

TEMA 1: INTRODUCCIÓN A LA ADMISTRACION

ADMINISTRAR: LATIN:–administrare

ad – a

ministrate –servir

- Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo bastan.
- Dirigir una institución
- Ordenar, disponer, organizar en especial la hacienda a los otros bienes.
- Desempeñar o ejercer un cargo, oficio etc.
- Suministrar, proporcionar o distribuir alguna cosa
- Aplicar, dar
- Graduar el uso de alguna cosa para obtener mayor rendimiento.

ADMINISTRACIÓN: Conjunto de conocimientos y actividades específicas encaminadas a la búsqueda de mejores resultados.

*** orígenes:** inicio del trabajo cooperativo de hombre y mujeres en los albores de la historia.

Prehistoria:– ROL MUJER: –recolectora, alimentadora, cuidadora de débiles

– ROL HOMBRE: –cazador, guerrero, defensor.

*** A través de la historia:** trabajo realizado. 3 grupos modelos organizadores de la cultura occidental: iglesia, ejercito y estados modernos.

Tiene principios administrativos inmutables:

*obtener recursos

*su utilización por los individuos

*conseguir con trabajo organizado resultados tangibles.

Ejemplos:

*bienestar de los ciudadanos

*victoria en la batalla

*salud espiritual

CONCEPTO DE EMPRESA: Mas limitado, conjunto organizado de individuos; se propone como meta común para producir un bien que satisfaga a esa comunidad.(REVOLUCION INDUSTRIAL).

TEORIAS CLÁSICAS

1.–TEORIA CLÁSICA DE ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA.

- **F. TAYLOR:** –eficacia
- eficiencia
- productividad
- *incentivo económico
- *formación continuad
- reparto equitativo de responsabilidades.

2.–TEORIA CLÁSICA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

- **H. FAYOL:** principios organizativos.
- división trabajo
- autoridad y responsabilidad
- unidad de mando
- disciplina
- unidad de dirección
- interés participativo subordinado al general.
- remuneración adecuada
- equidad(todos tengamos acceso con las mismas condiciones)
- orden
- estabilidad en el trabajo
- iniciativa
- jerarquía
- espíritu de grupo

3.–TEORIA CLÁSICA DE LA BUROCRACIA.

- **MAX WEBER:** –normas
- requisitos
- jerarquía– selectiva
- relaciones impersonales.

TEORIAS DE LAS RELACIONES HUMANAS Y COMPORTAMIENTOS SOCIALES.

- administrar el personal
- incorpora la psicología (condiciones mentales más adecuadas para trabajar)
- relación de grupos humanos (normas, disciplina y sentido de dominación)

un buen clima de trabajo.

– ELTON MAYO(1927)

- Habilidad para generar:

*sentido de pertenencia mediante cambios de conducta.

- ambiente de trabajo ambiente social

(deben estar ambas relacionadas y una compromete a la otra)

– MAS LOW(DECADA 1950)

Estudios de satisfacción de necesidades humanas.

– MC. GREGOR

Teorías X e Y

X: castigo para impulsar trabajo.

Y: ser humano logra la satisfacción natural en el trabajo

TEORIAS DE CONTINGENCIA O SITUACIONAL

– GALBRAITH (1973) LOWRENEE(1970)

Dependía de circunstancias externas o internas(estudios) relativos a tecnología, información, ecología, evolución natural del organismo.

TEORIA DE SISTEMAS

– BERTALANFLY(1901–1972)

Estudios de modelos y leyes aplicables a sistemas generalizados.

principios de teorías: – sistema (mas que una suma es un todo)

- ambiente (influencia externa: abierta y cerrada)
- límites definidos(elemento que pertenece o no)
- subsista y jerarquía (cada sistema necesita de otro mayor)

dinámica: ambiente – imputs (salidas)

– procesador

–out puts(salidas)

– retroalimentación (feed back)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

TEMA 2: ENTORNO SANITARIO Y COMPONENTES ADMINISTRATIVOS

SALUD: estado de completa bienestar físico mental y social.OMS

REGISTROS PREVIOS:

- a paz
- la justicia social
- agua y alimentación
- educación
- vivienda digna
- capacidad económica razonable
- papel social útil

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN EL CONCEPTO DE SALUD

1.–MULTICAUSALIDAD:

- factor social
- factor económico
- factor biológico
- factor ambiental
- factor sanitario

2.– ESPECIFICIDAD –GLOBALIDAD

- definición de salud OMS 1945
- planteamiento global.

3.–EQUILIBRIO ARMONIA: condiciones para obtener salud.

a.)adaptación y equilibrio ecológico favorable

b.)satisfacción y necesidades fundamentales

–nutricionales

–culturales

–afectivos

–sanitarios

–educación

c.)capacidad para la acción.

–trabajo creado

–actividades físicas y mentales

SALUD COMO PRODUCTO

– **SALUD PERCIBIDA:** recogida por la opinión de la atención recibida

–**SALUD DEMOSTRADA:** autoridades sanitarias estadísticas.

aplicación de ciencia y tecnología medica pos si solos no contribuyen decisivamente a mejorar los estados de salud de las comunidades

El aumento del gasto sanitario en los últimos años no ha contribuido a elevar significativamente las cifras de salud percibidas.

Hay que aplicar principios administrativos que obtienen la producción de salud.

SISTEMAS SANITARIOS: Conjunto de organismos encargados de producir servicios sanitarios. El servicio sanitario es el servicio con objetivo directo de protección o mejora de salud.

DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO

Necesidad de decencia e incapacidad primeros tiempos :–familia– tribu

1.– Europa Medieval: instituciones religiosas evolucionan a beneficencia

2.–Siglo XVIII: ideas liberales

*legislación: solo reglamento en situaciones excepcionales (epidemias)

3.–sanidad moderna: Cortes de Cádiz

*Normativa: epidemia (fiebre amarilla)

4.–Siglo XIX: emigración rural; en la ciudad aparecen las cooperativas de trabajadores industriales.

- **1883 BISMARCK**

- ◆ Protección parcial de los trabajadores.

- **1911 GRAN BRETAÑA** (mismo sistema de protección)

- **1930 FRANCIA**

- ◆ depresión económica favorece la conciencia de la necesaria protección

- **II GUERRA MUNDIAL**

- ◆ 35% trabajadores británicos tenían seguro médico

- **1948 GRAN BRETAÑA, 1º SISTEMA UNIVERSAL**

- ◆ servicio nacional de salud

CLASIFICACION SISTEMAS SANITARIOS

- **SISTEMA DIRECTAMENTE DEPENDIENTE DE LOS FONDOS DEL ESTADO:** propuestas generales
- **SISTEMA MUTUALISTA:** caja de seguridad (sindicatos), aportaciones, España hasta 1988 disminuye, más beneficencia.
- **SISTEMA LIBERAL:** compañías de seguros privados libremente
- **SEGÚN PRODUCTO NACIONAL BRUTO + IDEOLOGIA POLITICA**

TEORIAS POLITICAS Y MODELOS SANITARIOS

<u>TEORIAS SOCIALES</u>	<u>TEORIAS DISTRIBUTIVAS</u>	<u>MODELOS SANITARIOS</u>
<u>Liberalismo radical</u> Anarcocapitalismo	• Mercado	• Medicina liberal • Salubilidad pública
<u>Liberalismo</u>	• Calidad • Utilitarismo	• Medicina liberal • Estado complementario • (Beneficencia) • salubilidad pública
Socialismo democrático	• Utilitarismo • Altruismo (titmus, 1970) • Capacidades básicas	• Estado complementario • (Beneficencia) • Salubilidad pública • Seguros sociales obligatorios • Servicios nacionales de salud
<u>Socialismo real</u>	• Capacidades básicas • (sen, 1980) • igualitarismo	• Salubilidad pública • Servicios nacionales de salud

CARACTERISTICAS DEL SISTEMA SANITARIO

- **ALTA CALIDAD**
 - ◆ Difícil de medir, eficacia, eficiencia
 - ◆ Crisis de medicina (alternativas)
- **EQUINIDAD**
 - ◆ Acceso al sistema sanitario
- **EFICIENCIA**
 - ◆ Relación eficacia / gasto invertido
 - ◇ Profesionalizar función directiva
 - ◇ descentralizar la gestión
 - ◇ planificación experto político
 - ◇ transferencia del gasto: sistema de información
 - ◇ privatización parcial
 - ◇ incantivación personal
 - ◇ ticket moderador
 - ciertos pagos del usuario
 - transferirle gastos parciales del sistema

REFORMA SANITARIA

Década 60 – 70 centros hospital: seguridad social, instituto nacional de previsión, posteriormente INSALUD.

