

RECTORÍA Y GOBIERNO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Antigua, Guatemala
3 a 7 de Junio de 2006

José R. Repullo

Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III
c/ Sinesio Delgado 8, 28029 Madrid, España
jrepullo@isciii.es

INDICE

1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

1. Los Sistemas de Salud

2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

Introducción al estudio de los Sistemas de Salud

1.- La génesis de los Sistemas de Salud

2- El aseguramiento colectivo para los problemas de salud

1- La Génesis de los Sistemas de Salud

- El propósito de un sistema de salud es actuar como un mecanismo de ingeniería social que permita extender los avances de la ciencia y la técnica médicas a amplias capas de la población
- Pero esta preocupación es muy reciente por parte de los poderes públicos...

¿cómo se han llegado a interesar los poderes públicos en la salud

- EXTERNALIDADES
 - Influencia en terceros de la relación entre dos sujetos o entidades; positiva o negativa.
 - Externalidad negativa en salud: epidemias, salubridad, higiene
 - Externalidad positiva en salud: vacunaciones
 - Externalidad caritativa o altruista: el sufrimiento por problemas de salud de otros afecta a nuestro bienestar: caridad y órdenes religiosas, donantes altruistas, municipalidades

El nacimiento de una nueva conciencia social para la protección de la salud individual

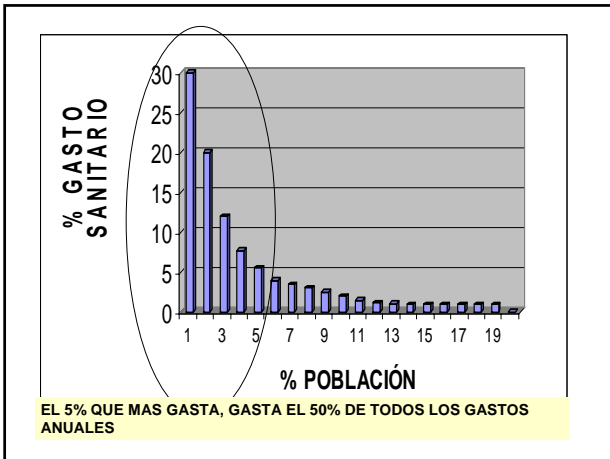
- Desarrollo científico y técnico de la medicina
 - Evolución desde acompañar, aliviar, confortar y a veces curar, ... a intervenciones con un alto poder de salvar vidas (diálisis) o preservar órganos y funciones vitales
 - Exigencia social: la sociedad se hace cada vez más intolerante a la situación en la cual hay exclusión de avances médicos por problemas económicos o sociales
- Conciencia social post segunda guerra mundial
 - New Deal / Estado de Bienestar

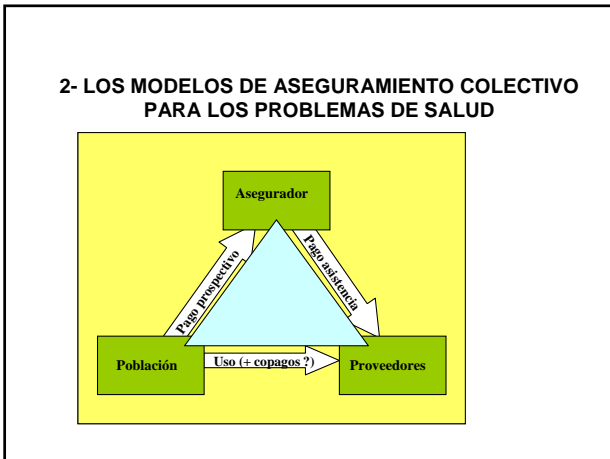
Condicionantes profesionales

- La medicina liberal como modelo profesional clásico:
 - Dos agentes: médico y paciente
 - Saber basado en la tradición; poca innovación
- Expansión del conocimiento clínico
 - A partir del Siglo XVIII; Francia, Alemania, RU
 - La característica de la medicina del Siglo XIX es la correlación de observaciones a la cabecera del enfermo con los hallazgos de laboratorio y sala de autopsia
 - Especialización: el cambio de roles profesionales
 - Interdependencias: el ocaso del modelo liberal y el nacimiento de las organizaciones y redes

Condicionantes Económicos

- Crecimiento exponencial de los gastos
- Divergencia entre gasto medio y concentración de riesgos/costes
 - El 5% de población acumula el 50% de gastos anuales
- Incertidumbre y dificultad de predecir la aparición de la enfermedad y de los costes
- Imposibilidad creciente del auto-aseguramiento, y aparición progresiva del tercero pagador





Las ventajas del aseguramiento colectivo de problemas de salud

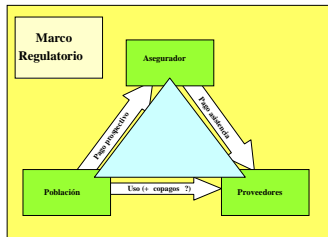
- **PARA EL QUE USA LOS SERVICIOS**
 - Porque le salen gratis y no necesita planificar una reserva económica
 - Si es del 5% que más gasta, porque no podría pagarlo
- **PARA EL QUE NO USA LOS SERVICIOS**
 - Porque obtiene utilidades en términos de tranquilidad y capacidad de destinar rentas a otros usos
- **PARA EL SISTEMA DE SALUD:** aporta fondos regulares y demanda estable (ley de grandes números)

Pero ... Hay dificultades para hacer efectivas las ventajas del aseguramiento

- SELECCIÓN ADVERSA: tendencia a salirse los bajo-riesgo y quedarse los alto-riesgo
- SELECCIÓN DE RIESGOS; el seguro intenta captar-retener a los bajo-riesgo y ahuyentar o expulsar a los alto-riesgo
- RIESGO O ABUSO MORAL; tendencia a cambio de conducta hacia riesgos o hacia consumo en personas que tienen cubierta una contingencia. Uso excesivo e inapropiado
 - COMPARTICIÓN DE COSTES
 - LIMITACIÓN DE PRESTACIONES

¿COMO SE PUEDE LIMITAR LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LA SELECCION ADVERSA?

- **Aseguramiento obligatorio**
- **Estado**



COMO SE PUEDEN LIMITAR LOS EFECTOS NEGATIVOS DEL ABUSO MORAL?

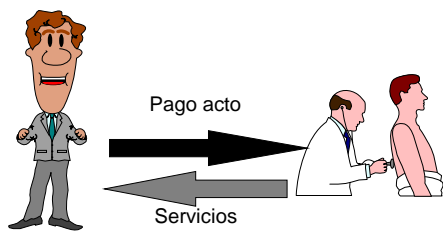
POR EL LADO DE LA DEMANDA

- **Copagos**
- **Limitación de beneficios o prestaciones**

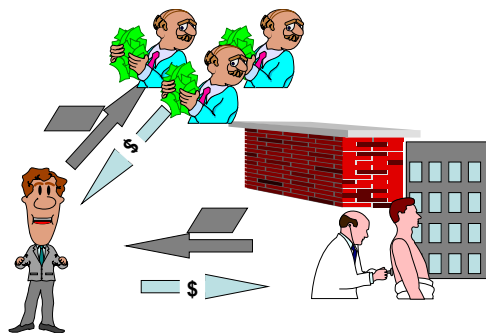
POR EL LADO DE LA OFERTA



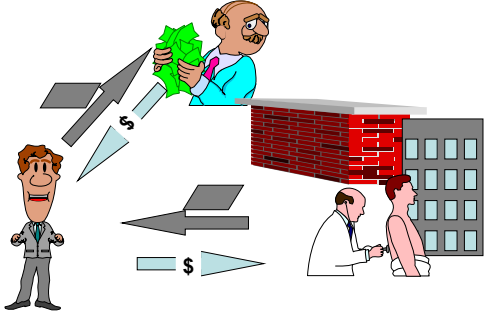
Subsistemas de relación entre agentes: 1- pago directo



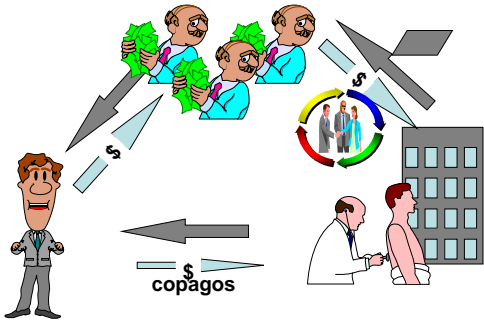
Subsistemas... 2- voluntario reembolso



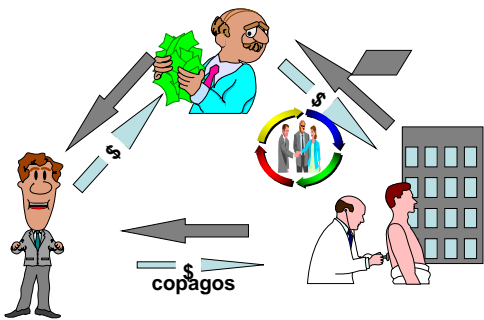
Subsistemas... 3- obligatorio reembolso



Subsistemas... 4- voluntario con contratos



Subsistemas... 5- obligatorio con contratos



Subsistemas... 6- voluntario con integración



Subsistemas... 7- obligatorio con integración



MODELOS SANITARIOS

- BISMARCK (contractual / seguridad social)
- BEVERIDGE (integrado / servicio nacional de salud)
- ASEGURAMIENTO VOLUNTARIO (seguros no obligatorios y aseguramiento competitivo)
 - Modelo Mediterráneo???
- MODELOS EN PAÍSES DEL ESTE Y CENTRO DE EUROPA
- MODELOS DE PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

**¿QUE FORMAS SE HAN
DESARROLLADO DE SISTEMAS DE
ASEGURAMIENTO PUBLICO?**

SEGURO SOCIAL SANITARIO = BISMARCK

- **Obligatoriedad al contratar**
- **Financiación por contribuciones S. Social**
- **Vinculación por contratos a proveedores**
- **FRANCIA, ALEMANIA, BELGICA, AUSTRIA....**
- **PAISES CENTRO-ESTE EUROPA**

**SERVICIOS = BEVERIDGE
NACIONALES DE
SALUD**

- **Cobertura por ciudadanía /residencia**
- **Financiación por impuesto**
- **Vinculación de proveedores por integración**
- **REINO UNIDO, SUECIA, NORUEGA,
DINAMARCA**
- **PAISES "MEDITERRANEOS": ESPAÑA,
PORTUGAL, ITALIA, GRECIA**

1. Los Sistemas de Salud

**2. Metas de los Sistemas de
Salud**

3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

Metas del Sistema de Salud y evaluación de desempeño

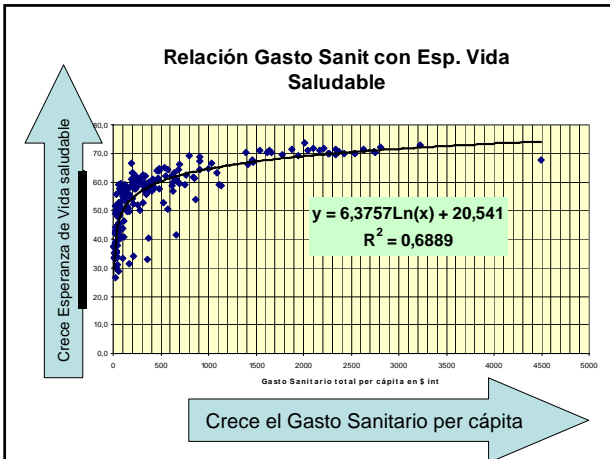
- Metas intrínsecas de los Sistemas de Salud
- Componentes de la Meta Salud y análisis del desempeño

¿Cómo saber si son buenos o malos?

- Los sistemas de salud no son un fin en si mismos
- Los resultados en salud son su fuente de legitimidad
 - Pero hay mucha gente que tiende a verlos como fin en si mismo
 - No confundir “Estado de Bienestar para los Trabajadores” con “Bienestar de los que trabajan para el Estado”

Los encargados de tomar decisiones tienen otros objetivos legítimos, aparte de proteger y/o incrementar la salud de la población:

- Buscar otro tipo de bienestar social (empleo)
- Mantener el equilibrio presupuestario
- Establecer alianzas con los profesionales (paz social)
- Dar respuesta a grupos de interés
- Mantener capital electoral
-



**Complicando la respuesta:
¿dónde ponemos los límites de las acciones del sector salud?**

- Intervención de episodio de apendicitis aguda
- Vacunación de un niño
- Regulación para uso obligatorio de cinturón de seguridad
- Subida de impuestos a la cajetilla de tabaco
- Vigilar que las niñas estén escolarizadas
- Poner el alcantarillado a una nueva barriada
- Poner en marcha un programa de alimentación complementaria

¿Todas las acciones del sector salud tienen igual significación?

- Unas están más cerca del atributo de SALUD y tienen valor por sí mismas
- Otras tienen valor en tanto que ayudan a conseguir otras cosas que son las verdaderamente valiosas

- METAS INTRÍNSECAS
- METAS INSTRUMENTALES

Algunos casos de debate...

- Mejorar la autonomía de los ancianos
- Aliviar el dolor de los pacientes terminales
- Mejorar el uso de las camas con altas más precoces
- Detectar precozmente procesos oncológicos en la mujer
- Tratar con dignidad a los pacientes y respetar la privacidad y confidencialidad

¿Cuáles serían las METAS de los distintos sistemas sociales?

Fig. 1. Metas y sistemas sociales

Metas sociales	Sistemas sociales				
	Educativo	Sanitario	Económico	Político	Otros
Educación					
Salud					
Consumo					
Participación					
Otros					
Capacidad de respuesta a las expectativas					
Equidad de la contribución financiera					

■ Meta definitoria de cada sistema
 ■ Metas comunes a todos los sistemas
 ■ Otras metas afectadas

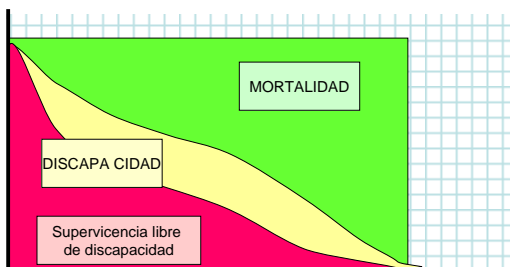
Metas Sociales	SISTEMAS SOCIALES				
	Educativo	Sanitario	Económico	Político	Otros
Educación					
Salud					
Consumo					
Producción					
Participación					
Otros					
Capacidad respuesta expectativas					
Equidad contribución financiera					

Metas Sociales	SISTEMAS SOCIALES				
	Educativo	Sanitario	Económico	Político	Otros
Educación		Promoción de la Salud / Salud Escolar / Formación paciente y cuidadores			
Salud	Educación para la salud y la convivencia solidaria	Más salud Mejor distribuida	Trabajo, Infraestructuras, vivienda, apoyo en ingresos a pobres	Alianzas por la salud, políticas salud gobierno, solidaridad como valor	Servicios sociales y de familia...
Consumo		Higiene alimentaria y nutrición / Salud Pública (protección)			
Producción		Fuerza trabajo sana Salud Ocupacional Salud Ambiental			
Participación		Participación ciudadana y de pacientes / profesionales y empleados			
Capacidad respuesta expectativas		Mejora respuesta dignidad personal y trato como cliente			
Equidad contribución Financiera		Equidad financiera en salud (triple subsidio)			

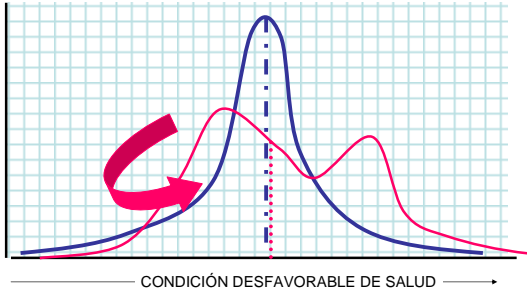
Componentes de la META SALUD

- Debe reflejar la salud de las personas a lo largo de su vida (no sólo en un momento)
- Debe contemplar como daño
 - La mortalidad prematura (consecuencias mortales de la enfermedad)
 - La pérdida de calidad de vida relacionada con la salud debida a episodios de enfermedad (consecuencias no mortales)
- Debe atender tanto al nivel medio de la salud como a su distribución

Cantidad y calidad de vida...



Nivel medio y distribución de salud...



Además de salud... Capacidad de respuesta

- Dimensión distinta, y a veces olvidada:
 - ¿el objetivo de los servicios de salud es la salud o también son los servicios en sí mismos?
 - ¿Qué condiciones y características de los servicios no están incluidas claramente en la dimensión salud (efectividad individual o poblacional)?

Pensando en algunas características....

- Medicina satisfactiva: estética (reducción o agrandamiento de mamas)
- Exigencia del paciente para que se administre un fármaco por vía inyectable en vez de vía oral ("para que haga más efecto").
- Intimidad y privacidad en el momento de la anamnesis y la exploración física
- Información y consentimiento ante una exploración dolorosa o invasiva
- Garantía de confidencialidad y custodia de información clínica.
- Listas de espera limitadas y tiempos de demora razonables
- Salas de espera confortables
- Capacidad de elegir médicos y centros

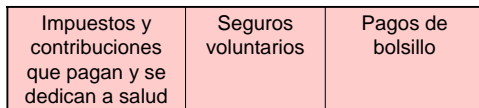
El World Health Report 2000 y la valoración de la "responsiveness"

- RESPETO POR LAS PERSONAS: 50%
 - Respeto a la dignidad: 1/3
 - Confidencialidad: 1/3
 - Autonomía: 1/3
 - ((MEJORA => INVERSIÓN EN VALORES))
- ORIENTACIÓN AL CLIENTE: 50%
 - Atención rápida/diligente. 20%
 - Calidad de instalaciones-servicios generales - hosteleros: 15%
 - Acceso a las redes de apoyo social (familia, amigos...): 10%
 - Capacidad de elección de proveedor: 5%
 - ((MEJORA => INVERSIÓN EN RECURSOS))
- (1.800 entrevistas en 35 países)

¿Cómo entender la equidad en la contribución financiera?

- Desvinculación entre pago y uso (sano subsidia a enfermo).
- Dos tipos distintos de "injusticia"
 - Gastos inesperados que arruinan (fallo de aseguramiento, enfermedad catastrófica)
 - Gastos regresivos (los pobres pagan proporcionalmente más)
- WHR: análisis ex post (valoración de mayor a menor equidad)
 - Gastos públicos (impuestos, seguros social)
 - Primas aseguramiento voluntario privado
 - Pagos en efectivo (momento de uso)

¿Cómo se definiría la financiación justa o equitativa?



Gasto total en salud de los hogares

Presupuesto familiar excluida alimentación



¿Cómo valora y pondera las metas intrínsecas de salud el WHR-2000?

METAS	Nivel medio	Distribución
Mejora de la Salud (esperanza de vida ajustada por discapacidad) 50%	25%	25%
Capacidad de respuesta a las expectativas 25%	12,5%	12,5%
Equidad de la contribución financiera 25%		25%

¿Cómo valorar desempeño?

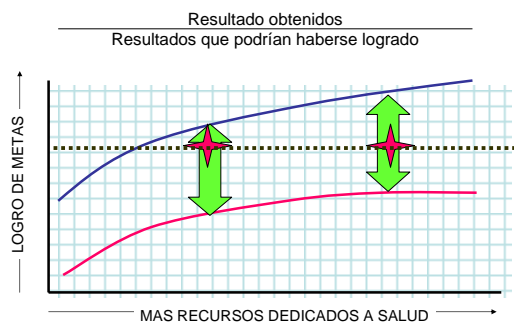
Resultados obtenidos
 Resultados que podrían haberse logrado

Pero... Si los resultados obtenidos se computan en términos de salud (peso 50%)...

¿Son los SS responsables de los determinantes de salud como tabaquismo, obesidad, seguridad vial?

¿Incluso del nivel educativo?

¿Y el desempeño acaso no depende del volumen de recursos que se dedica?



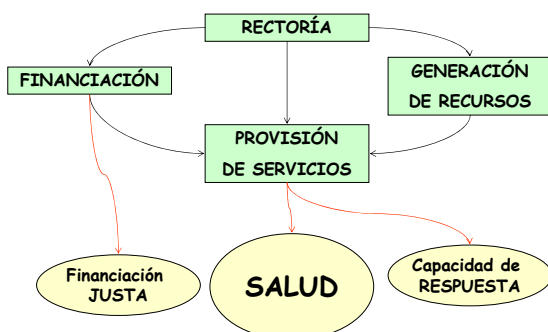
Así, por ejemplo...

