio y que se reciclen con el paso del tiempo.

Por otra parte, los sistemas penalizan la gestión sensata, por ejemplo un hospital que hubiera mejorado la calidad y la eficiencia de un determinado servicio y consiguiera una disminución en su lista de espera probablemente recibiría más enfermos pero no más recursos para hacerlos frente o también si un hospital cumpliera sus funciones con excedentes, al año siguiente esta cantidad ahorrada seria rebajada en el presupuesto para tener un balance cero.

Desinformación.

No hay información de lo que se hace y lo que cuesta cada cosa, es decir, falta información económica y clínica de lo que se hace. La pobreza de la información impide relacionar los recursos empleados con los

resultados conseguidos.

Insatisfacción del usuario.

Las características del sistema nacional de salud parecen diseñadas para satisfacer las necesidades de los profesionales en vez de los enfermos, además, hay una ausencia de controles de calidad y de relación personal con el paciente.

Politización.

La centralización excesiva y la pasividad burocrática (como se nota que esto es una copiada) hacen que culpen de los errores del sistema (incluso errores técnicos) al gobierno haciendo que estos se lo piensen dos veces antes de hacer una reforma o un cambio inmovilizando acciones indispensables o primordiales (a ver quien es el chulo que obliga a los que van a urgencias a que se vayan a su CAP).

Financiación.

Cada vez mas la sociedad reclama que se bajen los impuestos, a este debate hay dos posturas:

- **Liberadores a ultranza:** La financiación se debe de acabar y no ha de ser exclusivamente pública.
- **Defensa del estado de bienestar:** Como el dinero público no es ilimitado (no dejan falsificar dinero en los hospitales) lo que se plantea es fuentes de financiación diversificados, por ejemplo, de que un hospital público también ofrezca oferta privada y cobrar por ello (OFERTA: Cambiase de sexo y le regalamos la extirpación de amígdalas). Otras medidas de diversificación de las fuentes, no son tan directas pero surgen del mismo efecto, se intenta potenciar alternativas que no encarezcan tanto el gasto sanitario, por ejemplo, que la gente vaya a la privada sin gastar en la pública.

1.2.2 Grandes exigencias inmediatas.

La sociedad en este momento tiene toda una serie de demandas que obliga a los servicios a renovarse a cambiar la demanda ya que la sensación es que los servicios públicos de salud no son permeables a la demanda.

Una cosa que se pide es que se ponga énfasis a la atención primaria dejando a un segundo plano la hospitalaria, y también se exige la posibilidad de asistencia domiciliaria. En estos campos se están haciendo esfuerzos como el de equilibrar la asistencia primaria y hospitalaria y la realización de programas específicos a un grupo determinado o en hospitales sociosanitarios,...

Tecnología.

Por tecnología se entiende procesos técnicos, utillaje y aparataje. La tecnología avanza a pasos agigantados, pero o toda a sido investigada lo suficiente para saber si es efectiva y mejor que la actual. Por eso ya hay agencias que evalúan la relación entre precio-eficacia en la tecnología que va surgiendo.

La gente pide que la gente se recicle en cuanto a técnica y tecnología pudiendo competir con el sector privado.

Envejecimiento de la población.

Cada día se multiplica la cifra de personas ancianas y vulnerables con crecientes necesidades de asistencia. El 45 % ocasiona grandes gastos sanitarios y el 5 % gastos extraordinarios, a más, los costes asistenciales durante el año de vida son de tres a ocho veces mayores a los de uno de los anteriores. Esto comporta cambios costosos en la forma de asistencia y en las instalaciones.

Elevación del nivel de renta.

Prácticamente todos los países industrializados la relación entre los cambios porcentuales del gasto sanitario y del PIB es superior a 1, es decir, los aumentos en el PIB provocan mayores incrementos en el gasto sanitario.

Cambios epidemiológicos

El aumento en número de enfermos crónicos, la aparición de nuevas enfermedades y el aumento de enfermedades mentales genera una problemática social y a la vez el estado no cubre totalmente o el algún aspecto la enfermedad por el elevado coste sanitario que comportan.

También está el hecho que cada vez más la gente pide que se le asista en situación de salud y no cuando tiene la enfermedad

Cuidado de la calidad

Poca gente duda de la calidad científicotécnica del profesional, los aspectos que se notan a faltar son los relacionados con el trato y la oferta de servicios, las quejas provienen de la deshumanización de los servicios sanitarios y que la relación profesional–cliente deja mucho que desear.

El medio dónde se dan los servicios también influye mucho, por ejemplo paredes desconchadas o habitaciones sin servicios con seis camas y sin intimidad alguna hace que la gente no se encuentre a gusto.

Frente a estos problemas los servicios públicos han puesto objetivos de calidad en la prestación de servicios aunque no es fácil establecer indicadores de calidad. Pero en el futuro cercano los controles de calidad formará parte e las obligaciones principales de la sanidad pública.

Estilos de vida arriesgados.

El paro, el trabajo en condiciones penosas, la dieta desequilibrada, el sedentarismo, el tabaco, el alcohol, la promiscuidad sexual, la velocidad en el automóvil, etc son agentes patógenos que la sociedad actual fomenta.

2.1.3 Responder a la demanda y no solo a la necesidad.

Los sistemas nacionales públicos de libre acceso universal establecen la necesidad como único principio de asignación de recursos, el enfermo está técnicamente bien atendido, pero sus deseos personales no son bien atendidos.

En las sociedades industrializadas, la elevación del nivel de renta, con el consiguiente desarrollo sociocultural y el progresivo ejercicio de la libertad, ha transformado el consumidor pasivo en activo, cada día más a disgusto en los actuales sistemas de asistencia, que despersonalizan al enfermo, limitan o anulan la facultad de elegir, coartan la intimidad,... (y así un largo etcétera de quejas que no pienso copiar más).

Por tanto, los criterios y formas de la asistencia pública se ven ahora ante el compromiso de atender y acoger los deseos del paciente, considerar sus gustos, ofrecer atenciones complementarias, en fin, incorporar el concepto de cliente. Deberán responder a la demanda sin olvidar la justicia en la asistencia a la necesidad.

2.1.4 Papel del estado (no confundir con papel de estado, que se compra en el estanco)

La sociedad de nuestros días reconoce los logros asistenciales de salud públicos, pero no admite su pesadez de movimientos, ni su insensibilidad ante l consumidor. Muchas personas quieren y pueden ahora atender por si mismas necesidades que antes requerían la solaridad de todos.

Por otra parte, los monopolios del sector público no han conseguido la eficacia y la eficiencia necesarias, y crece la desconfianza en la máquina estatal de asignación de recursos. Los ciudadanos no solo se sienten receptores, sino también receptores de los servicios públicos.

Frente a este problema hay dos tendencias actualmente:

- **Liberalismo:** Reclaman para el estado un papel de garante del estado de salud pero no pide que los financie ni que posea los centros proveedores.
- **Estado del bienestar:** Reclama un papel activo, garantizando y tomando parte en la prestación de servicios.

Como consecuencia de esta crisis los servicios nacionales de salud intentan garantizar estos cinco objetivos:

- **Accesibilidad adecuada y equitativa:** Antes las necesidades de salud, la población puede acceder de forma fácil y ágil al servicio que se solicita, como por ejemplo no estar más de 6 meses en lista de espera, tener que ir al extranjero para que nos proporcionen un servicio adecuado o que no se tarde más de 30 minutos en llegar al servicio sanitario. Por otra parte, cuando hablamos de equidad hablamos de 3 dimensiones:
 - ♦ **A igual necesidad igual tratamiento.**
 - ♦ **Igualdad de acceso para todos.**
 - ♦ **Igualdad de salud.**
- **Garantía del nivel de renta:** El hecho de enfermar supone un trastorno en la economía familiar, por tanto los sistemas públicos intentan satisfacer este problema en 3 dimensiones:
 - ♦ **Aseguramiento:** Cuando tenemos una enfermedad, los gastos no van a costa de la economía familiar.
 - ♦ **Ahorro:** Garantizar en nivel de renta cuando nos encontremos con edades avanzadas ya que nos enfrentamos a dos problemas: la jubilación, que disminuye el nivel de renta y el aumento de la edad que comporta un aumento del consumo sanitario.
 - ♦ **Redistribución:** Del dinero, para que las clases más bajas y desfavorecidas tengan más ayuda
- **Eficiencia macro y microeconómica:** La eficiencia es cuando con los recursos económicos que tiene a su disposición logra los mejores resultados.
 - ♦ **Eficiencia macroeconómica:** Significa que la parte del producto nacional bruto gastado en servicios sanitarios sea suficiente para lograr los niveles de bienestar acordes con el nivel de desarrollo del país, pero que al mismo tiempo no consuma más recursos que podrían ser más beneficiosos utilizados en otros sectores, como en educación o defensa.
 - ♦ **Eficiencia microeconómica o productividad:** Pretende optimizar los recursos invertidos en servicios sanitarios. Se quiere lograr mayores resultados con iguales recursos o, disminuyendo estos, mantener el nivel de resultados.
- **Mejoras de los niveles de salud:** No hay una relación entre unos mejores indicadores de atención médica y una disminución de la mortalidad. Las variables que mejor se relacionan con buenos indicadores de salud son la renta per capita y los niveles bajos de tabaquismo y de consumo de alcohol y azúcar. Las características organizativas también influyen y en un estudio se relaciona el mayor perfeccionamiento de determinadas características de atención primaria con mejores resultados en niveles de satisfacción en relación con el gasto y en determinados indicadores de salud.
- **Satisfacción de clientes:** En los países con cobertura universal y financiación pública, los niveles de satisfacción son mejores en aquellos donde hay provisión privada de servicios y mayor capacidad de elección. También parece haber una correlación entre mayor gasto sanitario per capita y mayor satisfacción (excepto EE.UU. y Suecia). De cualquier forma, elementos como la falta de cobertura sanitaria para una importante parte de la población, la incertidumbre respecto al futuro o la necesidad de contribuir directamente con una parte del coste por los pacientes, son factores que influyen en unos niveles bajos de satisfacción.

2.1.5 Factores de crisis propios del sistema nacional de salud español.

En España tiene también factores de crisis propios (por que somos así de chulos) y son los siguientes.

Indeterminación presupuestaria.

Un presupuesto está sujeto a dos condiciones esenciales:

- El gasto total no deberá exceder de una cantidad establecida.
- Los bienes y servicios comprados se destinan a cumplir un fin determinado.

Un presupuesto es, pues, un documento de previsiones precisas que desvanece la incertidumbre. Pero aquí, el presupuesto resulta ficticio, ya que nace para ser variada: los recursos del sistema se dedican a pagar aquellas obligaciones imprescindibles (salarios y mantenimiento de las instalaciones) y el resto de las obligaciones contraídas se dejan en el cajón hasta el ejercicio siguiente. Entonces, el presupuesto se agota con el pago de las obligaciones que se dejaron en el cajón en ejercicios pasados (por que en algún momento se tendrán de pagar) y así se crea una rueda sin fin.

Entonces, las diferencias continuas entre el presupuesto inicial y el liquidado obligan a habilitar periódicamente fondos extraordinarios para saldar las deudas acumuladas.

La corrección financiera, expresada en el presupuesto fijo, inalterable y suficiente, es indispensable para mantener la existencia del SNS.

Confusión en los fines.

La Ley General de Sanidad encadena el SNS a la ilusión de producir salud. Un mandato ideológico que excede en mucho el alcance de un sistema de salud por que la salud viene determinada por diversos factores relacionados, de los cuales, la sanidad es solo uno.

La promoción de la salud es por condición una actividad intersectorial que de ningún modo corresponde, y mucho menos prioritariamente, al SNS; el gobierno puede y debe ocuparse de la promoción de la salud y no el SNS.

Resulta también irrealizable orientar el SNS a la prevención, cuyas limitaciones son enormes; nunca es demandada por la población, su desarrollo es muy lento, el campo de la prevención secundaria es muy reducido, la patología a prevenir es indeterminable, deteriora el carácter de la medicina (pues lo siento por ellos), crea problemas de legitimidad y aumenta los gastos sanitarios. (¿de verdad crees que me voy a aprender toda esta lista? , vas listo nen).

Plan de Convergencia Europea.

Este plan prevé que el incremento anual de los gastos sanitarios sea similar al del PIB y este ajuste supone una desaceleración difícil de los gastos sanitarios. El SNS va a sufrir a la vez los embates de una mayor demanda y los agobios de unos recursos menguantes.

• Medidas de reforma.

Las medidas de reforma parten básicamente de estos 4 informes:

1986. Informe Dekker, Changes assured. Holanda:

Intenta aumentar la competencia en la oferta de servicios (proveedores) y que el usuario pueda elegir. Introduce la participación del sector privado en la competencia junto con la reducción de la participación pública en el sistema. Para conseguirlo, se sugirió la creación de un seguro obligatorio, financiado en un 75 % con fondos públicos (la prima en función de la renta) y en un 25 % con prima fija pagada directamente a la compañía aseguradora. Los aseguradores privados y públicos compiten por las primas fijas y las complementarias.

1987. Propuesta de Saltman y Otter. Suecia:

Sigue la tendencia de Holanda pero no introduce el sector privado.

1989. Working for patients. Reino Unido:

Crea el mercado interno dentro de la competencia, cada acto asistencial se le da la categoría de producto. Esta competencia de mercado interno implica que los proveedores han de tener definidos los servicios donde el intermediario (quien compra) es el médico de cabecera, él tiene adjudicados un conjunto de pacientes y según las necesidades controlará los servicios, es el centro del mercado.

1990. Informe Abril. España:

Introduce el concepto de Mercado de sistema público siendo los proveedores públicos o privados, pero no se abre a la libre elección. También mientras que en el Reino Unido quien regula es el médico de cabecera aquí lo centralizan más por la unidad gestora dentro de un territorio (área sanitaria). El médico de cabecera elige las pruebas que se van a hacer pero no dónde las debe hacer. Para ello, sin embargo, se requieren algunos cambios:

- Homogeneización definitiva de los niveles de financiación de las diferentes comunidades autónomas y establecimiento de criterios de distribución de recursos aceptados por todos
- Diseño de nuevas estructuras de provisión de servicios a nivel extrahospitalario
- Transformación generalizada de los centro hospitalarios públicos en auténticas empresas de servicios.
- Desregulación del aparato administrativo u de la transformación del carácter estatuario del persona sanitario, generalizando la relación laboral.
- Colaboración del sector privado

En este contexto se han considerar algunas funcione que han de cumplir las entidades financiadoras (SS, administración,...) y los compradores de servicios (áreas sanitarias)

Por parte de las entidades financiadoras:

- Establecimiento del alcance de las prestaciones sanitarias que se ofrecen.
- Control de la población asegurada o cubierta.
- Acreditación de los proveedores y exigencias de calidad y resultados.

Por parte de los compradores de servicios:

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

Medidas de reforma en el sistema público de salud.