- No se planteaban costes
- Buena situación económica
- Nuevos especialistas vía MIR
- Dorado crecimiento tecno – sanitario

- Consecuencias de avances producidos tras la II guerra mundial

- Descubrimientos antibióticos
- Soporte vital
- Anestesia cirugía más agresiva
- Quimioterapia
- Radioterapia

Precisaba concentrar en hospitales. Moda Gran Bretaña – E.E.U.U

- Se genera separación: medicina hospitalaria

Medicina cabecera

- ideología mediada basada en **diagnóstico tecnológico**
- FRENO en la prevención y rehabilitación
- Favoreció el abandono de la política de enfermedades crónicas y psiquiátricas
- META estudiantes de medicina y enfermería TRABAJAR EN HOSPITAL ALTAMENTE ESPECIALIZADO
- Desconexión entre hospital y especialistas de CUPO

Hospital encerrado en sí mismo

+

Dispersión patrimonial: cruz roja, diputación, ayuntamiento, SS

2º mitad década de los 70

- Replanteamientos de políticos sanitarios.

- Crisis del petróleo
- Aumento cortes sanitarios
- Salud integral
- Prevención y planes de salud (ej: plan oncológico de Galicia)
- Medicina preventiva

- Reforma

- Alarma llega cuando de los Estados

- 10% PIB sanidad
- presión social para mejores servicios e igualitarias
- en España años 80 desemboca en la Ley General de Sanidad

LEY GENERAL DE SANIDAD: 14/1986 ABRIL

Encarna la reforma sanitaria. Pilares estructurales:

- **Sistema Nacional Salud**
 - ◆ Red pública
 - ◆ Servicio salud: 17 autonomías con plenos poderes de planificación y gestión sanitaria
 - ◆ Coordinación de un consejo interterritorial
 - ◆ Acoge a toda la población
 - ◆ Financiación del dinero público de los presupuestos generales del Estado
- **Area de salud** (estructura fundamental)
 - ◆ Atención integral
 - ◆ Dotada de organismo de planificación y gestión
 - ◇ Diferencia dos niveles de atención sanitaria:
 - Atención primaria (zona básica de salud)
 - Atención especializada

AREA DE SALUD

- Artículo 56.2 LGS define:
 - ◆ Estructura fundamental del sistema sanitario
 - ◆ Gestiona los centros y establecimientos de servicio de salud
 - ◆ Desarrolla prestaciones y programas sanitarios en su democracia territorial
- Cobertura de población entre 200000 a 250000 habitantes y las hay 70000 hab.
- Órganos de dirección y participación:
 - ◆ Consejo salud (que incorpora)
 - ◇ Ciudadanos, ej, comunidad de vecinos
 - ◇ Órganos sindicales
 - ◇ Administración

Y sobre todo hablar de salud.

- Gerencia área de salud
 - ◆ Unipersonal de gestión máxima depende directamente salud comunidad autónoma

AVANCES

- Descentralización de gestión
- Coordinación funcional: primaria especializada
- autoabastecimiento de una población
- homogeneidad de la oferta sanitaria
- equipos directivos propios: estructuras
- eficiencia

CONCLUSION

Meta que se pretende en un área da salud

- identificación sanitaria de cada individuo con su equipo de medicina familiar y comunitaria en un EAP (equipo de atención primaria)
- centro de salud punto de referencia
- atención integral a la población

- acceso a atención especializada y regreso a su medio bajo tutela EAP (rehabilitación)
- se pasa de un centro hospital como centro a una difuminación de red integrada y coordinada. Acercando al ciudadano al sistema

SIMIL = grandes bancos = múltiples oficinas = cajeros

CIRCULO PERVERSO

Lo que nos importa es donde se actúa con el y quien lo hace

BELGICA

Seguridad social obligatoria (cubre el 98% de la población), para todos los trabajadores.

- 25% empresarios (aportan)

+ estado (asumía el estado a través impuestos)

- 12% trabajadores

Costes de los medicamentos:

- medicamentos de categoría A exentos
- medicamentos categoría B 25% 300 FB (francos belgas)
- medicamentos categoría C 50% 500 FB
- medicamentos categoría Cs 60% sin tope
- medicamentos categoría Cx 75% sin tope

FRANCIA

Sistema SS obligatoria para trabajadores asalariados.

Movimiento mutualista complementa de vacíos legales.

Ayuda médica ayuntamiento.

Financiación: empresarios + trabajadores (70% y 25%) + estado.

Coste de medicamentos:

- medicamento tipo I 100%
- medicamento tipo II 75%
- medicamento tipo III --< 40%

ESTADOS UNIDOS

MEDICARE (SS 3º edad 1965)

Son públicos

MEDICAID (asistencia a pobres)

Resto pagado por servicio

Gasto 11.5% PIB

Año 2000 15% PIB

+ de 2 tercios población sin asegurar

- **REFORMA EEUU**

- Prototipo del modelo liberal
- El que más gasta en sanidad 14% PIB. Media ± 500000 pts/año, persona protegida
- Contradicción mayor desconfianza en los ciudadanos
- Existe ± 40 millones de personas sin cobertura sanitaria y la gran mayoría no tiene cobertura completa
- 80% ciudadanos favorables a cambios profundos en el sistema sanitario
- año 1993 Clinton presenta en el congreso y senado su ruptura sanitaria

- **PRETENSION**

Estado de bienestar

Gasto público

- Intervención estatal en la financiación y gestión
- Intervención estatal regulando los precios del mercado sanitario. Actualmente se financia: pública 42% y privada 59%

Sector público programa de ancianos MEDICARE intenta cubrir 52%

Programa indigentes MEDICAIDE intenta cubrir 40%

Financiación privada abono empresarios y trabajadores

compañías aseguradoras para autónomos. Condicionado: edad, enfermedades crónicas, nº de usos.

- 1/3 de votantes de Clinton lo fueron en base a su propuestas de reforma
- Hilary Clinton preside comisión de 500 expertos, en los 1º meses del 93. Uno de los grupos fue presidido por Vicente Navarro (catedrático de política sanitaria; Johns Hopkins University)
- Se pretende la universalización del sistema de asistencia sanitaria, inédito en sistema de corte liberal
- Se incluye las enfermedades mentales, somáticas y servicios de atención o enfermedades crónicas
- Se excluye la cirugía estética, tratamientos de fertilidad, implante de mamas (sólo si medicamente necesario)
- Los servicios de ancianos e incapacitados incorporación paulatina en esta década

- **COMPAÑÍAS ASEGURADORAS**

± 1500 compañías aseguradoras que ofrecen distintos tipos de coberturas sanitarias gestionando los servicios y contratando proveedores (± 500000)

- Pagan por diagnóstico
- Burocratismo que incrementa el gasto sanitario en 25%

• REFORMA EN SISTEMA DE FINANCIACION

Pólizas + aportaciones públicas e individuales

FONDO COMUN

- Controlados por agencias públicas nombrados por gobierno del estado y aprobadas por el gobierno federal
- Agencias dirigidas por comités jurídicos
- representante trabajadores
- representantes empresarios
- representantes asociaciones de usuarios y pacientes

controlan directamente proveedores o compañías de seguros con obligación de acoger a todos los usuarios sin distinción

- intervenir en mercado sanitario regulando precios y consumo a través de una comisión que nombra el presidente y aprueba el gobierno:
- regulará el gasto sanitario
- Legislará normas de pagos a proveedores y productos.

Encuentra lógico rechazo (modelo liberal)

- Empresario (80% gasto póliza aseguradora del trabajador)
- Expresa el incremento de gasto general un subida de precios de productos en el mercado
- Reajuste de plantilla, moderación salarial, aumento desempleo.