- Suecia disfruta mejor salud que Uganda: su esperanza de vida es del doble
- Pero esto puede ser en buena medida porque Suecia gasta 35 veces más por habitante en salud que Uganda...
- Pero Pakistán gasta aproximadamente lo mismo en salud que Uganda
- Y sin embargo la esperanza de vida de los Pakistaníes es de 25 años más que la de los Ugandeses

¿Qué hacer para mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud?

- FACTORES pero también FUNCIONES de gobierno que permiten influir en el funcionamiento del sistema y en el cumplimiento de las metas intrínsecas.
 - 1) PRESTACIÓN DE SERVICIOS / Gerencia (meso-gestión y micro-gestión)
 - 2) GENERACIÓN DE RECURSOS / Planificación e inversión para fortalecer los recursos personales, instalaciones y equipamientos (macro-meso gestión)
 - 3) FINANCIACIÓN / Obtención, conjunción y asignación de fondos / Macro-meso gestión
 - 4) RECTORÍA / Dirección y gobierno general del sistema, sus recursos, capacidades, normas y prioridades. (Macro-gestión)

Factores-Funciones y METAS



1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
- 3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud**
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

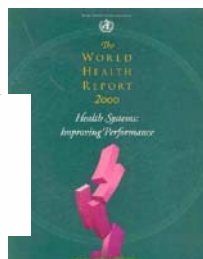
Introducción a las funciones de Gobierno y Rectoría en el Sistema de Salud

- Conceptos de Rectoría
- Dimensiones
- Contexto
- Barreras
- Buen Gobierno

CONCEPTOS RECTORÍA Y GOBIERNO


- Informe Mundial de la Salud 2000

CHAPTER 6	
HOW IS THE PUBLIC INTEREST PROTECTED?	117
Governments as stewards of health resources	119
What is wrong with stewardship today?	120
Health policy – vision for the future	122
Setting the rules, creating compliance	124
Energizing into vigor, sharing knowledge	129
Strategic roles and resources: who should do what?	132
What are the challenges?	135
How to improve performance	137



La Directora General de la OMS acerca de la rectoría en junio de 2000

- La gestión cuidadosa y responsable del bienestar de la población
- La verdadera esencia del buen gobierno
- La visión amplia y global del sistema y la capacidad de reconocer sus problemas y fallos



Gro Harlem Brundtland
Geneva
June 2000

Gobierno y Rectoría

- El Gobierno del sector salud se extiende a muchos ámbitos y acciones, relacionadas o no con la mejora de la salud
 - La Rectoría del sector salud se centraría en aquellas acciones que están focalizadas hacia la mejora de la salud
 - La Rectoría es una función más "política": al centrarse en las metas intrínsecas debe prestar más atención a unos valores, preferencias y objetivos sociales en detrimento de otros.
- Travis P, et al. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva, WHO, 2002.
- Hunter D. Steering the purchaser: stewardship and government. En: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health system performance. WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2005

Condicionantes del surgimiento de la idea ...

- La idea de Estado de Bienestar...
 - lleva a un gran tamaño del aparato del Estado y a una implicación con la gestión de servicios públicos (personales)
 - La gestión operativa de los servicios, que es a veces agobiante, puede apartar la vista de los grandes temas
- REMAR MENOS Y DIRIGIR MÁS
- FACILITADORES más que HACEDORES

Rectoría como nuevo estilo de buen gobierno

- Resonancias religiosas del Stewardship (y de la "rectoría":
 - Destaca el servicio desinteresado a los valores fundamentales
- Apela a la teoría de agencia entre funcionarios y políticos con la sociedad
 - Extiende el concepto de homo economicus (motivación extrínseca por alineamiento de incentivos) a un territorio de auto-realización (motivación intrínseca por el trabajo bien hecho)
- Se extiende a una teoría más ambiciosa del comportamiento humano
 - ética de servicio público (motivación trascendente)

Tres dimensiones fundamentales para la rectoría

- Capacidad estratégica:
 - Visión y dirección para formular las políticas de salud
- Capacidad de influir
 - Regulación y otros medios
- Capacidad de generar y utilizar el conocimiento
 - Inteligencia

1ª dimensión: La formulación de políticas y estrategias como parte de la rectoría

- Marcar la dirección a través de formulación de políticas y estrategias
 - Sobre metas y objetivos generales: como la ganancia de salud
 - Suelen ser ampulosos y retóricos
 - Se produce un "gap" de implementación
 - Sobre recursos y servicios: como centros y servicios de atención sanitaria
 - Tienen a dominar la agenda estratégica
 - Los medios tienden a prevalecer sobre los fines

Consideraciones al plantear la formulación de políticas

- Las políticas no tratan tanto de como tomar una decisión como de sostener y gestionar las estrategias
- Menos remar puede significar quitarse de enmedio (*laissez fair ...*) no se trata de implicarse menos sino de otra manera (y quizás menos ruidosa o con menos protagonismo)

2ª dimensión: La regulación como mecanismo de influencia de la rectoría

- Regulación en sentido amplio:
 - Control continuado y focalizado que se ejerce por la autoridad sobre actividades de alto valor social.
- Evolución del papel de la regulación
 - Menor en sistemas integrados: costes / personal
 - Mayor en sistemas contractuales: calidad y respuesta a demandas y expectativas
 - Nuevo papel en modelos de rectoría

3ª dimensión: Inteligencia, gestión del conocimiento y rectoría

- La inteligencia es un concepto más amplio que la información
 - Implica identificar e interpretar el conocimiento fundamental para tomar decisiones, a partir de un amplio rango de fuentes formales e informales: información rutinaria, investigación, medios, encuestas, grupos de presión ...
 - Fundamental basarse en la evidencia ... Pero la mayoría de las políticas no lo están
- Gestión del conocimiento busca mejorar la inteligencia de las decisiones:
 - Identificar necesidades, evaluar intervenciones, valorar nuevas tecnologías, etc.

Construir INTELIGENCIA

- Se basa en la información
- Considera la transparencia en la información como parte del compromiso con los ciudadanos.
- La inteligencia no tiene como objeto reconciliar las diferencias de posición, sino que el debate se desarrolle desde una comprensión más honesta y ajustada de la situación y las opciones.

La rectoría es altamente dependiente del contexto

- Contexto político
 - Reglas formales e informales
 - Clima y momento político
- Contexto administrativo e Institucional
 - Estructura y capacitación del aparato del Estado
 - Estructura competencial del Estado (descentralización)
- Contexto sectorial
 - Macro / meso / micro

Importancia del contexto

- Se podría entender la rectoría en el sector salud como una adaptación del buen gobierno a condiciones especiales:
 - Estrategia de acumulación de poder por parte de la autoridad sanitaria nacional para articular el gobierno del conjunto del sistema
 - Función de gobierno en condiciones de poder muy distribuido, organizaciones muy fragmentadas, grandes resistencias al cambio, y limitado capital de liderazgo de la autoridad sanitaria nacional

Accountability (rendición de cuentas)

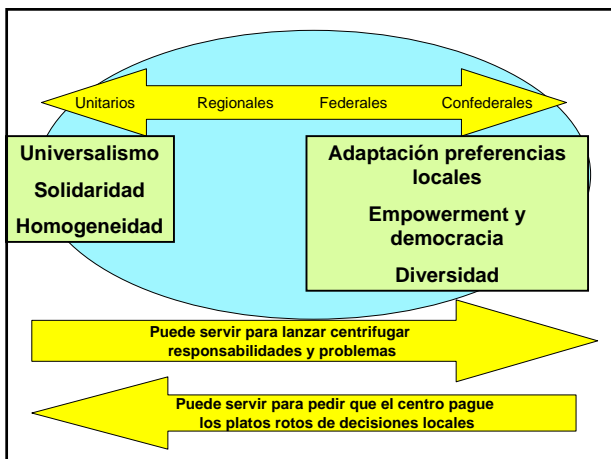
- **DOS TIPOS**

- Del desempeño: ¿se han cumplido los objetivos marcados?
- Del desarrollo:
 - ¿se han cumplido los procedimientos y se han desarrollado las actividades establecidas o acordadas? (POSICIÓN)
 - ¿El proceso de decisión y los avances dados en su contexto han sido razonables y lógicos? (PERSPECTIVA)



Descentralización, rendición de cuentas y rectoría

- Cuando hay descentralización radical se configura un gobierno multi-nivel complejo donde se dan dos rendiciones de cuentas
 - INTRA-NIVEL: Es la clásica de los poderes públicos hacia su ámbito político (nacional, regional, local) y para su ciudadanía (los que les votan y ante quien han de rendir cuentas)
 - INTER-NIVEL: Relación de niveles inferiores a nivel superior (que retiene garantías últimas aunque limitadas del conjunto del sistema ante el conjunto de la población).



Barreras a la rectoría y buen gobierno

- **ECONÓMICAS**
 - Hacer estrategias, regular y desarrollar inteligencia es caro
 - Poner en marcha políticas es aún más caro
 - Cuando el gobierno es el primero que incumple sus obligaciones financieras cunde la desconfianza
- **POLITICAS**
- **SOCIO – CULTURALES**

Barreras a la rectoría y buen gobierno (2)

- **ECONÓMICAS**
- **POLITICAS**
 - Alto coste de alterar el status quo y compromisos dejados por los anteriores
 - Debilidad política de ministros de sanidad
 - Conflictos de influencia y recursos
 - En el mismo nivel administrativo
 - Entre niveles superiores e inferiores
- **SOCIO – CULTURALES**

Barreras a la rectoría y buen gobierno (3)

- **ECONÓMICAS**
- **POLITICAS**
- **SOCIO – CULTURALES**
 - Desconfianza en gobierno y corrupción en el aparato del estado
 - Captura de reguladores por regulados, y redes sociales con connivencias y colusiones
 - Dobles raseros en función de criterios ajenos
 - Peculiaridades del sistema, y tradiciones difícilmente modificables (pagos informales)
 - Inercia y falta de competencia de los funcionarios para asumir nuevos roles y gestionar el cambio

El marco de Buen Gobierno o "Gobernanza"

- Capacidad de formular o aplicar políticas razonables
 - Es más genérico e instrumental
- Capacidad de articular en el marco institucional existente ideas, normas, procedimientos, y recursos, y de gestionar los cambios minimizando el coste y el estrés social.

Componentes: PRINCIPIOS de la gobernabilidad / buen gobierno

- Transparencia
- Rendición de cuentas
- Participación
- Capacidad de formular proyectos sociales
- Capacidad normativa
- Capacidad técnica
- Capacidad económica
- Efectividad en la implementación

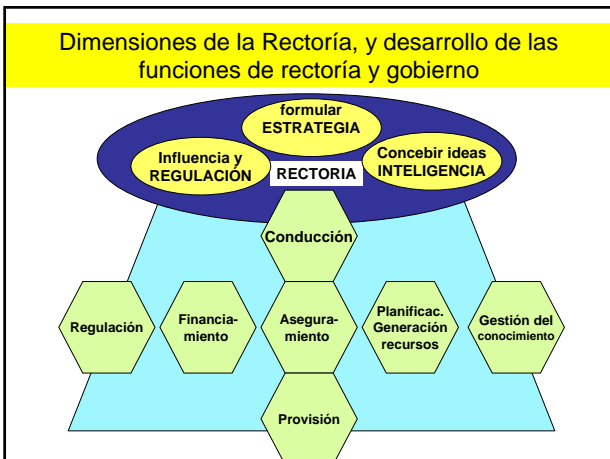
Rectoría y Buen Gobierno

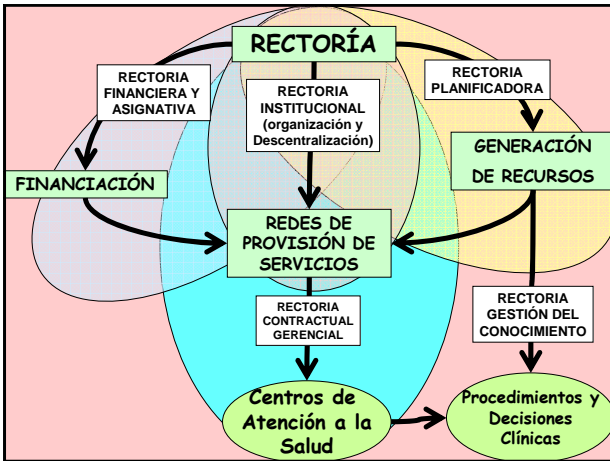
- Ambos se necesitan:
 - Rectoría focaliza en lo substantivo (dirigir y no remar)
 - Buen Gobierno se preocupa de las condiciones generales que permiten la acción colectiva para resolver los problemas sociales
- Una misión de la rectoría en salud, es crear las condiciones de buen gobierno en el sector



Funciones de Rectoría

- Financiación-Asignación
- Planificación-desarrollo de recursos
- Organización Institucional – descentralización
- Gestión contractual y nueva gerencia pública
- Gestión del conocimiento (gobierno clínico)





Funciones de Rectoría

Financiación-Asignación
 Planificación-desarrollo de recursos
 Organización Institucional – descentralización
 Gestión contractual y nueva gerencia pública
 Gestión del conocimiento (gobierno clínico)

La **función financiera** busca recaudar los fondos precisos, de forma equitativa (progresividad del sistema de recaudación, y mancomunación de fondos en los sistemas de aseguramiento).

La **función asignativa** impone restricciones basadas en prioridades de salud para mejorar la justicia redistributiva final del sistema (subsido de ricos a pobres y de sanos a enfermos)

Funciones de Rectoría

Financiación-Asignación
Planificación-desarrollo de recursos
 Organización Institucional – descentralización
 Gestión contractual y nueva gerencia pública
 Gestión del conocimiento (gobierno clínico)

La **función de Planificación y Desarrollo de recursos** buscar generar inputs esenciales para el sistema de salud:

- Recursos Humanos
- Recursos Materiales
- Recursos Organizativos
- Recursos Institucionales:

Funciones de Rectoría

- Financiación-Asignación
- Planificación-desarrollo de recursos
- Organización Institucional – descentralización**
- Gestión contractual y nueva gerencia pública
- Gestión del conocimiento (gobierno clínico)

La función de Organización Institucional u descentralización busca ajustar autoridad y poder en los procesos de toma de decisión en relación a los distintos agentes institucionales que participan en el sistema de salud; busca alinear las decisiones, la información y la motivación por parte de los agentes.

Funciones de Rectoría

- Financiación-Asignación
- Planificación-desarrollo de recursos
- Organización Institucional – descentralización
- Gestión contractual y nueva gerencia pública**
- Gestión del conocimiento (gobierno clínico)

La Gestión contractual y nueva gerencia pública se orienta a buscar formas de transferir riesgos y recompensas a las entidades proveedoras de servicios, explicitando los objetivos y metas que deben realizarse a través de sistemas de contrato, y otorgando niveles significativos de autonomía de funcionamiento a las organizaciones pública proveedoras de servicios.

Funciones de Rectoría

- Financiación-Asignación
- Planificación-desarrollo de recursos
- Organización Institucional – descentralización
- Gestión contractual y nueva gerencia pública
- Gestión del conocimiento (gobierno clínico)**

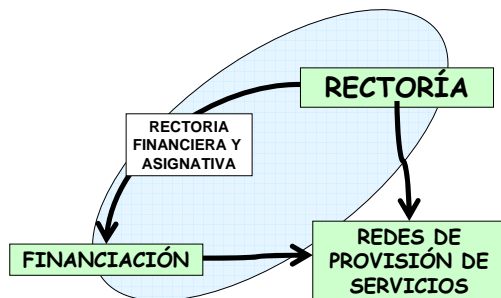
La Gestión del conocimiento es una función especializada de la generación de recursos que conecta de forma directa con el mundo de las decisiones clínicas, y busca influir en las mismas a través de la investigación, el estudio y difusión de del mejor conocimiento disponible, para buscar mejorar el impacto en efectividad, satisfacción y forma de errores y efectos adversos

1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
- 4. Financiación y Asignación**
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

Financiación y Asignación

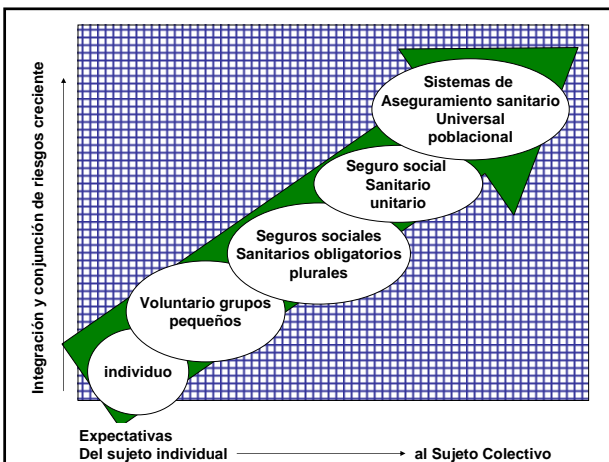
- Recaudación de fondos
- Conjunción o mancomunación de riesgos
- Asignación de recursos y vinculación de los proveedores

La financiación y la asignación como dos funciones esenciales para el desarrollo de la rectoría



Financiación

- Obtención de los recursos que se precisan para mantener y desarrollar el sector salud
 - Servicios comunitarios (o no personales); Bienes públicos
 - Servicios personales, de atención sanitaria; Bienes preferentes.
- Los Sistemas / Servicios públicos de salud

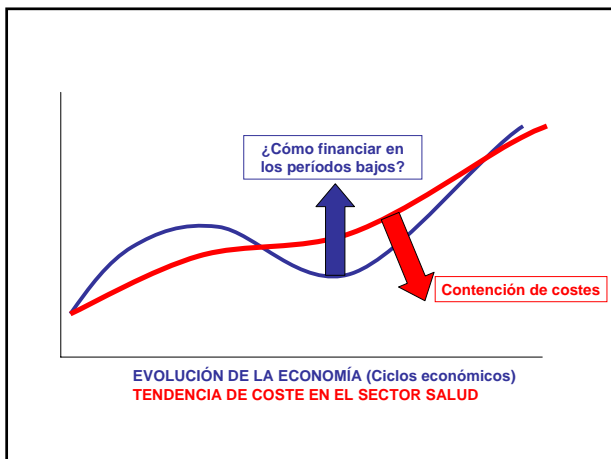


Desde la perspectiva del sistema público de salud:

- FINANCIACIÓN como recaudación de ingresos
- FINANCIACIÓN como sistema que mancomuna fondos e integra riesgos de distintos grupos sociales
- FINANCIACIÓN como un sistema de asignación de fondos a territorios o instituciones para promover políticas de reequilibrio

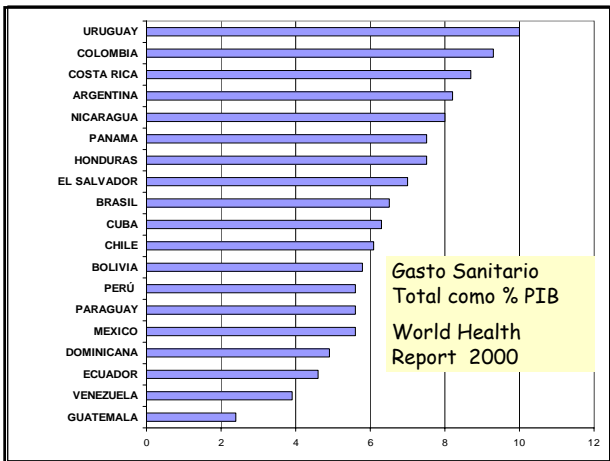
Recaudación de fondos

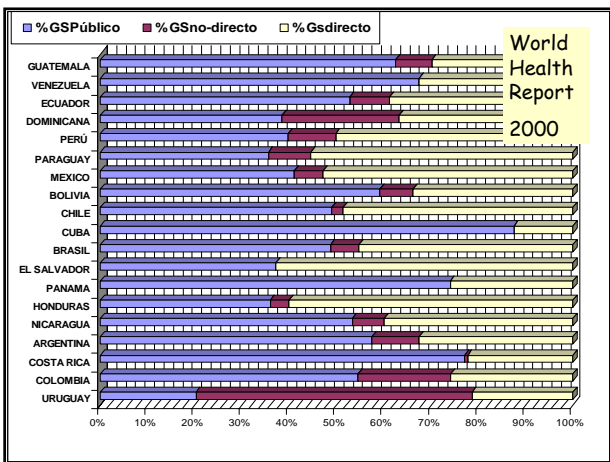
- ¿Qué tipo de recursos tiene el sector salud?
 - Activos específicos, costosos e imposibles de dedicar a otras utilidades.
 - Tecnología no substituye a mano de obra sino que exige mayor especialización
 - Producción especializada y acoplada con creciente necesidad de conectividad y gestión de la interdependencia (cronicidad + especialización).
- ¿Qué implica?; costes difíciles de estabilizar, y difícil reactividad a cambios de ciclo económico

