

ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA INDICE

- T. 1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADMINISTRACION Y GESTION, p.3
- T. 2.– SISTEMA SANITARIO: CONCEPTO Y TIPOS, p.7
- T. 5. LA PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, p.10
- T. 6. LOS MODELOS DE PLANIFICACION, p.14
- T. 7. LA ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y ENFERMEDAD, p.19
- T. 9. MODELOS ORGANIZATIVOS, p.24
- T. 12. EL LIDERAZGO Y LA GESTION DE LOS CUIDADOS, p.30
- T. 14. RECURSOS MATERIALES. EL CALCULO DE COSTES, p. 34
- T. 15. EVALUACION Y CONTROL EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA, p.38
- T. 16. LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LA SALUD, p.40
- Bibliografía y Abreviaturas, p.42

T.1.– CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADMINISTRACION Y GESTION

LA ADMON EN EL CAMPO DE LA CIENCIA (Taylor, 1856–1915)

- La admón... tiene como objetivo la satisfacción de las organizaciones humanas para alcanzar su fin social. Y tiene un campo de estudio que delimita la investigación.
 - Se aplica a comunidades (donde existe un grupo humano organizado).
 - Hay 3 elementos (cuenta con el siguiente marco de referencia): – recursos (medios de organización)
- grupos humanos
- satisfacción de necesidades
- Expresa los principios a través de un esquema metodológico: posee un cuerpo de conocimientos demostrado y demostrable.
 - Tiene un sistema coherente cuyas relaciones están ordenadas y generan nuevos conocimientos.

LA ADMON. EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES– Satisface las necesidades de los hombres a través de la productividad.– Permite a los grupos humanos organizarse para vencer las limitaciones del entorno–> complejidad de la organización > importancia de la admón. en el logro de objs.

– Aprovecha mejor los recursos o medios de la organización.– Permite el desarrollo y crecimiento del grupo humano– Se aplica a cualquier forma de organización.ESCUELAS DEL PENSAMIENTO ADMINISTRATIVO

1.–Enfoque clásico de la admón. (Henri Farol, padre del proceso administrativo):

- Planificar consiguiendo eliminar los esfuerzos innecesarios y acortando tiempo (mediante normas e incentivos). Taylor
- Especialización (aumenta la eficiencia)
- Planificar, organizar, tomar decisiones, coordinar y controlar=tareas administrativas.

2.–Escuela sociológica:

- Admón.= Relacionar funciones y dirigir a las personas– Autoridad= responsabilidad, se encarga de establecer:

Delegación de tareas.

División del trabajo

- Aparece la figura del funcionario: los gestores no son dueños de lo que administran, sino que lo es el estado (= jerarquía)
- La persona que atiende la demanda no toma decisiones globales en su campo de referencia, sino que deriva a otro departamento.– Se duplican las acciones administrativas: se encarece el servicio.

3.–Escuela de las relaciones humanas (Barnard, Follet y Moreno)

- > importancia al ámbito social y enfoca la atención en el efecto que tienen los individuos en el éxito o fracaso de la organización,

El proceso colectivo, Las relaciones interpersonales, El liderazgo y Las comunicaciones.– El administrador coordinara actividades una vez definidos, pactados y financiados los objetivos.– Aparece la supervisión democrática

*Maslow y Herzberg (1º aparece la teoría de las necesidades de Maslow):*Factores motivadores:– logro – responsabilidad– el trabajo y la posibilidad de desarrollo– reconocimiento

- el ascenso

Factores de insatisfacción:

- supervisión
- política de empresa
- condiciones de trabajo
- relaciones con colegas o superiores
- la posición en el trabajo
- la seguridad

Dorotea Orem: 3 Roles que puede desarrollar la enfermera:

- Rol de empleado: se limita a cumplir las normas
- Rol profesional: se compromete con su responsabilidad profesional en la búsqueda de una mejora en la calidad técnica, científica y humana de la atención de enfermería.

- Rol científico: se compromete, a través de la investigación, a refrendar la atención de enfermería, con el contexto teórico que delimita la naturaleza de los cuidados enfermeros.

4.-Escuela de los sistemas

Sistema: es un todo organizado, compuesto de 2 o + partes, componentes o subsistemas interdependientes y delineado por los límites identificables de un ambiente o supersistema.*Principios de los sistemas*:

- Están compuestos x elementos q se relacionan interdependientemente.
- Tienen especificidad sistémica en su funcionamiento (funciones específicas)
- Parten de objetivos propios y funcionan para su satisfacción
- El ambiente del sistema es todo lo que se encuentra alrededor de él y le proporciona información.
- Los recursos y medios están en el interior del sistema y forman parte de su estructura.
- El sistema responde a sus necesidades a través de la adaptación al medio exterior.
- Los componentes de un sistema que forman parte de él son subsistemas. Estos subsistemas se coordinan y cooperan.

5.-Escuela del enfoque de contingencias

Según Likert hay 3 variables:– La causal, que incluye el comportamiento del líder, estructura organizativa, política y controles.– Variables de intervención: percepciones, actitudes y motivaciones– Variables de resultado final: miden beneficios, costos y productividad.Liderazgo eficaz:

Madurez de grupo+ capacidad del líder + control y evaluación de los procedimientos y resultados.

T. 2.- SISTEMA SANITARIO: CONCEPTO Y TIPOS

En este contexto sistema es: conjunto ordenado de normas y procedimientos con que funciona o se hace funcionar una cosa.Sistema sanitario: es un subsistema del sistema de salud. Según White esConjunto de recursos que una sociedad pone en marcha y las instituciones que organiza para responder a las condiciones y necesidades de salud de la población.El estudio de los protagonistas: (según Evans)

- La población: valoración de sus necesidades en función de sus vertientes (demográfica, sociológica, el nivel cultural, políticas económicas).
- Los proveedores: los profesionales, las empresas e instituciones que ofertan servicios r/c la salud (en España el estado).
- Los aseguradores: sirven de enlace entre el usuario y el proveedor
- Los gobiernos: el poder ejecutivo y todos los órganos del estado correspondientes.