SISTEMA ALEMAN

(1881) Primer sistema de aseguramiento. Actualmente 100% de cobertura sanitaria

• FINANCIACION

- Trabajadores 11% de salario bruto
- Empresarios similar
- Estado resto
- Seguro obligatorio y proporcional, cotizan en función de renta
- Se reciben los mismos servicios con independencia de la que se cotiza
- Solidario redistribuir la riqueza por la vida de los servicios

9% de la población tiene seguro privado complementario

• SISTEMA SANITARIO ENTORNO A UN MINISTERIO

- **CONSEJO DE MINISTROS DE SANIDAD COORDINADOR**

- ◆ Atención especializada = práctica total de cobertura
 - ◇ Pagar por día de hospitalización a través de peticiones de médicos de cajas de seguros (1500)
 - ◇ Actualmente se pretende pago por proceso
- ◆ Atención primaria = libre elección médico
 - ◇ Cobran por acto
 - ◇ Se inscriben en las cajas de seguros de trabajadores

Existen medidas sancionadoras para médicos que receten + o más caro.

Año 93 mismo presupuesto farmacia año 91

TEMA 3: EL PROCESO ADMINISTRATIVO Y SU DESARROLLO

- **ADMINISTRACION APLICADA**

- ◆ Mayor manera de conseguir eficacia, eficiencia y productividad
- ◆ Secuencia necesaria para acompañar un fin
- ◆ Enfoque SISTEMATICO DE LA ADMINISTRACION
 - ◇ Cada acto administrativo tiene su lugar y consecuencia

- **DEFINICION DE ADMINISTRACION**

La secuencia ordenada de una serie de actividades que se pueden estudiar separadamente, pero que sólo actúan conjuntamente en relación con la finalidad propuesta.

- **ACTIVIDADES SECUENCIALES, ETAPAS**

- PLANIFICACION
- ORGANIZACIÓN
- DIRECCION
- CONTROL

- Administración como proceso permanente

- Explican como actúan los principios científicos cuando se aplican a una situación concreta.
- Algunos autores resaltan la secuencialidad del proceso, dividiendo sus fases según la manera racional con la que los SH afrontamos la solución de problemas.

Planificar

1º pensar

organizar

dirección

2º actuar

control

- Fase preparatoria y fase de ejecución

Secuencia del proceso

Administrativo

Organización Administración

Planificación Control

Etapa preparación Etapa ejecución

PENSAR HACER

• PLANIFICACION

- Etapa inicial
- Estudio de la situación y previsión de los que se intenta conseguir
- Estudios de medios necesarios

FINALIDADES:

- Definición del problema hacia cuya solución tenderá al esfuerzo
- Determinan cual es la solución
- Establecer medidas a adoptar en recursos y tiempo

• ORGANIZACIÓN

- Pretende que las personas que desempeñen el trabajo se constituyan en grupos organizados, relacionados entre sí y con los medios a utilizar.

FINALIDADES

- Distribución de tareas según grupo
- Descripción clara de lo que hará cada uno y del como para llevarlo a cabo de la mejor manera
- Dotación de los recursos necesarios para cada acción descrita

• DIRECCION (ejecución)

- Puesta en marcha efectiva del plan PASAR A LA ACCION
- Suele ser confundida con la administración
- Importante: – motivación

– Liderazgo

– Comunicación

Para conseguir mayor eficacia y eficiencia

• CONTROL (evaluación)

- Final del proceso administrativo
- Comprobación de lo que has hecho
- Comprobación con lo que se pretendía
- Decisiones que mejoren el proceso

Análisis Evaluación

Coordinación: – función separada

- Un continuo del proceso

• CARACTERISTICAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

- Previo enfoque del sistema abierto
- Sólo con estos procesos será efectivo
- Dinamismo
- Integridad
- Autorregulación
- Utilidad
- Multidisciplinaria

• INFORMACION Y COMUNICACIÓN EN EL PROCESO ADMINISTRATIVO

- La información es poder
- El saber y la difusión del mismo

Un objetivo claro de los sistemas democráticos que se basan en la capacidad de decidir ante varias posibilidades de gobierno.

• INFORMACION

Es el conjunto de conocimientos o noticias que existen y se pueden obtener a cerca de una cuestión determinada.

DATO unidad básica de la información

Información es el conjunto de datos conocidos relacionados con una situación específica.

DOS ASPECTOS

- Calidad pertinencia relación real con problemas

Fiabilidad confianza con seguridad

El equilibrio entre ambos nos asegura disponer de una información adecuada

- Cantidad número de datos que se puedan obtener

• TIPOS DE INFORMACION

- En principio valor social curiosidad (que pasa? A quien?)

- En administración valor de decisión de la información (que hacemos? Por que actuamos?)

Para decidir entre tipos de información se atienden a los siguientes criterios:

- **Validez**
- Permanente: conjunto de datos con validez más estables. Ej. Leyes, normas, fecha de nacimiento
- Variable: los datos sufren modificaciones a través del tiempo. E. Estadísticas, edad, peso.
- **Relación de los datos**
- Organizado: datos sólidamente estructurados. Ej. Bibliotecas, archivos
- No organizados: datos dispersos no estructurados (todo el grupo). Ej. creencias populares (sólo un grupo)
- **De acuerdo con su procedencia**
- Implícito: conjunto de información que se dispone de un determinado grupo social y que atañe a valores (se sabe que)
- Explícito: esta información configura datos de los que se conoce exactamente su procedencia
- **Según tipo de datos**
- Númérica: cantidad de habitantes de una zona, índices, porcentajes
- Social: recopilación de datos que describe características de una comunidad, grupo empresa, etc. De acuerdo con parámetros sociales:
 - Renta
 - Educación
 - Empleo

• FUENTES Y MEDIOS DE INFORMACION

Las fuentes de la información en administración de salud:

- Directa de los propios individuos
 - observación
 - interrogatorio
- Indirectas se usan medios interpuestos que tienen que ver con:
 - Instrumentos de medida o diagnóstico
 - Grupos de referencia del usuario, familia, trabajo
 - Archivos y registros personales
 - Bibliografía referida al caso
 - Opinión de expertos en el tema

• METODOS PARA OBTENER INFORMACION

- Colectivos estadísticas, muestreos
- Individuales historia clínica, expedientes, etc.

TEMA 4: EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA PROFESION SANITARIA

• OBJETIVOS

- Identificar la importancia de la administración para el trabajo enfermera
- Analizar el impacto que produce los cuidados de enfermería en la administración de los servicios de salud

- Definir la función administradora como un componente de los cuidados de enfermería
- Explicar la influencia de los enfoques técnicos en la administración de servicios de enfermería
- Discutir la utilización de algunos instrumentos del trabajo enfermero en la administración.

• RELACION ENTRE ENFERMERIA Y ADMINISTRACION

Esta relación desempeña un importante papel en los sistemas de salud por los siguientes motivos:

- **Número de personas que se ven afectadas**
 - ◆ Personal enfermero: colectivo más numeroso del sistema de salud. 50% insalud (1989). En 1992 153000 enfermeras según el consejo general de enfermería
 - ◆ Los usuarios del sistema son todos clientes de cuidados de enfermería
- **Recursos utilizados**
 - ◆ Destacado CAPITULO I
 - ◆ Importante consumo de recursos materiales
- **Tipo de atención que realizan**
 - ◆ Carácter logístico
 - ◆ Se relacionan con todos los profesionales de distintos recursos
 - ◆ Pone en contacto al usuario con esos recursos sociales, religiosos, informa de canalizaciones
- **Tiempo empleado**
 - ◆ El tiempo es considerado como uno de los recursos más empleados por enfermería desde el punto de vista administrativo.
 - ◇ Cientos de millones de horas en insalud
 - ◇ Frase: 24 horas al día y 365 días al año
 - ◇ Sólo ella mantiene los niveles de atención estables y continuos

enfermería es por una parte OBJETO de la administración como recurso del sistema

enfermería es por otro parte SUJETO al manejar los recursos materiales y humanos

• BENEFICIOS DE LA RELACION ENFERMERA- ADMINISTRATIVO PARA LA PROFESION ENFERMERA

- El proceso administrativo le proporciona un instrumento racional y efectivo motivación personal
- La enfermería con responsabilidades, el proceso administrativo genera un apoyo instrumental para las actividades directivas
- La propia profesión del uso del proceso administrativo se beneficia del mayor reconocimiento más autonomía y más desarrollo
- Notas de enfermería – FN siglo XIX: describe funciones administrativas

• FINALIDADES DE LOS CUIDADOS

• CONTRIBUYEN LA SUPERVIVENCIA

- ◆ La enfermería actúa fundamentalmente para asegurar el mantenimiento de la vida en los mejores niveles que esta puede alcanzar
- ◆ No es la enfermedad el objeto de los cuidados, sino el bienestar y la seguridad de los individuos.