- **Accesibilidad y equidad:** Pretende cubrir el objetivo manteniendo / incrementando la cobertura de los seguros obligatorios y aumentando los seguros voluntarios.
- **Garantía del nivel de renta:** Introduciendo en la financiación, en la medida de lo posible, el aseguramiento (garantiza un nivel de renta en la vejez o cuando uno no es activo), ahorro redistribución (con mayor renta, menos servicios)
- **Eficiencia macroeconómica:** Esta orientada a regular el gasto a nivel global y las medidas son básicamente con una vertiente política. Las medidas orientan a cómo hacer las cosas:
- **Presupuestos prospectivos:** Evita el pago retrospectivo. En los contratos, se cuantifican las actividades de los centros y lo que se va a pagar por ellos.
- **Pago por proceso:** Definir de forma uniforme que procesos se van a hacer. Cada centro ha de definir los procesos estandarizados que va a hacer y cuanto le va a costar.
- **Planificación/ Aprobación de nuevos servicios:** De forma territorial se planifican los nuevos servicios que el sistema va a ofertar.
- **Evaluación de nuevas tecnologías:** A través de comisiones técnicas que evalúan la eficiencia de nuevas tecnologías que salen al mercado antes de integrarse al sistema.
- **Eficiencia microeconómica:** Las medidas para garantizar la eficiencia microeconómica van encaminadas a mejorar la productividad; es decir, que con lo mismo se haga más:
- **Separación de financiación de provisión de servicios:** Así se incentiva la productividad.
- **Competencia:** Introduciendo diversos tipos de proveedores automáticamente se está estableciendo una competencia, en todo caso controlada.
- **Sistema multihospitales:** Se puede derivar a otro hospital más barato y complementa la acción del otro, o garantizar la asistencia en domicilio.
- **Nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas:** Que sean más baratas.
- **Incorporación de nuevas técnicas de gestión:** Se están introduciendo técnicas que se han utilizado en la empresa privada: Planificación estratégica que permiten progresar, con un descenso de costes, en aquello que se hace. Dirección por objetivos que pacta con los trabajadores actividades a cambio de incentivos varios. Se están diseñando los servicios diversificando los productos.
- **Resultados de salud:** En un periodo determinado de tiempo se establecen objetivos de salud de manera periódica que se sustentan en planes de salud que es un análisis pormenorizado del nivel de salud de la población. A partir de aquí se crea una actuación. Suelen ser bi o trienales y se vuelve a hacer una prospección.

Los inconvenientes son que existen mayoritariamente indicadores de salud negativos que impiden orientar correctamente.

Otra medida es la mejora de programas de prevención y Servicio público: Es un reto, la voluntad existe, pero la salud es un fenómeno multifactorial y hablar de mejoras es utópico por que hay factores que no se controlan desde la prestación sanitaria, necesitando acciones conjuntas

- **Satisfacción del cliente:** Es muy subjetivo y cuesta definir indicadores que lo indiquen. La satisfacción depende de la experiencia y la situación de cada cliente, no obstante se tiende a introducir medidas en la satisfacción:
- **Marketing de servicios orientados al cliente:** Estudian la población diana y mirando el binomio necesidad/ cliente se estudian las necesidades que tiene y su poder económico, a partir de ahí se estudia si los productos tienen interés en el mercado o hay que quitarlos, mejorar o cambiarlos. Después se hace la publicidad.
- **Encuestas de satisfacción de los clientes:** Es una manera de recuperar opinión que los clientes tienen de aquellos momentos puntuales.

LA ORDENACIÓN SANITARIA EN CATALUNYA

• 2.1. Antecedentes históricos.....17

• 2.2. <u>El sistema público de salud en Catalunya</u>	19
• 2.3. <u>El servei Català de la Salut</u>	20

2. La ordenación sanitaria en Catalunya.

Los sistemas (liberal, seguro obligatorio, seguro voluntario) se basan en la medicina curativa/ reparadora. Por lo tanto, en estos sistemas se espera que la actividad de la enfermera sea un rol interdependiente y que para este, el personal está capacitado para ello, siendo la ayudante en cierto sector curativo y en la posología eficiente.

La orientación del sistema nacional de salud está basada en la medicina/ curativa pero también se basa en:

- **Prevención.**
- **Promoción.**
- **Reinserción.**

Y entonces aparece la educación y un rol autónomo.

En atención primaria los problemas vienen determinados por el médico y los problemas que definen son problemas médicos.

2.1 Antecedentes históricos.

El Sistema Català de salut en Catalunya empieza a organizarse en 1990 a través de la Llei d'ordenació Sanitaria de Catalunya (LOSC)y se amplia en 1995.

Pero estas reformas están condicionadas por una ley anterior, esta les la Ley General de Sanidad de 1986.

Durante la época franquista las competencias sanitarias estaban desperdigadas por varios ministerios y no uno solo. Teníamos una asistencia sanitaria fuerte a través del Seguro Obligatorio (SOE) que formaba parte de la seguridad social. donde no entraba la salud mental pero la mayoría de las veces estaba en manos de ordenes religiosas, ayuntamientos o diputaciones.

Cuando sale la Ley General de Sanidad (LGS) todo lo que era planificación familiar estaba fuera del sistema aunque este y otros servicios eran gratuitos porque lo cubrían ciertos colectivo que no estaban dentro de la seguridad social. Habían colectivos que estaban cubiertos por mutuas ligadas a la empresa tanto públicas como privadas.

Pero en cuanto a infraestructura y cobertura la más fuerte era la de la red de la Seguridad social (el gran boom de los hospitales fue en los 60-70) donde había hospitales y ambulatorios, todos ellos practicando una medicina curativa.

Entonces la Ley de 1986 intenta abarcar todos estos aspectos y también otros como los medioambientales. Pero para poderlo hacer coge el modelo del sistema nacional de salud donde dice que también se va a encargar de la promoción y de la prevención de la salud y no sólo va a hacer énfasis en la atención especializada, sino también en todo un conjunto de prestaciones de la atención primaria. En la atención primaria se intenta dar respuesta a los problemas de salud más prevalentes y frecuentes de la población aparte de hacer promoción y prevención de la salud.

Como modelo nacional de salud se definen unas cosas que la caracterizan:

- **Financiación pública:** El estado se compromete a financiarla a través de los presupuestos. Cada vez

el presupuesto irá aumentando de la financiación pública y disminuyendo de la Seguridad Social

- **Proveedores públicos:** Se presupone que el organismo que lo va a gestionar es un buró donde se van a gestionar centros públicos.
- **Asistencia pública universal:** En principio tienen derecho todos los españoles y los extranjeros (pero no los marcianos, por lo tanto no es totalmente universal) que están en España. Pero esto no significa que sea gratis.
- **Territorialización y descentralización:** Aquí se hace referencia a la gestión del sistema público. La ley establece muy pocas competencias a nivel de supraestructura, es decir a nivel de estado, mantiene un grado de centralización muy pequeño. El SNS español es la suma de las SNS de cada autonomía. El primer nivel de descentralización lo hace a nivel de autonomías. Estas autonomías han de organizar su asistencia entorno a una división territorial y señala una gran división territorial que se llama áreas de salud, que en Cataluña corresponden a regiones sanitarias. La división más pequeña son las áreas básicas de salud.

La ley territorializa y descentraliza la toa de decisiones. La situación es mixta ya que no todas las autonomías tienen transferidas las competencias sanitarias, las autonomías dependientes están todavía gestionadas a través de la seguridad social mediante el INSALUD.

La SS tiene que gestionar muchos hospitales y CAPs, por eso se divide en Áreas gestoras (división territorial y administrativa) para facilitar la gestión.

El ICS es entonces el buró que gestiona la asistencia sanitaria de la seguridad social en Catalunya teniendo el territorio dividido en 9 áreas de gestión donde ocho corresponden territorios y una a la Vall d'hebron que no tiene territorio.

Algunos hospitales y ambulatorios no son del ICS pero tienen concertados asistencia sanitaria con la SS (Mutua de Terrassa, Hospital Clínic,...). El dinero que recibe Vall d'hebron lo debe de gestionar de manera hospitalaria el cambio el resto lo tiene que gestionar entre varios centro ofertadores.

En Catalunya antes del 1990 ya había traspasos en materia de sanidad y se estaban gestionando a través del ICS que era similar al Insalud.

EL ICS tiene una estructura muy fuerte y a la vez Catalunya tenía de peculiar (aparte del pa amb tomaquet) una tradición de seguros privados haciendo en esos momentos (y estos) que la red de asistencia fuera mixta ya que en algunos centros es titular y en otros no. En los centros sin titularidad pública lo que había eran convenios y acuerdos con la seguridad social para ofrecer asistencia sanitaria.

Tenemos que el resto de servicios que no cubre la Seguridad social, como la asistencia siquiátrica, esta muy desestructurada y no se hizo como en Italia donde los psiquiátricos se fueron desmantelando e integrando los pacientes con sus familias y a los que no se podían en centros tutelados manteniendo unidades de psiquiatría en los hospitales como si fuera un servicio más.

Resumiendo a partir de la primera Ley general de Salud creada en 1986 en Catalunya se crea el ICS para gestionar esta autonomía. Esté buró se divide en 9 áreas de gestión, donde 8 son territoriales y una no lo es (Vall d'Hebron), pero la titularidad de los centros son mixtos ya que algunos son del ICS y otros son de otras instituciones (públicas o privadas). Posteriormente en el 90 la generalitat asume el mandato de la Ley General de Salud y ha de proporcionar su propio servicio de salud a través de la LOSC. Pero se ha de decir que sobre la ley se van planteando modificaciones como la del año 95, en esto Catalunya es la pionera.

2.2 El sistema público de salud en Catalunya.

Entonces en 1990 la Generalitat asume el mandato de configurar su propio Sistema nacional de Salud a través

de la LOSC. El modelo teórico de configuración sigue siendo el mismo pero sobre la ley se van planteando modificaciones, hay una serie de principios que la ley define coincidiendo con los de la LOSC pero con algunos cambios:

- **Universalización:** Como en el resto de estado. Todo el que vive en Catalunya tiene derecho a la asistencia sanitaria pública sea o no sea catalán. Pero esto no quiere decir que la fuente de financiación sea exclusivamente pública:
 - ♦ La fuente de financiación es igual que el Insalud, pero introduce una modificación que es que diversifica las fuentes de financiación. La ley General de Sanidad apunta otra financiación, que este caso será la Seguridad Social.. En Catalunya se introduce una tercera fuente, poco desarrollada por ahora, que es la financiación privada, que es cobrar a aquellas persona que dentro de la ley están dentro de la universalización pero ese servicio no se cubre, cobrando entonces del seguro privado. Dentro de esta financiación esta lo que se cobra a la mutuas por accidente ya que cuando se les atiende en urgencia va al público y después se le lleva al de la mutua.
- **Sectorialización (Ver T 1):** Tiene que ver con la división en territorios.
- **Descentralización (ver T 1):** Tiene que ver con la división de la toma de decisiones administrativas y de gestión en diferentes niveles coincidiendo con el territorio.
- **Racionalización:** Los servicios públicos han de garantizar el principio de equidad y accesibilidad, y a partir de recursos tanto económicos, de necesidad y de instituciones se han de redistribuir de acuerdo con los principios de equidad y accesibilidad.
- **Atención integral e integrada:**
 - ♦ En la atención integral tenemos en cuenta servicios de promoción de la salud, curativas, de prevención de la enfermedad, los servicios curativos y de reinserción cuando la enfermedad deja un tipo de secuela.
 - ♦ Cuando se habla de integrada, lo que se dice tiene que ver con los diferentes niveles en los que se jerarquiza la asistencia, estamos obligando a los diferentes asistentes a que tengan una cohesión y una ordenación en esa asistencia que van a dar, esperamos que cuando alguien salga del primer nivel asistencial porque se le deriva haya entre instituciones una cohesión y una relación. (en pocas palabras, que estén coordinados)
- **Participación de la comunidad:** Ya lo contempla de manera muy general la Ley General de Sanidad y lo hace más concretamente la LOSC aunque actualmente solo se cumple en las esferas más altas de la sanidad y no en todos los niveles asistenciales.
- **Control sanitario del medio:** El medio ambiente se ha de tener en cuenta por que es la causante de la mayoría de las enfermedades (95 %). En la ley a nivel operativo está compartida con los ayuntamientos que tienen competencia directa en el medio ambiente aunque su referente siempre será el buró central que da la asistencia sanitaria.

Las directrices del sistema público de Salud en Catalunya son:

- **Sistema Nacional de Salud como modelo de organización del Sistema Público de Salud.**
- **Énfasis en la atención primaria:** Es cuando se hace la transformación de los ambulatorios en áreas de salud .
- **Consolidación de la XHUP:** Es de titularidad mixta y esto quiere decir que el no será el propietario.
- **Separación entre comprador y proveedor.**
- **Mecanismos de gestión empresarial:** Las empresas sanitarias han de gestionarse cumpliendo programas de calidad, creación del gerente, agilidad en los informes, diseño de servicios, recogida de información,... Es decir obliga al sistema público a tener diseñado mecanismos de salud (epidemiología, etc)
- **Planificación de la Asistencia Sanitaria:** Toda la asistencia sanitaria pública ha de estar sustentada en los planes de salud que es el marco referencial para comprar y vender servicios. Los primeros planes de salud se hicieron a través de la estructura de l'ICS a través de sus ocho territorios.

- **Asunción paulatina de funciones de l'ICS y del Departament de SCS:** Las competencias del ICS irán pasando al SCS y el ICS será un proveedor más pero no un comprador de servicios. La LAB es la organización territorial del ICS.

Entonces todo queda en que hay una demanda (clientes) en los que se estudia sus necesidades a través de planes de salud. Unos agentes o buros (el SCS, instituciones privadas como mutuas o compañías de seguros) que contratan a unos proveedores que pueden ser tanto de titularidad pública (ICS) como privada.

Demanda Agentes Proveedores

Usuario

Servei Català de la Salut Instituciones privadas:

Mutuas

Compañía de seguros

Otros centros concertados Centros no concertados

ICS

2.3 El Servei Català de Salut.

El funcionamiento de la asistencia sanitaria pública es la siguiente:

Mercado

SCS

Planificación Competencia

Clientes ____ Proveedores

Contratación / provisión

El buró (SCS) tiene una serie de clientes aunque algunos tienen que pagar porque para ellos no es gratuita. El SCS es el que recibe el dinero y los proveedores son los que ofrecen los servicios

No es propietario de los centros de asistencia sanitaria, la titularidad es de otros (Mutuas, ICS,...) Así se intenta establecer una competencia controlada haciendo que los proveedores oferten un servicio más barato, aquí hay una dificultad, que es el ICS ya que hoy por hoy sale más caro pero no se le puede dejar de lado.

El buró es el encargado de financiar y costear los servicios públicos de salud comprándolos a los proveedores. Está encargado de la provisión, es decir, el mercado hará que se compren y vendan servicios según las exigencias y el estado de la demanda y el buró será el encargado de la planificación donde se observará las necesidades de salud y se hará una contratación y una provisión de servicios según las condiciones que se establezcan.

Entonces en función de estos 4 parámetros la relación entre SCS, cliente y proveedor puede ser diversa.

No podemos hablar de estereotipos ni generalizar desde que se hizo una territorialización y una

descentralización de servicios.

La ley establece que el servicio sanitario público en Catalunya se da en el Servei Català de Salut. La ley establece como objetivos:

- **Mejorar la calidad de las prestaciones sanitaria.**
- **Mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema.**

Las funciones del SCS son:

- **Financiación.**
- **Compra.**
- **Provisión:** Cuando la población necesita un servicio, si este no existe, el SCS es el encargado en darla.
- **Ordenación:** Encargado de elaborar normas y reglas de funcionamiento.
- **Planificación:** A través del plan de Salud.
- **Programación:** Programas de promoción y prevención de la salud.
- **Evaluación:** De los servicios de salud. En determinadas circunstancias puede intervenir en centros, aunque estos no sean públicos.
- **Criterios / directrices:** en materia sanitaria..