Funciones de los protagonistas (sist. sanitario)

- Regulación: normas de funcionamiento del sistema
 - gobierno: administración pública
 - aseguradoras: fijar la cartera de servicios, condiciones de contratación de pólizas o tarifas
 - proveedores: regulación del código deontológico y disciplinario
 - población: mediante los representantes políticos
- Financiación, mediante: impuestos, seguros sociales obligatorios, pólizas de seguros privados voluntarios o

x pago directo en c/ acto profesional.

- Gestión: cómo se planifica, organiza, dirige y controla el sistema sanitario.
- Provisión: forma de ofertar los servicios

En la provisión se observa:

- cantidad y calidad de la oferta de servicios sanitarios
- pertinencia de los servicios frente a los problemas de salud
- orientación familiar y comunitaria
- capacidad integradora de las acciones de promoción y prevención, asistencia, rhb. y reinserción social.
- capacidad de ofrecer continuidad en la atención
- grado de accesibilidad (geográfica, cultural, económica)
- disponibilidad de recursos humanos y materiales

TIPOS DE SIST. SANITARIOS (Y PROTAGONISTAS)

	USUARIO	FUNCION REGULADORA	PROVISION
Modelo liberal	Elige el profesional y paga	El proveedor (el profesional), el asesor y la administración, tb los colegios profesionales.	Los profesionales.
M. de seguros voluntarios	Suscribe una póliza, paga con cheques por consulta	Una compañía, la aseguradora, Gestiona.	Las compañías Ponen la consulta, derivan..
M. de seguros Sociales obligatorios	Tiene la obligación d suscribirse a este seguro (SSE)	El estado, funcionarios. Tambien la población (por medio de representantes)	Los trabajadores, empresarios y otros proveedores

USUARIO FUNCION REGULADORA PROVISION

M. de Asistencia Publica y beneficencia	No tiene recursos, suele ser de países subdesarrollados o de un grupo marginal.	Voluntarios y el hospital	Presupuestos del Estado, ayudas de varias fundaciones (p.ej. Nestle) y por parte de los voluntarios
M. de	Recibe atención inte-	El estado mediante los	Impuestos públicos

servicio nacional de salud	gral, exceptuando el servicio farmacéutico y el ortoprotésico (se paga el 40 %)	funcionarios (enfermería y los demás sanitarios)	(parte destinada a la salud) y profesionales.
----------------------------------	--	---	---

CARACTERISTICAS:

- Red única de servicios integrados
- Cobertura universal
- Equidad
- Solidaridad
- Financiación y gestión públicas
- Provisión principalmente pública
- Desarrollo importante de la atención primaria.

T. 5. PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE S.

Etapas del proceso administrativo (4):

- Planificación
- Organización
- Dirección
- Evaluación

En la planificación se diseña el proceso de planificación en si mismo, y se prevén los recursos que van a estructurar la organización y dirección y los procedimientos de evaluación.

PLANIFICACION: Vida cotidiana = intuición + experiencia

Práctica profesional = responsabilidad + intelectualidad

PLANIFICAR ES

- Hacer un análisis de los factores externos e internos que determinan un sistema.
- Identificar los problemas actuales y previsibles, ordenándolos por la prioridad de la intervención.
- Diseñar actividades y métodos para resolver el problema
- Definir los instrumentos de evaluación que abarquen la totalidad del problema
- Elaborar todas las propuestas y alternativas que surgieran del proceso de administración

OBJETIVOS DE LA PLANIFICACION

Deben ser: – claros y concisos

– realistas y medibles

Clasificación:

- Según su enfoque: de servicio, sociales(beneficios comunitarios) y económicos
- Según su alcance: objetivos generales, intermedios u operativos/a corto plazo

La meta es el % que se prevé alcanzar.

ACTIVIDADES

Tienen que estar ordenadas y deben cumplir los objetivos. Las personas son quienes ejecutan las acciones x delegación y las responsables del fin último de la actividad.

Los recursos son los medios que prevemos que se van a utilizar para realizar las actividades. Pueden ser:

- Financieros
- Materiales
- Humanos

Hay que determinar temporalmente las actividades prioritarias y espacialmente (donde se realizaran).

ANALISIS DE LAS NECESIDADES DE SALUD

Está ligado a la percepción singular de las personas y las poblaciones, sobre su forma particular de interpretar sus propias necesidades de salud.

- Enfermedad: alteraciones del organismo que afectan a la normalidad fisiológica y funcional del ser humano.
- Problema de salud: ausencia o deficiencia de salud percibida
- Necesidad humana: puede existir sin que haya problema de salud

4 conceptos de necesidad: n. normativa, n. percibida, n. expresada y n. comparada.

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES

Se deben analizar (para evitar orientarse solo por las necesidades percibidas) en 2 tiempos distintos:

- Identificación de los problemas de salud a partir de la recogida de información (indicadores de salud).
- Interpretación y análisis de los problemas identificados para emitir un juicio de la situación de salud.

Indicadores del sistema de salud: son medidas directas o indirectas del estado de salud en r/c situaciones de enfermedad que influyen en la salud y en la predicción de situaciones de riesgo.

Categorías:

- Indicadores de nivel o calidad de vida:
 - Sociodemográficos
 - I. del cuidado de salud
 - Indicadores sanitarios:
 - + si esperanza de vida, fecundidad, estado nutricional
 - si mortalidad, morbilidad
- Indicadores de utilización de servicios y recursos sanitarios: promedio de urgencias atendidas,

primeras consultas

Consideraciones (Donabedian):

- Determinación de la población y de la muestra.
- Definir el tamaño de la muestra
- Tipos de muestreo (aleatorio, m. probabilístico)
- Limitaciones y sesgos de la muestra

METODOS DE CONSENSO EN EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES D S.