• CONTROLAN Y PREVIENEN LA MORBILIDAD Y SUS SECUELAS

- ◆ Las acciones preventivas revisten especial importancia (prioridad del sistema)

• LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA PERMITEN AL PACIENTE DECIDIR

- ◆ Los pacientes se informan con el personal de enfermería por su proximidad y confianza que

genera

- ◆ Información de comportamiento de salud, generan buenos hábitos

- **LOS CUIDADOS CONTRIBUYEN AL INCREMENTO DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS USUARIOS**

- ◆ La funcionalidad recuperada es una de las consecuencias de las acciones de salud
- ◆ Es el resultado del funcionamiento del sistema sanitario
- ◆ La búsqueda de la mejor funcionalidad es uno de los objetivos prioritarios de cualquier acción enfermera

- **LOS CUIDADOS SE LLEVAN A CABO CON EL MENOR GASTO DE RECURSOS Y ENERGIA**

- ◆ Desde FN las enfermeras han buscado definir sistemas de trabajo que permiten aplicar cuidados de forma eficaz y eficiente
- ◆ Optimizar los medios (tiempo y recursos materiales) energía y esfuerzo en prestación de cuidados.

- **CUIDADOS DE ENFERMERIA COMO SERVICIO PUBLICO**

La relación entre enfermería y administración es más estrecha con respecto a la aplicación de la acción de los profesionales.

- **CUIDADO**

Acción positiva de relación entre usuario y enfermera que permite que esta realice en el individuo o para el, actividades de apoyo, orientación o ejecución de determinadas técnicas a favor del mantenimiento de la salud o de la recuperación o incremento de esta.

Todas las acciones positivas pueden llevarse a cabo por la enfermera cerca de un individuo o de un grupo necesitado de cuidados (ej. familia) y se extienden desde el nacimiento hasta la muerte.

- **FRIEDRIKISON**

Concepto enfermería como servicio público

Se relaciona con la administración pública

- **RAZONES**

- Las enfermeras actúan para la conservación de la salud (bien público)
 - Prevención
 - Conservación
 - Restauración
 - Rehabilitación
- Las enfermeras trabajan en institución de servicio público mayoritariamente (tb las privadas servicio público)
 - Responden ante los ciudadanos a través de una legislación controlada por poderes públicos
- La prestación de cuidados de enfermería está avalado legalmente por titulaciones universitarias regulada por el estado.

• FUNCION ADMINISTRADORA DE ENFERMERIA

El concepto cuidado que define la labor de las enfermeras se descompone en las siguientes funciones:

- **FUNCION ASISTENCIAL:** relación directa con el usuario. Promoción, prevención, curación y rehabilitación
- **FUNCION DOCENTE:** educación sanitaria

- Tb. enseñanza directa a profesionales

• FUNCION INVESTIGADORA

- Ampliación, identificación y desarrollo de conocimientos propios
- Búsqueda de soluciones concretas a problemas de la práctica enfermera para mejorarla

• FUNCION ADMINISTRADORA

- Manejo adecuado de los recursos disponibles
- Trabajo de forma sistemática y buenos resultados

FUNCION PRINCIPAL = CUIDAR + COMPLEMENTERIAS

FINALIDAD FUNDAMENTAL

V.Henderson

- ◆ Asistencial 82.20%
- ◆ Administradora 8%
- ◆ Docente 4% Consejo General de Enfermería, año 1992
- ◆ Investigadora 0.50%
- ◆ Otra, N/C 5.30%

• NIVELES DE ADMINISTRACION EN ENFERMERIA

En sistema de salud moderno la enfermera ocupa distintos niveles:

- **NIVEL BASICO:** enfermera cuidado directo y contacto continuado con el usuario
 - ◆ Labor administrativa: adecuada utilización de los recursos de los que dispone y el PAE
- **NIVEL INTERNEDIO:** supervisora, coordinadora de equipo.
 - ◆ Labor administradora: correcta distribución y disponibilidad de recursos relacionadas con el personal para que el trabajo sea óptimo. Coordinación, supervisión, control, formación y calidad
- **NIVEL DE GESTION:** equipos directivos
 - ◆ Más compleja labor administrativa: toma de decisiones de las líneas generales de actuación de todo el personal de enfermería en la organización:
 - ◇ De personal selección y distribución
 - ◇ Recursos presupuestos, elaboración y ejecución
 - ◇ Estructura políticas, objetivos, normas
 - ◇ Calidad de cada trabajador y del conjunto
- **FORMACION ESPECIFICA DEL PROC. ADM. ENF.**

Para poder aplicar de forma segura y eficaz en poc. Adm en el trabajo enfermero. Recomendaciones: OMS, consejo de Europa, ministerio de educación

Especialidad en gerencia y administración enfermero desarrollada

3 niveles de acción 3 niveles de formación

- **Nivel básico:** plan de estudios, esta asignatura
- **Nivel específico:** capacitar el nivel de mandos internos
- **Nivel superior:** grado licenciatura
 - Facilita situación de igualdad académica con las que trabajan en este nivel superior

n.gestión política

director recursos licenciatura

subdirector calidad

n. intermedio coordinacion

supervisora supervisión especialidad

coordinadora control

n.básico cuidados directos diplomatura

enf. General

SITUACION FUNCION FORMACION

• INSTRUMENTOS DEL TRABAJO ENFERMERO

Aspectos administrativos.

Basados en principios administrativos

• PROCESOS DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

- Sistematización utilizado por enfermería para la prestación de cuidados individualizados
- En sus cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Se desarrolla paralelamente al proceso administrativo
- PAE de forma individualizada. Proceso administrativo enfoca a todo el grupo o institución
- Puede ser utilizado por las enfermeras cualquiera que sea su enfoque teórico

• SISTEMAS DE CLASIFICACION Y DENOMINACION DE LA PRACTICA ENFERMERA

- Si la información recogida, manejo y transmisión es importante para uso adecuado y funcionamiento del proceso administrativo

Se comprende que las enfermeras deben usar un lenguaje común.

- **NANDA:** asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería
 - ◆ Listado de diagnósticos de enfermería, problemas que requieren acción enfermera
 - ◆ Utilizado internacionalmente
 - ◆ Se le acusa de excesivamente clínico
 - ◆ Muy útil para la clasificación
 - ◆ Reunión cada dos años
 - **OVNA:** sistema omaha. 1970 (40 diagnósticos)
 - ◆ En el terreno de enfermería comunitaria
 - ◆ Tres niveles de información para generar actuaciones
 - ◆ Clasificación problemas (ambiente, social, psicosocial, biológica)
 - ◆ Intervenciones enfermeras
 - ◆ Escala de resultados (signos y síntomas, comportamientos, conocimientos)
 - ◇ **PROYECTO CIE** (consejo internacional de enfermería)
 - Proyecto para la clasificación de la práctica enfermera
 - Clasificación internacional que incluya:
 - Diagnósticos de enfermería, necesidades o problemas de los pacientes
 - Las intervenciones de enfermería, y tratamiento o descripciones
 - Los resultados de las acciones, en términos de conducta para el paciente, o de las propias enfermeras
 - Pretende:
 - Unificar nomenclatura enfermera
 - Lenguaje enfermero común (como otras profesiones)
 - Generalización y utilización de las categorías diagnósticas.
- Todos estos sistemas de clasificación y diagnóstico enfermeros aportan a la administración mayor fiabilidad para determinar:
- ◆ Cantidad y calidad a los recursos a utilizar y consecuencias de esa utilización
 - ◆ Niveles de calidad de los cuidados de enfermería de acuerdo con las normas establecidas.

TEMA 5: PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE ENFERMERIA

◇ **DEFINICIONES**

- ◇ Es la 1º etapa del proceso administrativo. Base de toda actuación anterior
- ◇ Define objetivos a alcanzar durante un periodo determinado
- ◇ Método racional para escoger, organizar y evaluar las actividades de salud más eficaces
- ◇ Planear es decidir que objetivos pueden lograrse
- ◇ Proceso metódico consistente es definir un problema por análisis para satisfacer las necesidades.

◇ **CARACTERISTICAS DE LA PLANIFICACION SANITARIA**

◇ **LA PLANIFICACION ES UN PROCESO**

- Sucesivas etapas interrelacionadas
- Intelectualización de lo que queremos alcanzar
- No buenas intenciones sino plan racional

◇ **LA PLANIFICACION ES UNA PREVISION DE FUTURO**

- Definir la situación ideal que se puede obtener mediante el trabajo sistematizado teniendo en cuenta los recursos
- Planificar es un proceso creativo que genera cambios permanentes en un grupo
- La planificación tiende a la acción, determina formas de actuación concretas
- La planificación pretende resultados concretos resultados en base a metas

- La planificación se basa en las necesidades. Cambio en las situaciones de salud de las que se parte
- La planificación utiliza información precisa.