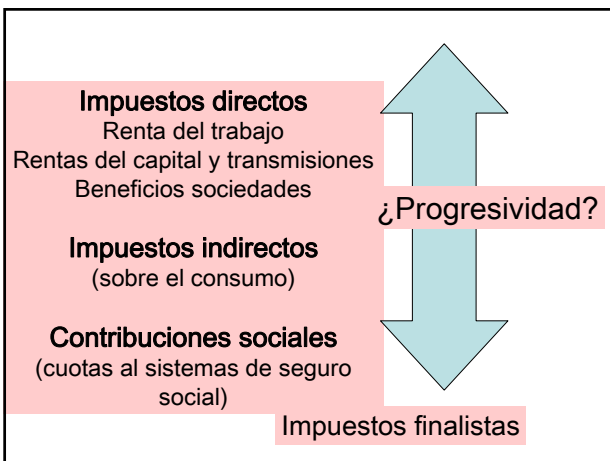


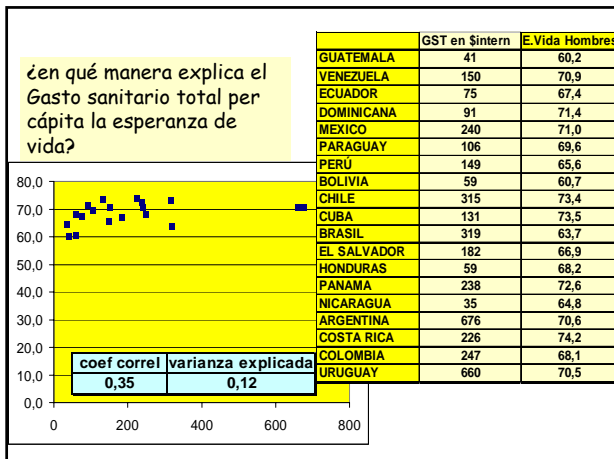
Mecanismos de recaudación

- Origen de fondos:
 - Impuestos directos
 - Impuestos indirectos (consumo)
 - Impuestos especiales sobre determinados bienes
 - Donaciones y préstamos exteriores
 - Contribuciones a seguros sociales sanitarios
 - Primas a seguros voluntarios privados
 - Pagos en efectivo:
 - Costes compartidos al utilizar los servicios públicos
 - Pago directo en el sector privado









- Impuestos generales: salud como bien público-preferente (progresividad en función de sistema impositivo y de dominio de directos sobre indirectos)
- Contribuciones sociales: salud como bien de mérito
 - Sistema integrado de seguro social (integra y compensa riesgos entre el amplio colectivo de trabajadores)
 - Sistema no integrado (compartimentos por sectores o regímenes contributivos diferenciados)
- Pago privado (de las familias): salud como bien privado
 - Aseguramiento privado: ¿primas en función del perfil de riesgo?
 - Costes compartidos en sistemas de aseguramiento
 - Pago directo de servicios y productos sanitarios

¿Bienes públicos o bienes tutelares?

- **“bien público”** aquel bien o servicio socialmente importante, que no puede comercializarse vía mercado, pues una vez producido no puede evitarse que todos se beneficien aunque no paguen (principio de no exclusión) y no existe rivalidad en el consumo por parte de los individuos (beneficio indivisible)
- **bien tutelar o de mérito** aquel bien o servicio socialmente relevante que puede proveerse por el mercado, pero que al hacerlo se haría en cantidades mucho menores de las que el sujeto social juzgaría como necesarias, pues buena parte de los beneficios son sociales y no sólo individuales (sanidad, educación, protección de incendios...)

La eficiencia en los sistemas de recaudación

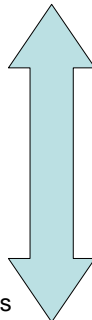
- ¿Cuánto cuesta recaudar?
 - Poco si el sistema ya existe para otras utilidades además de la de salud
 - Sistema tributario general del país/ o Seguridad Social (separación de lo actuarial de contributivo de lo no contributivo)
 - Impuestos especiales "finalistas" o "marcados" (vía impuestos indirectos... + costes vigilancia fraude)
 - Mucho si el sistema debe crearse para allegar fondos a salud.
 - Positivo: la gente puede legitimar más el pago de contribuciones si sabe que es para mejorar su aseguramiento, o aceptar que debe hacerlo para complementar el servicio en el momento del uso
 - Negativo: costes de transacción, y vigilancia de sistema tributario (no suele haber competencias suficientes para gestionarlo bien).

FINANCIACIÓN como sistema que mancomuna fondos e integra riesgos de distintos grupos sociales

- OBJETIVO:
 - Pagar según posibilidad económica
 - Utilizar según necesidad
- La realización de este objetivo exige ver el balance de
 - Cuánto se paga
 - Cuánto se utiliza

¿Quién se beneficia más?

- El pobre consume menos que el rico
- El pobre consume en términos absolutos más que el rico (pero también tiene más carga de enfermedad)
- El pobre consume en términos relativos (ajustado por nivel de salud) los mismos servicios que el rico, pero con calidad percibida menor
- Pobre y rico no muestran diferencias en el consumo ajustado de servicios de salud, cuantitativa y cualitativamente (rico se diferencia en medicina satisfactoria y demandas de distinción social)



FINANCIACIÓN como un sistema de asignación de fondos a territorios-poblaciones para promover políticas de reequilibrio

- La asignación puede considerarse o no como función financiera.
 - Si es una asignación vía planificación o vía contractual no es una política primariamente financiera
 - En ocasiones se establecen normas de cálculo o fórmulas de asignación económica para beneficiar en el reparto los territorios y poblaciones menos favorecidas
 - Se busca ajustar financiación a necesidad estimada en función de variables que aproximen mayores necesidades de salud

¿Cómo hacer fórmulas de ajuste de la asignación?

- Limitaciones: el grueso de la asignación es realmente histórico (criterio de suficiencia)
- Buscar variables exógenas (no influenciadas o imputables al buen o mal funcionamiento de los servicios de salud)
 - Edad: envejecimiento => más necesidad
 - Factores socio-económicos => “ ”

VARIABLE (%)	PESO
Ancianos que viven solos	6.62
Niños menores de 5 años	4.64
Clase social más baja (grupo V)	3.74
Nivel de desempleo	3.34
Hogares mono-parentales	3.01
Hacinamiento en hogares	2.88
Población de alta movilidad	2.68
Minorías étnicas	2.50

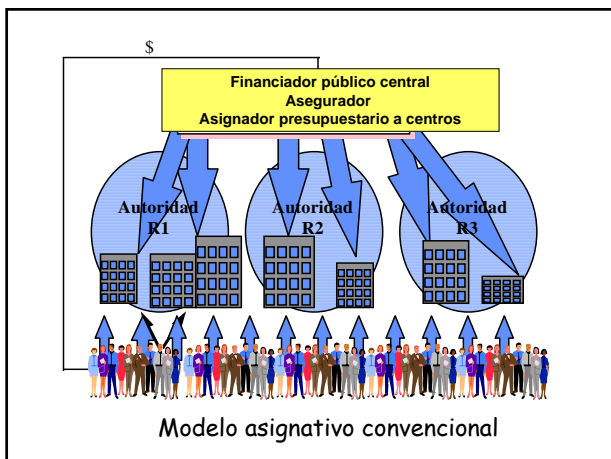
Índice de deprivación de Jarman usado en El Reino Unido

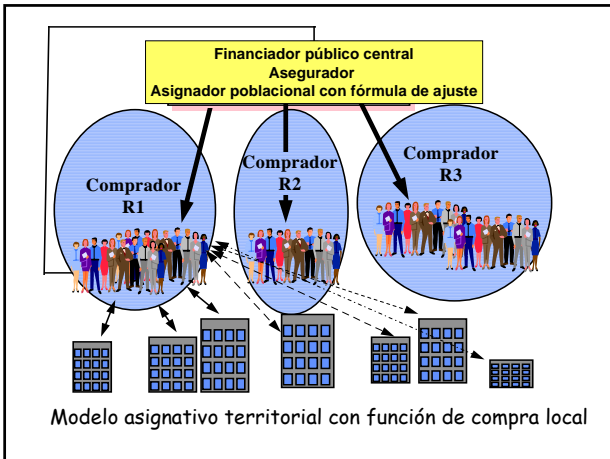
¿y los factores que no son totalmente exógenos?

- Mortalidad (Índice de Mortalidad Estandarizada: SMR)
 - Si lo considero exógeno, estoy recompensando con recursos a los que lo hacen mal
 - Si lo considero endógeno estoy castigando a la población por el mal funcionamiento de mis propios servicios públicos
- ¿Efecto de la distancia – dispersión?:
 - Paradoja: zonas con gran dispersión tienden a usar menos y a gastar menos; Pero tienen muchas más necesidades no cubiertas: para dar misma cantidad y calidad se precisería dar mucho más dinero

La asignación tiene un componente histórico determinante: el reto de hacer menos retrospectivos los sistemas de asignación

- Las políticas de rectoría tienen que establecer un horizonte de equilibrio asignativo a medio plazo
- Un alternativa es reforzar el papel de la autoridad local como planificadora o compradora de servicios para su población





1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
- 5. Regulación e Instrumento Normativo**
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

Regulación

- Recurso central de la autoridad
- Implica formalización de código de conducta, pero también implica uso de coerción o condicionamiento de conducta
- Estado como único ente que legítimamente puede usar la coerción
- Es un recurso que debe ser usado armónicamente con otros medios

Estructura regulatoria

- Se refiere al conjunto de reglas, procedimientos, leyes, decretos, códigos de conducta estándares, etc. que existen y están en vigor para guiar el funcionamiento de las personas y agentes dentro de los sistemas
- Estructura: jerarquía normativa
- Relación entre autoridad (legitimidad para establecer normas) y poder (probabilidad de que las normas sean cumplidas por individuos que no desean hacerlo)

Regulación y comportamiento

- **MODELO DE PROHIBICIÓN**
 - Presupone que los agentes son amoraless y calculadores (principio de desconfianza)
 - Explicitar estándares y formalizar y emplear duras sanciones
- **MODELO DE INDUCCIÓN**
 - Presupone que los agentes son sensibles al interés general (principio de confianza)
 - Se cuenta con la buena voluntad y la adaptación razonable en el desarrollo
- **CONTEXTO:** ¿están alineados los intereses?

La regulación en la rectoría

- Buscar reglas justas de juego, claras, aceptables, que permitan canales para que todos puedan expresarse
 - Adecuación de la respuesta
 - Proporcionales
 - Sensibles a los costes
 - Metodológicamente consistentes y robustas
 - Balance flexibilidad – consistencia
 - Con desarrollo normativo adecuado

Tipos de regulación

- **SOCIALES: Normas Sociales Generales**
 - Afectan y pueden ser invocadas por los individuos, organizaciones y administración (Derecho penal, civil y mercantil, administrativo (administrador/administrado), tributario y normas fiscales)
- **INTER-ORGANIZATIVAS: Obligaciones contractuales entre organizaciones y comerciales**
 - Libremente asumidas, y tuteladas públicamente (Derecho civil y mercantil, de los consumidores / defensa competencia)
- **INTRA-ORGANIZATIVAS: Jerárquicas o de función pública**
 - Derecho laboral, administrativo

Regulación: las reglas del juego

- ¿Quién las establece?
 - Ministerio de Salud o Seguro Social?
 - Qué independencia tienen los reguladores?
 - Revisar conflictos de interés internos y externos
- ¿A qué nivel?
 - Nacional, regional, local ... supranacional
- ¿Para qué o para quién?
- ¿Cómo?

La importancia de una buena base normativa

- Crean un marco de convivencia y un ámbito claro de acción colectiva, con salvaguarda de derechos individuales
- Precisa de un contexto (valores y cultura) y de otras medidas que lo acompañen y creen incentivos y motivación
 - Ej: Prohibir fumar en lugares públicos

Las dificultades y limitaciones de establecer una base normativa

- PROBLEMAS TÉCNICOS
 - Dificultad intrínseca para regular comportamiento humano
 - Especialmente cuando va a dar lugar a sanciones
- PROBLEMAS ORGANIZATIVOS
 - Proceso administrativo
 - Supervisión y gestión
- PROBLEMAS DE PODER
 - Capacidad política y social de hacer cumplir la norma

IDENTIFICAR

- Estructura jerárquica de las normas y órgano legislativo correspondiente
- Efectividad real que tienen las normas como instrumento al servicio de la rectoría y barreras a la efectividad
- Comparar efectividad de regulación en relación al uso del liderazgo estratégico y al uso de la asignación financiera
- Qué prioridad identifica para mejorar uso de instrumento regulatorio.

1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo

6. Rectoría Institucional y Descentralización

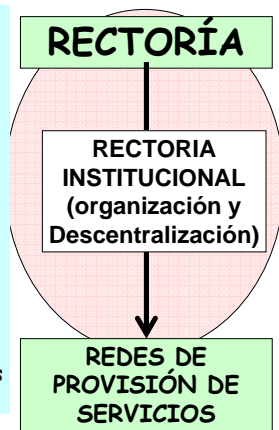
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

Rectoría Institucional y descentralización

- Modernización institucional
- Los cambios institucionales en los PVD
- La Descentralización

La función de Organización Institucional u descentralización busca ajustar autoridad y poder en los procesos de toma de decisión en relación a los distintos agentes institucionales que participan en el sistema de salud

La rectoría institucional busca diseñar y gestionar esquemas donde estén lo más alienados posibles las decisiones, la información y la motivación por parte de los agentes.



1- La Modernización del sector público; Países Desarrollados

- Condicionantes de cambio desde los 80
 - Se cuestiona el tamaño y la función del Estado
 - IDEOLOGÍA
 - PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO
 - Contexto:
 - Cambios socio-demográficos
 - Crecimiento estancado + envejecimiento
 - Globalización económica
 - Nuevas prioridades para matener competitividad (I+D , Infraestructuras, re-cualificación del personal)
 - Ineficiencias en el Estado del Bienestar

Reto de modernización...

- No se trata de hacer una “cura de adelgazamiento”
- Se plantea revisar la organización pública y rediseñarla para mejorar su desempeño
- Asumir los fallos del estado (y no sólo los fallos del mercado), y buscar soluciones o alternativas
- Porque hay cosas que necesariamente deberá seguir haciendo el Estado... Y otras si funcionara mejor podría asumir también...

Características de la gestión de lo público

- Naturaleza Política
 - Pertenencia obligatoria de los ciudadanos y poder coactivo legitimado
 - Tres tipos de implicaciones:
 - NATURALEZA DE OBJETIVOS PÚBLICOS
 - ELECCIÓN DE LOS GESTORES PÚBLICOS
 - DISEÑO DE LOS INCENTIVOS EN LOS ENTORNOS PÚBLICOS

Naturaleza de los objetivos públicos

- Objetivos múltiples, heterogéneos y cambiantes
- Producción pública: bienes de experiencia (en los cuales la calidad sólo se manifiesta tras su adquisición y tras uso repetido) y dificultad para comparar y evaluar desempeño.
- Inconsistencia temporal: (ciclos electorales)
- Información imperfecta sobre preferencias de los ciudadanos
 - Dispersión de la “propiedad” y acción grupos interés, y desvinculación entre Beneficios (concentrado en pocos), y Costes (diluidos entre contribuyentes)

La elección de los gestores públicos

Los políticos eligen a los gestores (y empleados) públicos por razones variadas: importantes limitaciones

- SELECCIÓN EMPLEADOS PÚBLICOS: Estandarizada, centralizada, estructura salarial rígida; se evita discriminación política (neutralidad) pero el patrón es de alta especialización, gran rigidez interna, y choque de visiones (largo/corto)
- ORIENTACIÓN PROCEDIMENTAL (formal): Para garantizar en realidad o en apariencia la no discriminación en trato a los ciudadanos
- PROTECCIÓN ANTE MALA GESTIÓN; porque el Estado no puede quebrar ni es embargable (por eso hay limitaciones para ceder derechos de propiedad).

Diseño de incentivos en entornos públicos

- La idea central es buscar la relación o vinculación entre incentivos organizativos y resultados de las organizaciones o personas.
- La gestión pública moviliza incentivos económicos de muy baja potencia.
- Estudiar estructura de incentivos; otros elementos motivadores, otras fuentes externas de motivación o incentivación
- Modelos burocráticos como diseños que atraen a personas con aversión al riesgo (minimizar corrupción – carrera – espíritu de cuerpo)

• ¿CÓMO INCENTIVAR A LOS GESTORES PÚBLICOS?

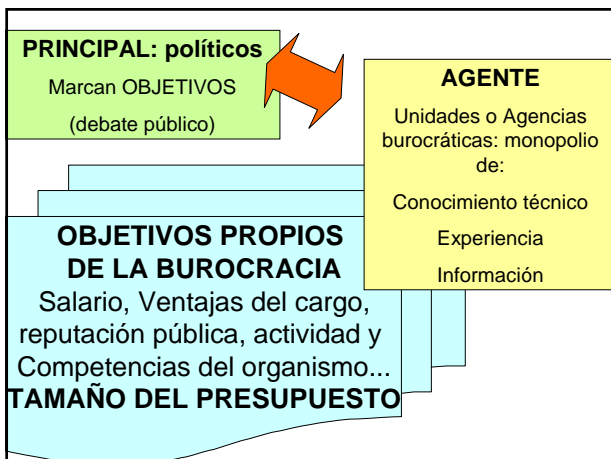
- No hay referencias competitivas
- La quiebra es imposible
- Los usuarios no pagan directamente
- Hay preferencias múltiples y cambiantes (¿sobre qué preferencia juzgamos?)
- NO hay amenaza externa de toma de control por otra empresa o ente

La alternativa habitual...

- El empleo público busca un equilibrio de neutralidad que minimiza riesgos organizativos a cambio de una productividad media a baja
 - Empleo público permanente
 - Lejanía del salario y la productividad
 - Selección y promoción de personal por vías estandarizadas y mecánicas

Entendiendo la burocracia

- Desde el Siglo XIX se acepta como contrapeso para garantizar compromisos frente al oportunismo y arbitrariedad de los responsables políticos.
- La burocracia acaba asumiendo de hecho la personificación jurídica del propio Estado (aparato del Estado)
- Se establece una compleja relación de agencia entre el principal (Políticos) y el agente (Unidades o Agencias Burocráticas)



Cambios en relación de agencia

- LOS POLÍTICOS PUEDEN ACTIVAR SU PAPEL DE PRINCIPAL... Pero con costes:
 - MAS información sobre tecnología, resultados y costes; => + costes de asesoría y estudios
 - MAS control sobre agencias burocráticas => + costes de supervisión y control y posible distorsión por sesgo a favor de los outputs más fácilmente medibles
 - MAS competencia, comparación o emulación entre agencias o unidades similares (facilita que los propios interesados desvelen información relevante a bajo coste)

2) Modernización: reflexiones para los países menos desarrollados

- ¿Desburocratizar cuando aún no se ha conseguido tener un verdadero aparato de Estado?
- ¿hay que recorrer las etapas previas?
- Combinación de problemas:
 - Burocracia procedimental que dificulta la funcionalidad de las organizaciones
 - Debilidad de autoridad y financiación para hacer creíble el juego administrativo

Algunas consideraciones...

- Autoridad (poder legítimo)... No implica que se tenga realmente el poder efectivo
- Poder (Max Weber) es la probabilidad de aplicar decisiones que afecten a la vida de otros, pese a la resistencia de éstos
- Sin una estructura de aparato administrativo, se tiene autoridad pero no se asegura el poder (hacer).
- El poder se acumula y capitaliza a través de alianzas; es un recurso más, imprescindible para abordar transformaciones.