- Informadores expertos
- Técnica del grupo nominal: 5/11 no conocidos (xa resolver temas complejos)
- Técnica de Delphi: enviar un cuestionario que luego se debe poner en común (muy lento)
- Técnicas de interacción: Brainstorming y Foro comunitario (animar a hablar, hacerle publicidad al evento y al final leer las conclusiones).

T. 6. LOS MODELOS DE PLANIFICACION

1º hay que hacer una reorientación para que el valor prioritario sea: preservar los requerimientos y necesidades que tiene la población en materia de salud.

DETERMINANTES ACTUALES DE LA ATENCION D S.

- Evolución científico–tecnológica (> curaciones)
- > los costos: hay que equilibrar los niveles de S de la población y los costos de las prestaciones.
- Evolución del concepto de Salud pública y mejora del bienestar personal.
- Se valoran las necesidades de la población en atención primaria al planificar los servicios (modelos de salud comunitarios)
- El avance d conocimientos cibernéticos y estadísticos.

TENDENCIAS EN LOS MODELOS D PLANIFICACION

Según el modelo que se aplique hay diferentes formas de planificación:

- S. publica y epidemiológica: 1º se identifica el problema y después los determinantes asociados, para intervenir en consecuencia.
- S. comunitaria: identifica necesidades y hace programas para resolverlas.
- CC sociales: se interviene sobre los determinantes de S sin relación de causalidad.

Todo modelo habrá de cumplimentarse por un sistema de evaluación q mide la calidad y la eficiencia.

Planificación estratégica

= la vision de dar una continuidad progresiva a las acciones del presente para que sean constructivas de un futuro lejano, es decir, que las acciones que se planifican en presente prevean sus consecuencias a largo plazo.

Factores determinantes:

- Diseño global del presupuesto (previsión a medio y largo plazo)
- Cultura de la organización (valores y políticas a predominar)

Características:

- ◆ Capacidad de descentralización de la gestión
- ◆ Dirección por objetivos de salud
- ◆ Participación de agentes y proveedores
- ◆ Evaluación de resultados

Las metas y los planes que resulten de la planificación, deben ser comunicados a todos los departamentos y utilizarse como base para el desarrollo de los presupuestos y planes operativos a corto plazo.

LA PLANIFICACION SEGÚN EL NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE S. (salud)

La extensión del proceso de administración estratégica puede medirse + específicamente x el nivel de los objetivos que se pretende alcanzar.

- Planificación normativa:

Al nivel más alto de la organización le va a corresponder definir la idea, lo que se llama en la planificación la misión(a donde debe llegar la organización). En acción se le llama planificación política. Es responsabilidad del ministerio de sanidad o del conceller de sanidad de las CCAA.

- Planificación estratégica:

Esta asociada a una organización con el nivel de gerencia d un hospital o de un área de atención primaria.

Aquí se establecerán prioridades y se definen optativas que se habrán de tomar en el futuro. La forma de expresión de estos planes se llama plan directorio, ha de tener un alcance temporal de al menos un quinquenio y es el marco para determinar el contrato programa actual.

- Planificación táctica:

El contrato de programa se desglosa en una cartera de servicios que determina las actividades a llevar a cabo y que deberá ser pactada previamente con cada uno de los servicios o unidades asistenciales, con el único fin de acomodar los objetivos y asignación de presupuestos para el logro de los mismos.

Esta cartera de servicios tiene un alcance a corto plazo y abarca objetivos específicos.

- Planificación operativa:

Se trata de definir actividades a corto plazo que se describen en un calendario de ejecución y gestión directa de los recursos. Tb. se planifica la evaluación interna y de los resultados, aunque la evaluación se completa con procedimientos externos.

ELABORACION DE UN PLAN ESTRATEGICO

Elementos fundamentales de la planificación (ME P Do)

- La misión
- La estrategia
- Los planes y programas de actuación
- Diseño de la evaluación continua

Misión: es la determinación de la filosofía, las metas y los valores que deberá seguir el proceso.

Estrategia: es la forma de orientar la dirección de la empresa, que permite prever el > rendimiento de los recursos de una organización, considerando todos los factores y estableciendo equilibrio entre la estructura interna y las demandas del exterior.

Diseño de planes:

Lo importante es conseguir resultados no que se siga el programa. Instrumentos relevantes:

- La información como instrumento de planificación.
- La creatividad como instrumento de la estrategia.
- El propio diseño del plan.
- La planificación de las contingencias.

Evaluación continua: se planifica en función de unos resultados esperados o deseados. Nos permite conocer desviaciones al ser continua y permitirá incorporar nuevas estrategias.

LA GESTION CLÍNICA:

Como modelo trata de acercar los instrumentos de gestión a áreas de atención de S. y asistencia sanitaria, en un proceso de descentralización y de coordinación y cooperación entre gestores, jefes d departamento y unidades básicas de cuidados.

LA APORTACION DEL MODELO DE GESTION CLINICA EN ENF^a DEL REINO UNIDO (Anne Cooley)

- Relaciones con el comité directivo:

El director de enf^a deberá asesorar en la toma de decisiones y deberá incorporar el conocimiento de los últimos avances y tendencias asistenciales de enf^a.

- Formación de la enfermera en gestión publica:

Las enfermeras deben conocer los estándares de una buena práctica clínica.

- Sobre las responsabilidades:

La atención a los ptes. se debe basar en que la calidad de los servicios de enf^a sea un factor de peso en la toma de decisiones y en la provisión asistencial.

- Sobre la estrategia enfermera en la planificación de la gestión clínica:

- Determinar una filosofía de actuación, con metas y objetivos.
- Normas y procedimientos orientativos.
- Adaptar similitudes de modelo de gestión clínica y los de enf^a.
- Definir la acreditación de la enfermera clínica. 3 elementos:
- Formación continuada y postgrado
- Investigación
- Evaluación de la calidad y de la competencia.
- Asignar los recursos de enfermeras en r/c las necesidades de los ptes.