◇ PLANIFICACION SEGÚN LA REAL ACADEMIA

Plan general

Científicamente organizado

Frecuentemente de gran amplitud

Para obtener un objetivo determinado

Ej. para desarrollo económico

Investigación científica

Funcionamiento de una industria...

◇ TIPOS DE PLANIFICACION

◇ SEGÚN AMBITO DE APLICACIÓN

- De nivel estatal: plan nacional de salud (todo sistema salud)
- De nivel autonómico: plan regional de salud
- De nivel local o constitucional: programas de salud de áreas (primaria y especializada)

Las líneas maestras de actuación las marca el ministerio de sanidad

◇ SEGÚN EL TIEMPO

- De corto plazo: 1 año o menos
- De medio corto: 2 – 5 años
- De largo plazo: 5 – 10 años

Tiempo en función de complejidad e importancia de objetivos

◇ SEGÚN LA AMPLITUD Y EXTENSION

- Planificación estratégica: establecer propósitos a largo plazo
- Planificación táctica: definición de recursos y actividades que se deben emplear
- Planificación operativa: acciones al más corto plazo. Plan de acción directa
 - ◆ Definición del programa

◇ ETAPAS DE PLANIFICACION

◆ ANALISIS A DIAGNOSTICO DE LA SITUACION

- ◇ Conocer detalles
- ◇ Recoger información

◆ ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

- ◇ Magnitud
- ◇ Transcendencia
- ◇ Población

◆ DETERMINACION DE LAS ALTERNATIVAS

- ◇ Alternativas de acción: realistas, contrastables, valoradas

◆ ELABORACION DE OBJETIVOS

- ◇ De acuerdo con su ámbito
- ◇ En función del resultado final
- ◇ Condiciones de formulación de objetivos:

- ◊ Prácticos
- ◊ Escritos
- ◊ Formulados
- ◊ Participativos
- ◊ Mensurables: cantidad, tiempo, calidad

◆ **FORMULACION DEL PLAN**

- ◊ Normas de actuación
- ◊ Tiempo para el plan
- ◊ Recursos necesarios
- ◊ Aspectos de evaluación

◊ **TECNICAS DE PLANIFICACION**

Según su aplicación prioritaria y objetivos que se consiguen:

- ◊ De información y decisión
- ◊ De programación
- ◊ De desarrollo y control de programa
- ◊ **TECNICAS DE INFORMACION Y DECISION**
- ◊ **METODOS CUANTITATIVOS**

Determinan en términos numéricos facilitan datos acerca de población general y la población diana. Tipos:

- ◊ **DEMOGRAFICOS:** estructura de la población, pirámide de población, tasas de mortalidad y morbilidad.
- ◊ **SOCIOECONOMICOS:** renta, tasa desempleo, escolarización...
- ◊ **SANITARIOS:**
- ◊ Indicadores de patología: tasa de mortalidad, morbilidades específicas
- ◊ Medidas de utilización de hospitales: nº camas, nº consultas, estancia media, relación enfermera/cama
- ◊ **METODO DE CONSENSO**

Se emplea cuando es preciso adoptar decisiones en temas complejos que requieren visión de múltiples factores y profesionales de distintas áreas.

- ◊ **METODO DELPHI**
- ◊ El campo de expertos es seleccionado del exterior de la institución o equipo de trabajo.
- ◊ Relación por correo
- ◊ Han de aceptar participar
- ◊ Se les envía cuestionario con exposición del problema solicita opinión
- ◊ 2º envío con las aportadas y solicita: evaluación, comenten o rechacen
- ◊ Sucesivas comunicaciones permiten saber opinión, pero no discusión directa.
- ◊ 3 ó 4 envíos es suficiente
- ◊ listado final máximo consenso
- ◊ **TECNICA DE GRUPO NOMINAL**
- ◊ Al contrario que el delphi
- ◊ Grupo experto nº impar
- ◊ Se reúnen para llevarlo a cabo
- ◊ Presenta el problema un moderados
- ◊ Solicita al grupo exposición de alternativas, prioridades, determinación de objetivos
- ◊ Posterior reflexión en silencio, escriban ideas brevemente
- ◊ Pasan a listado otorgando un nº, de ahí el nombre TGN
- ◊ Después cada miembro expone la suya y los demás a posteriori puedan añadir alguna que les surja después de oírlo.

- ◇ Discusión y ordenan según valoración del 1 al 5, las primeras 5 son las que estén de acuerdo
- ◇ Listado con puntuaciones, eliminar las menos votadas
- ◇ 1 o 2 horas
- ◇ No siempre consenso votación. Más o menos 5 ideas más consensuadas
- ◇ **MÉTODOS INTERACTIVOS**

BRAINSTORMING (tormenta de ideas)

- ◇ método de trabajo en grupo (6 – 10 personas)
- ◇ se les plantea el problema dar alternativas, ver objetivos
- ◇ grupo de profesionales que posterior trabajan en el programa
- ◇ 2 fases:
- ◇ **fase de generación de ideas**
- ◇ exposición por parte de uno de los participantes del problema sobre el que se piden ideas
- ◇ expresan libremente cada miembro del grupo en pocas palabras
- ◇ se recogen por escrito en listado
- ◇ **fase de comentario**
- ◇ se comentan las ideas del listado por todos los participantes
- ◇ se depura la lista: rechazando, refundiendo
- ◇ se ordenan las soluciones que figuran en listado, agrupando si es posible
- ◇ decisión última generalmente por consenso

◇ **TECNICAS DE PROGRAMACION**

◇ **PROGRAMACION POR OBJETIVOS O ADMINISTRACION DE OBJETIVOS**

- ◇ Instrumento que tiende a favorecer la difusión de los objetivos de la institución a todos los niveles organizativos
- ◇ Favorece tb la participación de los trabajadores en la determinación de los fines, de los planes y programas de la empresa.
- ◇ Formulación y adopción de objetivos consensuados entre la dirección y los trabajadores.
- ◇ La expresión de objetivos de la institución (nivel dirección) cada grupo, unidad o nivel de trabajo formula sus propios objetivos, en línea con las instituciones y con la labor que el campo tiene asignada más la expectativa de los trabajadores

PACTO DE COMPROMISO Y CUMPLIMIENTO

INSALUD/SERGAS CONTRATA PROGRAMA

◇ **TECNICAS DE DESARROLLO Y CONTROL DE PROGRAMA**

- ◇ Técnica de representación gráfica de las posibilidades de desarrollo del programa
- ◇ Favorece el seguimiento y análisis de la secuencia de actividades a realizar
- ◇ Refleja tanto la actividad, el momento de realizarla y el tiempo empleado

◇ **DIAGRAMA DE GANTT**

Henry Gantt (principios del siglo XX)

- ◇ Parrilla de fácil representación y confección
- ◇ Listado de acciones, calendarios de estas en días, semanas o meses y secuencia.
- ◇ Puede hacer referencia a comentarios sobre circunstancias de trabajo, sobre personas o grupos a tener en cuenta

TEMA 6: LA ECONOMIA EN LA PLANIFICACION

◇ **ASPECTOS DE LA ECONOMIA EN LA PLANIFICACION**

MARKETING: técnica de planificación que utiliza estudios de mercado. Desarrollo de ventas de un determinado producto o servicio

Empresa tradicional: el distribuidor vende el producto que se fabrica

Marketin: la empresa fabrica lo que se vende

MARKETIN SANITARIO: estudia las necesidades y deseos de los usuarios + competitividad con otros posibles proveedores de servicios de salud.

- ◇ Búsqueda de clientes

- ◇ Consecución de clientes

- ◇ Conservación de clientes

- ◇ **PINCIPIOS DEL MARKETIN SANITARIO**

- ◆ Identificación de clientes

- ◆ Determinar los servicios que necesitan y desean

- ◆ Desarrollo de los servicios y programas que satisfacen las necesidades y deseos

- ◆ Creación de la demanda hacia estos servicios, precios competitivos, estrategias de promoción, estrategias de publicidad, distribución de los servicios.