• VIAS DE AVANCE:

- Consensos políticos: crear neutralidad política vertical y horizontal lo más amplia posible.
- Comenzar a crear estructura tecnificada en áreas críticas para funciones esenciales del Estado (tributos, compras, sistemas de control...)
- Luchar decididamente contra la corrupción
 - Transparencia: poder distribuido
 - Gestión contractual
 - Sistemas de control independientes
 - Ejercicio efectivo de la capacidad de sanción

3) LA DESCENTRALIZACIÓN

- Enfoque de DEMANDA: sujeto social y marcos institucionales (agregando la solidaridad de la comunidad)
- ¿A quién se debe un sistema y ante quién rinde cuentas?; esto depende de la estructura y tradición política y administrativa y del balance de poder Estado central / regiones /localidades.***

Tendencia a integrar la base de aseguramiento poblacional

- La **complejidad sistémica** se refiere a la dificultad de gestionar desde agrupaciones reducidas de aseguramiento sanitario variables que tienen que ver con la eficiencia (economías de escala y poder de compra corporativo ante proveedores externos e internos), y con la equidad (ganancias de equidad vía compensación entre grupos sociales con perfiles de riesgo diversos).

Tendencia a desagregar los aspectos de organización y funcionamiento

- La **complejidad operativa** se refiere a la dificultad para alinear en cada nivel las decisiones con la información, la motivación y las competencias de los agentes implicados en cada caso; esta dificultad se disipa en parte con procesos de descentralización que permiten a la "periferia" tomar un conjunto de decisiones optimizando los resultados gracias a la mayor información local, el "empowerment" que produce motivación, y el desarrollo de competencias gestoras locales.

- El término descentralización es el de uso más amplio para describir cualquier proceso de transferencia de poder y autoridad desde niveles superiores a inferiores dentro de una organización:
MODALIDADES

– desconcentración cuando el poder se delega a unidades locales de la misma organización pero mantiene el carácter unitario y la jerarquía interna de la misma, siendo además fácilmente reversible

– devolución, cuando se trasfiere de forma más estable y permanente la autoridad y el poder a entidades locales que tienen su propia identidad y personificación jurídica o política

– delegación, cuando un ámbito de actividad de una institución o gran organización se ubica en una organización especializada creada para gestionarla de forma más específica (en entornos públicos sería un buen ejemplo los sistemas de Seguridad Social, como organizaciones para-gubernamentales especializadas en la cobertura pública de aseguramiento para diversos riesgos económicos, sociales y sanitarios de los trabajadores y sus familias).

Descentralización desde la perspectiva de la oferta

El problema central es el diseño organizativo

- Se ha ido evolucionando desde modelos jerárquicos integrados hacia modelos contractuales mixtos.
- Punto central del debate...
- Pero no olvidar la vinculación de los profesionales

La perspectiva de la oferta...

Los problemas de coordinar la producción de servicios

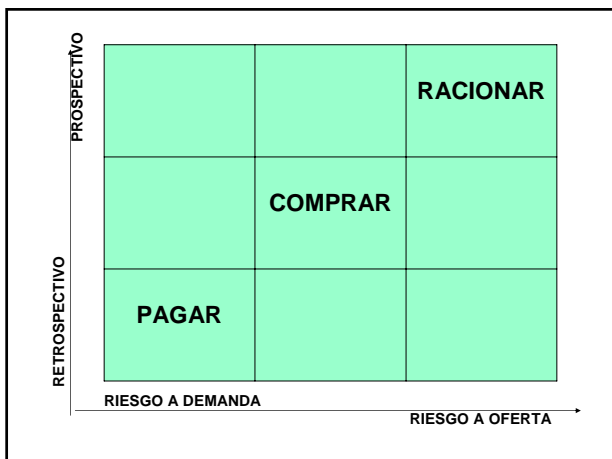
- **Los establecimientos, dispositivos y servicios sanitarios se integran en distintos niveles de agregación para gestionar inter-dependencias:**
 - Gestión clínica
 - Gestión operativa
 - Gestión de red
 - Gestión del aseguramiento (contacta con perspectiva de demanda)

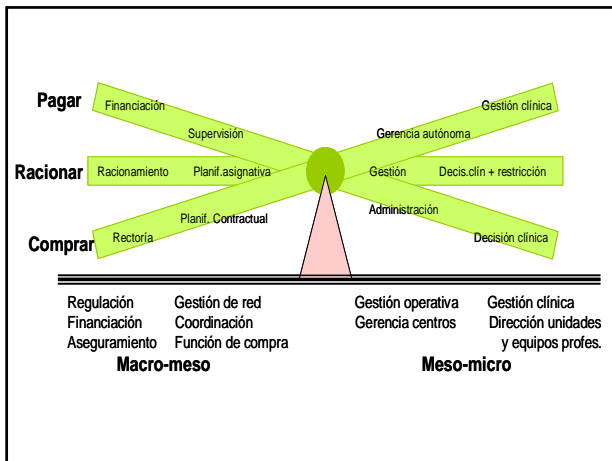
- **La Gestión Clínica se enfrenta a los problemas de coordinar estructuras, recursos, procesos y decisiones clínicas, y entraría dentro de la micro-gestión.**
- **La Gestión Operativa se dirige a la coordinación de servicios y establecimientos sanitarios, como empresas de servicio, y se clasificaría como "meso-gestión".**
- **La Gestión de Red se orienta a la necesidad de conectar y coordinar niveles asistenciales, dispositivos y servicios que garantizan una oferta completa e integrada de prestaciones y servicios a la población; sería una función meso-gestora pero con componentes de macro gestión.**
- **La Gestión del Aseguramiento, busca equilibrar demanda y oferta en un contexto de tensiones financieras y de servicio; es función macro-gestora**

REGULACIÓN , FINANCIACIÓN, Y ASEGURAMIENTO GENERAL	Autoridades Sanitarias o Organizaciones de aseguramientos sanitario público	Eficiencia asignativa (valoración amplia – función de bienestar social – o más reducida – ganancia en salud -)
GESTIÓN DE ASEGURAMIENTO (Comprador)	Autoridades o agencias descentralizadas	Eficiencia asignativa, orientada a ganancias de salud y capacidad de respuesta
COORDINACIÓN Y GESTIÓN DE RED	Autoridades o agencias descentralizadas	Eficiencia productiva de red, orientada a maximizar impacto de recursos y servicios
GESTIÓN OPERATIVA	Direcciones Gerencias y equipos directivos de centros	Eficiencia productiva y calidad
GESTIÓN CLÍNICA	Servicios Médicos, y Direcciones de unidades e institutos clínicos	Efectividad clínica y calidad científico-técnica

Los métodos para modular la asignación de recursos son:

- **PAGO:** reembolso de gastos ocasionados por los proveedores y traslado a contribuciones o primas
- **RACIONAMIENTO:** transferencia de riesgos a proveedores para controlar y hacer previsible el gasto (límites prospectivos... ¿ciertos?)
- **COMPRA:** ajuste o intermediación, de forma que vía contrato se asignen los recursos económicos a los proveedores con una transferencia justa de riesgos y beneficios





1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
- 7. Cambios y Reformas**
8. Planificación y Desarrollo de recursos
9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

PATRONES DE CAMBIO Y REFORMA

1- LA EXPERIENCIA EN PAISES EUROPEOS

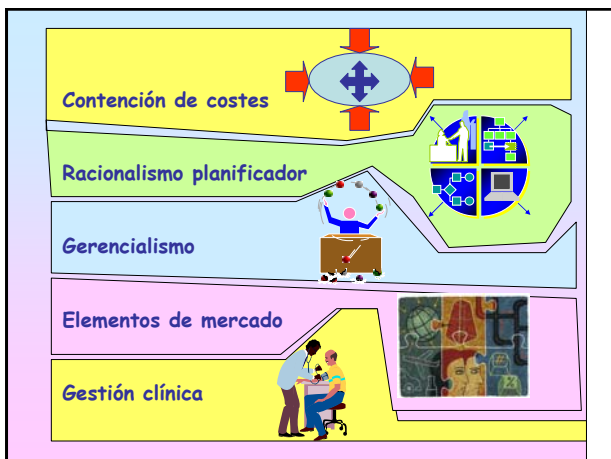
2- INTRODUCIENDO LA REFLEXION SOBRE LAS REFORMAS EN PAISES MENOS DESARROLLADOS

Uso y Abuso de las Reformas...

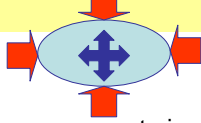
- ¿Epidemia de Reformas? (Stambolovic)
- El problema de la excesiva retórica en las reformas: Lenguaje y utilidad política primaria
 - Ricas en ideología ... o en marketing
 - ¿ Pero pobres en conocimientos?
 - Expectativas exageradas: fabulación colectiva / el proceso parece ser tan importante o más que el contenido o los resultados futuros...
- ¿Fin de las grandes ideas?
 - Enseñando nuevos trucos a perros viejos
 - RECTORÍA: información + inteligencia + visión política + capacidad de influencia regulatoria efectiva... (Figueras)

ESCENARIOS

- EXPANSIVO
 - Desde constitución sistemas (2ª mitad años 40, hasta mitad de los años 70)
- ESTABILIZACIÓN (tras crisis petróleo)
 - Triple crisis:
 - Financiera
 - Racionalidad
 - Legitimidad



Contención de costes



MEDIDAS POR LA DEMANDA

Copagos / Limitación prestaciones

MEDIDAS POR LA OFERTA

Limitación tamaño y crecimiento

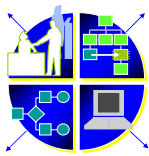
Techos presupuestarios (Hospitales)

Limitación al crecimiento de centros, servicios, tecnologías

Congelación de personal y de salarios

Retroalimentación de información sobre costes inducidos (prescripción e indicaciones de pruebas) +/- bonificación o penalización

Limitación en la "producción" de profesionales (médicos)



Racionalismo Planificador

Giro hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Giro hacia la Atención Primaria (como puerta de entrada y como "avanzadilla")

Reorganización de la red, regionalización hospitalaria, y articulación de sistema de referencia y contra-referencia para la alta especialización

Planificación de Salud como método científico para asignar recursos escasos a objetivos con mayor potencial de ganancia en salud.



Gerencialismo

Introducción de figuras y técnicas gerenciales

Estímulo a la productividad (eficiencia productiva para que los costes y recursos fijos se utilicen al máximo en la generación de servicios)

Modernización de aspectos industriales

Dificultad en la gestión de la producción (de lo "esencial")

Dificultad en entornos públicos (personal, económico-financiera y compras)



Introducción de elementos de mercado

Idea de competición entre proveedores públicos como motor de eficiencia

Incentivo: algo que ganar o algo que perder según el desempeño (objetivos negociados y explícitos)

Separación entre la función de compra y la función de provisión

Otorgamiento de autonomía a proveedores públicos (cuasi empresariales)

Transferencia de riesgos vía contratos

Gestión clínica



Patrón emergente: microsistemas que aportan valor / gestión de la producción

Antecedentes

Conciencia de la variabilidad de la práctica clínica

Medicina Basada en la Evidencia

Movimiento de garantía de calidad

Necesidad de empowerment y de autonomía responsable

COMPONENTES GESTIÓN CLÍNICA

- Hacer MAS CLINICA LA GESTIÓN
 - Gestión de "lo esencial"
 - Gestión del conocimiento
 - Gestión de inter-dependencias de sistema o de red

- Hacer MAS GESTORA LA CLÍNICA
 - Cambios estructura unidades clínicas
 - Liderazgo clínico
 - Racionalización de las decisiones clínicas

Las meta-estrategias orientadoras del cambio organizativo

- **Tres ejes o vectores**
 - 1) **Modernidad:** referida a la configuración de la organización
 - 2) **Inteligencia:** referida a la gestión del conocimiento (como alternativa a la gestión de recursos)
 - 3) **Solidaridad:** referida a la extensión e intensidad de la cobertura de necesidades sociales y de salud.

¿Nuevo paradigma?

- La crisis de racionalidad de la medicina y la sanidad:
 - Los objetivos y expectativas de pacientes y sociedad son exagerados e irreales
 - La auto-imagen médica está distorsionada
 - Oscila entre omnipotencia + fascinación científica y tecnológica // y abatimiento profundo por la inevitable derrota ante la enfermedad y la muerte
 - Fuga hacia la hiper-especialización
 - Para combatir incertidumbre y ansiedad
 - Conceptos de salud y enfermedad desdibujados
 - Medicalización del malestar y disconfort + neurosis de la prevención irracional e insensata, y entronización de modelo de "consumerismo" médico estéril y alienante.

Las reformas en los países menos desarrollados

- Compartieron tras la Segunda Guerra Mundial las mismas aspiraciones de universalidad y cobertura
- Sin embargo carecían de capacidad económica y productiva
- El desarrollo económico desigual e injusto impuso dificultades adicionales
- En la actualidad no es claro que se pueda seguir la misma senda que recorrieron buena parte de los países desarrollados
- La heterogeneidad no permite prever un único camino

Tres Generaciones de reformas de los Sistemas de Salud

– OMS- WHR: 2000

- Orientadas a la constitución de los Sistemas de Salud para dar una cobertura universal
- Orientadas a racionalizar la oferta para resolver los desequilibrios de prioridades (“Salud Para Todos”)
- Orientadas a mejorar la respuesta y tomar en consideración preferencias y papel más activo de los ciudadanos y pacientes

1 Orientadas a la constitución de los Sistemas de Salud para dar una cobertura universal

- Años 50 y 60 en PVD
- Sigue la senda de los SNS de los países desarrollados (universalización)
- Sistemas nominalmente universales, pero
 - No se cubren costes
 - En la práctica se orientan al hospital / ciudad: 2/3 del presupuesto va a hospital que cubre un 10-20% población
 - En el hospital se tratan patologías que podrían haberse tratado fuera
 - Desatienden amplios territorios y grupos poblacionales (exclusión frecuente indígenas)
 - Los más ricos se aprovecha más del sistema

2- Orientadas a racionalizar la oferta para resolver los desequilibrios de prioridades (“Salud Para Todos”)

- Años 70: crítica de la situación, y análisis de los casos exitosos (garantía de servicios básicos de salud, alimentación, educación, agua potable y alcantarillado)
- SPT; potenciación de la Atención Primaria de Salud; primera línea del sistema (promoción-prevención) y puerta de entrada a servicios especializados.
- Pero falta de recursos financieros y humanos lleva de primaria => primitiva (baja calidad)
- Ante una atención generalista de baja calidad hay demanda substitutiva en el sector privado o en la medicina tradicional; pero no para el hospital; los fondos se siguen derivando a los hospitales, y los pacientes se siguen saltando la atención primaria para referirse directamente.

3 Orientadas a mejorar la respuesta y tomar en consideración preferencias y papel más activo de los ciudadanos y pacientes

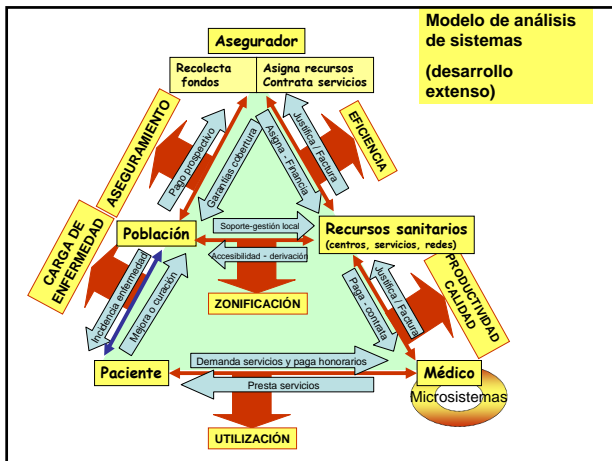
- Años 90: Reequilibrar los problemas anteriores.
- Defender a la población menos favorecida:
 - Actuar **selectivamente** por el lado de la oferta ante problemas de salud y en localizaciones donde se acumula la carga de enfermedad
- Introducir el componente de la demanda, y analizar cómo mejorar la capacidad de respuesta a preferencias y necesidades de comunidades y pacientes; incluye en los 90 experiencias de reformas con subsidio a la demanda (Colombia, Chile...).

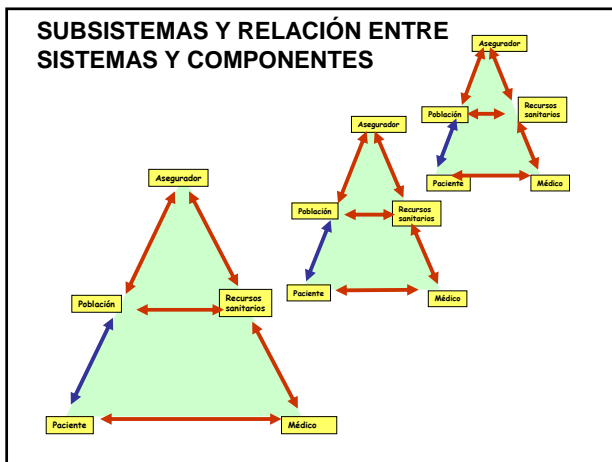
	¿QUÉ POBLACIÓN CUBRE EL SISTEMA?	
¿QUÉ SERVICIOS CUBRE EL SISTEMA?	POBRES	TODOS
LO MUY BÁSICO	Red escasamente accesible y descapitalizada	Red con grandes desigualdades y desequilibrios crecientes de costes y servicio
LO ESENCIAL (y que sea efectivo)	Atención Primaria selectiva	Nuevo Universalismo
TODO lo que sea médicamente útil		Paradigma médico universalista

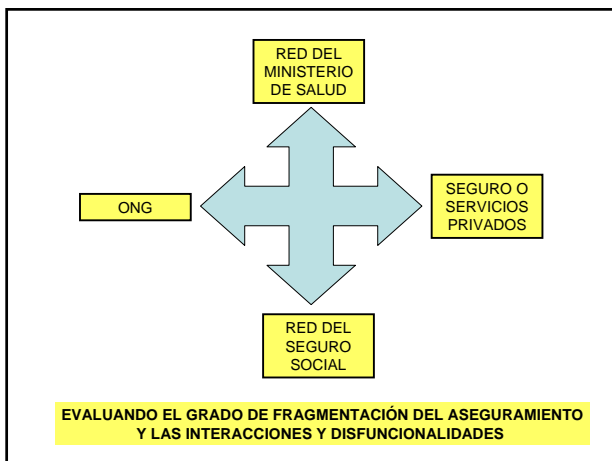
Los tres retos de las reformas

Julio Frenk

- **EQUIDAD**
 - Desigualdades territoriales y sociales
- **CALIDAD**
 - Desempeño heterogéneo (y baja calidad científica técnica)
 - Trato inadecuado (y baja calidad interpersonal)
- **PROTECCIÓN FINANCIERA**
 - Inseguridad ante gastos catastróficos







1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas

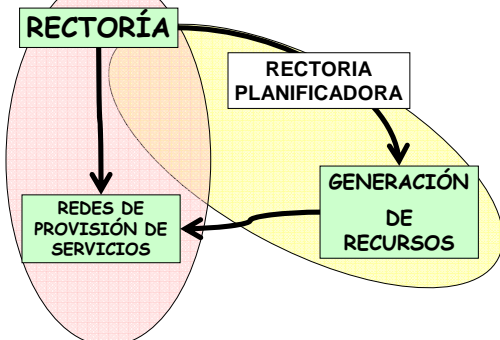
8. Planificación y Desarrollo de recursos

9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

Planificación y Desarrollo de Recursos

- Desarrollo de Recursos
- Planificación: general y aplicada al campo de salud

Generación de recursos, inputs para el sector y planificación como funciones esenciales de la rectoría



Desarrollo de recursos y Planificación

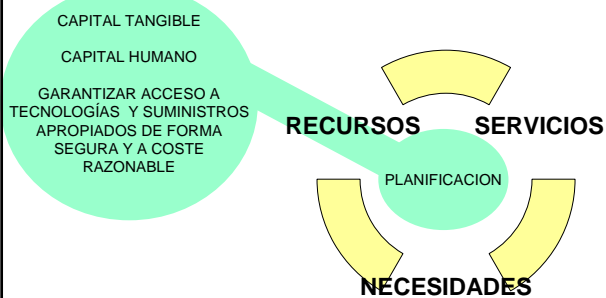
DESARROLLO DE RECURSOS

- Recursos Humanos
- Recursos Materiales
- Recursos Organizativos
- Recursos de Conocimiento

PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

* Sistemas y Procesos de gobierno estratégico: adaptar recursos y servicios a necesidades proyectadas en el tiempo.