MODELO DE GESTION CLINICA EN ESPAÑA:

Positivo:

- No procesa cambios normativos.
- No concita rechazo político.
- Es un proceso paulatino y voluntario
- Conlleva autonomía de gestión
- Mejora las relaciones entre profesionales y usuarios
- Mejora la motivación del personal
- Proporciona mejor y mayor información

Negativo:

- Presión sindical
- Tensión entre grupos profesionales
- Criticas de desestructuración de la organización de los servicios.

PASOS D UN PLAN ESTRATEGICO

- Elaborar un problema en base a una necesidades
- Marcar objetivos (especificar la meta)
- Actividades (varias para cada objetivo)
- Recursos necesarios para cada una (personales y materiales)
- Lugar y tiempo donde realizar las actividades (situar cada actividad)
- Evaluación (positivo o negativo, porqué)

Tipos de planificación estratégica:

- P. normativa (idea)
- P. estratégica (+-15 días; área de atención primaria)
- P. táctica (actividades repartidas por servicios)
- P. operativa (a corto plazo)

PASOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

Planificación > organización > dirección > control y calidad > evaluación

T. 7. LA ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

ORGANIZACIÓN

Organizar = coordinar. Que cada uno lleve su trabajo sin obstaculizar el de los demás.

Finalidades de la organización:

- Integración de personas, actividades y resultados. Se necesita
- Trabajo coordinado, con normas y reglas seguras.
- Proceso organizativo donde el trabajador encuentre su lugar, conozca la forma correcta de actuar y tenga medios para trabajar.
- Que el trabajador sea consciente de su aportación para lograr objetivos.

- Adaptación a la situación y a los objetivos: la organización contribuye a la puesta en marcha del plan
 - ◆ Acercándola a la realidad
 - ◆ Situando al personal y medios
 - ◆ Dotando a la organización de reglas y normas de actuación.
- Continuidad y seguridad de las acciones: producir una actividad continuada para aumentar la productividad y el nivel de seguridad.
- Transmisión y utilización de la información:
- Asegurar que la información fluya a todos los niveles de la institución
- Transmitir y almacenar la información para que su utilización sea lo mas productiva posible.

ETAPAS DE LA ORGANIZACIÓN

- **Estructuración:** agrupar a su personal y medios de forma que el trabajo se realice adecuadamente.
- **Sistematización:** dotar de formas de trabajo (sistemáticas), que pretendan conseguir unos resultados uniformes, similares y coherentes con los medios y resultados previstos. (p.ej. protocolos de actuación)
- **Instalación:** dotación de personal, medios y estructura para lograr los objetivos.

LA ORGANIZACIÓN COMO EMPRESA: la empresa sanitaria

Las empresas producen bienes= productos materiales, a diferencia de los servicios (de cultura, de sanidad, etc.)

DIFERENCIAS	
Sector servicios	Otros sectores
Producto intangible (salud)	Prod. tangible
No reventa, se consume en el momento	Se puede revender
No se almacena	Se puede observar y es almacenable
Se consume mientras se produce	Producción, venta y consumo diferenciados
Existe contacto directo entre usuario–empresa	

DIAGNOSTICO DE LA ORGANIZACIÓN

Hay organizaciones externas e internas de las que depende el buen funcionamiento de la organización. Vamos a verlas.

La cultura organizacional

Es el conjunto de normas, valores y creencias de un grupo. Características:

- Innovación y asunción de riesgos
- Atención al detalle
- Orientación a los resultados
- Orientación hacia las personas
- Orientación al equipo
- Competitividad y energía
- Estabilidad

Poder, autoridad y su utilización

- Poder: dominio, influencia sobre los demás, etc.
- En la organización = fuerza neutra
- Determina las relaciones personales que se establecen para conseguir objetivos
- Es aceptado por todos
- Utilizado de forma adecuada
- Poder r/c autoridad, responsabilidad, jerarquía.
- El acto de dar una orden significa delegar, no perder responsabilidad.

7 formas de usar el poder (racanas):

Razón, Amistad, Coalición, Asertividad, Negociación, Autoridad superior, Sanciones

Tipos de poder:

- De recompensa
- Castigo
- Legítimo
- De experto
- Referencia
- Información
- De relación

LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, CARACTERISTICAS:

Estructura= la clarificación y representación de cómo se organiza el trabajo, donde se toman las decisiones, donde se sitúa la autoridad y las responsabilidades de los directivos y empleados.

La estructura refleja

- El plan, tal como se ha diseñado.
- La situación del poder y la autoridad.
- La cultura de la organización, su base y finalidad.
- La situación del elemento humano.

Influencias en la estructura (según Mintzberg)

- La tecnología
- El tamaño de la organización
- El tipo de técnicas o actividades
- El ambiente (si es estático o dinámico)

ORGANIGRAMAS

Representan especialmente los aspectos formales de una estructura:

- Divisiones o departamentos
- Relaciones de poder y coordinación
- Las líneas de delegación de autoridad

2 finalidades distintas:

- Para la empresa: estabilidad y solidez
- Para los trabajadores: ver la empresa y el puesto que ocupan

T. 9. MODELOS ORGANIZATIVOS

Particular disposición de la estructura de la organización, que demuestran las empresas para responder a las necesidades concretas de producción, eficiencia, distribución del personal, etc.

Características según su estructura:

- Complejidad: división del trabajo y especialidades, jerarquización, dispersión geográfica
- Formalización: los modelos pueden ser formales o informales, ambos necesarios.
- Centralización (donde se toman decisiones)– descentralización (agilizar la tarea): verticalidad, poder, departamentalización, toma de decisiones
- Departamentalización: por nº de personas, tiempo, área funcional, producto, proceso, área territorial

ANALISIS DE LOS MODELOS SEGÚN LA ESTRUCTURA

Hay 2 tipos de estructura: una vertical y la otra horizontal.