ABEL SMITH: característica principal del mercado sanitario es la falta de conocimientos de los usuarios. No pueden identificar:

- ◇ Riesgos que padecen

- ◇ Posibilidades de atención existentes

- ◇ Diversos costes para cada posibilidad

- ◇ Valor real de la calidad del servicio

- ◇ **ELEMENTOS DEL MARKETIN SANITARIO**

- ◇ Cliente

- ◇ Producto

- ◇ Lugar ó contexto

- ◇ Precio

- ◇ Promoción y publicidad

La combinación de estos elementos determina el contexto total del mercado.

Debe relacionarse en él:

- ◇ Los deseos de los consumidores

- ◇ Fines de la institución productora

- ◇ Oferta a otros productores

- ◇ **CLIENTE**

- ◇ **CLIENTES PERSONALES:** usuarios o clientes – pacientes potenciales del sistema.

- ◇ Tb los propios sanitarios del sistema: servicios complementarios a su labor privada (quirófano, laboratorios...)

- ◇ **CLIENTES INSTITUCIONALES:** pueden necesitarse servicios que provee otra institución.

Centro de salud laboratorios de hospital

- ◇ **PRODUCTO SANITARIO**

- ◇ Elemento principal del marketing

- ◇ Es parte fundamental de la oferta

- ◇ Base sobre la que se apoya el resto:

- ◊ Precio
- ◊ Lugar
- ◊ Promoción

En la empresa sanitaria son los programas o servicios específicos a cada institución desarrolla en cuanto el cliente y sus intereses y fines del centro.

Antes de definir el producto la empresa define los sectores de mercado a los que se va a dar prioridad en su actuación

- ◊ Estudio de población
- ◊ Criterios sociológicos
- ◊ Tecnología
- ◊ Patologías
- ◊ DEFINIR SEGMENTOS DE MERCADO
 - Según: edad población, sexo y situación económica y social
 - Patología: cirugía cardiovascular, urología, trasplante
 - Tecnologías: alta tecnología diagnóstica y terapéutica.

Oferta privado pública no dispone de ellas

- ◊ ELABORACION DE CARTERA DE SERVICIOS: conjunto de productos que la institución ha elaborado en función de:
 - Necesidades e intereses de los usuarios y como potenciales clientes
 - Las necesidades e intereses de la propia institución y sus profesionales.
- ◊ CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO SANITARIO
 - La heterogeneidad: abarca una gama ilimitada de prestaciones
 - ◆ Hoteleras
 - ◆ Tecnológicas
 - ◆ Labor profesional (prestigio)
 - ◆ Tipos de tratamientos
 - ◆ Terapéuticas
 - La complejidad: consumo coordinado de muchos sectores de profesionales (médicos, enfermeras, técnicos). Ej: intervenciones quirúrgicas.
 - La adaptación: debe adaptarse a las condiciones específicas de cada cliente y en cada ocasión
- ◊ TIPOS DE PRODUCTOS SANITARIOS
 - Desde el punto de vista de la empresa
 - *Producto final*: el fin último de la actividad que se lleva a cabo
 - ◊ Diagnóstico determinado
 - ◊ Intervención quirúrgica
 - *Producto intermedio*: actividades identificables que contribuyen o facilitan, son necesarios para la obtención del producto final
 - ◊ Analíticas
 - ◊ Dietas
 - ◊ Administración del tratamiento

Resulta es la suma de los dos. Define la situación esperada en términos de salud del paciente.

- Desde el punto de vista del cliente
 - *Producto central*: representa el beneficio que busca el cliente en respuesta a sus deseos
 - *Producto tangible*: resulta de la forma concreta en que ofertan y se presenta los servicios
 - *Producto ampliado*: conjunto de acciones que puede disfrutar el

cliente durante el periodo la que recibe los servicios y que complementan estas

◇ LUGAR

Representa la vinculación de la atención sanitaria a un contexto físico que asegura que el producto está al alcance del cliente.

◇ CONDICIONES

- Accesibilidad y cercanía a cada uno de los potenciales clientes
 - Proximidad
 - Comunidad de acceso
 - Facilidad real de utilización

Definir como, cuando y donde estará el producto sanitario al alcance del cliente.

◇ PRECIO

Relacionado con el coste de cada acción o producto sanitario. Ayuda el precio a jerarquizar las actividades a realizar ya que la información se contrasta con la demanda e incluso con la oferta de otros.

◇ VARIOS SISTEMAS DE COBRACION

De precio = coste

- Coste por proceso: considerar los costes de cada uno de los procesos realizados a un paciente determinado según precios calculados de forma general
 - ◆ Una intervención concreta
 - ◆ Un parto
 - ◆ Una hemodiálisis

Incluso se pueden llegar a valorar cuestiones individualizados (consultas médica, analítica y Rx)

- Coste por estancia:
 - Sistema menos ajustado
 - Se toma como referencia el gasto total de una institución en realización a paciente atendidos en tiempo determinado
 - Es un precio global no perfecto
 - No discrimina distintos tipos de clientes, todos reciben la misma valoración económica
- Coste GDR (grupos relacionados con el diagnóstico)
 - Valoración de situaciones complejas
 - Valora serie típica de casos que precisan atención sanitaria
 - En cada uno de ellos se espera que los clientes reciban cantidad y calidad similar a los servicios hospitalarios
 - Parte de los diagnósticos médicos categorizados
 - Se les atribuyen diversas variables
 - ◇ Tratamiento quirúrgico
 - ◇ Complicaciones posibles
 - ◇ Ofertas diagnósticas presencia colateral
 - Cada GDR valor económico asignado
 - Los productos de enfermería tb pueden analizar sus costes y establecer precio referido

Actividades tiempo

◇ **PROMOCION**

- ◇ Variadas acciones que una institución lleva a cabo por darse a conocer
- ◇ Explica las actividades que se realiza
- ◇ Las que diferencian
- ◇ Desarrolla con mayor éxito
- ◇ Publicidad (fundamental en la privada)
- ◇ Promoción en la pública información
- ◇ Capacidad que el cliente elija

◇ **CONDICIONES ECONOMICAS DE LA PLANIFICACIÓN**

Planificación relación estrecha recursos, manejo, utilización

◇ **Adecuación de recursos**

- ◇ Los recursos son siempre escasos en relación a las necesidades
- ◇ Cifras elevadas del coste de servicios de salud en presupuestos de cada estado.

Debido a:

- Incremento nº usuario. Años 80=90%pob
- Aumento de volumen y complejidad de los usuarios
- ◇ Elevación esperanza de vida
- ◇ Incremento mujer trabajo retribuido
 - Mejora de la calidad
- ◇ Mejora de hotelería
- ◇ Mayor demanda de calidad por usuarios

◇ **CONCEPTO Y TIPOS DE COSTE SANITARIO**

Coste = coste producido para conseguir un objetivo

Aumento imparable de los costes sanitarios debido a los tres aspectos citados antes.

◇ **Tipos de costes**

- ◇ **COSTES DIRECTOS:** origen: el funcionamiento del mismo de los servicios sanitarios
 - Costes variables: referido a al tiempo (hora de trabajo), otros (formación profesional, experiencia desarrollada)
 - Costes fijos: instalaciones: luz, limpieza, locales
- ◇ **COSTES INDIRECTOS:** cuotas seguridad social, transportepagan los pacientes
- ◇ **COSTES EXTERNOS:** no referentes al sector sanitario

Accidentes de tráfico campaña publicidad, conducción peligrosa

◇ **PRESUPUESTACION**

Es la representación de los gastos previstos durante un periodo de tiempo para una actividad/es

Debe asegurar el alcance de los objetivos con el menos gasto posible

◇ **Tipos de presupuestos**

· **PRESUPUESTO HISTORICO**

- Se realiza teniendo en cuenta los gastos del año anterior como punto de partida del año actual
- Se incrementa en base a la subida del IPC
- Ideal para instituciones estables que no sufren transformaciones importantes en año a año

- En servicios de salud es muy utilizado

· **PRESUPUESTO DE BASE CERO**

- ◆ Los datos de periodos anteriores no lo tienen en cuenta
- ◆ Cada año se elabora el presupuesto actividad
- ◆ Presupuesto más ajustado
- ◆ Más difícil elaboración
- ◆ Se usa más en programas limitados – concretos

· **PRESUPUESTO DE TENDENCIA**

- ◇ Se proyecta para un plazo de 12 meses
- ◇ La referencia son los presupuestos mensuales
- ◇ Referencia mes del año anterior y la tendencia mes a mes
- ◇ Las inflexiones se aplican al nuevo presupuesto en los mismos meses

· **PRESUPUESTO – PROGRAMA**

- ◇ Presenta los gastos previstos en relación con cada uno de los objetivos del programa
- ◇ Tb con cada actividad programa para obtenerlo
- ◇ San Martín (pensador) presupuesto funcional

Unidades y departamentos de enfermería más frecuente presupuesto histórica y de base en atención primaria

TEMA 7: ORGANIZACIÓN SANITARIA

◇ **ORGANIZACIÓN SANITARIA**

La **organización** es un termino coloquial que suele confundirse con una institución o empresa.