El proceso productivo de servicios de salud



El problema de la Planificación en Salud ...

- Debería ser el centro vital de la función de rectoría... Pero el término ha ido alejándose ...

"...Una buena parte de la planificación en organizaciones que he observado se parece a la danza ritual de la lluvia; no tiene ningún efecto posterior en el clima, aunque aquellos que participan así lo crean..."

... mucho del asesoramiento y la formación relacionada a la planificación empresarial se dirige a mejorar la danza, no el clima."

J. Quinn, 1980

Algunos piensan que los planes se hacen bien, pero fallan los gestores que no saben implementarlos correctamente....

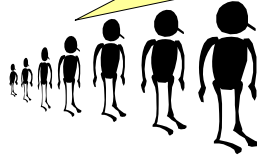
- Concepto inherente de separación entre diseño y acción (origen en el mundo industrial de normalización y cadenas de producción)
- Se introduce una perversión por la cual el diseño técnico acaba convirtiéndose en un fin en sí mismo
- La implementación pierde importancia para los planificadores a tiempo completo
- Como la realidad no cambia (al menos en la dirección prevista por los planificadores), se busca la culpa en la periferia de la organización

Todo fallo en la implementación es también por definición un fallo en la formulación



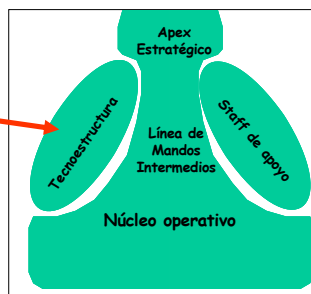
- ¡Oh torpes de vosotros!, si fuerais capaces de apreciar la brillantez de la estrategia que hemos formulado...!

- Si son ustedes tan inteligentes, ¿porqué no han tenido en cuenta el hecho de que somos tan torpes?



Revisando algunos conceptos y desarrollos de Planificación

- La Planificación es una más de las funciones directivas de las organizaciones, orientada al diseño de procesos y productos, que aporta una dimensión de futuro y una proyección estratégica.



TECNOESTRUCTURA

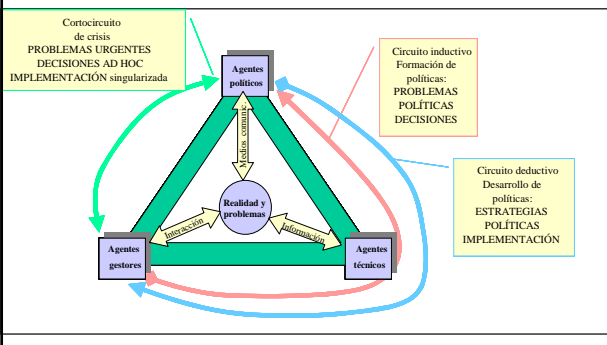
Estandarización procesos-productos

- > Análisis descomposición de tareas
- > Tiempo como variable integradora del diseño
 - • innovación tecnológica
 - • competitividad
 - • turbulencias

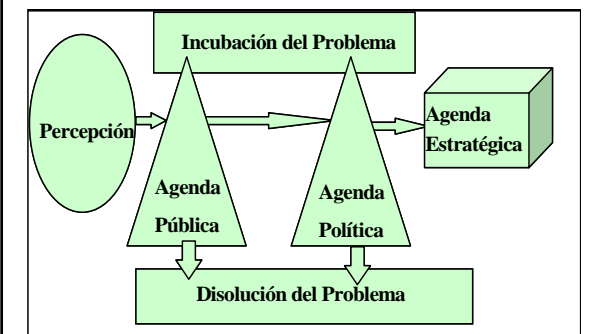
Planificación estratégica

- > medio / largo plazo
- > redefinición de estrategias productos / mercados

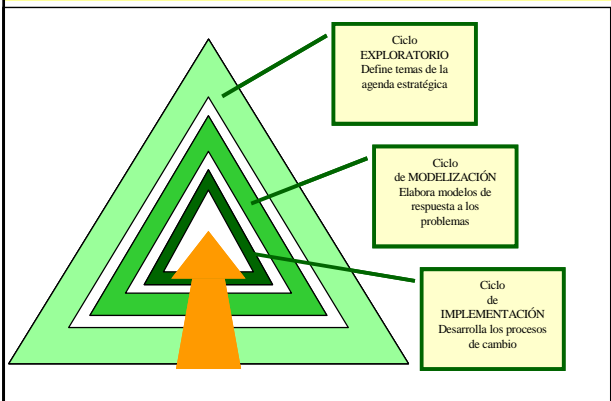
Planificación definida por una forma de orientar la resolución de problemas desde la racionalidad técnica, y no por una serie de métodos propios (los métodos dependen del problema)



Entendiendo los problemas complejos (o mal definidos) y las agendas pública, política y estratégica



TRES FORMAS DE ABORDAR LOS PROBLEMAS COMPLEJOS DESDE LA PLANIFICACIÓN



1º- EL CICLO EXPLORATORIO

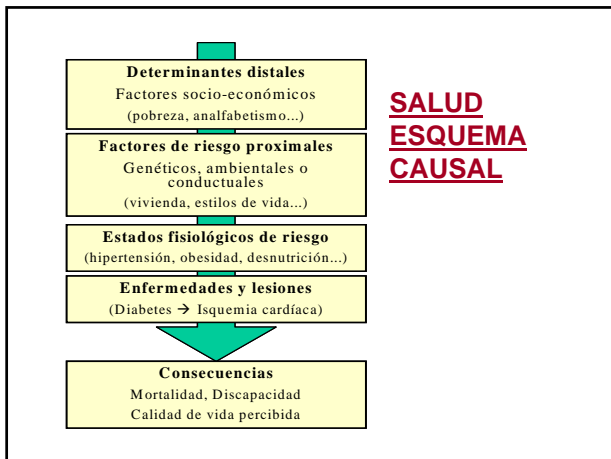
El ciclo exploratorio se basa en identificar problemas y oportunidades de mejora a partir de los desajustes entre la realidad y las expectativas

La racionalidad técnica se basa en el criterio de necesidad, que se hace operativo principalmente desde la dimensión de "necesidad comparada"

- a) Identificación y caracterización de problemas
- b) Apoyo técnico al nivel político
- c) Interacción con el nivel gestor

A) EXPLORANDO E DIMENSIONES PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS /OPORTUNIDADES

POBLACIÓN	
Intervenciones Sanitarias	RECURSOS
	SERVICIOS
	RESULTADOS
SALUD	



Identificar necesidades / oportunidades de mejora (Bradshaw 1984)

- **Necesidades Percibidas:** El individuo identifica trastornos en relación a su salud habitual
- **Necesidades expresadas:** El individuo busca activamente ayuda para superar dichos trastornos
- **Necesidades normativas:** El profesional identifica intervenciones adecuadas para la necesidad expresada (o define anormalidad patológica en individuos que no perciben o expresan necesidad alguna)
- **Necesidades Comparadas:** Comparación entre poblaciones y/o organizaciones, ajustadas para evitar confusores, y que identifican problemas a partir de oportunidades de mejora que demuestran otras poblaciones o agentes

B APOYO TECNICO AL NIVEL POLITICO (CICLO EXPLORATORIO)

- Agenda Técnica
- Agenda Política
- Agenda Estratégica

→ De lo técnico a lo político
→ De lo político a lo técnico

□ De lo técnico a lo político

• **Conceptualización**

- Determinantes de las decisiones políticas

• **Codificación**

- recodificar las propuestas técnicas

• **Comunicación**

- adaptar vehículos y mensajes

□ De lo político a lo técnico

→ **Apoyo coyuntural**

- Retroalimentación técnica rápida
"Quick and dirty"
- Evitar corto-circuito de crisis

→ **Apoyo programático**

- Descodificador al lenguaje técnico
- Refinar
- Devolver a decisiones

**C) INTERACCION CON EL NIVEL GESTOR
(CICLO EXPLORATORIO)**

→ **Ventajas del nivel gestor: interacción con la realidad**

información "blanda"

Estrategias emergentes

→ **Explorar problemas / oportunidades**

DAFO y planes de centro

Participación

→ **Descodificar enfoque local / Institucional a enfoque**

general / poblacional

2º EL CICLO DE MODELIZACION

- a) Orientada al diseño de intervenciones
 - Estudio de problemas complejos
 - Estudio de la efectividad de intervenciones
 - Estudio del elemento futuro
- b) Orientada a la valoración de intervenciones alternativas
 - Problemas bien definidos
 - Problemas mal definidos
- c) Orientada a integrar dimensiones políticas y gestora

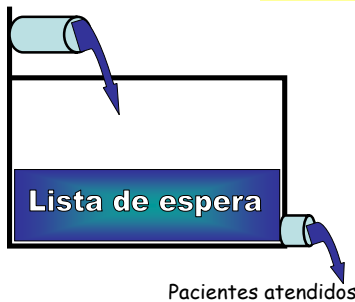
MODELIZACION

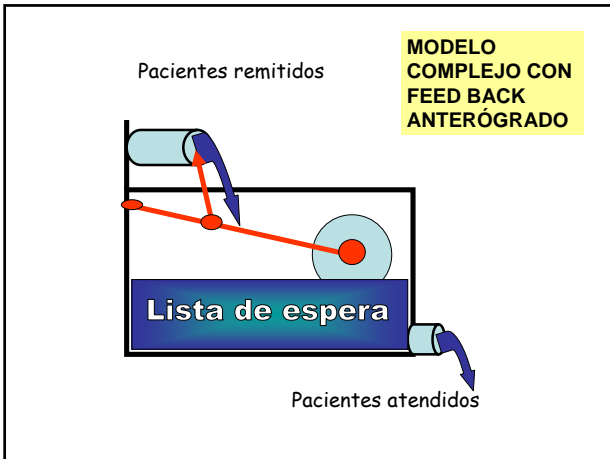
La modelización es un proceso de simplificación de la realidad para comprender, comunicar y predecir el comportamiento de sistemas y problemas complejos, así como para simular el efecto de intervenciones.

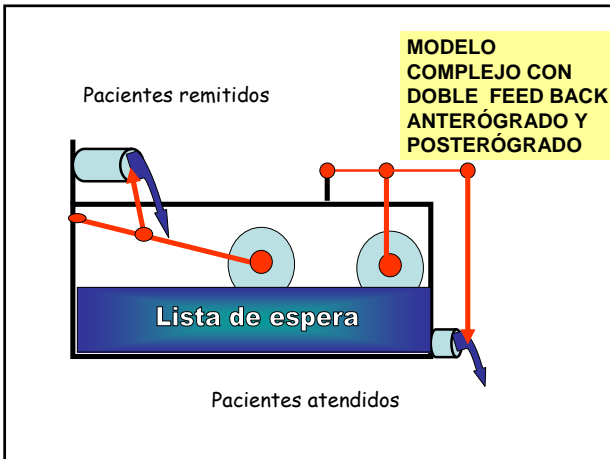


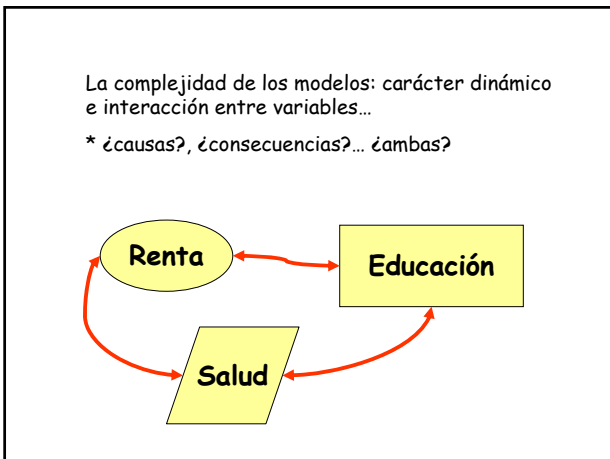
Pacientes remitidos

MODELO SIMPLIFICADO LINEAL









MODELIZACIÓN TÁCITA

Conocimiento inductivo y creación de representaciones desde la experiencia

Ante un problema siempre hay una modelización, más o menos apropiada, o más o menos formalizada

Cerebro como gran modelizador tácito; incorpora información dura y blanda

Decisiones basadas en la "intuición" son baratas pero conllevan un gran "coste de inversión"

Fundamento del trabajo de expertos

Problemas de las decisiones basadas "excesivamente" en modelizaciones tácitas:

Déficit de racionalidad formal

Subjetivismo y posibilidad de interferencia de otras agendas

Problemas lógicos de la "heurística" de la toma de decisiones

Privilegio corto plazo

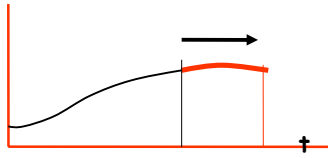
Privilegia el ocultismo y secretismo, y reduce la rendición de cuentas

Margina a aquellos que están en la periferia de la toma de decisiones (inequitativo y potencialmente ineficiente)

Estudio elemento futuro: aspecto esencial de modelización en planificación

- En esencia nos basamos en lo que sabemos de un fenómeno en el pasado (y de los factores que lo influyen), para inducir hipótesis sobre lo que ocurrirá en el futuro
 - Estudio de series temporales (descriptivo)
 - Proyección o extrapolación (ceteris paribus)
 - Escenarios (componente experto y ajuste cualitativo)
 - Otros modelos complejos de simulación (ordenador)

Proyección o extrapolación



Utilización de datos anteriores para proyectar a t_n

También se puede usar una proyección de apoyo como las demográficas para ver el efecto de un fenómeno en el tiempo (hipótesis ceteris paribus, o que nada cambie más que la propia demografía).

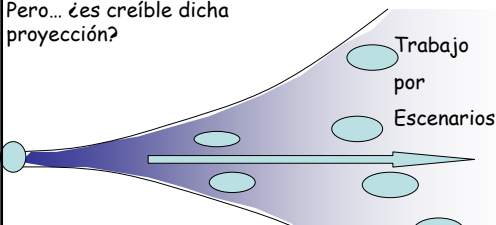
	actual			futuro	
	población	ingresos	frecuentación	población	ingresos
de 0 a 14	100.000	7.000	0,07	50.000	
de 15 a 64	500.000	45.000	0,09	550.000	
65 y más	50.000	7.500	0,15	100.000	
totales	650.000	59.500	0,0915	700.000	

Se da la población actual de un área, los ingresos hospitalarios causados y la Frecuentación Hospitalaria (en ingresos por habitante y año); se cuenta con la proyección de la población futura...

* ¿qué número de ingresos tendríamos en el futuro?

	población	ingresos	frecuentación	población	ingresos
de 0 a 14	100.000,00	7.000	0,07	50.000	3.500
de 15 a 64	500.000,00	45.000	0,09	550.000	49.500
65 y más	50.000,00	7.500	0,15	100.000	15.000
totales	650.000,00	59.500	0,0915	700.000	68.000

Pero... ¿es creíble dicha proyección?



¿cambios en patrones generales de demanda?
 ¿cambio en patrones generales de oferta?
 ¿Cambio en patrones específicos de demanda o de oferta?

b) MODELIZACIÓN ORIENTADA A LA VALORACIÓN DE INTERVENCIONES ALTERNATIVAS

PROBLEMAS BIEN DEFINIDOS

Técnicas de evaluación económica

PROBLEMAS MAL DEFINIDOS

Técnicas de decisión

- a) Inexistencia o conflicto de criterios
- b) Decisiones en situación de incertidumbre
- c) Decisiones en situación de riesgo
 - Árboles de decisión
 - Análisis de sensibilidad
- d) Heterogeneidad del grupo de decisión
 - Consenso / Negociación / Reunión

c) MODELIZACIÓN PARA INTEGRAR LAS DIMENSIONES POLITICAS Y GESTORA

➤ **DIMENSION POLITICA**

Policy Analysis (shareholders y Stakeholders)

Cambios poder / influencia

Alianzas

➤ **DIMENSION GESTORA**

Mejora y Refinamiento de modelos

Optimizar factibilidad organizativa

Motivación para implementación

3º: CICLO DE IMPLEMENTACION

□ **DESARROLLO EFECTIVO DE CAMBIOS DECIDOS**

a) Métodos analíticos para programas bien estructurados

Programación estratégica

b) Métodos de influencia para Planificación por perspectiva

c) Métodos para el mantenimiento de programas en la agenda estratégica

d) Métodos para la gestión del cambio organizativo

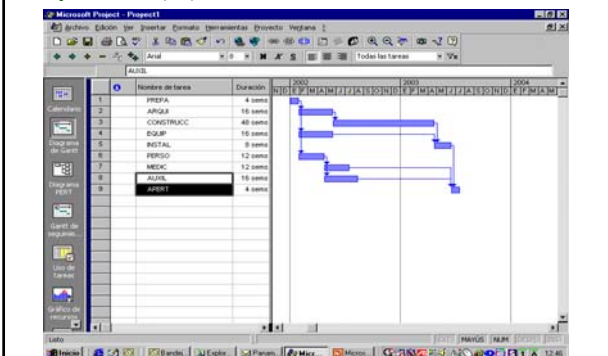
a) Programación estratégica

(trabajo orientación de ingeniería para problemas complejos pero con tareas elementales bien definidas)

- Busca optimizar el proceso por la descomposición, ordenación y asignación racional de tareas
- Los métodos de **programación calendarizada** (Gantt, PERT, etc.) se basan en destacar el eje temporal como elemento ordenador de actividades y objetivos
- Los **diagramas de flujo** destacan relaciones mutuas de dependencia en sistemas y procesos complejos
- La **programación funcional** orientada a la restricción espacial, es básica en la arquitectura sanitaria
- La **presupuestación** puede considerarse una técnica de programación orientada a los recursos financieros

SOFTWARE DE PROGRAMACION

Los software de programación permiten incorporar restricciones de calendario y recursos, y se usan también para la gestión y el reajuste de los proyectos



b) METODOS DE INFLUENCIA PARA PLANIFICACION POR PERSPECTIVA

PLANIFICACION POR PERSPECTIVA

El enfoque por perspectiva se trabaja en condiciones de escaso poder y poco control, lo que aconseja relajar los objetivos y utilizar medios de influencia

- Los métodos de influencia parten de identificar agentes y articular medios para facilitar su cambio de conducta

- **Participación-implicación** de agentes
- **Marketing** de ideas-proyectos
- **Capacidad local** para descodificar activamente los programas
- **Acreditación** y reconocimiento (sistemas educativos o inductivos voluntarios-incentivados)
- **Pilotaje - emulación** (reclutamiento vía incentivos y demostración)
- **Benchmarking** (comparación sistemática de prácticas excelentes para mejora continua)

c) METODOS PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS PROGRAMAS EN LA AGENDA ESTRATEGICA

→ LARGO PLAZO EN LA IMPLEMENTACION

La sostenibilidad de los cambios precisa gestionar el apoyo del nivel político, enfatizando realizaciones y facilitando el relanzamiento de sucesivas etapas

d) METODOS PARA GESTION DEL CAMBIO ORGANIZATIVO

➤ PROGRAMAS BIEN ESTRUCTURADOS (Programación estratégica)

Construir en el programa los mecanismo de información / control

Institucionalizar " la innovación"

➤ PROGRAMAS ABIERTOS (métodos de influencia)

Visibilidad y polo de referencia
Interacción y seguimiento
Retroalimentación y emulación

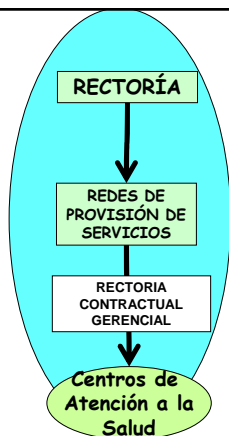
1. Los Sistemas de Salud
2. Metas de los Sistemas de Salud
3. Gobierno y Rectoría de los Sistemas de Salud
4. Financiación y Asignación
5. Regulación e Instrumento Normativo
6. Rectoría Institucional y Descentralización
7. Cambios y Reformas
8. Planificación y Desarrollo de recursos

9. Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

Gestión Contractual y Nueva Gerencia Pública

- 1) La Gestión Contractual como nueva alternativa para generar eficiencia en la vinculación de organizaciones públicas
- 2) Estructura de incentivos en la vinculación de centros: hospitales
- 3) Gestión de profesionales (algunas anotaciones)

La **Gestión contractual y nueva gerencia pública** se orienta a buscar formas de transferir riesgos y recompensas a las entidades proveedoras de servicios, explicitando los objetivos y metas que deben realizarse a través de sistemas de contrato, y otorgando niveles significativos de autonomía de funcionamiento a las organizaciones pública proveedoras de servicios.