Los recursos con los que cuenta el SCS son:

- **ICS:** Tiene centros propios y está en el proceso de reestructuración de comprador a ofertador.
- **Ayuntamientos y diputaciones:** Tenían centros; por que ahora se han convertido en patronatos independientes de ellos.
- **Entidades sin animo de lucro.**
- **Otras entidades:** Montados con animo de lucro, pero que también pueden concertar servicios. Un ejemplo sería los servicios de diagnóstico por la imagen. (Señora duquesa de Alba, según este diagnóstico por la imagen hemos llegado a la conclusión que usted es fea de cojones)

Las actividades del SCS son importantes para nosotros ya que se describe el tipo de perfil de asistencia y de esta manera el tipo de profesional que se necesita:

- **Educación para la salud.**
- **Atención primaria.**
- **Atención especializada:**
 - ◆ Ambulatoria.
 - ◆ Domiciliaria.
 - ◆ Hospitalaria
- **Rehabilitación:** No comprende solo la física.
- **Salud Laboral.**
- **Prestación farmacológicas y otras**
- **Salud Pública:** Sobre todo se encarga el ayuntamiento.
- **Asistencia sociosanitaria.**
- **Asistencia en salud mental y Siquiátrica.**
- **Asistencia Materno-infantil.**

El territorio catalán se divide en 8 regiones sanitarias que tienen que ver con criterios geográficos, poblacionales, económicos y de recursos que tienen o pueden llegar a tener, asistenciales y culturales.

Luego, dentro de cada región hay una división más pequeña, el sector, que hay 55. Cada región tiene un nº

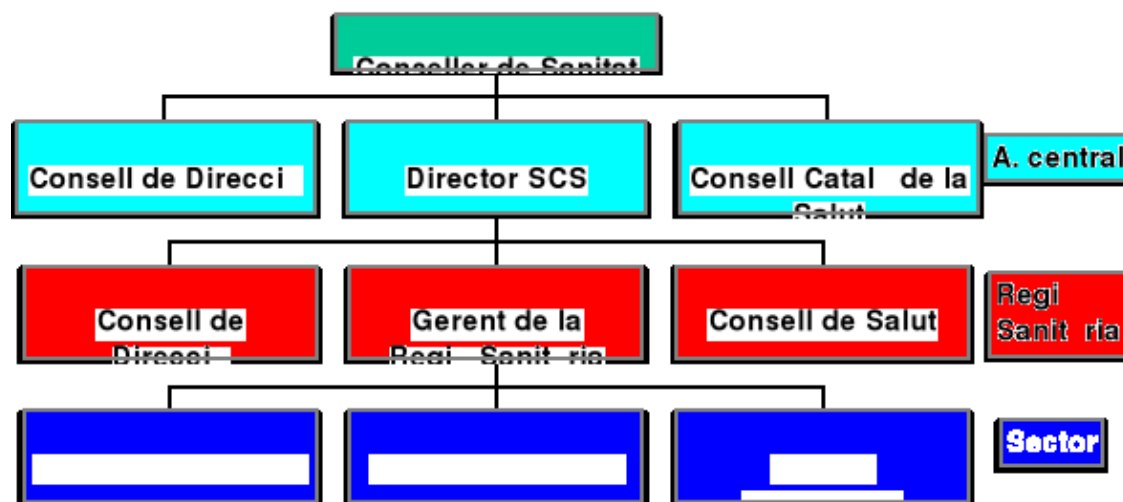
determinado de sectores, después en cada sector hay una o varias áreas básicas de salud. El área básica de asistencia es una zona territorial, no es un área de asistencia. La división en regiones y sus sectores es:

Regiones	Sectores
Girona	7
Barcelones Nord i Maresme	1
Barcelona Ciutat	10
Centre (per Sabadell)	8
Costa de Ponent	8
Lleida	11
Tarragona	7
Tortosa	3

La estructura organizativa del SCS (aparte de ser un cahondeo) es la siguiente :

Hay 3 niveles organizativos de estructura en forma de pirámide que coincide con la divisiones administrativas.

Estruc tura orga nítza tiva



En cada nivel hay un órgano de gestión formado por gerentes y consejos de dirección; en total hay 64 personas que gestionan los diferentes niveles. También en cada nivel ha de haber un órgano de participación de la comunidad pero actualmente esta figura solo existe en la A. Central.

En cada sector tiene que haber un hospital de referencia y en cada ABS al menos un CAP.

La DAP es una división territorial que gestiona la atención primaria del ICS donde se dan directrices y criterios para el funcionamiento de su CAP.

LAS EMPRESAS DE SALUD Y EL PRODUCTO ENFERMERO

- 3.1. Las empresas de servicios de salud.....25
- 3.2. Concepto de servicio.....27
- 3.3. El concepto de necesidad de salud.....28
- 3.4. El producto enfermero y sus peculiaridades.....29
- 3.5. Clasificación de los servicios según la demanda.....29

Tema 3. Las empresa de salud y el producto enfermero.

3.1 Las empresas de servicios de salud.

Los centros asistenciales son empresas productoras de servicios de salud. En las empresas de servicios el cliente es un elemento fundamental en el proceso de producción y interviene de forma activa.

El hospital puede considerarse como una empresa productora de servicios, de carácter público y sin ánimo de lucro en la mayoría de los casos. Aquí los costes salariales suponen la partida más importante del gasto sanitario y se utiliza alta tecnología. A diferencia de otros tipos de empresas, los equipos no suelen sustituir a los trabajadores, aunque mejoran la productividad y la calidad de los productos. La producción del servicio requiere más un proceso tecnológico basado en personas que en máquinas.

En las empresas de servicios el gran componente de las personas requieren un alto nivel de calificación.

En la empresa sanitaria utilizan un gran componente tecnológico y sanitario (personas altamente cualificadas y gran tecnología). Es una empresa complicada porque requiere de unos procesos de producción que necesitan por un lado un componente técnico (instrumental) y personal altamente cualificado. Los productos que se desarrollan son intangibles, en donde participa la persona activamente en unas condiciones muy precarias.

Por concepto de empresa podíamos entender un conjunto de bienes humanos, materiales y económicos que persigue un fin último que es producir algo (generar productos). La empresa de servicios se caracteriza por:

- **Gran componente humano importante:** Gran conjunto de personas.
- **El logro de objetivos profesionales.**
- **Esfuerzo combinado.**
- **Sistema de dependencia y relaciones muy fuertes y muy complicados.**

Las empresas de servicios de salud son de diversa índole:

- **Urgencias.**
- **CAPs**
- **Consultorios locales:** Consultorios que están desperdigados por el medio rural y cubren la atención.

En un segundo nivel tenemos:

- **Hospitales.**
- **Centros socio-sanitarios:** Hay de diversa índole, puede ser de larga estancia, intermedia o hospital de día.
- **Centro de salud mental.**–

Los productos que se elaboran en cada una de empresas son distintos y muy diversificados.

Esquema de organización.

Diferenciamos dos partes, que seria la parte no visible que es la organización interna e inmerso en esto están las partes visibles. Dos concretamente están más en contacto con la organización interna, una es el soporte físico (dependencias, material, utillaje, diferentes aparatos que se utilizan para pruebas,...) y los recursos humanos (las personas también que están organizadas jerárquicamente). Estos recursos humanos más el soporte físico configuran los servicios., estos servicios se relacionan con los clientes. El servicio A se puede relacionar con otros servicios y viceversa. Todo ello configuran un servicio de interrelaciones complejas (y que lo digas).

Existen dos tipos de clientes:

- **Externo:** El que percibe dependiendo de su necesidad el servicio.
- **Interno.**

Entendemos como servicio un acto/s trabados que no están aislados sino cohesionados unos con otros, de duración y localización definidos, realizados con medios humanos y materiales puestos a disposición del cliente y que tiene un valor económico.

El cliente es alguien elige que elige y compra un servicio, solicita un servicio porque tiene una necesidad. Esta definición puede servir cuando pensamos en clientes que utilizan productos o servicios tangibles y que tienen competencia. Esta definición es muy restrictiva. El concepto de cliente está más ligado al concepto de necesidad que de compra del servicio.

El usuario es el que recibe el beneficio pretendido del servicio, sea o no comprador del mismo.

Los servicios tienen unas características que lo diferencia del producto tangible:

- **Todos tienen un proceso de producción (tanto producto tangible) como de servicio (no tangible).**
- **Cada servicio en sí es diferente:** Un servicio tangible se diseña previamente y a partir de aquí se produce siempre igual, los servicios tienen el procesos de diseño pero en el momento de la producción cada servicio es un producto en sí mismo.
- **Un producto tangible defectuoso se retira, pero en la empresa de servicios esto no ocurre:** Cuando un servicio se da mal aunque se vuelva a repetir ya no será el mismo, en algunos casos incluso por que genera consecuencias que tendrá abortar otro servicio.
- **No se puedan almacenar los servicios:** En cambio, una empresa si puede almacenar los productos.
- En un producto tangible el cliente interviene en el momento que lo compra. En el servicio el cliente está trabado en el proceso de producción.
- **Un servicio o producto tangible es idóneo o apto para el uso, esto lo que hace es que ese producto tenga en su configuración una serie de características para satisfacer la necesidad del cliente. IMPORTANTE.**

3.2. Concepto de servicio.

Hace poco, se entendía por servicio como una utilidad en sí misma que, en ocasiones, necesita presentarse a través de productos tangibles y, en otras, a través de la comunicación entre el proveedor y el cliente. Actualmente se estima que el servicio es inherente a todos los procesos de intercambio; es el elemento central de la transferencia que se concreta en dos formas: el servicio en sí mismo y el servicio añadido a un producto. (y ahora falta decir; ¿qué es esto?).

Los servicios tienen unas características específicas que son:

- **La propiedad:** Los clientes no adquieren propiedad, sino el uso o disponibilidad de un servicio. La intangibilidad de los servicios hace innecesaria una transferencia en el proceso de compra.
- **El contacto directo:** La producción de las empresas se clasifica según el grado de contacto con el cliente; contacto que a medida que aumenta nos adentra más en el sector de los servicios. Si se utiliza esta clasificación los hospitales son empresas con una estrecha relación con los usuarios. Cuanto menor es la relación directa de la empresa con el cliente, más libertad tiene aquella de normalizar la oferta. Pero, si la relación es elevada, el servicio ha de personalizarse al máximo para tener calidad.
- **La participación del cliente:** En los servicios la producción y el consumo son inseparables, de forma que el usuario forma parte de aquella y de la prestación. La participación del cliente en la producción

se realiza a través de diversas funciones (que son tantas y tan enrevesadas que no las pienso explicar)

- **La intangibilidad:** Los servicios son productos intangibles y por tanto no tienen existencia más que en la medida en que son productos consumidos;; el usuario potencial no tienen la posibilidad de inspeccionar el servicio antes de adquirirlo. Esta característica conlleva un mayor nivel de riesgo percibido por el usuario que obliga a la empresa de servicio a intentar reducirlo. Por último cabe decir que la intangibilidad de los servicios condiciona que su grado de calidad dependa de la percepción y evaluación de los clientes.
- **La inseparabilidad del proceso producción–consumo:** El servicio se elabora, comercializa y consume en el mismo momento. Esta simultaneidad reúne características que pueden ser causa de diferentes problemas, un servicio bien diseñado puede fallar en el momento de llegar al cliente, y mal prestado es irreparable. Por otro lado, una de las ventajas es que el servicio puede ser modificado y mejorado con facilidad y sin necesidad de diseñarlo nuevo, permitiendo la personalización.
- **La heterogeneidad:** En el mercado todos somos diferentes, no hay dos consumidores iguales ni dos proveedores iguales; por esa razón los servicios son difíciles de generalizar. Esta característica determina la imposibilidad de gestionar una empresa de servicio para todo el mercado; obliga a establecerla y organizarla pensando en un segmento del mercado, en un colectivo de usuarios concreto.
- **La caducidad:** Es la consecuencia de la intangibilidad y la simultaneidad de la producción–consumo. Los servicios no pueden almacenarse, pueden repetirse pero no recobrase. El ajuste de la oferta a la demanda es difícil de resolver, sobretodo cuando la demanda es irregular.

Las características de los servicios plantea unos problemas de calidad específicos que hace que sea visto con desconfianza por los usuarios y por tanto, mala valorado. Por estas causa debe orientarse al mercado y al cliente, y desarrollar la gestión de la calidad y del marketing.

Para acabar también podríamos definir servicio como los procesos o actos aislados realizados por una persona

La propiedad o atributo de un producto / servicio que contribuye a satisfacer **las necesidades de los clientes** se le denomina: Idoneidad, aptitud o adecuación al uso. El concepto de necesidad va ligado al déficit de algo, para que se dé esto ha de haber una situación ideal con la que comparar.

Concepto del cliente.

La definición de cliente lleva aparejados el acto de pagar y la capacidad de elección, en cambio, el usuario es quien recibe el beneficio pretendido del producto, sea o no el comprador del mismo.

Otras dos definiciones de cliente sería como la persona que recibe el producto e que es afectado por el producto o el proceso, y también aquellas persona no relacionadas con la empresa a las cuales el producto les afecta de alguna manera.

3.3 El concepto de necesidad de salud.

Hay que diferenciar entre una situación ideal y otra real. El camino que separas estas dos situaciones es las necesidad de salud.

A cada situación real se le denomina problema y esta situación problema problemática puede generar un diagnóstico.

Por lo tanto, en la jerga sanitaria a través de la necesidad de salud se puede hablar de la diferencia de situaciones o a través de categorías de diagnóstico se define una situación real.

Se puede hablar de diferentes niveles de necesidad:

- **Necesidad sentida:** Impresión de la persona sobre su estado de salud. Esta necesidad generalmente no llega al servicio de salud como una demanda.
- **Necesidad expresada:** Cuando la necesidad sentida se convierte en demanda. La expectativa del cliente es que le van a ofertar algo ante esta situación. Se caracteriza porque el cliente hace la demanda sin términos científicos y nosotros lo que intentamos es traducirlo a la jerga técnica.
- **Necesidad normalizada:** Cuando la persona presenta un grado de salud inferior al definido por el experto como deseable. Puede ocurrir que parte de lo expresado en la necesidad no se recoja en la necesidad normalizada por que no se tienen los recursos para resolverlo. Cuando el experto pone la etiqueta lo hace porque tiene una oferta para resolver esa situación. Por tanto, lo que hacemos es tipificar situaciones de necesidad y lo que hacemos es dejar cosa fuera
- **Necesidad comparativa:** Cuando personas / grupos con la misma situación de salud no reciben la misma asistencia sanitaria porque no se dispones de los mismos recursos en todas la áreas sanitarias.

3.4. El producto enfermero y sus peculiaridades.

La devaluación de la enfermera (parecida a la del euro) viene dada por que la sanidad es una empresa que tiene como objetivo la salud, que sólo normaliza aquella necesidad que se puede atender, todo lo que queda fuera lo puede cubrir la enfermera.

El producto enfermero y sus peculiaridades.