En los servicios sanitarios hay 4:

- Burocracia o estructura lineal
- De staff (de plantilla)
- Matricial
- Horizontal
- **Burocrática/lineal.** Sigue el modelo de estructura lineal

Positivo:

- ◊ (Ha perdido utilidad por la tecnología y el aumento de conocimientos)
- ◊ Es útil en grandes organizaciones que requieren un orden previo.
- ◊ Favorece la integración de nuevos trabajadores
- ◊ Relaciones basadas en los principios de mando y comunicación: la información se transmite con rapidez.

Negativo:

- Rutina
- Poca implicación del personal en el logro de objetivos
- Seguir normas
- Poca independencia de los trabajadores.

• De staff (de personal o plantilla):

Más basada en la especialización que en la autoridad; naturaleza más bien de apoyo o asesorar en las funciones principales, generalmente no se ejerce poder ni autoridad sobre los trabajadores.

- **Matricial:** Combina las dos anteriores. Característica principal: presenta una situación de mando dual.

Positivo:

- > flexibilidad y adaptabilidad a los cambios
- Escasa centralización
- Fomenta el trabajo por consenso
- Las decisiones se toman por los mandos intermedios (dirección liberada)
- Implica a los trabajadores en el cumplimiento de objetivos.

Negativo:

Dificultad de establecer relaciones entre los responsables y el ponerse de acuerdo.

- **Horizontal (estructura plana)**

Totalmente descentralizada, el gestor no manda, facilita el trabajo.

Positivo:

- Los trabajadores se ven satisfechos (responsabilidad y > autonomía).
- Se redistribuyen los costes del personal, ahorrando al no haber puestos intermedios.

Negativo: los directivos tienen que cambiar de mentalidad.

LAS NUEVAS NECESIDADES DE GESTION EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Principios del SSE (sistema sanitario español): UECO

- Universalidad
- Equidad
- Carácter público
- Orientación prioritaria.

La atención sanitaria así estructurada, ha presentado problemas como

- Ineficacia de gestión
- Descontento/insatisfacción de los usuarios
- Frustración de profesionales
- Excesiva centralización de las decisiones.

Camino renovador:

- > grado de autonomía de la institución respecto de la entidad financiera
- Separación de las funciones de financiación de la provisión, de la atención, generando un ambiente de mercado interno y externo.
- Tendencia a concentración de diversas estructuras para optimizar recursos.
- Responsabilidad compartida: respon. de instituciones y profesionales.
- Transformación de los entornos habituales de atención (domicilios)

NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS

Fundaciones:

Su patrimonio es, en origen, público pero tiene capacidad de comprar y vender, de acuerdo a lo que determine el órgano máximo de dirección (el patronato), donde esta la dirección del INSALUD o de la conselleria de

sanidad.

Personal seleccionado por sus capacidades y adecuación

Puede buscar fuentes de financiación.

Fundaciones sanitarias públicas:

Entidades descentralizadas, dependientes de la administración, a la que encomienda actividad de asistencia.

- Autoridad: consejo de gobierno + órganos de carácter externo + órganos de carácter interno.
- Legislación: el derecho público
- Personal: convocatoria pública.
- Actuación y financiación: procede de aportaciones públicas, aunque permite adquirir bienes por informe.

Sociedades estatales, empresas o entes públicos:

Organismos públicos a quienes la autoridad sanitaria manda la realización de actividades asistenciales. Pueden obtener beneficios por su actividad. Tienen legislación propia: derecho privado.

Consortio: unión de entidades sanitarias sin ánimo de lucro. Si obtienen algún beneficio se lo reparten entre las unidades.

Cooperativas/entidades de autoconcertación:

Agrupación de profesionales sanitarios en sociedad mercantil, para la oferta de servicios a la administración pública. Están financiadas por la admón. pública.

GESTION CLINICA

Se lleva a cabo en ciertas organizaciones:

- Unidades descentralizadas
- Concentración de recursos relacionados con determinado aspecto de la atención sanitaria
- Multidisciplinariedad
- Autonomía de gestión
- Se basa en los GDR

El director tiene la capacidad de gestionar todos los recursos; se basa en establecer:

- Objetivos orientados al paciente
- Estableciendo trayectos/ vías, en los que se especifican los objetivos que se obtendrán.
- Las actividades
- Los resultados esperados en un tiempo.

GESTION DE CASOS: seguimiento integrado del paciente

Unidades descentralizadas con una organización horizontal, donde la toma de decisiones se comparte por todos los profesionales que van a tener r/c el paciente.

La organización de gestión de casos incluye:

- Selección de grupos de pacientes por criterios:
 - clínicos
 - de riesgo
 - de coste
 - de numero (este nº varia según el total de pctes.)
- Elaboración de instrumentos de trabajo adecuados y coordinados:
 - ◆ Obj. Clínicos (en base a resultados esperados)
 - ◆ Vías clínicas
 - ◆ Criterios de excepción (si el paciente no mejora con ciertos cuidados, puede haber sido mal diagnosticado).
- Actuación de equipos interdisciplinarios organizados por el gestor de casos.
- Desarrollo de instrumentos y mecanismos de seguimiento: evaluación por medio de registros de las actividades y reuniones periódicas con todo el equipo.
- El papel del gestor de casos:
 - experto que coordina
 - proporciona un trabajo coordinado y cooperativo que fomenta la participación y responsabilidad de todos.
-
- Positivo:
 - Mejor uso de recursos
 - Satisfacción de los usuarios
 - Satisfacción de los profesionales
 - Mejor calidad asistencial

Negativo:

- Inconveniencia organizativa
- Resistencia profesional
- Temor de los gestores (al cambio)
- Enfoque medicalizado de la atención sanitaria.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS MODELOS ORGANIZATIVOS

Ventajas:

Descentralización organizativa.