1- LA GESTIÓN CONTRACTUAL

- POLÍTICO (PRINCIPAL)
 - Aporta presupuesto
 - Aporta información
- GESTOR PUBLICO (AGENTE)



Negociación incrementalista

Vincula outputs (definidos por métricas pactadas) con bonificaciones/penalizaciones

Contratos presupuestarios: ganancia de transparencia, pérdida de margen de maniobra para todos.

Los contratos presupuestarios...

- Buena alternativa para actividades fuera de competencia y precios
- Exige un sistema efectivo de control (validar indicadores)
- Sólo con una información validada y aceptada se puede crear una base sólida para que tenga poder incentivador
- Ejemplos de aplicación en CONTRATOS PROGRAMA

Los Contratos Programa

- Usados en países con agencias públicas descentralizadas y autónomas (Francia, España, Reino Unido)
- Elementos mínimos:
 - Objetivos de producción y actividad marcados
 - Financiación máxima disponible ligada a objetivos
- Elementos adicionales:
 - Objetivos de calidad de los servicios
 - Mejora de los procedimientos de gestión

Tipología de los Contratos Programa	
<ul style="list-style-type: none"> • SIMULADO o SOMBRA; <ul style="list-style-type: none"> – Riesgo de continuidad de directivos • DE INCENTIVOS <ul style="list-style-type: none"> – Implica mejora de rentas de directivos y empleados – Permite retención de ahorros por la organización 	<p>NO verdaderos contratos</p> <p>Jerarquía</p> <p>Débil transferencia de riesgos</p> <p>No exigibles judicialmente</p>
<ul style="list-style-type: none"> • DE RIESGO PARCIAL <ul style="list-style-type: none"> – Es un subsidio público pactado; no hay quiebra pero sí ajustes de empleo y condiciones laborales. • EXTERNO <ul style="list-style-type: none"> – (con entidades privadas concertando la prestación estable de un servicio público) 	<p>SI son contratos</p> <p>Pero transferencia de riesgos es débil por naturaleza pública del financiador</p>

Ventajas potenciales de los Contratos Programa
<ul style="list-style-type: none"> • Generadores de información <ul style="list-style-type: none"> – En ciclos de años sucesivos – Entre centros y unidades similares • Catalizadores de cambios de cultura organizativa <ul style="list-style-type: none"> – Formaliza situación adversarial compra/provisión – Concede autonomía a proveedores (agilidad y motivación) – Fomenta participación de profesionales y gestión por objetivos • Mejora la herramienta presupuestaria <ul style="list-style-type: none"> • PRESUPUESTO DE HOY = AÑO PASADO + INCREMENTO PACTADO POLITICAMENTE – Crea una base objetiva para modular la negociación del incremento

Otra ventaja... Permite la incorporación de incentivos
<ul style="list-style-type: none"> • Ventajas económicas: <ul style="list-style-type: none"> – gerentes, trabajadores e instituciones • Ventajas organizativas: <ul style="list-style-type: none"> • Facilita el tránsito hacia fórmulas de gestión pública más autónoma y descentralizada (motivación y competencias) • Pero es difícil diseñar incentivos correctos <ul style="list-style-type: none"> – Es más que una ciencia... Es un arte

El diseño de incentivos

- Si énfasis en **volumen** de servicios producidos
 - Presión sobre aspectos no medibles de los servicios prestados
- Si énfasis en **mejoras respecto al año anterior:**
 - Presión para mejoras lentas de eficiencia (efecto Ratchet o Trinquete)
- Si énfasis en **comparación con otros** no similares (o sin ajustes para garantizar la validez de la comparación)
 - Deslegitimación del sistema “INJUSTO”

¿recompensar el esfuerzo o el resultado?

- **ESFUERZO:**
 - Recompensa a los que más han mejorado (respecto al año anterior), pero ...
 - ¿Los que menos han mejorado es porque no han querido, porque no han podido, o porque materialmente es imposible mejorar más desde el nivel que han llegado?
- **RESULTADO:**
 - Recompensa la consecución de unos valores como resultado del desempeño, pero ...
 - ¿Los peores son porque no quieren o porque no pueden?
- ¿PODEMOS DISEÑAR FORMAS MIXTAS?



RATCHET O TRINQUETE: Rueda dentada que sólo puede girar en un sentido

Sistemas físicos en los cuales el movimiento al azar va siendo condicionado por la incapacidad para retroceder en un sentido (y por tanto aunque sea al azar se avanza en la dirección señalada por las restricciones)

En Gestión, indica un modelo menos intervencionista de inducción de cambios (se espera el comportamiento favorable, aunque sea por azar y se apoya y refuerza)

En incentivos: tendencia a aumentar los objetivos pactados de cara al futuro cuando se consiguen buenos resultados en el momento presente

El arte de hacer buenos indicadores...

- Cuantitativos + cualitativos
- Evitar resistencias poderosas
- Participación de los afectados
- Ni muchos ni pocos indicadores
- Revisar indicadores con periodicidad
- Control ejercido por supervisor imparcial, objetivo y políticamente independiente

Compensando las debilidades de los sistemas de incentivos con otros elementos motivadores

- Carrera profesional
 - Fideliza a largo plazo al empleado y compensa la debilidad de incentivos estáticos
- Mecanismos de revelación de información sobre desempeño y esfuerzo
 - Se crea contexto de comparación emulación
 - Compensa la debilidad de los indicadores
- Modulación por reputación
 - Compensa la dificultad de capturar dimensiones de calidad diversas (outputs difícilmente medibles)

2) La Estructura de incentivos en la vinculación de proveedores: el hospital.

- ¿Cómo pagar a los centros de prestación de servicios de salud?
- Dos aspectos:
 - La unidad de pago: por qué tipo de servicio hago efectivo el reembolso o pago (Ej: estancias, procesos, presupuesto cerrado)
 - La diferenciación de tipos de servicio dentro de cada unidad de pago (Ej: estancia en servicio médico, quirúrgico, etc.)
- Ambos elementos lanzan “señales” que afectan al comportamiento de los centros

Ejemplo... Pago a hospitales

- El gasto en atención hospitalaria a pacientes ingresados de una población hacia un hospital se puede descomponer en los siguientes factores:
 - El coste de cada procedimiento (coste unitario "CU")
 - El número de procedimientos que se hacen a cada paciente en cada día de estancia (intensidad "INT")
 - El número de días de estancia de cada ingreso ("EST")
 - El número de ingresos por cada mil habitantes (frecuentación "FREC")
 - El área de captación de demanda del hospital (atracción "ATRACC")

$$\text{GASTO} = \text{CU} * \text{INT} * \text{EST} * \text{FREC} * \text{ATRACC}$$

A modo de ejemplo

- Mi hospital sirve a un área de 100.000 habitantes que me han sido "asignados"
 - ATRACC = 100.000 h.

Factores de Influencia

- EXOGENOS: cambios institucionales
- ENDÓGENOS:
 - ¿INHIBIR?: VAYASE, QUE UD NO ES DE ESTE AREA
 - ¿ESTIMULAR?: ADELANTE, PASE!!!... O ANUNCIO!!!

- Mis 100.000 habitantes tienen una determinada "intensidad" de hospitalización:
 - FRECUENTACIÓN:
100 ingresos x 1000h / año

Factores de influencia

- EXOGENOS: edad / distancia / socio-económicos, otros
- ENDOGENOS: demanda inhibida (-) o inducida (+) desde la oferta

- 100.000 h x 0,1 = 10.000 ingresos
- Estos 10.000 ingresos anuales pueden estar pocos o muchos días de estancia
ESTANCIA MEDIA (por cada ingreso)
10 días (excesiva pero para facilidad de cálculo)
- Factores de influencia
 - EXOGENOS: edad, comorbilidad, complicaciones...
 - ENDOGENOS: estilos de práctica, incentivos...

- 10.000 ingr x 10 días = 100.000 estancias
- En cada estancia practicamos una serie de procedimientos y tareas sobre el enfermo, que cada una tiene su coste:

PROCEDIM	NUMERO DE PROCEDIM	COSTE UNITARIO \$	COSTE TOTAL \$
Medicación antibiótica	3	1,5	4,5
Curas de herida	4	4	16
Sesión de Rehabilitación	1	25	25
.....

- El coste de cada estancia viene dado por:
 - El número de procedimientos que practicamos (INTENSIDAD)
 - El Coste Unitario de producción de cada procedimiento elemental (CU)

Sumatorio (INT i x CU i)
P. Ej: 200 \$

COSTE TOTAL:
100.000 estancias x 200 \$ = 20.000.000 \$

Veamos algunos sistemas de pago a hospitales

- * **PAGO POR SERVICIO:** se reembolsa a precios discretionales del proveedor o pactados en un baremo
- * **PAGO POR DIA DE ESTANCIA:** se reembolsa una cantidad por cada día de estancia
- * **PAGO POR ALTA O PROCESO;** se reembolsa una cantidad por cada diagnóstico de alta según baremo o pesos (Grupos Relacionados con el Diagnóstico)
- * **PAGO POR CAPITACIÓN;** se aporta una cantidad fija por cada persona adscrita al año (use o no los servicios)
- * **PAGO POR PRESUPUESTO;** se aporta un presupuesto prospectivo pactado y cerrado para el año.

	UNIT	INTENS.	ESTANC	FREC.	ATRACC.
1- Pago por servicio	+ / -	+++ selectiva	+ F (ocup.)	+ F (ocup.)	+ F (ocup.)
2- pago por día de estancia	-	- - -	+++	+ F (ocup.)	+ F (ocup.)
3- Pago por alta o proceso	-	+ / - F (est.)	- - -	+ selectiva	+ segmentación
4- Pago por capitación	-	-	-	- - -	+ selección
5- Pago presupuesto Global	-	-	-	- -	- -

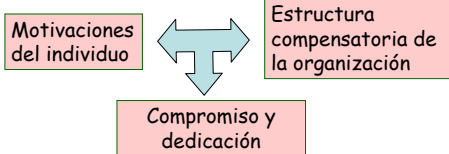
3) Anotaciones sobre la modernización de la gestión y los profesionales de la salud

- Principal (administración pública) y Agente (médicos) tienen una gran asimetría de información: autonomía clínica (se acepta el papel agencial doble e incluso la preminencia del paciente como principal fundamental)
- Dificultad para compensar en entornos públicos el nivel de especialización y competencias médicas, y para discriminar desempeños y calidades diferentes

Compleja situación de los médicos empleados en instituciones públicas

– El marco motivacional del médico es más complejo de lo que se supone:

- * Extrínsecos (remuneración)
- * Intrínsecos (realización del propio trabajo)
- * Trascendentes (el valor del trabajo para otras personas)



COMPENSACIONES A TRAVÉS DE PATRONES DE DEDICACIÓN PÚBLICO-PRIVADA: herencias que causan conflictos de interés:

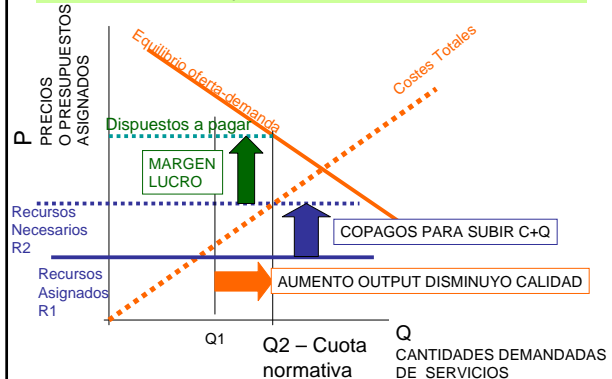
- La **herencia liberal**: combinar una mañana estimulante en lo científico y profesional, y una tarde lucrativa: transferencia de formación y reputación (mañana a tarde) y de paz social (tarde a mañana).
- La **herencia comercial**: trasvase de pacientes del público al privado, y de pruebas complementarias (ambos sentidos)
- La **herencia funcional**: descuento de tiempo y esfuerzo de la dedicación pública a la privada

POLÍTICA RETRIBUTIVA Y DE DEDICACIÓN

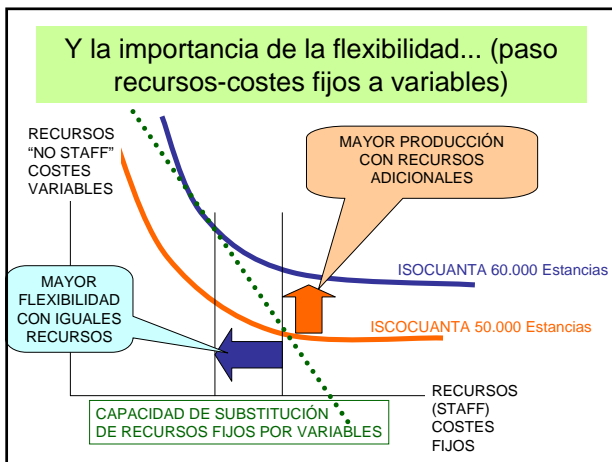
Importante rediseñar la relación contractual con los médicos

- ¿Hay dinero para pagarlo?
 - De todas formas se acaba pagando
- No hay solución sin un buen esquema de Planificación de Profesionales (producción, especialización, empleo y actualización)
- Ser capaz de analizar con normalidad todos los elementos: incluso los “pagos bajo la mesa”
- Buscar soluciones: este no es un juego de buenos y malos (aunque pueda haberlos), sino de cómo rediseñar la estructura de incentivos de los agentes profesionales.

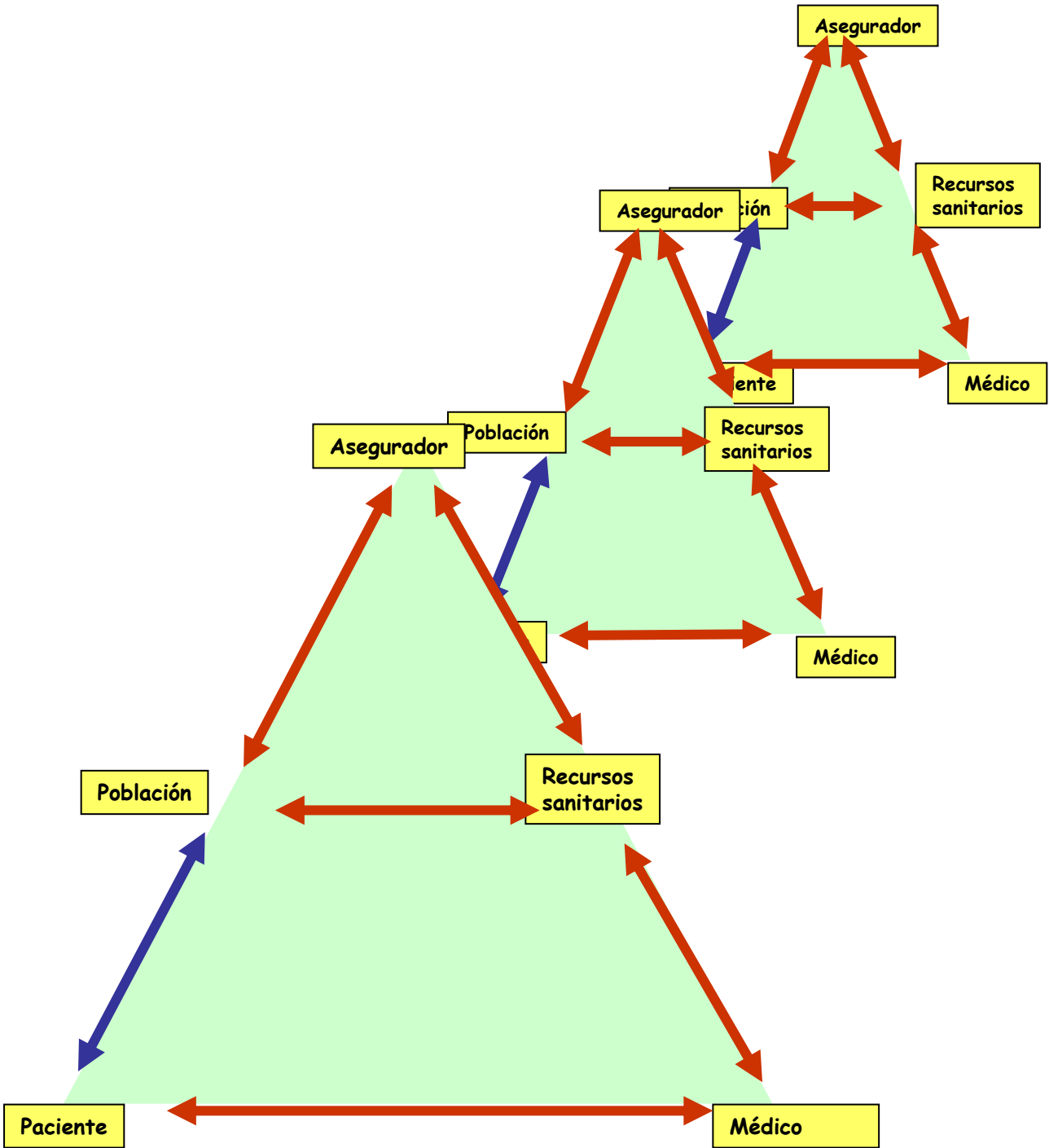
Lo que ocurre cuando el gobierno promete más de lo que financia... Y los pacientes están dispuestos a pagar más por más servicios



Y la importancia de la flexibilidad... (paso recursos-costes fijos a variables)







**RECTORÍA, DESCENTRALIZACIÓN
Y GESTIÓN DEL SISTEMA DE
SALUD**

MATERIALES DE APOYO
DOCENTE DEL CURSO

Cartagena de Indias
13 a 24 de Junio de 2005
Angel Fernández Díez

MESO-GESTIÓN

1- Teoría de Organización

2- Función Directiva

3- Recursos Humanos

**LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y
DIRECTORA EN LOS HOSPITALES Y
CENTROS DE SALUD, DILEMAS EN
ORGANIZACIONES
PROFESIONALES.**

Angel Fernández Díez

CUANDO LAS PERSONAS, YA SEAN COMO INDIVIDUOS O REUNIDAS EN PEQUEÑOS GRUPOS INTENTAN ALCANZAR METAS Y TAREAS QUE REBASAN LAS POSIBILIDADES DEL INDIVIDUO O DEL GRUPO, ORGANIZAN, RECURREN A LA FORMACIÓN DE UNA UNIDAD SOCIAL CON **UNA IMPLICACIÓN Y DOS CONSECUENCIAS.**



ORGANIZACIÓN

UNIDAD SOCIAL = ACTO DE ORGANIZARSE

SIEMPRE Y CUANDO (IMPLICA):
EL INDIVIDUO INCORPORA, TRANSFIERE A ESTA, RENUNCIA A UNA PARTE DE SU LIBERTAD DE ACCIÓN Y DE DECISIÓN.

ESTO SUPONE:

- CADA UNO DE ESTOS MIEMBROS YA NO ES LIBRE PARA ACTUAR A SU ALBEDRIO Y PARA DECIDIR SIN TRABA ALGUNA CÓMO/DÓNDE/CUANDO/Y QUE QUIERE HACER.
- SE FORMULAN REGLAS/LEYES QUE RIGEN LAS ACTUACIONES Y LAS DECISIONES, FIJANDO Y DEFINIENDO LAS RELACIONES QUE HAN DE UNIR A ESTOS MIEMBROS.

TODA ACTIVIDAD HUMANA ORGANIZADA (DESDE LA FORMACIÓN DE PIEZAS DE BARRO HASTA EL ENVIO DE UN HOMBRE A LA LUNA) PLANTEA DOS REQUISITOS, A LA VEZ FUNDAMENTALES Y OPUESTOS:

DIVISIÓN DEL TRABAJO EN DISTINTAS TAREAS. QUE DEBEN DESEMPEÑARSE.

COORDINACIÓN DE DICHAS TAREAS.