Es un producto diversificado; en función del área de la actividad tendrá unas características u otras. En los productos relacionados con el médico tiene poca capacidad de decisión, pero si se requiere un nivel técnico. En el seguimiento del curso clínico (tª, TA, diuresis, monitorización, información que se registra,...) tiene más independencia ya que puede distribuirse el tiempo. La enfermería ligada a la medicina hace tres tipos de productos: Proceso, monitorización y orden médica.

Pero cuando la enfermera hace actividades encaminadas a la prevención ya está actuando de manera independiente mediante diagnósticos de enfermería.

El conjunto de actividades van encaminadas a atender un problema o necesidad generalizada, entonces cuando hablamos de problemas de enfermería estamos hablando de diagnósticos de enfermería.

Los productos sanitarios se están definiendo de diversas maneras a causa de que cada vez más se gestiona los centros sanitarios como si fuera una empresa.

3.5. Clasificación de los servicios según la demanda.

Tradicionalmente se establece como producto básico los productos médicos donde la responsabilidad la tiene el médico y el resto de productos (pruebas diagnosticas, productos de enfermería,...) serian productos secundarios.

Hoy en día se está intentando pasar de esta concepción porque marca sistemas organizativos verticalizados/separados. Se esta intentando **definir los productos atendiendo a la demanda**, para clasificar los productos según la demanda y olvidarnos productos primarios o secundarios hay tres parámetros; según domine uno u otro se clasificaran de manera diferente:

- **(F) Necesidad satisfecha:** Hay necesidades expresadas por los pacientes pero que no son servidas por el sistema sanitario. La necesidad satisfecha es la necesidad normalizada donde se ha dado una respuesta a la demanda.
- **(T) Tecnología empleada:** Puede o no ser un soporte de maquinaria (servicio de radio-diagnóstico, educación sanitaria)

- **(C) Clientes diana:** Población susceptible a recibir este servicio sanitario.

Por tanto, en función de la clasificación y del énfasis que le demos a estos parámetros, obtendremos 3 tipos de clasificación:

- **Industria:** Es definida por la integración de varios producto–mercado basados en una misma tecnología, independientemente de la necesidad satisfecha y del grupo de clientes. También es cuando hacemos una cartera de servicios donde relacionamos el tipo de productos que se realiza teniendo en cuenta la tecnología, que en este caso es el parámetro más importante.
- **Mercado:** Se tienen especificado los tres parámetros. Está definido por la intersección de todas las alternativas tecnológicas (tecnología) que permiten satisfacer una necesidad dada (necesidad satisfecha) de un grupo determinado de clientes (clientes diana). La noción de mercado está más próxima a las necesidades genéricas, y por este motivo pone el acento en las tecnologías sustitutivas. Es importante en la reflexión estratégica y para orientar los esfuerzos de investigación y desarrollo
- **Mercado–Producto:** Tiene en cuenta los 3 parámetros pero diferencia más el producto. Esto tiene sentido en todas aquellas ofertas de productos que no son muy novedosos. Se define como la selección de un grupo de clientes con unas necesidades satisfechas por una tecnología concreta. Por ejemplo, con relación a la anticoncepción un producto–mercado sería mujer y esterilización. Una estrategia basada en esta noción parece más acorde con la realidad del entorno hospitalario que una estrategia fundamentada en la población de referencia. A fin de satisfacer la demanda, el hospital organiza su producción en función de la macro y la micro segmentación y toma una serie de decisiones que tienen al producto como variable:
 - ♦ **La cartera de servicios:** Es el catálogo de prestaciones que un hospital ofrece a sus clientes.
 - ♦ **La línea de producto o prestaciones médicas:** Es la serie de prestaciones relacionadas entre sí, como por ejemplo, todos los tipos de diagnóstico por imagen realizados en una unidad de diagnóstico.
 - ♦ **La referencia o unidad de diagnóstico:** Es una prestación independiente de una línea de productos, que se distingue por alguna variable, siguiendo el ejemplo anterior, un enema opaco es una referencia diferente de una radiografía simple de abdomen, siendo la variable distintiva el empleo de contraste, (en otras palabras, la línea de productos sería la prestación base, y la referencia sería las diferentes prestaciones que surgen a partir de una prestación base)

La respuesta del hospital a la demanda viene determinada por dos factores:

- ♦ **Amplitud de la cartera de servicios:** O el número de unidades médicas y de prestaciones. Ese número viene dado por la consecuencia de dos acciones:
 - ◊ La macrosegmentación del mercado: Obedece a las diferentes necesidades de los usuarios del hospital. Con objeto de satisfacerlas , se recurre a la división de la clientela según diversos criterios generales (edad, sexo, patologías)antes unidades médicas (pediatría, ginecología, cardiología, urología)
 - ◊ El encasillamiento: Permite agrupar a los clientes según sus problemas de salud y a los especialistas de acuerdo con sus conocimientos y procesos de trabajo.
- ♦ **La longitud de la línea de productos:** El mayor o menor número de unidades de prestaciones, es consecuencia de:
 - ◊ La microsegmentación del mercado: Aquí se intenta definir los diferentes productos–mercado.
 - ◊ Profundidad del producto: Está vinculada a la innovación tecnológica, técnica y humana.

LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA CALIDAD

• 4.1. <u>Algunos criterios erróneos sobre la calidad</u>	32
• 4.2. <u>Concepto y definición de la calidad /calidad asistencial</u>	33
• 4.3. <u>Algunas dimensiones de la calidad asistencial</u>	35

Tema 4. Los servicios de salud y la calidad

El trabajador de a pie se siente incomodo al hablar de calidad:

- Se siente incomodo.
- Se le exige productividad.
- Siente peligro.

4.1 Algunos criterios erróneos sobre la calidad.

Programas calidad–objetivos

Mejorar aquel producto, que está en una situación crítica o necesita una evaluación periódica (porque es nuevo o por la competencia). Al hablar de calidad hay conceptos que son erróneos:

- **Un producto de calidad es igual a un producto de lujo:** La calidad es relativa, no absoluta. No tiene por que costar más por que la calidad ahorra en lugar de pedir el dinero. Un producto, bien o servicio de calidad es aquel que cumple las especificaciones del diseño y satisface las necesidades del cliente.
- **La calidad es intangible y, por lo tanto, no medible:** La calidad se puede medir con los costes de calidad.
- **La clase de trabajo es diferente:** El trabajo puede ser diferente, pero sea cual sea su naturaleza, lo realizan personas con las mismas necesidades y motivaciones.
- **Crear que existe la economía de la calidad:** No se puede economizar en calidad; siempre es más barato hacer las cosa bien desde la primera vez y todas las veces.
- **Cuando hay algún problema en algún momento, la culpa siempre se la lleva el trabajador:** La calidad tiene varios componentes, y uno tiene que ver con el momento en que se hace el acto del producto, pero nunca se debe ver aislado.
- **La calidad se origina en el departamento de calidad:** Existen problemas de producción, de contabilidad, de compras, de diseño o de dirección que repercuten en la calidad y que son responsabilidad de los que realizan el trabajo. La misión del departamento de calidad no es hacer el trabajo de los demás.
- **La calidad es la responsabilidad del que dirige:** La calidad es algo que es imputable a todo el mundo en general.
- **La calidad está muy ligada a los medios:** La calidad está ligada, fundamentalmente, a la aptitud y la actitud de quienes deben propiciarla. A los diabéticos de consulta de enfermería no les atendemos bien por que hay muchos . El término calidad está relacionado con el contexto, que es relativo. Por tanto tendrá distintas graduaciones, aunque el listón básico de calidad está muy claro, se sobreentiende. Si pasamos por debajo del listón provocamos mal a la persona y entramos en el área de lo penal (el listón se superpone).
- **La calidad y la cantidad son términos contrapuestos:** Una enfermera que lleva 5 enfermos y otra que lleva 2. Esto está relacionado con la organización del trabajo, y en función de los resultados que se obtiene.
- **La calidad es un término absoluto:** La calidad está relacionada con los costes y con las necesidades y expectativas del usuario.

4.2 Concepto y definición de calidad / Calidad asistencial.

No es fácil definir la calidad puesto que es un término relativo que está ligado al contexto donde se ofertan los

servicios y a la historia.(Examen)

Los artesanos ofrecían el servicio a los clientes según sus necesidades ya que la comunicación entre el productor y el cliente era directa; la calidad era la máxima y el coste muy elevado. Este contacto se pierde cuando aparece la producción industrial donde se abaratan los costes pero también la calidad ya que no se produce según los gustos del cliente. Se liga el proceso de producción y la calidad que se produce; si el proceso de producción sigue los márgenes estipulados por la empresa es de calidad, sin tener en cuenta al cliente. Los clientes no siempre quedan satisfechos con el producto por que puede haber una mala distribución o que las necesidades del cliente no sean atendidas. Como respuesta a este problema, en el s. XIX, se introdujo la normalización de las piezas, es decir, elaborar piezas estándar. Mas tarde se introdujo la cadena de producción que obligó a que las piezas producidas se ajustaran a sus especificaciones con el fin de disminuir los costes mediante la reducción del tiempo medio de producción, la eliminación de los reprocesados y la disminución del número de piezas defectuosas. A partir de este momento comenzaron a desarrollarse métodos estadísticos de control de calidad que permitían saber si los lotes estaban dentro de los límites de tolerancia especificados.

Pero en 1957 tras el informe AGREE se comprobó que determinados productos a pesar de haber pasado los controles de calidad, fallaban al poco tiempo de entrar en servicio (eso lo dicen algunas mujeres de los hombres, y viceversa). Esta constatación condujo al desarrollo de la teoría de la fiabilidad, identificándose como un componente temporal de la calidad: la probabilidad de que un equipo cumpla sin fallo las funciones especificadas durante un tiempo concreto. A la vez, se comprobó que consumidores y técnicos no coincidían siempre en definir el concepto de calidad. Ambas cosas, el componente temporal de la calidad y la necesidad de que esa calidad coincidiese con la exigida por el mercado, permitieron deducir que el diseño del producto tenía una gran incidencia sobre su calidad. Así, un tal Juran propuso como definición de calidad de un producto su idoneidad, aptitud o adecuación al uso.

En la actualidad, la extensión del concepto de calidad a todas las áreas de la empresa conduce al concepto de calidad total. La empresa se considera como una cadena de proveedores / clientes, donde cada trabajador es cliente del que suministra bienes, servicios o información y, a su vez, es suministrador de la persona a quien entrega su trabajo. Así nace el concepto del trabajador como cliente interno de la empresa

La calidad es la idoneidad, aptitud o la adecuación al uso. Trabajar con calidad es diseñar, producir y servir un bien o servicio, que sea útil, lo más económico posible y lo más satisfactorio para el cliente. Aquí se puede observar que se introduce el factor económico en la calidad pero se sigue manteniendo la satisfacción del cliente.

La calidad asistencial es:

- **Es conseguir una atención sanitaria optima.**
- **Lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico.**
- **La máxima satisfacción del cliente en el proceso.**

La atención sanitaria optima es un concepto económico complejo. Hablar de calidad en el contexto sanitario es producir algo con el mínimo coste. Por eso se toman decisiones de reparto económico a los diferentes servicios que se van a utilizar.

Entonces una atención sanitaria optima es cuando una prestación sanitaria está consiguiendo los resultados altos. Como el reto de mejora continua de calidad es algo que no tiene limite, alguien que está comprometido con la calidad intentará superar este listón, introduciendo acciones para que modifiquen la circunstancias que se están dando y elevando el listón.

Pero esto aumenta el gasto sanitario. Por eso hablaremos de calidad optima cuando conseguimos un listón

optimo pero cuando introducimos modificaciones en las acciones que realizamos son tan caras y el beneficio es tan pequeño que no es rentable o si el beneficio es bueno, la yatrogenía que introducimos no aconseja que subamos ese listón.

Máxima satisfacción del cliente con el proceso.

Cada vez es más difícil aclararse en nuestro ámbito con la satisfacción del cliente. Hay gente que piensa que como el acto sanitario tiene un elemento técnico importante, el cliente no tiene capacidad para juzgar si es un acto de calidad. Otros piensan que el cliente tiene un juicio previo y puede juzgar la calidad.

En términos generales en cada acto asistencial hay dos aspectos básicos de la calidad que hay que tener en cuenta:

- **Calidad intrínseca o técnica:** Características técnicas de un bien o servicio que, medidas y comparadas con la de otros productos, permiten así establecer un juicio objetivo al respecto. Especificaciones que hacemos sobre el producto y el grado de cumplimiento de las mismas. Hablamos del acto técnico en sí. Pero el producto es algo más puesto que el cliente es parte del resultado final del producto. Este cliente tiene expectativas, grados de información,.. esto hace que el cliente perciba o no un grado de calidad
- **Calidad extrínseca:** Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas (en la fotocopia solo habla de calidad percibida)El servicio del cliente crece, y es más difícil de satisfacer. Pero los sanitarios tendemos a medicalizar la vida, y pretendemos que la persona cambie de estilo de vida sin la garantía no vaya a sufrir las consecuencias de su habito tabáquico, por ejemplo. Por esto aumenta sus expectativas, por que al cambiarle de estilo de vida quiere que le aseguremos que no va a padecer las consecuencias.

La calidad asistencial es un acto asistencial que debe tener en cuenta 3 elementos que configuran la calidad de todo acto sanitario:

- **Científico-técnico.**
- **Interpersonales.**
- **Entorno:** Comprendería tanto el ambiente como las consecuencias derivadas de él (comodidad, intimidad, etc)

Hay autores que formulan la calidad como:

Calidad de la atención médica = Calidad técnica + arte de la atención , [(calidad técnica) * (arte de la atención)] + E

Donde E es un término de error aleatorio en la medida de los datos.

4.3 Algunas dimensiones de la calidad asistencial

Según la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Las dimensiones o variables implícitas en esta definición responden a tres criterios complementarios:

- **Criterio técnico:** Aplica la ciencia y la tecnología médicas y otras ciencias de la salud a un problema sanitario individual, de forma que se maximicen los beneficios y se minimicen o no se incrementen

los riesgos.

- **Criterio interpersonal:** Regula la interacción social y psicológica entre el cliente y el profesional y considera el grado de autonomía y responsabilidad del usuario frente al grado de dependencia que genera la actividad asistencial. Significa encontrar el equilibrio en la interacción empresa–cliente.
- **Criterio económico:** Supone la distribución y utilización racional de los recursos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos, lo cual obliga a establecer previamente preferencias. Calidad y coste son dos factores inseparables.

Entonces las dimensiones de la calidad asistencial son:

- **Eficacia:** Algunos autores la definen como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales
- **Eficiencia:** Relación entre el **impacto real** (idoneidad de los servicios) de un servicio o programa y su **coste de producción**. Un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles.

$E = IR / CP$

- ♦ **Eficiencia clínica:** Está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios. Su evaluación se realiza por medio de auditorias que son equipos técnicos que revisan la documentación clínica. Pueden ser equipos internos al hospital o institución o un equipo externo que realiza auditorias.
- ♦ **Eficiencia de producción:** Está subordinada a la institución sanitaria, que debe facilitar a los profesionales los recursos necesarios.
- **Efectividad:** Relación entre impacto real de un servicio o programa y su impacto potencial si nos encontráramos con las mejores condiciones para llevarla a cabo.