Responsabilidad de las instituciones sobre los resultados.

Sistema de competencia que ayuda a la mejora de la calidad asistencial.

Satisfacción del usuario atendiendo a sus necesidades.

Satisfacción de los profesionales.

Responsabilidades compartidas.

Inconvenientes:

- Fraccionamiento del sistema público (perd. de equidad)
- Excesiva variabilidad
- Escasa participación de los usuarios
- Regulación excesiva de recursos
- Posibilidad de ruptura con los servicios sanitarios, dos tipos de instituciones posibles:

Pctes. NO rentables vs instituciones públicas / Pctes. rentables

T. 12. EL LIDERAZGO Y LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS DE LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

Liderazgo: hace referencia a actitudes y valores relacionados con el talento personal y su influencia en las personas, que capacita para gestionar; su cultura y los valores de su empresa y de los grupos profesionales que la constituyen.

Dirección: gestiona la misión de la empresa desde los profesionales y empleados, y tiene en cuenta las metas y objetivos de la organización para conseguir unos fines predeterminados.

LIDERAZGO. Es la capacidad de

- Inspirar la confianza y el reconocimiento del grupo.
- Consolidar la integración de todas las partes que se implican en la atención de salud.
- Asegurar la más alta calidad de la atención por parte de todos.
- Garantizar el éxito del grupo.

TEORÍAS Y ESTILOS DE LIDERAZGO

Habilidades:

Conocimientos

Capacidad para motivar

Confianza

Comunicación

Entusiasmo

Visión global de las situaciones

Valor Y la cap. para tomar decisiones que incluyen riesgos.

Estilos:

- Autocrático (se dicen las decisiones tras tomarlas)
- Participativo
- Democrático
- Liberal/laissez-faire/negligente (cada 1 fija sus objetivos; poca autoridad)

TENDENCIAS ACTUALES

- ♦ Líder transaccional: fija las metas en función de lo que puede esperar de las personas que dirige. El resultado es una cultura organizativa o un contrato de beneficios mutuos.
- ♦ Líder transformador: motiva a sus seguidores a alcanzar sus metas. El resultado es el aumento de las expectativas de trabajo.

DIRECCION

Es un proceso que conduce a las metas deseadas, por lo que debe planificar, organizar, coordinar y controlar, con el fin de cumplir las metas y objetivos de la institución. Dirigir es: (S el C O L Mo!!)

- Supervisión
- Comunicación
- Orientación
- Liderazgo
- Motivación

El acercamiento entre el nivel estratégico y el operativo (entre el personal de enfermería y el de dirección), permite a los directivos conocer mejor las dificultades.

PRINCIPIOS DE LA DIRECCION

- Motivación: condicionada por el nivel de desarrollo del grupo. No solo mediante incentivos, también con asesoramiento y participación en congresos.
- Delegación: nombrar subordinados, coordinar grupos de enfermeras responsables y no perder su parte de responsabilidad.
- Resolución de problemas: ayudar a enfermería y descentralizar la gestión.

FUNCIONES DE LA DIRECCION: Lograr

- Competencia en el cuidado de la S.
- Calidad de los cuidados con bajos costes.
- Efectividad en los resultados.
- Crecimiento personal

LA GESTION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL SISTEMA DE S.

La gestión es el medio para alcanzar los objetivos de salud con el mayor rendimiento de los recursos sanitarios y sociales que intervienen en los procesos de salud y enfermedad. Es en resumen, la racionalidad del gasto en los servicios de salud,

Misión en la gestión enfermera:

Es el cuidado. Y el objetivo es desarrollar la capacidad de auto cuidado de la persona en su entorno.

La enfermería cuida cuando

Enseña

Requieren cuidados

Requieren dependencia.

Espacios del cuidado:

- Medio socio-sanitario
- Atención primaria
- Atención especializada

Principios de la gestión enfermera:

- ◊ El conocimiento, el método y contexto de los cuidados.
- ◊ Atención medida en términos de salud, de coste, de satisfacción y de aceptabilidad.
- ◊ Utilizar términos de calidad, que establezcan estándares e indicadores de resultados de salud.

Características de la gestión de los cuidados:

Tiene el objeto de gestionar:

- Las técnicas/tecnología de los cuidados
- Los conocimientos enfermeros
- Los valores del cuidado enfermero.

Aplicación de las técnicas de gestión:

- Analizar y elaborar información sobre las necesidades de cuidado de la población.
- Desarrollar métodos y estrategias para la adecuación de los recursos.
- Evaluar la cap. de resolución de los problemas de la atención de enfermería.

T. 14. RECURSOS MATERIALES. EL CALCULO DE COSTES

CONCEPTO Y TIPOS DE RECURSOS MATERIALES

Tipos:

- Los medios financieros y económicos.
- Los medios materiales (instrumental para las acciones)

- Según su utilización:
 - ◆ Aparataje/utillaje (para el diagnóstico y tratamiento)
 - ◆ Clínico/de reposición (placas, para las curas)
 - ◆ Mobiliarios (también para docentes: proyectores)
- Según su duración y precio:
- Material inventariable: coste > a un mínimo; duración prolongada; descripción fácil y concreta (electrocardiógrafo)
- Material fungible: el que agota su utilización en 1 o pocas veces.
 - ◆ Según su unidad de gasto:
 - Material para consumo y reposición
 - Alimentación
 - Lencería y vestuario
 - Suministros de continuidad
 - Instrumental y pequeños aparatos (pinzas, tensiómetro,)
 - Productos de farmacia
 - Material de oficina
 - Otros: para limpieza, aseo de ptes., etc.
 - ◆ Los locales/instalaciones (donde se realiza la actividad)

CONDICIONES DE LOS RECURSOS MATERIALES

Requisitos:

- ◆ Validez (aplicación práctica)
- ◆ Fiabilidad y duración (que el recurso realice su función en condiciones de seguridad)
- ◆ Facilidad de uso
- ◆ Precio adecuado: el + barato posible, cumpliendo con los anteriores requisitos.