La empresa es un conjunto de personas y medios coordinados en un contexto físico y normativo (empresa)

Sabemos nosotros /as que es la 2ª etapa del proceso administrativo.

El plan (planificación) se realice con eficacia y eficiencia.

- ◇ La organización se apoya en la planificación
- ◇ Proporciona la organización, la forma concreta e el que el plan se pone en marcha.
- ◇ Coordina los esfuerzos con los medios de que disponemos.
- ◇ La desarrollamos cotidianamente de forma intuitiva
- ◇ Se intenta transformar la institución por orden y los inesperados por lo perfectamente conocido y previsto.

◇ **CONCEPTO BÁSICO DE ORGANIZACIÓN**

Tanto en su acepción de organización; institución como organización. Etapa del proceso administrativo.

- ◇ Cultura organizacional
- ◇ Poder
- ◇ Autoridad
- ◇ Rol
- ◇ Status.

◇ **CULTURA ORGANIZACIONAL**

- Es la cultura de la organización; conjunto de norma, valores, creencia y practicas especificas.

- Define la forma de actuar en una organización diferenciándose de otros similares.
- **Explica porque se distingue un hospital de otro, tanto**
 - Opinión de usuario
 - Opinión de los trabajadores.
- Explica la relación existente dentro de ella, hábitat y costumbres que se perpetúan sin motivo aparente.
- Dar lugar a la existencia de un lenguaje propio (jerga)
- Da lugar a usos y costumbres determinadas
 - Doctor por el apellido
 - **Enfermera por el de pila.**
- Cultura

♦ **Estática:** sus ritos no cambian aunque cambian el medio.

Hospital estático

♦ **Dinámica:** responde con prontitud a los cambios del medio.

Centro de salud dinámico

♦ **PODER**

- Facultad para realizar algo
- Dominio o influencia que se tiene sobre los demás
 - Debe ser empleado sobre todos los que se ejerce
 - Debe ser ejercido de forma adecuada y de acuerdo con los objetivos establecidos unicamente
- Surge el PODER como palabra tiene un significado peyorativo (arbitrario). Desde la administración es una FUERZA NEUTRA que no tiene más sentido que marcar la dirección de cumplimiento de objetivos

♦ **TIPOS DE PODER**

- **De recompensa** para lograr influencia en los demás (cambio de comportamiento). Se utilizan premios personales: días libres, permisos docencia, etc.
- **De castigo o coercitivo** lo contrario. Influencia a través de castigo, sanción.
 - Cambios de turnoobjetivos criterios
 - Aislamiento, represión a nivel personalsubjetivos
- **De experto** se le reconoce poder en base a conocimientos, habilidades, capacidades y destreza generalmente en un área específica.
 - En enfermería usual reconocimiento de mayores capacidades, sobre todo en unidades especiales.
- **De referencia, poder referente** por admiración del grupo o una persona
 - Elevada consideración en lo personal o profesional

♦ **AUTORIDAD**

- Capacidad de ordenar la realización de determinadas actividades
- Relacionado con posición laboral de cierta jerarquía

Ligado al concepto de autoridad al de responsabilidad

Ordenar = delegación = autoridad

= responsabilidad

LIMITES: una orden no determina a su validez cuando se formula, sino cuando el trabajo ordenado se ha cumplido.

Por tanto la responsabilidad de la acción y su efecto permanecen en la persona que ejerce su autoridad ningún delegue a través de una orden su realización.

◇ ROL

- Conjunto de comportamientos y actitudes esperados de una persona en un esquema organizativo de un puesto específico en organización.
 - **Elementos profesionales** ejercitando actos profesionales y técnicas en actividades específicas
 - **Elementos sociales** finalidades ampliadas por el trabajador en función de los demás, respuesta a su puesto de trabajo.
 - ◆ Puede realizar, puestos roles diversos
 - ◇ Coordinadora de unidad
 - ◇ Representante laboral

Los roles no permanecen inmóviles, tienen proceso de definición y construcción se adaptan

◇ STATUS

- Estimulación que recibe una persona del grupo al que pertenece, o la que se confiere un puesto. Status se vincula a PODER
- En un puesto concreto se relaciona con conocimientos y habilidades necesarias para desempeñarlo, autonomía, autoridad y responsabilidad que se le atribuye y el salario percibido por el desempeño.

Status laboral status social

- Status de grupo:
 - ◆ Enfermeras como grupo ó colectivo
 - ◆ Enfermera determinada unidad
 - ◆ Enfermeras determinado programa

◇ FINES DE LA ORGANIZACIÓN

- Integración de personas, actividades y resultados
 - Coordinación:
 - ◆ Normas seguras
 - ◆ Cada uno en su lugar
 - ◆ Informado todo el mundo
 - ◆ Conocer la aportación personal para lograr objetivos
- Adaptación a resultados y objetivos
 - El proceso administrativo apoya la puesta en marcha del plan
 - Lo acerca a la realidad
 - Lo adapta a la situación
 - Lo normativiza
- Generar continuidad y seguridad en las acciones

◇ Orienta que se consiga la actividad de forma continuada

◇ Si no es así se crea situación improductiva

◇ Elimina situaciones de riesgo en relación a la consecución de objetivos

- Transmisión y utilización de información

◇ Debe favorecer que la información fluya a todos los niveles de la organización

◇ Favorece el almacenamiento de información para que se utilice de manera más productiva cuando corresponda

- **FASES DE LA ORGANIZACIÓN**
 - ESTRUCTURACION
 - SISTEMATIZACION
 - INSTALACIÓN

Relación secuencial

ESTRUCTURACION SISTEMATIZACION INSTALACIÓN

Departamentos Protocolos Puestos de trabajo

Definir estructuras Normas Plantillas

Y organograma Política Horarios

1.-ESTRUCTURACION

Forma de coordinar los distintos componentes de la organización

- ◆ Líneas de comunicación
- ◆ Transmisión de poder y autoridad
- ◆ Situar a los elementos humanos en el lugar preciso para que sean más útiles

La estructura refleja:

- Los objetivos y planes y tal como se proyecta para conseguir los objetivos

Toda la estructura parte del plan y se asienta sobre el.

- Refleja las líneas de autoridad y poder

- ◇ Lugar donde se toman las decisiones
- ◇ Lugar donde se delega la responsabilidad
- ◇ Ámbito donde se lleva a cabo las acciones
- ◇ Refleja la cultura de organización

- Delibera las relaciones y la forma en la que se producen
- Colocar a cada uno (persona o grupo) en su lugar exacto, interrelacionando y coordinado con los demás cada uno debe conocerlo

◆ TIPOS DE ESTRUCTURA

◇ ESTRUCTURA INFORMAL

- ◆ Grupo de personas que no presentan clara definición de sus objetivos
- ◆ Pueden coordinarse ocasionalmente para realizar alguna actividad, pero de planificación poco definida

- ◆ Se basan más en las relaciones sociales que en conceptos de autoridad y poder
- ◆ Líneas de comunicación poco definidas y muy cambiantes
 - ◇ ESTRUCTURA FORMAL
 - ◇ Se identifica claramente con líneas de autoridad y poder y las relaciones entre sus miembros
 - ◇ Actividades bien definidas en función de objetivos
 - ◇ La situación de los trabajadores no da lugar a equívocos
 - ◇ Tiene tendencia a la estabilidad, cambia con los cambios significativos en la empresa y entorno
 - ◇ Dependen de los criterios que se utilicen para formar los departamentos*.
 - Según ocupación de actividades

- Según las funciones de las personas
- Según las relaciones que se marquen entre ellas

DEPARTAMENTOS

- Así se designan unidades que tratan de ocupar las actividades y las personas sobre los que un determinado responsable ejerce la autoridad
 - ◆ Part del cono depa del prin de la divi del trab
 - ◆ Inte su raci y may efica