UNA ORGANIZACIÓN ES UN CONJUNTO COLECTIVO CON LÍMITES RELATIVAMENTE FIJOS E IDENTIFICABLES, CON UNA ORDENACIÓN NORMATIVA, CON UN SISTEMA DE AUTORIDAD JERÁRQUICO, CON UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN Y CON UN SISTEMA DE MIEMBROS COORDINADO. ESTE CONJUNTO COLECTIVO ESTA FORMADO POR UNA BASE RELATIVAMENTE CONTINUA DENTRO DE UN ENTORNO QUE LO RODEA Y SE DEDICA A ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE NORMALMENTE TIENDEN A UNA META FINAL U OBJETIVO, O A UNA SERIE DE METAS FINALES U OBJETIVOS.

A.B. WEINERT, 1981

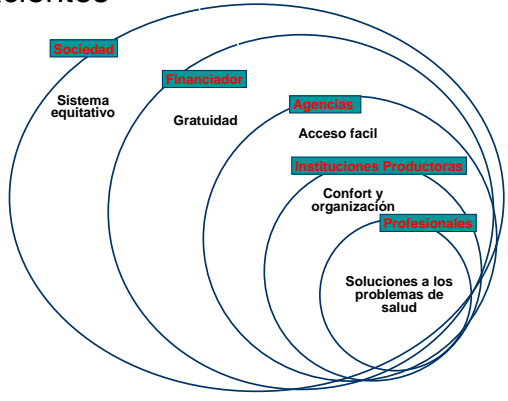
¿QUÉ ES LO QUE TENEMOS QUE ORGANIZAR?

¿Y COMO?

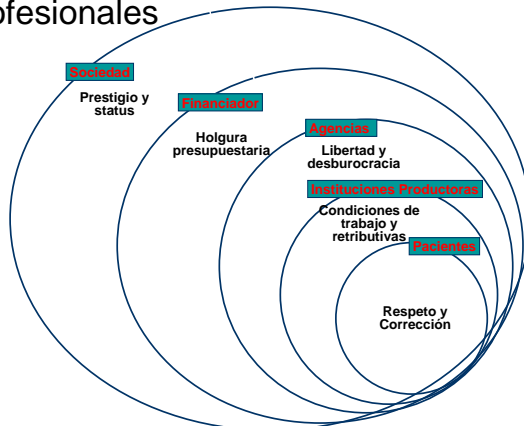
Los actores del sistema sanitario

- La sociedad
- Los financiadores
- Las agencias
compradoras
- Las organizaciones
productoras
- Los profesionales
- Los pacientes

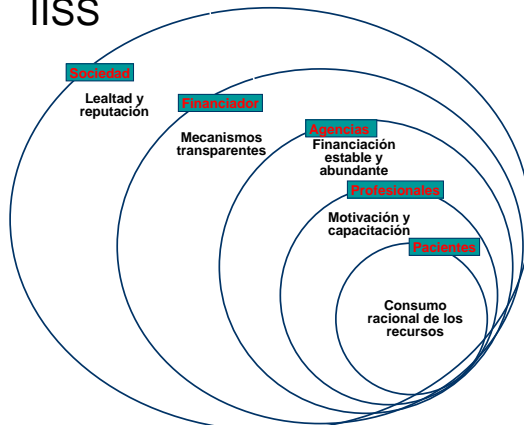
Pacientes



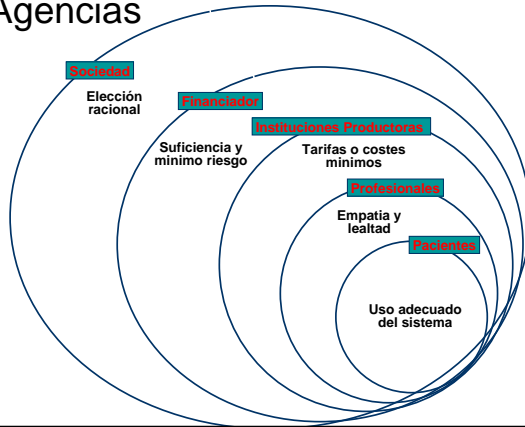
Profesionales



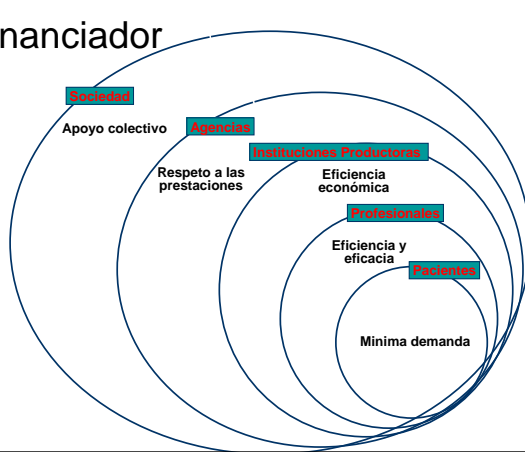
IISS



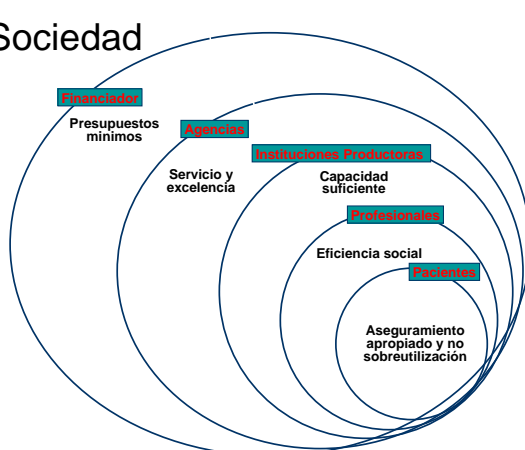
Agencias



Financiado



Sociedad



MECANISMOS DE COORDINACION

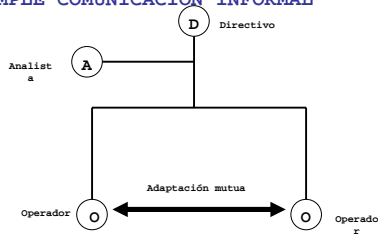
CINCO MECANISMOS QUE PARECEN EXPLICAR LAS FORMAS FUNDAMENTALES EN QUE LAS ORGANIZACIONES COORDINAN SU TRABAJO:

- ADAPTACIÓN MÚTUA
- SUPERVISIÓN DIRECTA
- NORMALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE TRABAJO
- NORMALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO
- NORMALIZACIÓN DE LAS HABILIDADES DEL TRABAJO

DE ESTOS MECANISMOS PARTE TODO LO DEMÁS, LA ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN, SU CONFIRMACIÓN, LOS SISTEMAS DE JERARQUÍA, AUTORIDAD, CENTRALIZACIÓN, DESCENTRALIZACIÓN, ETC.

ADAPTACION MUTUA

CONSIGUE LA COORDINACIÓN DEL TRABAJO MEDIANTE LA SIMPLE COMUNICACIÓN INFORMAL



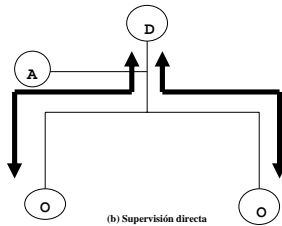
-ES UTILIZADA EN LAS ORGANIZACIONES MAS SENCILLAS

-ES LA ÚNICA QUE FUNCIONA BAJO CIRCUNSTANCIAS EXTREMADAMENTE DIFICILES

SUPERVISIÓN DIRECTA

A MEDIDA QUE UNA ORGANIZACIÓN SUPERA SU ESTADO MAS SENCILLO, SE RECURRE A UN SEGUNDO MECANISMO DE COORDINACIÓN

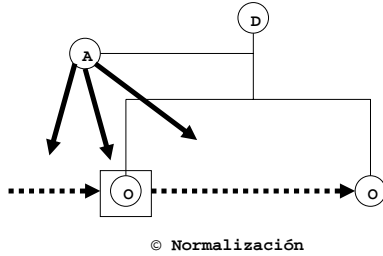
LA SUPERVISIÓN DIRECTA CONSIGUE LA COORDINACIÓN AL RESPONSABILIZARSE UNA PERSONA DEL TRABAJO DE LOS DEMÁS

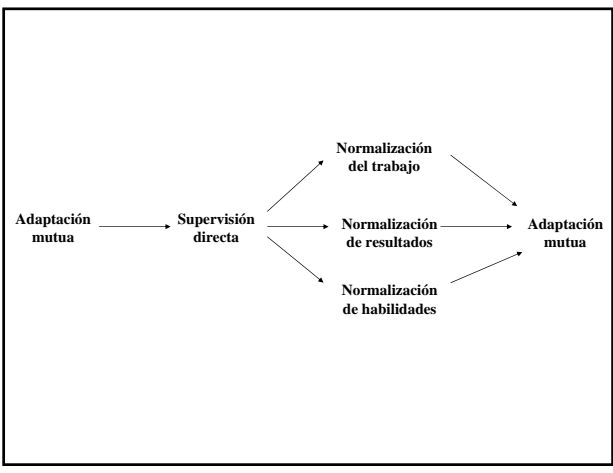


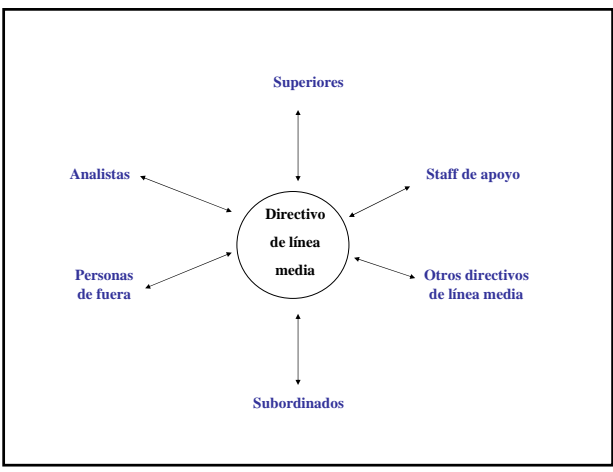
DA INSTRUCCIONES Y CONTROLA ACCIONES

NORMALIZACIÓN

LOS PROCESOS DE TRABAJO EN SI, COMO LOS INPUTS (LAS HABILIDADES Y LOS CONOCIMIENTOS DE LOS QUE REALIZAN DICHOS TRABAJOS) Y LOS APUTS, PUEDEN DISEÑARSE DE TAL MODO QUE SE AJUSTEN A UNA NORMATIVA DETERMINADA



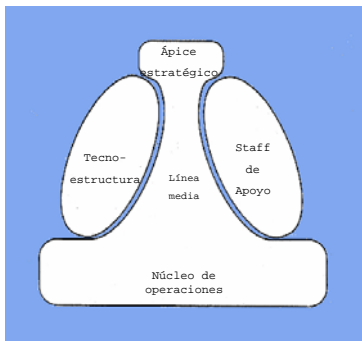




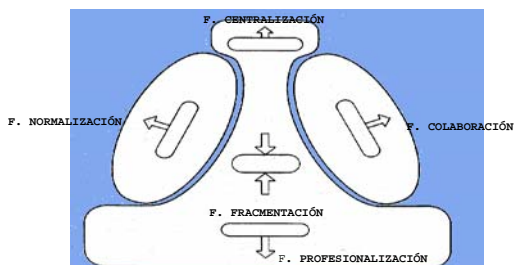
ESTRUCTURA

LA ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN PUEDE DEFINIRSE SIMPLEMENTE COMO EL CONJUNTO DE TODAS LAS FORMAS EN QUE SE DIVIDE EL TRABAJO EN TAREAS DISTINTAS, CONSIGUIENDO LUEGO LA COORDINACION DE LAS MISMAS.

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN



CONFIGURACIONES ESTRUCTURALES



LA MAYORÍA DE LAS ORGANIZACIONES EXPERIMENTAN CADA UNA DE LAS CINCO FUERZAS; NO OBSTANTE DADO QUE LAS CONDICIONES HACEN QUE PREDOMINE UNA DE ELLAS, LA ORGANIZACIÓN ACABA POR ESTRUCTURARSE DE ACUERSO CON LA CONFIGURACIÓN CORRESPONDIENTE

LA ESTRUCTURA SIMPLE

- Principal mecanismo de coordinación: **Supervisión directa.**
- Parte fundamental de la organización: **Ápice estratégico.**
- Principales parámetros de diseño: **Centralización, estructura orgánica.**
- Factores de contingencia: **Joven, pequeña, sistema técnico poco sofisticado, entorno sencillo y dinámico, posibilidad de extrema hostilidad o fuertes ansias de poder del director general, escasa influencia de la moda.**

LA BUROCRACIA MAQUINAL

- Principal mecanismo de coordinación: **Normalización de los puestos de trabajo.**
- Parte fundamental de la organización: **Tecnoestructura**
- Principales parámetros de diseño: **Formalización del comportamiento, especialización vertical y horizontal del puesto, agrupaciones funcionales, centralización vertical, planificación de acciones.**
- Factores de contingencia: **Vieja, grande, reguladora, sistema técnico no automatizado, entorno simple y estable, control externo, escasa influencia de la moda.**

LA BUROCRACIA PROFESIONAL

- Principal mecanismo de coordinación: **Normalización de habilidades.**
- Parte fundamental de la organización: **Núcleo de operaciones.**
- Principales parámetros de diseño: **Preparación, especialización horizontal del puesto, descentralización vertical y horizontal.**
- Factores de contingencia: **Entorno complejo y estable, sistema técnico no regulador, influencia de la moda.**

LA FORMA DIVISIONAL

- Principal mecanismo de coordinación: *Normalización de los out puts.*
- Parte fundamental de la organización: *Línea media*
- Principales Parámetros de diseño: *Agrupación a base del mercado, sistema de control del rendimiento, descentralización vertical limitada.*
- Factores de contingencia: *Mercados diversificados, grandes, viejas, directivos medios ansiosos de poder, influencia de la moda.*

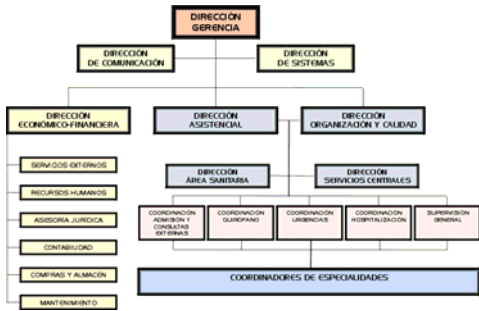
LA ADHOCRACIA

- Principal mecanismo de coordinación: *Adaptación Mutua*
- Parte fundamental de la Organización: *Staff de apoyo*
- Principales parámetros de diseño: *Dispositivos de enlace, estructura, descentralización selectiva, especialización horizontal de puesto, preparación, agrupación basada a la vez en la función y en el mercado.*
- Factores de contingencia: *Entorno complejo y dinámico, sistema técnico sofisticado, influencia de la moda.*

CENTRO SANITARIO. BUROCRACIA PROFESIONAL

- Una gran dificultad para definir la misión de la propia organización, sus objetivos estratégicos e incluso los tácticos.
- Múltiples líneas de autoridad unas formales y otras informales.
- Gran dificultad de valorar los resultados.
- La capacidad real de la toma de decisiones no está en la gerencia.
- La oferta y la demanda la puede generar la misma persona.
- No existe relación entre la evolución económica del hospital y su futuro como empresa y el empleo de sus profesionales.

HOSPITAL DE LA RIBERA DE ALCIRA

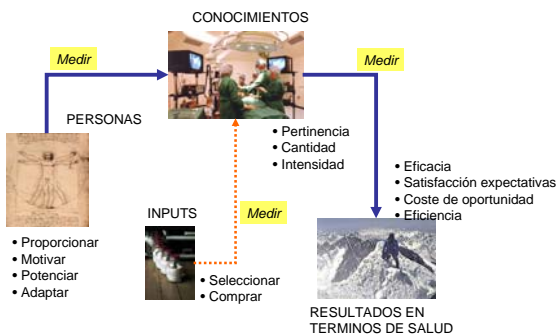


Una organización pensada para la gestión clínica

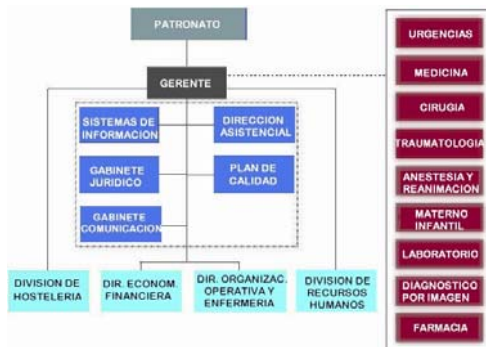


Organización, procesos

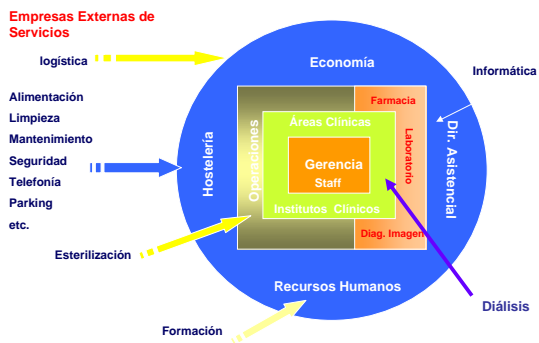
Mejorar, rediseñar



HOSPITAL FUNDACIÓN DE ALCORCÓN



Relaciones Funcionales (empresas externas)



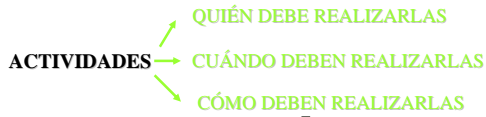
ROLES Y RELACIONES EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA



“El mundo es un escenario y los hombres y mujeres, meramente actores. Entran y salen de la escena y cada personaje representa en su momento muchas partes”

Willian Shakespeare

EN LA ORGANIZACIÓN



➤DEFINEN UNOS ROLES PROFESIONALES QUE :

- ESTABLECEN CATEGORÍAS
- CREAN ESTRUCTURAS

EN LA ORGANIZACIÓN

- CADA GRUPO PROFESIONAL DESEMPEÑA UN ROL.
- LOS ROLES SON INTERDEPENDIENTES; INTEGRAN UN CONJUNTO DE ACTIVIDADES ENTREMEZCLADAS CON LAS DE LOS DEMÁS.
- EL RESTO DE “ACTORES” SOCIALES, DEBEN RECONOCER Y RESPETAR LOS ROLES DE LOS OTROS.
- DEBE HABER UNA COMPLEMENTARIEDAD ENTRE LAS OBLIGACIONES DE UNOS Y LAS ESPECTATIVAS DE OTROS.

DIFICULTADES

BUENA PARTE DE LOS ESFUERZOS DE LAS PERSONAS DE UNA ORGANIZACIÓN ES CONSUMIDA POR LA TENSIÓN QUE GENERA LA CONFLICTIVA DE ROLES

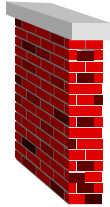
TENSIÓN DEL ROL: El conflicto suele producirse cuando los grupos discrepan en cuanto a lo que cada uno puede esperar legítimamente del otro.

CAUSAS: Relaciones de poder, insatisfacción con el rol propio...