LOS COSTES SANITARIOS. CONCEPTO

(Rodríguez y Sanz) = el conjunto de cargas o elementos que el hospital pone a disposición del personal, bien directa o indirectamente, durante el proceso por el que es asistido un enfermo.

Tipos de costes sanitarios

- Según su posibilidad de valoración económica:
 - ◆ Tangibles: tienen una valoración económica conocida (directos o indirectos, sirven para más de un proceso)
 - ◆ Intangibles: por. Ej. Los cuidados enfermeros.
 - ◆ Según la parte del sistema que reflejen:
- Totales: fijos/de estructura o variables (cambian según el nivel de producción o trabajo)
- Unitarios: coste de la unidad de producto (precio total/nº de usos)

3. Según su naturaleza:

- ◆ Materias primas (alimentos, material de reposición,)
- ◆ Mano de obra
- ◆ Gastos generales de producción (para la conservación de equipos, lavandería, etc.).

CÁLCULO DE COSTES. CASE MIX

Condiciones de los productos:

Es difícil catalogar los productos asistenciales porque deben responder a demandas concretas (las de los clientes). En principio son:

- ◆ Accesibilidad: eliminar las barreras arquitectónicas, económicas, geográficas.
- ◆ Entorno del centro/hospital (ruidos, hostelerías)
- ◆ Información de la institución: sobre el proceso a seguir por el pcte, horarios,
- ◆ Organización general.

Tipos de productos sanitarios: desde el punto de vista de la empresa (2)

- Producto final/Terminal: cuantificable, es el objeto básico de la atención.
- Producto intermedio: todas las actividades necesarias para la consecución del producto final.

En contraste a esta complejidad, no hay que olvidar que el producto sanitario es también un producto personalizado, porque la atención que se presta es de cada profesional hacia un usuario totalmente distinto de otro.

GRUPOS R/C EL DIAGNOSTICO (GDR)

Son sistemas de clasificación que consideran los episodios de ingreso hospitalario, agrupándolos en función de sus características de atención (de coste parecido), lo que se denomina: *isocoste*.

Aparecieron en los 80, como elemento de predicción del gasto y tienen establecidas unas categorías diagnósticas mayores (CDM: aparato respiratorio, ojos, quemaduras) y otras menores (derivadas de las mayores).

Variables que se consideran en la clasificación:

Edad, Sexo, Diagnostico principal, D. secundarios, Procedimientos quirúrgicos y médicos, Complicaciones, Situación en el momento del alta.

CALCULO DE COSTES EN ENFERMERIA

- ◆ Tradicionalmente: en base al tiempo empleado en la realización de tareas. No se consideraba la complejidad de la actividad, los tiempos vacíos de actividad, el valor de las actividades de apoyo/consejos, etc.
- ◆ Actualmente: hay correlación entre las actividades y resultados, aparecen el consejo internacional de enfermeras (CIE-10) y otros estudios de EEUU (NIC y NOC).

Según el estudio SIGNO-II, la medición de las actividades enfermeras puede basarse en las características de estas:

- Autónomas: acciones realizadas bajo nuestra responsabilidad (las realizadas por auxiliares de enfermería).
- Derivadas: bajo orden medica.
- De soporte: de coordinación con otros profesionales.

LA FINANCIACION DE LA ATENCION

Procede de:

- ◆ Los presupuestos generales del estado.
- ◆ De los ingresos generados por ventas de servicios o por atención a pacientes con otra financiación (empresas de seguros).

- ◆ El establecimiento de la nueva normativa de fundaciones sanitarias públicas (2000) prevé, igualmente, que las ganancias puedan redundar a los trabajadores.

TIPOS DE PRESUPUESTOS

- Presupuesto histórico: parte del que se ha consolidado en el año anterior, incrementándose según el IPC.
- Presupuesto de base 0: se basa en el análisis de las actividades previstas.
- Presupuesto por programas (más flexible): no se ciñe a las actividades de un año sino a las que forman parte de un programa.

T. 15. EVALUACION Y CONTROL EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

CONCEPTO Y FINALIDAD DE LA EVALUACION

Principal finalidad: obtener una orientación para la mejora.

La evaluación nos permite distinguir las acciones oportunas y eficaces de las que no lo son; puede pasar porque

- La acción es innecesaria, ya que el resultado se puede obtener por otros métodos más sencillos y económicos.
- La acción es inútil.
- La acción tiene más riesgos que posibles beneficios.
- Produce sufrimiento sin conseguir calidad y dignidad sobre las personas.
- No tiene sensatez ni prudencia.

AMBITO DE LA EVALUACION:

- ◇ Evaluación de lo clínico (procedimientos adecuados)
- ◇ Ámbito de los profesionales (técnica de sondaje estéril)
- ◇ Ámbito de la gestión (tener que repetir un sondaje: > dinero y > tiempo).

Actualmente se relacionan los 3 de forma armónica.

CONDICIONES DE LA EVALUACION

- Programación: es preciso determinar en que lugares de la organización se deben llevar a cabo las actividades de evaluación, los objetivos y el momento.
- Nivel de organización: en cual se hará jefaturas, staff, horizontalidad.
- Sistema de información: debe permitir cambios en el diseño de todo plan.

PREGUNTAS DE LA EVALUACION:

¿Qué se va a evaluar? Problema: aspectos técnicos, duración de la técnica, etc.

¿Quién evalúa?

¿Cómo se evalúa? Indicadores, etc.

¿Para qué se evalúa?