¿Cómo se establece departamentos?
Según criterios:

- ◆ Por número de personas:
divide número buscando un número manejable por un solo responsable
- ◆ Muy simple//en enfermería sólo un complemento
- ◆ Utilizado en ejército (división, brigada, etc), cuestión numérica
- ◆ Por tiempo u horario: igual de simple, tb complemento
 - Sirve para agrupar por horas y turnos de trabajo, guardia, médicos, etc
- ◆ Por área funcional: los agrupa según el fin que pretende obtener y habilidades para llevarlo a cabo
 - Áreas de cuidadosunitarias empresariales
 - Más generaldivisión médica, división gestión, división enfermería
- ◆ Por área territorial: por áreas físicas
- ◆ Al norte agrupado bajo un responsable
- ◆ Al sur
- ◆ Por producto: en la gran industria en función de lo que están produciendo
- ◆ Unidades por especialidades, hospital
- ◆ Programa de atención primaria (centros de salud)

- ◆ Por proceso: tb iniciado en la industria
- ◆ Centros sanitarios agrupan parte de sus actividades en función del equipo material empleado. (equipos de Rx, servicios de laboratorio, etc)

Como se ve en un centro sanitario puede presentar diversos enfoques, igual que cualquier empresa compleja. En función de:

- ◇ Número de trabajadores
- ◇ Número de usuarios
- ◇ Área de influencia
- ◇ Tecnología empleada
- ◇ Diversidad de procesos
- ◇ Complejidad de servicios que presta

NO IMPORTA LA ORIENTACIÓN DE DIVISIÓN, SINO QUE FOMENTE LA EFICIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

◇ ESTRUCTURA FORMAL (continuación)

- ◆ Principalmente tres tipos
- ◆ Estructuras jerárquicas
- ◆ Estructuras de Staff
- ◆ Estructura matricial
- ◆ Estructura jerárquica o de línea
 - Se basa en los principios de las teorías clásicas de la administración
 - Teoría burocrática (Weder)
 - La autoridad se trasmite en

forma de
 escalera de
 arriba abajo
 · Línea de
 mando
 rápidamente
 establecida
 · Estructura
 lineal
 modelo
 · Centralización
 de las
 decisiones
 · Relaciones
 personales
 sencillas
 basadas en
 los
 principios
 de mando y
 responsabilidad
 · Rapidez de
 la
 comunicación
 · Favorece la
 integración
 de nuevos
 trabajadores
 ya que muy
 delimitada
 la posición
 de cada uno
 · En
 instituciones
 sanitarias de
 mayor
 tamaño

Inconvenientes

- Rigidez
 dificulta
 cambios
- Favorece
 actividades
 rutinarias
- Poca
 implicación
 en
 logro
 de
 objetivos
- Falta

de
coordinación
e
integración
entre
distintos
estamentos

- Estructura
de
Staff

- ◆ Esta
may
ingle
- ◆ Repre
una
estru
basa
más
en
la
espe
que
su
auto
- ◆ Apo
a
ases
de
las
func
prin
de
la
insti
- ◆ No
suele
ejerc
pode
ni
auto
sobr
los
traba
- ◆ Grup
de
calic
form
cont
o
com
docu
etc.

3.
Estructura
matricial

- ♦ Com
los
dos
tipos
ante
- ♦ Tom
el
nom
de
su
imag
en
form
de
mall
- ♦ Por
un

lado
estru
jerán
y
por
otro
lado
la
de
Staff
♦ Esca
cent
♦ Más
flexi
y
adap
a
los
cam
♦ Efic
en
situa
com
o
cam
que
pide
idea
inno

Inconvenien

♦ OR

Ventajas

◆ DE
DE
EN
O
DIV
DE
EN

Definimos
labores
de
enfermería:
tres
grupos:

♦ Tb.
func
prop
o
dele

La
dirección
de
enfermería
es
responsable
de
la
organización
necesaria
para
que
sus
trabajadores
respondan
cubriendo
los

tres
tipos
de
labores
prescritas.

2.-SISTEM

- ◆ Esta
del
conj
de
norm
prote
y
proc
- ◆ Señala
los
mod
de
traba
más
adec
para
el
desa
del
plan
- ◆ Debe
haber
defin
prev
de
filos
de
grup
ó
insti
- ◆ En
enfe
defin
neces
del
paci
punt
de
vista
sobre
cuid
defin
de
las

relacion
de
enferme
con
otros
estados
(dependi
subco
etc)

Que
piensan
las
enfermeras
de
sí
mismas

Que
piensan
las
enfermeras
de
usuarios

Elección
modelo
teórico
que
orienta
la
actuación
enfermera

♦ **NOI**
O
EST

◆ TIP

Ayuda
a
organizar,
unificar,
marca
las
pautas
conocidas

Base
de
la
política
de
calidad.
Acciones
+
nivel
de
obtención

◆ **PROC
DE
ELA
DE
NOI**

Pueden
elaborarlas:

♦ PRO
Y
PRO

Protocolo
=
procedimien

- ◆ DEB
- ESP
- ◆ Defi
- la
- activ
- a
- reali
- ◆ Dete
- el
- rece
- de
- la
- accie
- haci
- el
- que
- se
- va
- a
- actu
- y
- en
- los
- que
- debe

situa
al
misr
◆ Des
el
agen
que
lleva
a
cabo
la
acci
y
las
conc
en
que
debe
situa
(enf
o
auxi
de
enfe
◆ Rela
de
med
matr
a
utiliz
en
la
acci
y
conc
exac
de
estos
recu
◆ Secu
deta
de
los
acto
a
lleva
a
cabo
expl
las
prec
a

toma
para
evita
com
♦ Des
la
form
de
final
el
proc
resu
espe
man
de
eval
la
accie
y
regis
lo
reali

Para
alcan
may
utilic
Con

Acceso
de
conservación
y
discusión

Debería
recomendar
por
escritura
y
conjuntamente
en
un
manifiesto
de
protección
que
esté
al
alcance
de
los
trabajadores
para
su
conservación

3.-I

3º
fase
del
proc
orga

Dota
de
recu
nece
para
lleva
a
cabo
las
activ
proy
en
la
form
de
form
las
norm

Los
recu
pued

Los
recu
hum
para
enfe
Polí
de
pers
debe
giran
la
toma
de
deci
en
cuan
a:

Para
esta
defin
de
situa
se
debe
estab

La
clasi
tiene
dos
dime

Se
asign
a
cada
paci
un
tiem
cons
están
de
acue
con
los
cuid
que
prec
agru
por
cate
higie
elim
etc

Ade
exist

Útil
com
com
de
otros
y
sirve
para
calcu
la
aten
de
enfe
y
sus
coste

Utili

la
desc
de
los
cuid
pres
en
un
paci
típico
repre
de
una
conc
gene

Agru
por
cate

Sup
que
cada
una
de
estas
cate
requ
cuid
simi

Agru
de
los
usua
según
lista
de
la
may
de
activ
a
reali
para

cada
uno
de
ellos

Se
estab
cate
en
func
de
los
tipos
de
cuid
requ
su
com
y
los
nive
de
depe
de
los
paci

Es
una
esca
de
valo
de
la
auto
del
paci
Apa
una
serie
de
nece
que
van
a
tene
disti
nive

La
sum
de
todo
los
paci
nos
da
el
peso
de
traba
que
supo
para
nosc
el
paci
Se
valo
todo
los
paci
cada
mes
y
así
pode
ver
cuan
es
nece
más
pers
o
men

Las
nece
entre
otras
son:
alim
higie
corp
loco

elim
órga
de
los
senti
relac
soci
trata
aspi

Cifr
segú
la
com
del
traba
y
la
carg
de
ese
traba
a
may
núm
may
peso
y
por
lo
tanto
más
traba

Don
exist
fund
en
equi
mult
pro
prog

traba
por
pobl

La
enfe
resp
dent
de
su
ámb
ante
el
equi

Por
tare
segú
las
nece

Enfe
+
auxi
ante
un
dete
grup
de
paci
que
se
asig
por
la
supe

La
supe
tiene
que
valo
los
paci
y
las
habi
del

TEM
8:
LA
DIR
EN
LOS
SER
DE
ENE

Fase
de
dire
el
mon
en
el
que
el
plan
se
lleva
a
la
prác
 ejecu
De
lo
idea
a
lo
real