$E = IR / IP$

- **Adecuación:** Relación entre la **disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población**. Su evaluación comprende tanto la calidad de los recursos como su distribución geográfica.
 - ♦ **Accesibilidad:** Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios sanitarios, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

$A = Dss / NP.$

- ♦ **Disponibilidad:** Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. La disponibilidad incluye la **accesibilidad**.
- **Calidad científico–técnica:** Nivel de aplicación de los conocimientos y la tecnología disponible en la actualidad (actualización constante de conocimientos: formación continuada).
- **Aceptabilidad:** Aquí también se incluye:
 - ♦ **La satisfacción del cliente:** Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.
 - ♦ **Cooperación del paciente:** Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria.
- **Continuidad:** Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones.
- **Competencia profesional:** Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional y a

la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización..

- **Seguridad:** Balance positivo de la relación beneficio / riesgos.

LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD

• 5.1. <u>Naturaleza de la planificación</u>	39
• 5.2. <u>El proceso de planificación estratégica</u>	40
• 5.3. <u>La formulación de la misión</u>	40
• 5.4. <u>El diagnóstico estratégico. La Matriz DAFO base para fijar Metas</u>	41
• 5.5. <u>Identificación de metas</u>	42
• 5.6. <u>Formulación de estrategias</u>	43
• 5.7. <u>Desarrollo de Programas</u>	44

Tema 5. La atención de enfermería y la planificación estratégica de la calidad

Un proceso administrativo consta de 4 grandes fases:

- **Planificación**
- **Organización.**
- **Dirección.**
- **Control.**

Estas fases se desarrollan de forma cíclica teniendo en cuenta de que se puede pasar de una a otra. La forma de organizarla es artificial, académica.

Este proceso administrativo requiere de métodos apropiados y se aplica a cualquier actividad. Históricamente siempre ha sido así y requiere:

- **Planificar lo que queremos.**
- **Organizar las actividades.**
- **Tener personas que lo organizan.**
- **Fases periódicas de control.**

Las actividades pueden ser de orden jerárquico muy diversas y por lo tanto nosotros hablaremos de sistemas. Un sistema es una unidad funcional que consta de una serie de partes que funcionan e interactúan entre ellas, es decir, la modificación de una introduce modificaciones en las demás y como resultado de éstas se obtiene un producto final. Existen dos tipos de sistemas:

- **Sistema abierto:** Es aquel sistema que interactúa con el medio, es decir, des del exterior recibe estímulos y en función de estos el sistema se modifica. Entonces decimos que el medio forma parte del sistema. Los sistemas siempre funcionan tendiendo a la entropía (desorden) pero siempre hay elementos que pretenden controlar tal desorden. Cuando está entropía se controla no pasa nada, pero cuando se descontrola el sistema entra en agotamiento.
- **Sistema cerrado:** Se presupone que no tiene conexión con el medio externo. Tiene que ver con sistemas tecnológicos (p.e. reloj). No tiene conexión con el medio externo y funcionan por sí solos.

En términos de administración de actividades nos interesa el sistema abierto, por eso cuando definimos un sistema siempre lo consideramos abierto.

Hay diferentes niveles de complejidad en un sistema que haga referencia a un sistema de sanidad:

- **Sistema de sanidad:** Todo el conjunto de actividades que se desarrollan en la atención pública y se

consideran un sistema. Están sometidos a un proceso de planificación (ej: atención primaria, atención especializada)

- **Programas de salud:** Es más pequeño (programas para dejar de fumar, p.e)
- **Empresa de servicios sanitarios:** CAP, Hospital.
- **Enfermería:** Dentro del hospital es una división más pequeña. Toda la actuación / actividad de enfermería que se desarrolla en el hospital puede ser considerada un sistema.
- **Unidad de hospitalización:** Unidad más pequeña.
- **Consulta de enfermería en la atención primaria:** Planifica, organiza, dirige y controla la enfermera.

El proceso de planificación es siempre uno, pero se ha de tener en cuenta en que nivel de organización se está haciendo, y dependiendo en que nivel puede haber un profesional u otro.

5.1 Naturaleza de la planificación

Es la fase hegemónica en el proceso administrativo. Es lento y costoso. Si no hay una buena planificación no podemos hacer bien

- **Organización:**
 - ♦ **Tipo de estructura organizativa:** Nos ayuda a saber.
 - ♦ **Tipo de personas:** Nos orienta sobre.
- **Acción**
 - ♦ **Tipo de dirección:** Para conseguir el éxito.
- **Estándares de control.**

Es un proceso primordial, lento y costoso.

La planificación es un proceso complejo que define lo que pretende es sistema y concreta las acciones para conseguirlo (PAE, p.e)

Es un proceso duro, costoso, que se ha de hacer a lápiz por que a veces se ha de corregir y es el que va a condicionar el buen funcionamiento o idoneidad de las demás funciones. La planificación pretende definir esa actividad global y puede ser un sistema de salud, hospital o consulta de enfermería y definir lo que pretende y concretar las acciones de cómo conseguirlo.

Las características que tiene la planificación son:

- La planificación es una fase del proceso administrativo. Progresa a través de diversas etapas estrechamente interrelacionadas. Es un procesos intelectual donde no vemos acción y movimiento y es necesaria tenerla bien definida. El proceso de planificación es el que condiciona la idoneidad del desarrollo de las acciones Es fundamental para que las personas que dirigen el proceso puedan tomar decisiones que se ajusten a los parámetros establecidos. No podemos establecer funciones de control y evaluación si no sabemos a dónde podemos llegar.
- Es una previsión del futuro: Corresponde a esta etapa del proceso administrativo, la definición de la cual es la situación ideal que se puede obtener mediante el trabajo sistematizado de los grupos de una institución.
- Es un proceso creativo, que pretende cambios permanentes en la situación de una determinada institución, por eso, tiende a la innovación y a que esta tenga efectos estables.
- Tiende a la acción: No sólo es un ejercicio intelectual y teórico, sino que determina formas de actuación concretas, metas y plazos con toda claridad. Un buen plan debe responder a las preguntas ¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, y ¿cuándo? En relación a la planificación y, a través de la respuesta, debe impulsar decididamente a la planificación
- La planificación pretende resultados concretos y relacionados concretamente tanto con la situación de

partida como con las acciones emprendidas.

- Se basa en las necesidades: La planificación ha de tener en cuenta las necesidades de salud presentes en la población de tal manera que el plan verdaderamente produzca un cambio positivo en la situación de salud de que se parte.
- La planificación precisa y utiliza información específica: La recogida de información es, como veremos, una etapa de la planificación y es importante destacar que cada plan necesita una información adecuada, tanto para determinar con certeza las necesidades como para evaluarlas.
- Se aplica en diversos niveles del sistema de salud.

Como la planificación es un proceso que solo define y concreta en un tiempo, está según el tiempo se puede diferenciar en:

- **Planificación estratégica:** Define lo que pretende el sistema y las acciones a conseguirlo. Siempre es a medio y largo plazo, no lo pretende conseguir en un período breve. Se movilizan metas complicadas (codificación de la actividad,...)
- **Planificación operativa:** Se realiza a corto plazo y tiene que ver con la planificación. Concreta una actividad en el término de un período de tiempo determinado. Suele ser menor de 3 años. La mayoría de veces se sitúa entre un año o menos.

Una y otra planificación son complementarias.

5.2. El proceso de planificación estratégica.

Para desarrollar bien la planificación estratégica se requiere 5 fases:

- **Formulación de la MISIÓN.**
- **Diagnóstico estratégico.**
- **Identificación de las METAS.**
- **Formulación de ESTRATEGIAS.**
- **Desarrollo de PROGRAMAS.**

5.2. La formulación de la Misión.

Es la imagen de la clase de sistema que se desea alcanzar. Es una declaración de intenciones, que orienta a las personas que lo componen, hacia donde se va.

Se requiere que el grupo de personas comprometidas en ese sistema se pongan de acuerdo y definan lo que es una **misión**. Misión es la tarjeta de presentación de ese sistema, es la imagen, por tanto, que se quiere de ese sistema. Ponerse de acuerdo para definir una misión cuando hay más de una persona no es un proceso fácil. No todas las actividades o no todos los sistemas que pretenden planificar de forma estratégica tienen definida una misión, generalmente no. Es una declaración de intenciones y que presenta lo que hace ese sistema y lo que define está más relacionado de cara al futuro.

Si soy un enfermero en un CAP y llevo una consulta de enfermería de crónicos yo puedo definir mi misión en esos momentos. Pero si en la definición general lo que se sustenta es lo que se hace en esos momentos no definiría una misión con elementos estratégicos.

La consulta de enfermería es un servicio que presta las enfermeras y consiste en prestar cuidados a personas crónicas (dar ejemplos) y que ayuda en las personas (se ha de decir)

Estos cuidados se basan en una filosofía del cuidado de Virginia Henderson. Hasta aquí se define sistema y misión de manera clara y entonces el cliente tiene claro lo que se vende.

Si somos conscientes podemos añadir esto como logros hacia el futuro.

La misión es algo muy general y sirve para presentarnos en sociedad y muchas veces hacia los que forman parte de la organización o a los futuros componentes de la organización.

Sirve para decir a los unos y a los otros lo que hacemos y de que manera lo hacemos.

La misión influye a su vez en la filosofía y en los objetivos del centro de salud, por ejemplo, si existe una unidad de asistencia progresiva para ayudar a los pacientes a adaptarse a sus dolencias, debería estar integrada por personal de enfermería profesional y especialmente cualificado para enseñar y aconsejar. Si, por el contrario, el propósito de la unidad es recortar los gastos del hospital y del paciente, deberá tratarse de una asistencia primaria con servicios reducidos proporcionados por trabajadores no profesionales.

5.4. El diagnóstico estratégico. La matriz DAFO base para fijar las metas.

Una vez definido esto se pasa a la fase II y no es más que un análisis pormenorizado de la situación. Analiza la situación, evalúa la situación actual y potencial del SISTEMA. Es una fase fundamental en el proceso de planificación estratégica. Se sustenta igual que el PAE cuando hacemos un diagnóstico en la recogida de datos que cubre dos ámbitos:

- **Interno:** El del propio sistema. Busca información relacionada con el ámbito de la empresa sanitaria donde se está:
 - ♦ **Misión, metas. Objetivos,..**
 - ♦ **Organigrama.**
 - ♦ **Tecnología.**
 - ♦ **Recursos materiales.**
 - ♦ **Recursos materiales.**
 - ♦ **Dependencias.**
 - ♦ **Plantilla.**
 - ♦ **Legislación,....**
- **Externo:** Lo que ocurre fuera del sistema.
 - ♦ **Mercado.**
 - ♦ **Oferta.**
 - ♦ **Tecnología.**
 - ♦ **Legislación,...**

Siempre se ha de recoger información sobre aspectos del orden interno de la actividad y del medio ambiente.

En función del nivel del sistema varía la recogida de datos, la información. Puede servir como vía muy general para cualquier sistema esté en el ámbito que esté.

Con todo esto, una herramienta muy útil para complementar un diagnóstico estratégico es desarrollar una técnica que puede llamarse de diferentes maneras y es la matriz DAFO. Es una técnica que consiste en definir 4 grandes apartados:

Situación externa		
	Amenazas	Oportunidades
Situación interna		
Debilidades	Estrategias defensivas	Estrategias adaptativas
Fortalezas	Estrategias reactivas	Estrategias ofensivas

En cada apartado a partir de la información que se obtiene, se va apuntando cosas. Normalmente las debilidades y fortalezas tienen que ver con el medio ambiente. Las amenazas y oportunidades tienen que ver con la información recogida en el medio externo. Por lo tanto, la información sacada del medio externo me permitirá de acuerdo con lo que hago definir unas amenazas o unas oportunidades.

En función de la información recogida en el medio interno y externo y según las vivencias se rellena este recuadro. Nos servirá para que luego una vez avanzado en el proceso retenemos la plantilla y todo lo que hemos puesto lo hemos de justificar. Se coloca cruzando información para definir las estrategias. O sea, que después de haber hecho los análisis se sacan las estrategias.

5.5. Identificación de metas.

Una vez que hemos decidido hacia donde queremos que vaya el sistema tenemos que pasar a la situación, es decir, entramos en la fase III. Suele ser ambiciosa pero difícil de definir. En ella se fijan los logros hacia los que se dirige el sistema. Es importante hacerla por que sirve para orientar el rumbo de las acciones de forma más concreta.

Es el profesional quien regula y dirige la mayor parte de la actividad, tanto de cómo se ha de hacer, como de la manera de hacer.

El sistema dentro de la estructura jerárquica tiene que concordar las metas que se establezcan con un sistema superior.

Lo ideal es que las actividades que tiene el profesional en su consulta sean en concordancia con las de la institución.

La fase III es una fase muy importante esté en el sistema que esté.

Una meta es como un objetivo, pero no como un objetivo operativo que marca de forma concreta, sino que son más genéricas. Se puede decir entonces que son como objetivos generales que hacen referencia a temas específicos (ej: metas que tengan que ver con la mejora del utillaje) Y generalmente abordan ámbitos temáticos diferentes.

Cada meta tendría como referente una situación:

- **Interna.**
- **Externa**
- **Ambas (cruzadas)**

5.6. Formulación de estrategias.

Son estructuras (modelos), que permiten orientar el pensamiento y la acción del sistema.

Es decir, una estrategia es un modelo de actuación. En el PAE una estrategia sería el cuidado específico que se plantea para un objetivo.

Para cada meta pueden salir muchas estrategias dependiendo de la persona o grupo de personas.

Entonces las acciones para conseguir las metas pueden ser diferentes.

Cuando formulamos una meta y solamente se nos ocurra una estrategia debemos decir que nos encontramos ante una situación precaria, débil.

Se ha de recurrir a técnicas creativas que nos permita identificar un recorrido o más cosas para hacer.

Una vez establecidas, se organizan muy bien y se aplican técnicas para evaluar escogiendo siempre aquella que nos favorezca y nos vaya mejor. Y se ha de tener en cuenta que hay técnicas creativas y alternativas y el proceso de resolución de problemas para llevar a cabo esta fase.

El proceso de resolución de problemas puede tener cuatro grandes apartados:

- **Identificar el problema.**
- **Una vez claro identificar alternativas para resolverlo (nunca hay un solo camino o estrategia para resolverlo).**
- **Una vez hechas las alternativas, las examinamos y en algunos casos hay técnicas para evaluarlas o sino previamente se puede se puede marcar una puntuación:** Para cada problema se intenta buscar cuáles son las soluciones eficaces y de estas, cuales son las factibles:
- **La eficacia de la intervención:** Se deben buscar aquellas soluciones que después de su evaluación, han demostrado ser capaces de prevenir o controlar el problema. Entonces, hemos de evaluar la sensibilidad de un problema a una acción preventiva o curativa. Para ser considerada eficaz, una intervención debe ser fiable y a la vez válida.
- **La factibilidad de la intervención:** Está en relación con la capacidad de resultar operativa en el contexto que le es propio, el estudio de la factibilidad se dirige a evaluar las posibilidades de éxito de su implantación. Por ello, se deben considerar en primer lugar los elementos que pueden frenar o favorecer la implantación del programa, normalmente suelen ser:
- **Factibilidad legal:** ¿La intervención respeta las diferentes legislaciones implicadas?,...
- **Factibilidad política:** ¿Cuál es la postura de los ministerios implicados por la aplicación del programa?,...
- **Factibilidad económica:** ¿ Cuáles son los costos en relación con los de otros programas, en relación a los resultados esperados? ,...
- **Factibilidad organizacional:**
- **Factibilidad sociocultural:** ¿Es aceptable para el público?, ¿Es suficiente flexible para adaptarse a los grupos culturales?,...
- **Factibilidad ética:** ¿Hasta dónde puede llegarse con los medios dirigidos a cambiar comportamientos?,...
- **Y una vez sometida a examen y evaluación se escoge la de la puntuación más apropiada.**

En función de donde está la información que ha suscitado en nosotros la formulación de esa meta, tenemos que ser cuidadosos con la estrategia que planteamos.