TIPOS EVALUACION

- ◆ Según el tiempo:
 - Previa/inicial (p.ej. comprobar el material necesario para hacer un sondaje urinario)
 - Periódica (preguntar por si hay sensación de llenado de la vejiga cada 20 min.)
 - Contínua (medición de la orina horaria, vigilar el funcionamiento correcto del sondaje)
 - Final (después de la intervención, aparición de signos de infección)
- ◆ Según la forma: externa (inspección) o interna.
- ◆ Según la técnica:
 - Técnicas de evaluación cuantitativas.
 - Técnicas de evaluación cualitativas.

MEDIOS DE EVALUACION Y CONTROL.

- ◆ Observación directa/supervisión: requiere aceptación del personal evaluado y un observador con habilidades y preparación.
- ◆ Evaluación retrospectiva (auditoria).

ASPECTOS ECONOMICOS DE LA EVALUACION

- ◆ Análisis coste/beneficio
- ◆ Análisis coste/efectividad
- ◆ Análisis coste/utilidad.

T. 16. LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LA SALUD

EVOLUCION DE LOS MOVIMIENTO POR LA CALIDAD:

Concepto de **calidad**: crecimiento de la producción + aumento de la fiabilidad + satisfacción de los clientes y trabajadores implicados.

- ◆ 1854: F. Nightingal une la estadística para medir la efectividad de la atención sanitaria y las tasas de morbi-mortalidad.
- ◆ 1950-1960: Donabedian (padre de la aplicación de la ciencia al estudio de la calidad de la atención sanitaria) habló de una triada en calidad:
 - De la estructura
 - Del proceso
 - De los resultados

CONCEPTO DE CALIDAD DE LA ATENCION SANITARIA

◇ LGS, 69: obligatoriedad de mantener al día los sistemas que aseguren la calidad en los servicios públicos de salud.

◇ OMS: cada persona tiene derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable.

Además, existe el compromiso ético profesional, que obliga a todos los que trabajan en los servicios de salud a mantener elevados niveles de calidad en su labor profesional. (CIE-10)

DEFINICION DE CALIDAD. IDEAS GENERALES:

- ◆ La calidad depende del producto o servicio y de sus características.
- ◆ La calidad debe responder a las necesidades del pcte. y satisfacerle.

Según la OMS:

Calidad= asegurar que cada pcte. RECIBA el conjunto de servicios diagnósticos MAS ADECUADO para CONSEGUIR una atención sanitaria opima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del pcte. y del servicio y LOGRAR EL MEJOR RESULTADO con el MINIMO RIESGO DE EFECTOS IATROGENICOS y la MAXIMA SATISFACCION DEL PCTE. con el proceso.

LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN SALUD:

- La calidad directa.
- La calidad indirecta
- La calidad percibida
- La calidad demostrada

Obstáculos para medir la calidad:

- ◆ Necesidad de establecer que se entiende por calidad.
- ◆ Necesidad de delimitar el campo.
- ◆ Cuestión de la medida de calidad y sus límites.
- ◆ Relatividad del concepto calidad.
- ◆ Consideración de mantener la calidad en unos niveles adecuados.
- ◆ Aspecto de los costes
- ◆ Búsqueda prioritaria de los resultados
- ◆ Dependencia de la calidad de todos los elementos de la organización.

ELEMENTOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

- Nivel científico-técnico:

Utilización de conocimientos y tecnología, que en principio aseguran que los profesionales pueden prestar 1 servicio óptimo. (Saber qué utensilios se necesitan para una técnica).

- Eficacia: Aspecto que mas bien es valorado por los usuarios: cantidad de servicios, tiempos empleados, celeridad de la atención hacerlo, pero bien y a la primera.
- Eficiencia: Valorada por los gestores de salud, que están obligados a relacionar los beneficios obtenidos (de todo tipo) con el coste que la atención ha generado. Con el < coste posible, sin desperdiciar recursos por causas como la ignorancia del numero de sonda necesario en un sondaje vesical.
- Adecuación:

Nivel de pertinencia de los servicios ofertados en r/c las necesidades presentes en la población y en cada individuo al que se atiende. Que el individuo identifique en la intervención una necesidad, deseo o sus expectativas de salud.

Otros componentes de calidad:

- ◆ Accesibilidad (legal o material)
- ◆ Competencia (de profesionales y medios)
- ◆ Relaciones personales: trato individualizado, cortés, respetuoso (hacia sus creencias e intimidad), vestido, orden
- ◆ Seguridad: organización, confidencialidad.
- ◆ Comodidad: disponibilidad de accesorios, espacios adecuados
- ◆ Satisfacción (de usuarios y profesionales)

ESTANDARES, INDICADORES Y CRITERIOS DE CALIDAD

- ◆ Estándar: explicación de lo que el cliente va a recibir como atención, de cómo actúan los trabajadores en cuanto a estructura, el proceso y resultados.
- ◆ Indicador: parámetro importante para determinar la calidad.
- ◆ Criterios: informan en cada situación del grado en que se cumple el indicador, de la calidad que se ha obtenido.
- ◆ Índice de cumplimiento umbral: denota el valor real obtenido de calidad.

Existen normas para la gestión de calidad, las elaboradas por la ISO (Internacional Organización for Standarization), que sirven para disponer de un marco común y homologado para el establecimiento de requisitos uniformes de diseño de los procesos asistenciales. Bibliografía:

- ◆ MOMPART, M.P. Y DURAÉN, M (2001): Administración y Gestión, Madrid, D.A.E.
- ◆ MOMPART, M.P. (2003): Administración de los servicios de Enfermería, Barcelona, Masson.
- ◆ Mis apuntes (2005/2006), Escuela de Enfermería Nuestra Señora del Sagrado Corazón, Castellón.

Abreviaturas más frecuentes:

Admón. administración

>, < Mayor y menor

R/c relacionado con

S. salud o sanidad

Rhb. rehabilitación

+ positivo, mas

– negativo

Pcte. Paciente

Gral. General

Obj. Objetivo

Enf^a enfermería

LGS Ley General de Sanidad

OMS Organización Mundial de la Salud

Los temas que faltan no salen en el examen, pero se expusieron en clase