5.8. Desarrollo de programas.

En la fase V vamos a concretar al máximo cada estrategia. Cada estrategia puede tener más de un programa de actuación. Hay también técnicas que permiten sobretodo sistematizar la estrategia.

En todo desarrollo de programa tiene que estar claro a que meta o submeta va dirigido.

Empezamos con una formulación de objetivos que concreta esta meta. Dentro de una meta puede haber un programa de autoformación,..., puede haber diferentes programas para conseguir esa meta. Si es formativo se establecerá los logros a nivel formativo.

De todo programa se tiene que acabar con un diagrama de actividades que permite visualizar y exigir una relación de actividades

Nunca se han de plantear estrategias que estén fuera de la capacidad nuestra para llevarlas a cabo,

El desarrollo de programas consiste en.

- **Formulación de objetivos.**
- **Descripción de actividades.**
- **Asignación de personas/ recursos materiales.**
- **Elaboración del presupuesto.**
- **Cronograma operativo del programa:** Nos permite explicar de forma esquemática las actividades que se van a hacer ordenadas de forma más o menos jerárquica donde los diagramas permitirán ver la relación de actividades, su orden cronológico y los que se harán en cada período del programa. Un diagrama de ejemplo es el diagrama de Ganz

LA FUNCIÓN DE ORGANIZACIÓN Y LA CALIDAD

• 6.1. Naturaleza y propósito de la función de organización.....	46
• 6.2. Fases del proceso organizativo.....	47
• 6.3. La fase de estructuración.....	47
♦ 6.3.1. Tipo de estructuras organizativas.....	48
• 6.4. La fase de sistematización.....	51
• 6.5. La fase de instalación.....	52
• 6.6. Modelo organizativo de la calidad.....	53

6. La función de organización y la calidad

6.1 Naturaleza y propósito de la función de organización.

La función de organización pretende plasmar como se divide la actividad analizando y dividiendo el trabajo, donde la empresa es como un conjunto de actividades. Por otra parte coordina las actividades que se hacen en la empresa (personas, recursos materiales y recursos humanos)

Organizar implicar desarrollar una estructura intencional de papeles para un desempeño eficaz. (Mintzberg, 1998)

En sistemas complejos, esta estructura requiere de una red de centros de decisión y comunicación que coordine los esfuerzos tendientes a lograr las Metas del grupo y de la empresa (Heinz Weihrih, 1994)

Podríamos definir rol como el conjunto de comportamientos y actitudes esperadas en determinadas personas. A su vez, con la estructuración intencional de papeles, es decir, con la organización y la correlación de roles se hace posible la consecución de objetivos. Para que esto se consiga se ha de tener definido lo que hay que hacer que pase en los objetivos y las áreas de autoridad han de estar bien definidas.

La función de organización tiene que considerar la estructura funcional de roles y tiene que dejar claros los núcleos de decisión, comunicación y coordinación

En una empresa está el núcleo directivo donde se toman las decisiones, el núcleo operativo (los que trabajan o currantes) y el nivel intermedio (adjuntas y supervisoras), a ambos lados de esta organización está el staff que da servicios de tipo técnico (informáticos, p.e) y otro staff que da soporte de tipo asesor.

En la estructura central hay una estructura compleja que es horizontal y vertical. La estructura horizontal coordina la comunicación entre personas que tienen el mismo rango. La estructura vertical coordina entre diferentes niveles de mando.

En los diferentes niveles hay que establecer un núcleo de decisión tanto a nivel vertical como horizontal.

Debido a que ambas estructuras tienen ventajas e inconvenientes, lo más razonables es establecer un equilibrio

entre ambas. La estructura horizontal se desarrolla de acuerdo con el número de funciones organizativas identificadas por separado. En esta existen pocos niveles de dirección.

La función de organización tiene estos 4 propósitos básicos:

- **La identificación y clasificación de las actividades requeridas.**
- **El agrupamiento por objetivos de las actividades necesarias para lograrlos.**
- **La asignación de una persona a cada agrupamiento, con autoridad para supervisarlos.**
- **Las medidas para la coordinación horizontal y vertical.**

6.2 Fases del proceso de organización.

Cómo es un proceso complicado podemos definir 3 grandes fases:

- **Estructuración:**
 - ♦ Se define la estructura organizativa y el organigrama.
 - ♦ Agrupa en grandes bloques de afinidad la actividad general de la empresa: Analizar! Organizar! Establecer criterios de decisión! Representar gráfica.
- **Sistematización:**
 - ♦ Se definen los estándares, procedimientos y protocolos para saber si nos alejamos del cumplimiento de la actividad o no. Intentamos unificar el máximo de criterios
- **Instalación:**
 - ♦ Se definen y organizan los puestos de trabajo. De acuerdo con las características de la actividad se definen que personas y profesionales son los idóneos.

6.3 La fase de estructuración.

En la fase de estructuración se pretende conocer como se organiza la actividad, por lo tanto es muy importante el análisis de la actividad y agruparlo todo por actividades afines, es decir, tanto la sistematización del trabajo como la coordinación de redes, donde se consigue la comunicación en sentido vertical y horizontal y la toma de decisiones, son importantes.

En esta fase se decide cuántos núcleos de decisión van a haber y que función van a hacer (consultiva, decisiva,...)

Cuándo acabamos esta fase lo representamos mediante un organigrama donde se concreta:

- **División del trabajo:** Según sea el organigrama puede tener más o menos importancia.
- **Las líneas de autoridad y poder:** las líneas de poder pueden ser:
 - ♦ **Legítima:** Capacidad para decidir sobre las persona. Está relacionado con la línea jerárquica.
 - ♦ **De recompensa:** Capacidad para premiar.
 - ♦ **Coercitiva:** Capacidad para castigar.
 - ♦ **Poder de experto:** Capacidad en la toma de decisiones.
 - ♦ **Poder de referencia:** Capacidad par liderar alguna cosa. Lo tienen la mayoría: enfermeras, médicos,...Se produce cuando existe una identificación de unas personas con otras, que llega a influir en la conducta del grupo por admiración o elevada consideración hacia sus cualidades personales o profesionales.
- **Cultura de empresa:** Toda organización tiene detrás un esquema mental que corresponde a una concepción más o menos autoritaria.. La cultura de una organización explica las relaciones existentes dentro de ella y la forma en que se han producido, se transforman y funcionan estas relaciones. La existencia de una cultura organizativa da lugar a la creación de un lenguaje propio de la institución y a

la aparición de ritos establecidos en función de las actividades.

- **La situación de cada persona. O rol?:** Es el conjunto de comportamientos y actitudes esperadas de una determinada persona en un esquema organizativo o de un puesto específico dentro de la organización.

6.3.1 Tipo de estructuras organizativas.

Entonces según la cultura de empresa, la división del trabajo y las líneas de autoridad y poder se pueden definir cuatro tipos de estructuras organizativas.

Departamentalización funcional.

Dividida en función de la función de cada profesional. Aumenta la jerarquización y por lo tanto la toma de decisiones está muy jerarquizada. Es propio de empresas muy grandes, muy antiguas y con mucho personal, hoy en día es muy difícil que una empresa de nueva creación se estructure así. Su cultura es muy burocratizada y autoritaria

Los inconvenientes es que la comunicación va muy lenta, no hay comunicación horizontal y la comunicación vertical funciona bien de arriba abajo pero no al revés. La toma de decisiones está muy centralizada haciendo que la toma de decisiones sea poco permeable a los cambios. Aquí existen muchas normas y protocolos para controlar los niveles más bajos.

Organización matricial.

Es un proceso intermedio a las otras dos donde pretende solucionar algunos de los problemas de la anterior. Se ha practicado en pocos hospitales donde el objetivo era hacer más fácil y permeable la comunicación, sobre todo en la toma de decisiones.

El modelo anterior llevaba a un divorcio y una separación entre la dirección de medicina y de enfermería, entonces para eso se hizo la organización matricial donde para un tipo de cosas se harían proyectos diferentes, se elige un responsable en cada uno que coordina a las personas. Entonces de la organización matricial podríamos destacar:

- **Hay una división del trabajo en gran funciones.**
- **Coordinación de la actividad centralizada.**
- **Simplificación de la toma de decisiones, por que hay menos niveles de jerarquía.**

El inconveniente es que hay la presencia de dos responsables:

- **El responsable del producto.**
- **El responsable de las actividades profesionales.**

Gerente

Director médico Director de enfermería Director económico Director de personal

Responsable

Proyecto A

Responsable

Proyecto B

Responsable

Proyecto C

Departamentalización por productos/ línea de productos.

Es una división funcional en función de los productos, se trata de hacer de una empresa, empresas más pequeñas, cada miniempresa gestiona sus recursos materiales y financieros de manera autónoma. Esto puede traer controversia por que puede haber servicios muy tecnológicos que den grandes beneficios y otros que solo den gastos. En Vall d'Hebron se ha hecho esto en Banco de Sangre y laboratorio.

En Vall d'Hebron esto se está haciendo sobretodo en servicios no del todo sanitario:

- **Servicio de limpieza:** Externalizado, da servicios a Vall d'Hebron pero también a otras empresas
- **Servicio de hostelería:** Forma una empresa interna que da servicios o los contrata de una empresa de fuera.

Ahora falta por ver que todo lo que es compras se ha externalizado y da servicio a otras empresas. Así se va depurando el servicio y dejando solo los servicios asistenciales.

Unidades estratégicas de servicio.

Es la propuesta más moderna, donde no hay una línea jerárquica para asesorar al personal, es un sistema mixto donde hay departamento funcional y por producto. Hay productos dirigidos por el responsable del producto que dependen del gerente y no de otros directores, los cuales actúan solo como asesores.

Parece que Hospitals Vall d'Hebron va tirar pa' lla. Esta descentralizando pero no en pequeñas empresas. Habrá un gerente con un director asistencial para cada hospital donde se da cierto grado de autonomía a ciertos servicios donde habrán que autogestionarse los recursos materiales, el personal,... y que tendrán que justificar tanto los números rojos como los verdes.

6.4 La fase de sistematización.

En esta fase se cubren dos objetivos:

- **Acotar al máximo la variabilidad en la actuación del personal:** Ante un mismo servicio han de actuar de forma similar (actuación protocolizada)
- **Establecer indicadores de la actividad: Normas o estándares:** Para poder llegar a diversas metas dentro del plan estratégico.

Entonces se establecerán:

- **Normas/ estándares:** Las normas describen cualquier cosa de obligado cumplimiento, es más cualitativa, los estándares es una característica numérica expresada en términos cuantitativa. A partir de los estándares se podrá ver el grado de cumplimiento y si va por el buen camino. Las normas pueden ser:
 - ♦ Normas generales: Son aquellas que se establecen para orientar el funcionamiento de la institución en su conjunto.
 - ♦ Normas de cuidados: Las que definen una situación referida a los pacientes de los servicios de enfermería–

- ◆ Normas de competencia profesional: Definen las características del comportamiento laboral de las enfermeras o de otros trabajadores. Estas normas están en relación con la formación y la capacidad de cada uno de los profesionales
- **Procedimientos y protocolos:** Las normas se complementan para su puesta en práctica con los protocolos o procedimientos de actuación. Describen los pasos de las actividades, establece las personas capacitadas para realizarla, determina el tipo y cantidad de material que se necesita de forma genérica y no genérica y especifica las condiciones en las que se tienen que hacer. Los procedimientos son para actividades más complejas y los protocolos para menos complejas. Los procedimientos y los protocolos tienen carácter de verticalidad de acuerdo con las actividades de los profesionales dirigidas a los pacientes, entonces los gastos será el sumatorio de todos los procedimientos verticales. Otro tipo de protocolo son los horizontales que son los que se diseñan pensando en el paciente y en su individualidad, actualmente este tipo de protocolos está en desuso, la mayoría de protocolos están descontextualizados, son más generales.

6.5 La fase de instalación.

Esta fase se centra en la dotación de los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades proyectadas en la forma que se haya formulado según las normas. Los recursos pueden ser:

- Humanos: Personas que constituirán el conjunto de la plantilla de personal de la institución.
- Materiales: Tales como locales, medios instrumentales, mobiliario, utillaje,...
- Financiera: Dotación y distribución de los medios económicos, según el presupuesto.

La política de personal de enfermería deberá guiar la toma de decisiones en cuanto a la selección, orientación, desarrollo y distribución del personal de enfermería encargado de prestar los cuidados adecuados a los usuarios de la institución. Una política de personal debe definir:

- El tipo de personal y las relaciones que este personal tiene establecidas con la dirección y los otros trabajadores.
- El número de personal requerido.
- Las condiciones de trabajo.

En esta fase se establecen.

- **Puestos de trabajo.**
- **Sistemas de asignación de plantilla.**

Se determina el perfil de personas que se han de acoplar para las diferentes actividades (competencias de tipo técnico y personal), donde influyen las actitudes, aptitudes y personalidad.

Primero se definen los lugares de trabajo y después se introducen las persona idóneas para su desarrollo.

Es bueno diferenciar entre lugar de trabajo y plaza. El lugar de trabajo define un área de actividades y un perfil de persona idónea para desarrollar esta actividad. La plaza es el personal que se necesita para cada tarea en un mismo puesto de trabajo.

El sistema de asignación de plantilla se tiene que especificar como se va a organizar esa actividad, según la concepción, se asignará la plantilla de una manera u otra:

- **Por actividades o funcional:** La enfermera no tiene una responsabilidad global funcional y no se tiene en cuenta los pacientes. Las actividades son repartidas por las propias enfermeras i/o las auxiliares en función de las preferencias de cada una. Las ventajas de este tipo de organización son:

- ◆ Favorece la clarificación de la asignación de tareas.
- ◆ Facilita el trabajo de la supervisora o responsable y el ejercicio de su autoridad, ya que tiene formular solamente órdenes sencillas.
- ◆ Promociona la especialización de las enfermeras en las tareas concretas que se les asigna más frecuentemente.
- ◆ Puede incrementar la eficacia de unidades de cuidados poco complejos.

Por el contrario, como inconvenientes cabe destacar que esta organización tiende a que las enfermeras hagan las tareas con las que más a gusto se encuentran sin considerar a los pacientes y su necesidades. Estos llegan a sentir confusión respecto a lo que pueden esperar de las enfermeras, y encuentran dificultad para identificarse con ellas como responsable de su cuidado integral.

- **Por casos o pacientes:** Asignación de enfermeras a los pacientes hospitalizados, esto quiere decir que el paciente pasará por muchas enfermeras (las de cada turno) Este tipo favorece más que el anterior la prestación de cuidados integrales pero la distribución de los pacientes puede resultar dificultosa en tiempo y esfuerzo, ya que es preciso hacer una evaluación muy rigurosa de las necesidades y los recursos de forma frecuente lo que se traduce en un incremento del trabajo de la supervisora.
- **Por equipos:** También se asignan los pacientes a determinadas enfermeras. El trabajo se hace con la coordinación entre el equipo de enfermería y el grupo de auxiliares adjudicadas. El número de componentes del equipo varía, de acuerdo con la dotación de personal de que disponga la unidad y el hecho de que haya otro personal (como estudiantes), su numero, su nivel y su formación. Las ventajas de este sistema son:
 - ◆ Se utiliza al máximo los recursos.
 - ◆ Se estimula la adopción de medidas innovadoras.
 - ◆ La supervisora ejerce su autoridad de una forma muy flexible.
 - ◆ El cuidado integral está asegurado y cubierto por todos los componentes dl equipo.

El inconveniente es que para trabajar en equipo se tiene que estar entrenado ya que no es una cosa que deriva únicamente de la voluntad, a más, necesita de un número de enfermeras y auxiliares más elevado para llevarlo correctamente adelante.

- **Enfermería primaria:** Se intenta dar un giro a la actividad de enfermería intentándola profesionalizarla más. En el momento que ingresa el paciente se le asigna una enfermera de referencia (enfermera primaria) que se encarga de todas las actividades del paciente. El resto de enfermeras en cada turno siguen la planificación hasta el momento del alta (enfermeras secundarias). Es un sistema complicado ya que aunque sea la enfermera secundaria que por circunstancias del momento modifique la planificación, la responsabilidad continuará recayendo sobre la enfermera primaria y eso provoca la aparición de conflictos. Este método de asignación de trabajo requiere una definición de las relaciones de los grupos humanos que trabajan en la unidad, no sólo en cuanto al personal de enfermería, sino también en relación con los médicos y familiares, que se han de habituar a dirigirse a una sola persona

Por último hace falta decir que en las tres primera hay una persona (la súper)que supervisa la carga de faena y en función de esta asigna al personal.

6.6. Modelo organizativo de la calidad.

Se organiza mediante:

- **Comité Director de calidad:** Tiene como misión básica lanzar el proyecto de mejora de la calidad e institucionarlo. Está compuesto por un director-gerente, un director médico, un director de enfermería, un director de gestión y de servicios generales y un director o coordinador de calidad.

- **Dirección / coordinación de la calidad:** Depende jerárquica y funcionalmente del director–gerente y es el principal responsable de la función de control de la calidad.
- **Unidad de Garantía de Calidad:** Es un órgano dependiente jerárquicamente del director o coordinador de Calidad. Su función fundamental es prestar apoyo técnico a las unidades operativas y de staff, a las comisiones clínicas y grupos de trabajo para la calidad. Su composición es básica es la de un licenciado en medicina y cirugía, una enfermera, un licenciado o diplomado en ciencias empresariales, un técnico industrial y apoyo administrativo.
- **Equipo de Mejora de la Calidad:** Es un comité interdisciplinar que abarca todas las áreas del hospital. Está integrado por directivos de segundo nivel y mandos intermedios representativos de todos los departamentos hospitalarios
- **Comité Central de Garantía de Calidad:** Es el órgano colegiado de decisión para la elaboración de planes de mejora de la calidad en el área asistencial
- **Comisiones Clínicas:** Son el cauce a través de la cual los profesionales sanitarios realizan la autoevaluación de su actividad. La base del trabajo es la historia clínica cerrada y el método, la auditoria médica y de enfermería. Deben tener la consideración de instrumentos directivos.
- **Grupos de Trabajo para la Calidad:** Forman parte del sistema de participación de los trabajadores, independientemente de su calificación profesional, en la mejora continua de la calidad:
- **Grupos de mejora de la calidad:** Su objetivo es estudiar y proponer soluciones a problemas potenciales; su acción es preventiva. Se disuelven una vez concluido el trabajo.
- **Grupos de intervención:** Están para el estudio y propuesta de soluciones a problemas ya planteados; su acción es resolutoria. Se deshacen una vez concluida la tarea.
- **Círculos de calidad:** Sus miembros son voluntarios y su actividad es permanente. Los propios miembros del círculo eligen, estudian y resuelven problemas específicos, conocidos por propia experiencia, de su área de trabajo habitual.
- **Equipos departamentales de mejora:** Están constituidos por todo el personal del departamento. La participación es obligatoria. Eligen los problemas, cuya urgencia suele tener una urgencia moderada, y encuentran e implantan la solución.
- **Equipos de mejora de los procesos:** Están formados por miembros elegidos de entre de los de las unidades relacionadas con el proceso defectuoso.
- **Grupos autónomos:** Representan una estructura evolucionada y madura del trabajo en equipo. Los trabajadores gozan de autonomía para la resolución de problemas diarios, no tienen la obligación de consultar al mando, pero si de informarlo.

LA FUNCIÓN DE DIRECCIÓN

• 7.1. <u>Naturaleza y concepto de la Función de Dirección</u>	56
• 7.2. <u>Liderato</u>	56
• 7.3. <u>Motivación</u>	57
• 7.4. <u>Comunicación</u>	58
• 7.5. <u>Orientación</u>	59
• 7.6. <u>Supervisión</u>	59

7. La función de dirección.

7.1 Naturaleza y concepto de la función de dirección.

Dirigir consiste en iniciar la acción y orientar hacia unas metas y unos objetivos. Aquí el factor humano es esencial. Este componente es muy variable por lo tanto no podemos adoptar conductas estereotipadas en la dirección.

El reto de dirigir implica dos polos:

- Las personas que han de dirigir han de adaptarse a las personas que van a ser dirigidas por ellos (aptitudes, actitudes,...)
- Las personas han de ser dirigidas con factores personales, contextuales, etcétera,...

No hay personas promedio, por lo tanto, los que dirigen se han de acoplar a los componentes individuales de cada persona. Los elementos de la dirección son:

- **Liderato.**
- **Motivación.**
- **Comunicación.**
- **Orientación.**
- **Supervisión.**

7.2. Liderato.

Es un arte o proceso de influir sobre las personas para que se esfuercen de manera voluntaria para lograr las metas. El líder lo que intenta trabajar es la adhesión de las personas, es decir, que quieran conseguir los mismos objetivos que él. Una persona para dirigir debe de saber técnicas de liderato, las cuales se pueden aprender, aunque hay gente que nace con unas características que en un entorno con unas condiciones específicas le ayudan a ser líder. Por eso no es real decir que un líder democrático es mejor que uno tiránico, ya que si el democrático no consigue sus objetivos no será un buen líder. El liderato situacional justifica el liderato en funciones de dos vertientes:

- **Trabajo y tareas a realizar.**
- **Tipo de personas con las que nos encontramos.**

Dependiendo de cómo se coordinen estas dos vertientes encontraremos:

- **Liderato autocrático:** Mandan mucho, de forma estereotipada. Este tipo de liderato analiza la situación y toma las decisiones sin consultar con ningún miembro del equipo. Las personas sometidas a este líder son personas que no pueden influir en la toma de decisiones u solo se esperan que sepan hacer la tarea y que obedezcan.
- **Liderato participativo:** Consiste en un alto interés en el trabajo, la toma de decisiones recaen también en el líder, pero las personas que se tiene a cargo son informadas de las decisiones y alternativas que hay. Los subordinados pueden opinar aunque no influyen en las decisiones ya tomadas.
- **Liderato democrático:** Es una fase más avanzada. El líder tiene un alto interés para la persona y poco en la faena. Muy utilizado en empresa de tipo sanitario, que cuentan con personas muy cualificadas y en empresas con productos nuevos. Se pretenden que el líder oriente sobre esos márgenes de maniobra para que el personal tenga la suficiente capacidad de maniobra para encontrar soluciones, el objetivo es cohesionar el personal para que no haya confrontaciones entre el equipo. Generalmente la decisión se toma en conjunto.
- **Liderato de Laissez-faire:** Prácticamente se deja que los subordinados sean los que toman decisiones, Un ejemplo es la coordinadora del CAP. Del líder se espera que representa al grupo a nivel interno y externo. Establece el vínculo de unión entre los diferentes miembros del grupo de la empresa y entre el grupo y el exterior. El líder es un catalizador de problemas y el equipo toma las decisiones.

7.3. Motivación.

La motivación es el impulso o fuerza interna que induce a una persona a realizar una acción, a trabajar en determinado sentido. Cuando estamos dirigiendo hemos de fijarnos si transmitimos factores motivadores tanto

par el paciente, la familia o al personal.

Según la teoría de Herzberg hay factores motivadores y factores de mantenimiento, los motivadores son:

- **Trabajo desafiante.**
- **Logros.**
- **Desarrollo en el trabajo.**
- **Responsabilidad.**
- **Progreso.**
- **Reconocimiento.**

Los factores de mantenimiento son:

- **Posición social.**
- **Relaciones interpersonales.**
- **Calidad de la supervisión.**
- **Políticas de la empresa.**
- **Condiciones de trabajo.**
- **Seguridad de empleo**
- **Sueldos.**

La teoría monista de Taylor argumenta que si las persona enérgicas con un alto de productividad se dieran cuenta de que no ganan más que un trabajador vago que hace lo mínimo posible, perderían interés en ofrecer un rendimiento optimo. Taylor argumentaba que era necesario un incentivo para prevenir está pérdida. Pero se ha de decir que un gran cheque puede aumentar la propia autoestima (y el tamaño de tu coche) pero el grado de motivación proporcionado por el dinero es cuestionable (que conste que lo dice el libro).

Masslow también hablo del tema y mantenía que las personas se sienten motivadas por el deseo de satisfacer una jerarquía de necesidades, des de las más básicas, hasta las más abstractas. Las cinco necesidades básicas que identificó fue las fisiológicas, las de seguridad, las de amor, las de estima y las de autorrealización.

7.4. La comunicación.

Todo el esfuerzo de esta comunicación ha de garantizar la llegada de información sobre el trabajo a realizar, está información sobre el trabajo tiene los siguientes niveles:

- **Clientes** (tipos de patología).
- **Rutinas de trabajo** (protocolos)
- **Relaciones de servicios:** Traslado de pacientes, preparación de pacientes,...)
- **Organización en general:** Turnos, vacaciones, festivos,..

Esta información sobre la empresa tiene los siguientes niveles:

- **Plan estratégico:** Comunicación gestor–profesional
- **Promoción:** Métodos para aumentar la categoría profesional.
- **Formación:** Políticas formativas en ofertas de cursos, becas,...

La línea tradicional de comunicación es la que sigue un sentido descendente desde el directivo a través de los distintos niveles de dirección, está comunicación es principalmente directiva y ayuda a coordinar las actividades de los distintos niveles de la jerarquía. Entre las formas más comunes de comunicaciones en sentido descendente se encuentran los manuales del empleado, las hojas de descripción laboral, las cartas, las memorias, los mostradores de información, los rumores y los sindicatos. La comunicación en sentido

descendente contribuye a generar una mayor insatisfacción laboral en los subordinados de la que puede producirse en sentido ascendente, independientemente de la calidad del mensaje.

La comunicación en sentido ascendente proporciona un medio de motivación y satisfacción lateral permitiendo la participación del empleado. Dado que a cada nivel jerárquico tiende a influir en el informe adornándolo con información que dé brillo a su actuación, a medida que la información se mueve en ese sentido se produce un proceso natural de filtro. Así cuando llega a la cúpula directiva, éste se presenta ya muy pulido. A pesar de este afinamiento, los subordinados se encuentran a menudo en una posición desde la cuál pueden evaluar la situación de una manera más precisa que sus directivos. Por consiguiente, la exactitud de la comunicación en sentido ascendente resulta fundamental para la resolución de problemas de una manera efectiva. Los medios comunes utilizados en esta comunicación son las discusiones cara a cara, las políticas de puertas abiertas, las reuniones con la plantilla, los buzones de sugerencias, la conserjería, la cadena de autoridad, los rumores, los sindicatos,...

La comunicación lateral u horizontal, se establece entre departamentos o personal de mismo nivel dentro de la jerarquía de una organización, y se usa con frecuencia para la coordinación de actividades. La necesidad de comunicación lateral aumenta a medida que crece la interdependencia. Los comités, las conferencias y las reuniones son con frecuencia empleados para facilitar la comunicación horizontal.

La comunicación diagonal se produce entre individuos o departamentos que no se encuentran en el mismo nivel de jerarquía. De naturaleza informal y frecuentemente usada entre grupos de plantilla,, funciones lineales y organizaciones dirigidas a un proyecto.

El rumor transmite la información de un modo mucho más rápido que los canales formales debido a que utiliza como vías de transmisión a grupos integrados por tres o cuatro individuos al mismo tiempo. La información se extiende a través del rumor con más velocidad cuándo ésta es reciente, afecta al trabajo del personal, e implica a personas conocidas. Mediante este sistema la información se distorsiona por un variado número de razones. La información del rumor suele venir fragmentada e incompleta y existe una tendencia a suplantar a las piezas de esa información perdidas o desconocidas.

7.5. La orientación.

Es un elemento de la dirección muy ligado a la comunicación, si la comunicación falla no se consigue orientación.

La orientación son pautas que ayudaran al trabajador a mantenerse permanentemente actualizado y informado sobre la mejor forma de realizar el trabajo.

7.6. La supervisión.

Aparte de motivar, comunicar y orientar hace falta controlar como se realiza el trabajo, para detectar tan pronto como sea posible, posibles desviaciones.

Los elementos de supervisión están ligadas a todas aquellas actividades que se han delegado a otras personas. La supervisión se realiza a través de 3 elementos:

- **Observación:** Verificar in situ y en el momento una tarea.
- **Coordinación:** Consiste en orientar al personal como se tiene que hacer una tarea y como se tienen que aprovechar los recursos.
- **Delegación:** Escoger cual / cuales persona/s son las más adecuadas para realizar determinadas tareas.

LA FUNCIÓN DE CONTROL

• 8.1. Naturaleza y propósito de la función de control.....	61
• 8.2. Fases del proceso básico de control.....	62
• 8.3. Enfoque del control de Calidad Asistencial: Escuela tradicional.....	62
• 8.4. Proceso básico del control de Calidad Asistencial.....	65

8. La función de control

8.1. Naturaleza y propósito de la función de control.

Consiste en la medición y la correlación del desarrollo de la actividad organizativa (proceso de comunicación, proceso de producción,...). La retroalimentación es fundamental para el control y se consigue a través de la información a tiempo real.

El control es un proceso de carácter permanente dirigido a medir y valorar cualquier actividad o prestación, sobre la base de criterios y puntos de referencia fijados, y a corregir las posibles desviaciones que se produzcan respecto a aquellos. Los elementos esenciales presentes en el control son:

- Un criterio predeterminado (objetivo, estándar) de valoración constante de la actividad y los resultados.
- Una medida de la actividad en curso y de los resultados.
- Una comparación entre los resultados obtenidos y los criterios obtenidos.
- Una acción dirigida a corregir las desviaciones descubiertas en la comparación.

El control no pretende tan solo medir si no también incluye una valoración de esta, y en el caso que no sea correcta propone medidas de corrección.

El control pretende asegurar que se cumplan los objetivos de la empresa y los planes diseñados para alcanzarlos. El tipo de control puede ser:

- **Periódico:** Controles que se realizan cada cierto tiempo.
- **Esporádicos:** Controles no previstos ante cualquier cosa que nos alarme o para controlar algún factor sorpresa.
- **Finales:** Controles realizados al final de la actuación para poder ver si se han conseguido los objetivos propuestos.
- **La auditoria:** Estudio técnico realizado con el control de la actividad. Controlan la actividad pero no suelen estar sumergidas en un plan estratégico ni en unos objetivos. Se acostumbra a encargar a un equipo experto para que evalúe parcialmente o globalmente a una empresa. Con una auditoria se consigue un diagnóstico global o parcial de la empresa. Pueden ser de dos tipos:
 - ♦ **Internas:** Realizadas por la propia empresa.
 - ♦ **Externas.**

Los objetos del control, los sistemas del control y las decisiones varían siguiendo la << pirámide de control >> según el nivel donde se sitúa el control de calidad:

- **Control de la dirección:**
 - ♦ Objeto: Los objetivos estratégicos y asegurar que se ha establecido un sistema de control de calidad.
 - ♦ Sistemas de control: El sistema de información, la auditoria de calidad y las encuestas.
 - ♦ Decisiones: las acciones dirigidas a mejorar la satisfacción del usuario y la competitividad del producto o servicio.
- **Control de los mandos intermedios:**
 - ♦ Objeto: Los problemas vitales. Para descubrirlos se sigue el *Principio de Pareto*, según el

cual, en un conjunto constituido por un gran número de problemas sólo una pequeña parte de ellos es significativa. De acuerdo con este principio, el objeto de control de los mandos intermedios debe ser aquellas áreas y actividades, poco numerosas, cuyo mal funcionamiento origina muchos y grave problemas.

- ♦ Sistemas de control: El sistema de información y la supervisión directa.
- ♦ Decisiones: Las acciones destinadas a mejorar la conformidad final del proceso, producto y servicio.
- **Control de los trabajadores:**
 - ♦ Objeto: Las características del proceso, producto y servicio en especificaciones y procedimientos.
 - ♦ Sistemas de control: Metodológico, instrumental o biológico.
 - ♦ Decisiones: Las acciones enfocadas a conseguir la conformidad del proceso, producto y servicio durante el proceso de fabricación–
- **Control automatizado:**
 - ♦ Son los procesos o dispositivos diseñados para que prosiga la fabricación de los productos cuando los productos son conformes a las especificaciones.

8.2 Fases del proceso básico de control.

Las fases del proceso son:

- **Establecer las unidades de medida:** Tenemos como referencia lo que queremos medir.
- **Medir el desempeño de la actividad:** A la vez que las actividades tengan un aspecto más cualitativo esta medida será más complicada, aquí desarrollaremos diferentes puntos como la recogida de información sobre que mediremos, definición del instrumento, que preguntaremos u observaremos, valoración de cuando realizaremos esta medición. En el momento que desarrollemos estos puntos estaremos configurando un proceso de control.
- **Corregir las variaciones con respecto a las UNIDADES de medida y los PLANES:** Qué áreas se tienen que reforzar, cuales se tienen que volver a tratar,...

8.3 Enfoque del control de calidad asistencial: Escuela tradicional.

Donodedian, médico norteamericano, alrededor de los 60 propone un marco teórico para evaluar la calidad estructural de la empresa hospitalaria. Así establece unos requisitos básicos en relación con:

- **Instalaciones tecnológicas y de material.**
- **Instalaciones mobiliarias y de hostelería.**
- **Instalaciones de plantilla y de personal.**

También se comienza a estudiar la competencia profesional definiéndose que tipo de profesionales y que tipos de formación se requieren para desarrollar determinada asistencia.

Actualmente estos controles de estructura por si solos no tienen suficiente validez. Pero si que es cierto, que en la práctica médica y de enfermería no se pueden pasar por alto ya que a parte de evaluar los conocimientos de los profesionales, también se tienen que evaluar los recursos disponibles.

Como ya hemos dicho, con la evaluación de la estructura no tenemos suficiente. Así también incluye la calidad del proceso, este incluye todos los actos técnicos y la calidad científicotécnica del servicio. Por otra parte, también incluye los diferentes niveles o aspectos relacionados con la interrelación cliente–servidor y aspectos relacionados con la accesibilidad del servicio (citas , tiempo de espera,...)

Por último también se incluye dentro del control de calidad la valoración de resultados haciendo referencia a

la evaluación de la situación de salud o niveles de salud. Pero a más hace falta establecer resultados intermedios que se ajusten más a la realidad.

En la práctica enfermera el control de calidad se enfoca en los 3 parámetros:

Proceso.

Son las interacciones entre los profesionales y sus clientes acerca de los cuales se puede emitir un juicio sobre su bondad, tanto con la observación directa como mediante el análisis de la información registrada. Contempla también aquello que el paciente hace para cuidarse a sí mismo: el << mérito >> y esfuerzo dedicado por el individuo a la promoción y mantenimiento de su estado de salud.

En el análisis del proceso cabe el estudio de dos campos diferentes, pero interrelacionados. De una parte, el análisis de la función operacional donde se estudian los aspectos científicotécnicos y las consecuencias que de él se derivan, y por otra, el análisis de la función relacional, que es el estudio de las relaciones interpersonales ya que pueden tener una influencia importante en la calidad técnica, debido al alto grado de contacto e interdependencias existentes en las actividades sanitarias.

Los criterios del enfoque del proceso son más fáciles de cambiar que los criterios estructurales o de resultados.

El método más común de análisis del proceso de atención médica es la auditoria médica donde se hizo de la información registrada la base de la evaluación de la asistencia prestada, aunque las historias clínicas tienen algunas limitaciones:

- No reflejan necesariamente lo que ha sucedido al paciente; de hecho, en muchos hospitales son incompletas, desordenadas y difíciles de evaluar.
- Las historias clínicas sólo informan de los conocimientos del profesional y no dicen nada de su habilidad técnica, su actitud, su capacidad analítica en la interpretación o de las variables psicosociales del paciente.

Estructura.

Es la disponibilidad de recursos. Comprende las características relativamente estables de los proveedores de atención sanitaria, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y calificación del personal, así como el número, tamaño, equipos y localización geográfica de los hospitales y de otras clases de centros sanitarios, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de servicios, el proceso de producción, el sistema retributivo de los profesionales y la organización formal del personal médico y de enfermería.

El examen de la estructura hospitalaria es un método indirecto de medida de la calidad de la asistencia hospitalaria. Se basa en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo, aunque hay críticas a este tipo de examen ya que está muy alejado del producto final; cabe decir que la estructura conforma las condiciones previas para prestar una atención adecuada.

La autonomía de gestión de los hospitales es escasa y, por lo tanto, muchas de las propiedades de la calidad integradas bajo el término de estructura están subordinadas a las decisiones de la cúpula de la organización sanitaria; pero, aun así, no se puede negar su influencia sobre la calidad de las prestaciones.

Una vez fijado el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un hospital, la acreditación hospitalaria; donde se analiza la estructura física, orgánica y funcional de un hospital, comparándola con unas normas

establecidas que definen el modelo de centro sanitario deseado en orden a garantizar unos niveles de calidad definidos; se emplea como método de análisis de la calidad

Resultados.

Es el cambio, atribuible a la atención médica, que se produce en el estado actual y futuro de la salud del paciente. Se incluye en él la mejora de la función social y psicológica, las nuevas actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la salud y la modificación de los hábitos de vida.

El diseño de un sistema de control de calidad sobre los resultados exige definir las variables de calidad objeto del control y el grado de calidad que se pretende alcanzar. Y es en la definición de éste último donde se han encontrado dificultades, entre las que destacan:

- La escasa información disponible respecto a los resultados medios de las terapias médicas.
- La insuficiente información sobre resultados no relacionados con variables físicas o fisiológicas; hay pocos resultados de las variables psicosociales..
- La carencia de documentación sobre la elección del tipo de resultados y el momento más adecuado para medirlos
- La deficiente documentación sobre la historia natural de las enfermedades más comunes y sobre la epidemiología de los resultados.
- La dificultad para determinar si la asistencia sanitaria puede ser mejorada o no, cuándo únicamente se conocen los resultados, motivo por el cual éstos son insuficientes para cumplir el objetivo de controlar la calidad.
- La dificultad de decidir en qué punto hay que utilizar los datos de resultados.

Las objeciones expuestas a las tres formas de abordar el análisis de la calidad asistencial nos llevan a la conclusión de que no se puede establecer el control de calidad con un único enfoque, pues hay una íntima relación entre la estructura y el proceso asistencial y, entre este y los resultados reales, pero también entre la estructura y los resultados posibles y obtenidos.

El enfoque de la evaluación de la calidad dependerá de las necesidades del hospital y del grado de implantación del programa de control de calidad. La elección de la materia objeto de control se fundamenta en su importancia, representatividad y accesibilidad.

En cualquier circunstancia, el método elegido debe basarse en unas condiciones previas:

- Validez causal: Evidencia científica de la relación entre la asistencia y los resultados.
- Relevancia de los objetivos: Peso específico de los elementos objeto de control
- Sensibilidad: Capacidad del sistema de medición de detectar deficiencias.
- Especificidad: Poder de la medida de reflejar la calidad de la asistencia sin tener en cuenta otros factores.
- Totalidad: Competencia del sistema de control para reflejar todos los componentes de la atención.
- Tiempo: Importante en dos dimensiones; el requerido para disponer la información y el necesario para implantar soluciones.
- Costes: Se contabilizan los relativos a la recogida de datos y su tratamiento y a la aplicación de las soluciones

8.4 Proceso básico del control de la calidad asistencial.

Esto está dividido en cinco etapas y son:

- **Definir el nivel de calidad:** Hace falta establecer unas normas y unos estándares. A causa de su

complejidad hace falta un **proyecto**. Consiste en determinar qué grado de calidad quiere el hospital que tenga sus servicios, una vez se conocen las necesidades de los clientes. A esta definición se llega:

- ◆ Con la planificación estratégica, que determinará las necesidades que el hospital debe cubrir y en que plazos; de ella resultarán los objetivos de mejora a largo plazo.
 - ◆ Con la planificación operativa, que establecerá los objetivos de control y de mejora anuales con la fijación de estándares mínimos de calidad.
- **Evaluar la calidad:** Aquí obtenemos lo que llamamos índices que es valor obtenido al medir cada uno de los criterios establecidos, generalmente en forma de porcentaje. Una vez obtenidos los índices podemos valorar si ha habido desviaciones sobre el nivel de calidad que habíamos establecido. Está constituida en dos etapas:
- ◆ La medida, con la que siguen y recogen los datos relevantes de la atención de calidad elegidos, se analizan y valoran, se comparan con los criterios y su estándares preestablecidos y se descubren los problemas al detectarse las discrepancias entre los resultados y los estándares.
 - ◆ La valoración que estriba en analizar las causas de las discrepancias y jerarquizar los problemas
- **Proponer e implantar medidas correctoras, en la caso que hayan habido desviaciones.**
- **Realizar un nuevo control.**
- **Reevaluar.**

Un proyecto debe **fijar metas y objetivos** (ligado al diagnóstico y a la planificación estratégica), **establecer la medida** de tipo cualitativo sobre la estructura, proceso y resultados mediante norma y criterios y estándares y determinar como recoger la información.

Una norma es un enunciado descriptivo, específico y explicativo de lo que tiene que ser el producto de servicio.

El criterio es un hecho, signo a característica que es observable y cuantificable. Es una unidad de medida indivisible. Para poder ,medir hemos de ajustar un criterio–una característica. Cuando nos encontramos con un criterio con más de una característica podemos decir que el criterio está mal formulado excepto si lo consideramos incompleto si el binomio no se cumple en su totalidad.

El estándar es un grado de cumplimiento del criterio previamente como aceptable. En otras palabras, es una determinación previa al estudio del valor que tiene que llegar el criterio

Los estándares se han de establecer considerando el contexto con que nos encontramos, ya que los controles de calidad tienen la función de mejora. Por lo tanto, no podemos establecer un estándar que no considere la situación real por que si no se darán situaciones que no harán la función de mejorar y lo que hará será frustrar a los profesionales ya que si no llegan al estándar establecido tendrán un sentimiento de frustración y desanimo. Hace falta que se establezca un estándar fácilmente asequible pero a la vez vaya forzando un poco la realidad.

Los recursos para conseguir unos buenos estándares son:

- **Normativos: Recurrir a profesionales expertos en estudios de calidad.**
- **Empíricos: Recurrir a la bibliografía:** Hay poca calidad y cantidad a nivel de publicaciones.

La diferencia entre índice y estándar es que el índice es un nivel de calidad real y el estándar es un nivel de calidad esperado o deseado.

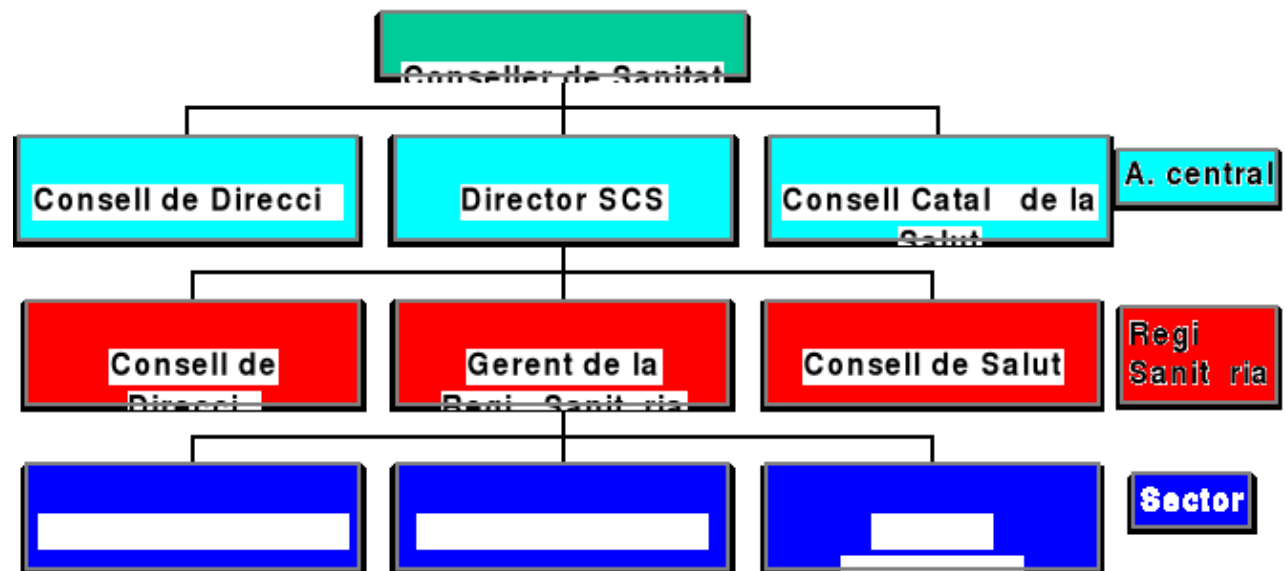
Cuando se determina como se ha de recoger la información se ha de decidir:

- Duración del estudio.
- Tipo de diseño.
- Población / muestra.
- Fuentes de información.
- Instrumentos de medida.
- Procesos de medición de cada criterio / estándar.

Administració de Serveis d'infermeria. Los sistemas públicos de salud.

VALLEJO Página 65 29/09/2003

Estructura organizativa



Departamentització funcional