RESPUESTA HABITUAL: La compartimentación

CONSECUENCIAS DE LA COMPARTIMENTACIÓN

- CORPORATIVISMO
- FALTA DE COORDINACIÓN EN LA ACCIÓN
- FRAGMENTACIÓN DE LOS PROCESOS
- INCOMUNICACIÓN DE LOS GRUPOS
- RELACIONES EN TÉRMINOS DE PODER



EVOLUCIÓN ORGANIZACIONES SANITARIAS

- MAYOR ESPECTATIVA Y EXIGENCIA SOCIAL.
- CAMBIO EN LA FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS
- PÉRDIDA STATUS SOCIAL MÉDICOS



GENERA UN CAMBIO DE ROLES
DESAJUSTE EN LAS RELACIONES
DISTANCIAMIENTO
PROYECTOS NO COMPARTIDOS

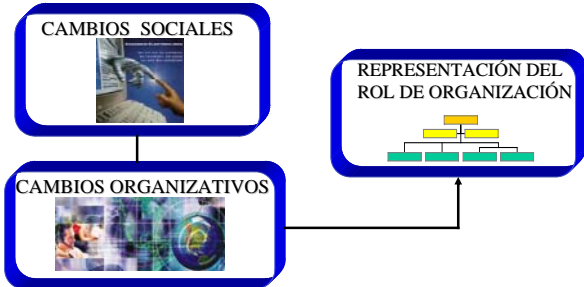
CONSECUENCIAS

CONSUMO DE ENERGÍA ESTÉRIL
GRUPO SE AGOTA
A NIVEL INTERNO
RELACIÓN CON OTROS COMPAÑEROS
“DESENFQUE” DE LA RAZON DE SER Y EXISTIR:



ATENCIÓN AL PACIENTE

ASPECTOS A CONSIDERAR



**NUEVAS FÓRMULAS ORGANIZATIVAS
¿SOLUCIÓN DEFINITIVA?**

➤CULTURA ORGANIZATIVA DE INSTITUCIONES SANITARIAS:
ROLES PROFESIONALES MUY ACENTUADOS Y VARIABLES

NO IGNORARLOS

LA DIVERSIDAD COMO OPORTUNIDAD

COMPARTIR EL PROYECTO



**NUEVAS FÓRMULAS ORGANIZATIVAS
¿SOLUCIÓN DEFINITIVA?**

MISIÓN EQUIPO DIRECTIVO

- CONFIAR. COMPARTIR VALORES.
- IDENTIFICAR LOS ROLES "CRÍTICOS".
- RESPETAR ROLES DE LOS GRUPOS PROFESIONALES.
- PROPICIAR UN CAMBIO CULTURAL:
 - COOPERACIÓN FRENTE A RIVALIDAD
 - IMPLICACIÓN - COMPROMISO
 - APRENDER A: APRENDER Y A DESAPRENDER

ALGUNAS CONSIDERACIONES

- LA ORGANIZACIÓN ES UN CONJUNTO DE PERSONAS
- INTEGRADAS EN LOS DIFERENTES ROLES PROFESIONALES.
- NECESIDADES PACIENTES ↔ ESPECTATIVAS PROFESIONALES

**NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN
CAMBIOS COMPORTAMENTALES DE TODOS**

TRABAJO EN EQUIPO: PUNTO DE PARTIDA



- ACEPTAR LA MULTIDISCIPLINARIEDAD
- RESPETO, COMPARTIR, COOPERAR
- TODOS APORTAN Y SE RESPONSABILIZAN
- TODOS GANAN SOBRE TODO EL PACIENTE

ALGUNAS CONSIDERACIONES

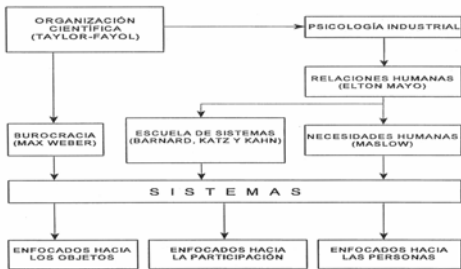
¿SE IMAGINAN ESTAS ESCENAS?



FUNCIÓN DIRECTIVA Y RELACION CON TEORÍAS GENERALES DE GERENCIA.

Angel Fernández Díez

Historia de las Escuelas de Dirección y "Familias"
Actuales de Estilos de Dirección



Escuelas de Dirección

- **Escuela Administrativa:**
 - Organización Científica del trabajo: Taylor
 - Administrativa: Fayol
 - Burocrática: Max Weber
- **Ciencias del Comportamiento**
- **Escuela Matemática (vuelta a Taylor con el ordenador)**

Escuela Administrativa

- Organización Científica del trabajo:
 - Taylor es su máximo exponente
 - Fundamentos:
 - Métodos normalizados de trabajo.
 - Fijación de tiempos
 - Especialización.
 - Selección y formación de empleados.
 - Separación planificación de la ejecución
 - Incentivos
 - Encargados funcionales

Escuela Administrativa

- Administrativa:
 - Fayol es su máximo representante
 - Principios que la inspiran:
 - División del trabajo
 - Autoridad y responsabilidad
 - Disciplina
 - Unidad de mando
 - Subordinación de los intereses individuales a los generales
 - Remuneración del personal
 - Centralización
 - Principio escalar o jerárquico
 - Principio de orden
 - La estabilidad de los puestos de trabajo.

Escuela Administrativa

- Burocrático:
 - Max Weber es su mayor representante.
 - Características:
 - División del trabajo basado en la especialización
 - Deben existir normas cubriendo derechos y obligaciones
 - Deben existir políticas y procedimientos para realizar el trabajo
 - Impersonalidad de las relaciones en el trabajo.
 - Selección y promoción basada en la competencia técnica.

Ciencias del comportamiento

- Nace a raíz de los estudios de Elton Mayo
- Fundamentos:
 - La empresa es un sistema social y técnico-económico.
 - La persona es motivada no sólo por factores económicos, sino también por factores psicológicos y sociales.
 - El grupo informal puede condicionar actitudes y productividad
 - Se deben abrir canales de participación y comunicación
 - los modelos de mando deben modificarse.
- Teoría "X" e "Y"
- Otros representantes: McGregor, Herzberg, Argyris, Maslow

Escuela Matemática

- Esta escuela pone énfasis en los factores técnicos y económicos.
- Utilización de ordenadores
- Se apoya en modelos para la toma de decisiones

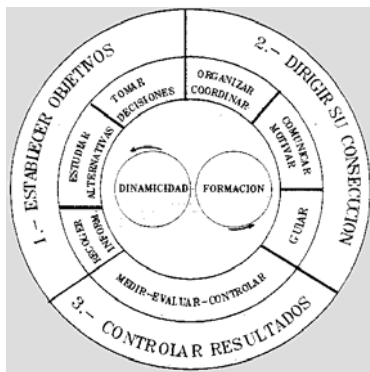
INTRODUCCIÓN

- Observador: Sr. _____, hemos comentado brevemente esta organización y su funcionamiento.
¿Podría ahora decirme qué es lo que hace usted?
Ejecutivo: ¿Lo que hago yo?
Observador: Sí
Ejecutivo: No es fácil
Observador: Adelante, inténtelo
Ejecutivo: Por supuesto, siendo director general, soy responsable de muchas cosas
Observador: Si, ya entiendo. ¿Pero qué es en realidad lo que hace?
Ejecutivo: Pues verá ... asegurarme de que todo vaya bien
Observador: ¿Puede darme un ejemplo?
Ejecutivo: Debo asegurarme de que tengamos una sólida situación financiera
Observador: ¿Pero qué es lo que hace al respecto?
Ejecutivo: Bueno, es difícil de explicar
Observador: Mirémoslo de otro modo. ¿Qué hizo ayer?

FUNCION DIRECTIVA

- ¿Que es ?
- Proceso Social y Tecnico, que utiliza recursos, influye sobre los actos humanos y facilita cambios con el fin de materializar objetivos de la organización.

LA FUNCIÓN DE LA DIRECCIÓN Y LA GESTIÓN DE LA EMPRESA



FUNCIONES DIRECTIVAS

- FIJAR OBJETIVOS
- ANALIZAR Y ORGANIZAR EL TRABAJO EN UNA ESTRUCTURA
- MOTIVAR Y COMUNICAR
- MEDIR MEDIANTE NORMAS
- FORMAR PERSONAS

ESENCIA BÁSICA: "TOMAR DECISIONES"

CAPACIDADES Y HABILIDADES DEL DIRECTIVO

- Entendemos por capacidad a una determinada aptitud que a través de la experiencia se moldea y ejercita permitiendo la resolución de determinados problemas de forma eficiente.
- Es muy claro que las capacidades y habilidades son necesarios ponerlas en juego, para conseguir **logros profesionales**, que se consideran proyectos exitosos de organización.

LOGROS PROFESIONALES

- **TECNICOS.** (invento o novedad técnica)
- **DE INVESTIGACION** (hallazgo interesante)
- **HUMANOS.**(mejora de las relaciones humanas)
- **METODOLOGICOS.**(mejora de los procesos)
- **MONETARIOS.**(disminución de costes o aumento de facturación o cuota)
- **IMAGEN.**(mejora de la imagen corporativa)

HABILIDADES DIRECTIVAS I

- **Capacidad emprendedora.**
Llevar a la práctica una idea, aún teniendo dificultad.
- **Coordinación.**
Capacidad para disponer de temas o acciones con método.
- **Conocimiento técnico.**
Capacidad para comprender la información y procedimientos técnicos.
- **Sentido pragmático.**
Capacidad para buscar el lado útil de las cosas.

HABILIDADES DIRECTIVAS II

- **Control.**
Capacidad para regular y supervisar procesos, tareas y personas.
- **Facilidad para el trabajo en equipo.**
Capacidad para integrar y aprovechar los recursos de otros.
- **Liderazgo.**
Capacidad para utilizar métodos apropiados para dirigir personas.
- **Capacidad de trabajo.**
Capacidad para soportar trabajo duro y variado.
- **Reacción frente a emergencias.**
Capacidad para actuar de forma lógica en situaciones difíciles

HABILIDADES DIRECTIVAS III

- **Perseverancia.**
Capacidad para el mantenimiento del propósito a pesar de los obstáculos.
- **Honestidad.**
Cualidad moral que impulsa a llevar adelante los dictados de su conciencia.
- **Persuasión.**
Capacidad para inducir con razones a creer o hacer algo.
- **Iniciativa.**
Capacidad para actuar de forma operativa y precisa e independiente.

HABILIDADES DIRECTIVAS IV

- **Interés.**
Capacidad de dirección operativa de la atención.
- **Comunicación oral.**
Cualidad oratoria en situaciones grupales e individuales.
- **Tolerancia a la incertidumbre.**
Capacidad para trabajar en situaciones inestructurales.
- **Tolerancia al estrés.**
Capacidad por la cual se mantiene la estabilidad de desempeño bajo presión.
- **Visión de conjunto.**
Capacidad para integrar todas las partes.

HABILIDADES DIRECTIVAS V

- **Desarrollo de subordinados.**
Cualidad para desarrollar destrezas y competencias de subordinados a través de las medidas oportunas.
- **Orientación hacia resultados.**
Capacidad para dirigir su comportamiento a la obtención de resultados.
- **Comunicación escrita.**
Capacidad para una correcta expresión de ideas por escrito.
- **Delegación.**
Capacidad para asignar responsabilidades a subordinados de manera adecuada.

HABILIDADES DIRECTIVAS VI

- **Meticulosidad.**
Exigencia de perfección en los trabajos.
- **Planificación y Organización.**
Establecimiento de una acción individual y/o grupal.
- **Facilidad de trato.**
Capacidad para la fácil relación.
- **Creatividad.**
Capacidad para generar soluciones imaginativas e innovaciones en situaciones laborales.

HABILIDADES DIRECTIVAS VII

- **Análisis.**
Capacidad para descomponer la realidad en sus partes y vislumbrar sus mutuas relaciones.
- **Crítico.**
Capacidad de juicio sobre cuestiones importantes con un buen fundamento.
- **Polivalencia.**
Capacidad para adaptarse a las numerosas tareas que requiere su cargo.
- **Juicio.**
Capacidad para la previsión de consecuencias de una determinada situación

HABILIDADES DIRECTIVAS VIII

- **Aprendizaje práctico.**
Asignar y aplicar conocimientos nuevos sobre el puesto.
- **Sensibilidad organizacional.**
Capacidad de captación del clima de una organización.
- **Tenacidad.**
Persistencia de la energía hasta lograr objetivos.
- **Sensibilidad.**
Acciones que demuestran preocupación por otros.
- **Sociabilidad.**
Capacidad para relacionarse con personas.

HABILIDADES DIRECTIVAS IX

- **Resolutividad.**
Disposición para tomar decisiones, juicios.
- **Autoconfianza.**
Seguridad en sí mismo.
- **Resolución de conflictos.**
Capacidad de mediación entre personas para conseguir soluciones útiles para todos.
- **Flexibilidad.**
Aceptar ideas y soluciones de otras personas.

HABILIDADES DIRECTIVAS X

- **Establecer prioridades.**
Saber detectar temas importantes y urgentes.
- **Adaptabilidad.**
Capacidad para mantener la eficacia en numerosas situaciones.
- **Razonamiento.**
Capacidad para la argumentación lógica.
- **Resistencia a la frustración.**
Capacidad para la reanimación rápida del trabajo en pos de nuevos criterios.
- **Riesgo.**
Capacidad para tomar decisiones que impliquen incertidumbre.

HABILIDADES DIRECTIVAS XI

- **Negociación.**
Capacidad para conciliar intereses.
- **Formalismo.**
Capacidad para regir situaciones según pautas establecidas.
- **Ambición profesional.**
Deseo de avanzar a puestos de mayor nivel.
- **Actividad.**
Capacidad para el trabajo rápido.

RESUMIENDO

- **HABILIDADES ANALITICAS Y DE REOLUCION DE PROBLEMAS.** Habilidades que permitan visualizar las relaciones causa-efecto que existen en toda organización.
- **DESEOS DE ADMINISTRAR.** Sin una motivación adecuada, no es posible el empuje y la dirección requerida en los proyectos organizacionales.
- **DOTES DE COMUNICACION Y EMPATIA.**
- **INTEGRIDAD Y HONESTIDAD.** La capacidad de ser honesto y demostrarlo en cualquier momento es un valor en alza.

Organización de las Funciones Directivas



Bases conceptuales de la planificación

- La planificación es una función directiva que ayuda a elegir los objetivos de una organización (o para una acción), encontrar alternativas para alcanzarlos y a seleccionar, de entre ellas, la más adecuada
- Planificación a largo y a corto plazo

Bases conceptuales de la planificación

- Importancia de la planificación formal:
 - Contrarresta la incertidumbre
 - Atender a los objetivos generales y estrategia
 - Operar económicamente
 - Utilizar la capacidad directiva
 - Facilitar la comunicación
 - Mejorar el control

Planificación Estratégica

- Definición de la misión
- Análisis de situación
- Fijar Objetivos
- Líneas estratégicas
- Seguimiento del plan

Planificación Operativa

- Planes de acción de cada una de las unidades de la organización en los que se concreta la búsqueda de los objetivos estratégicos.
- Busca los siguientes objetivos:
 - Actividad
 - Calidad
 - Formación e Investigación
 - Inversión
 - Innovación
 - Presupuestarios

PUNTOS CLAVE DE LAS ESTRATÉGIAS

- ESCRITAS Y ESTABLES EN EL TIEMPO
- COMUNICADAS A LOS AFECTADOS
- PARTICIPADAS EN LA ELABORACIÓN, EN LO POSIBLE
- EXPLICITADAS LAS HIPÓTESIS Y HECHOS SOBRE LOS QUE SE BASAN, PARA COMPROBACIONES PERIÓDICAS
- CONTINUADAS CON LOS OBJETIVOS CORRESPONDIENTES

PUNTOS CLAVE DE LOS OBJETIVOS(1)

1. ESTAR CIFRADOS Y FECHADOS
2. COORDINADOS Y COMPATIBLES ENTRE SÍ
3. CONTINUIDAD SUFICIENTE EN EL TIEMPO
4. ABARCAR LAS AREAS CLAVE DE LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA, PARA CONSEGUIR UN CONTROL EQUILIBRADO
5. SER DIFÍCILES PERO ALCANZABLES. SOLUCIÓN ÓPTIMA
6. ESPECÍFICOS PARA CASO O SITUACIÓN
7. CONCERTADOS, EN PRINCIPIO, CON LOS RESPONSABLES DE ALCANZARLOS
8. POCO NUMEROSOS PARA CADA PERSONA O FUNCIÓN

PUNTOS CLAVE DE LOS OBJETIVOS(2)

9. DISPONER DE UN DISPOSITIVO DE MEDIDA DE REALIZACIONES PARA DETECTAR LAS DESVIACIONES Y ACTUAR

DURANTE EL PROCESO DE REALIZACIÓN OBSERVAR LAS REGLAS DE:

- DELEGACIÓN: NO INTERVERNIR MIENTRAS SE CONSIGAN LOS OBJETIVOS
- ACCIÓN: INTERVENIR Y TOMAR LAS ACCIONES NECESARIAS CUANDO SE APRECIEN DESVIACIONES CON RESPECTO A LOS OBJETIVOS

DIRIGIR ES:

Talento + Información + Fatiga

DIRIGIR ES:

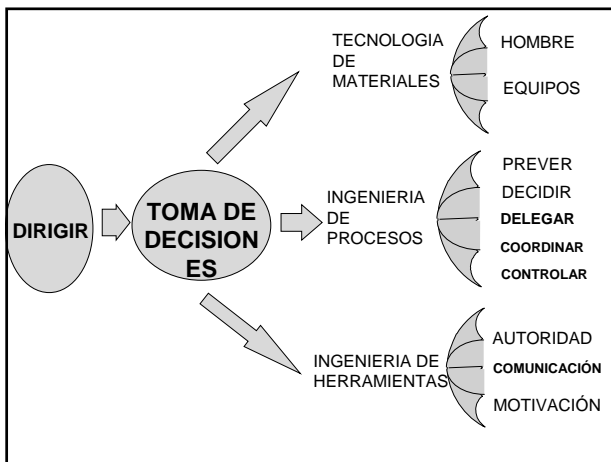
OBTENER RESULTADOS DEL TRABAJO DE LOS DEMAS
SER RESPONSABLE DEL TRABAJO DE LOS DEMÁS

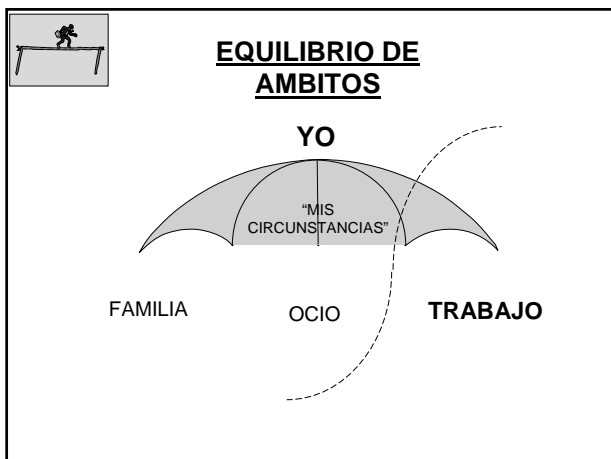
PARA ELLO SUPONE CUMPLIR LAS SIGUIENTES TAREAS:

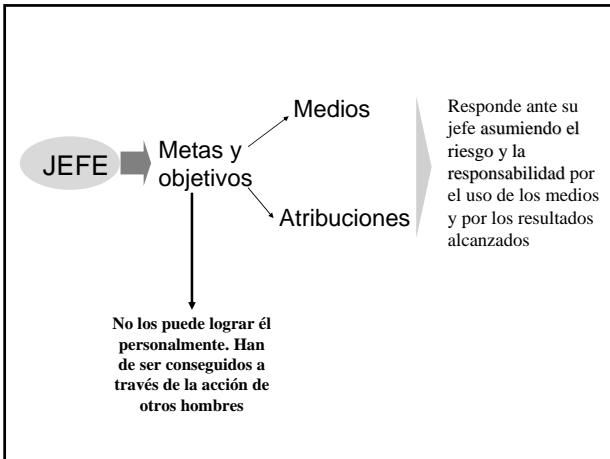
1. CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS
 - PREVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN EXTERNA
 - DIAGNÓSTICO DE LOS PROBLEMAS INTERNOS
2. ELECCIÓN DE LOS FINES
 - ESTRATEGIAS (ORIENTACIONES CUALITATIVAS)
 - OBJETIVOS (CIFRADOS Y FECHADOS)
3. ORGANIZACIÓN DE LOS MEDIOS
 - PROGRAMAS
 - PRESUPUESTOS

DIRIGIR ES:

4. DEFINICIÓN DE ESTRUCTURAS, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES
 5. DIRECCIÓN DE LOS RR.HH.
 - SELECCIÓN
 - PERFECCIONAMIENTO
 - MOTIVACIÓN
 6. COMUNICACIÓN
 7. GESTIÓN DEL CAMBIO
 8. CONTROL
 - ANTICIPANTE Y PROACTIVO
- TODO ELLO IMPLICA**
- ESTUDIO DE DECISIONES COMPLEJAS Y EJECUCIÓN
 - NEGOCIACIÓN Y PARTICIPACIÓN
 - BÚSQUEDA DE IDEAS E INNOVACIÓN







ESTILOS DE DIRECCION

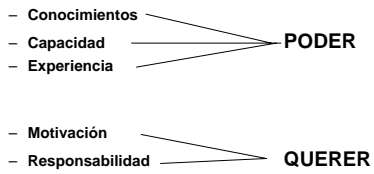
- **Un estilo directivo es una forma integrada de conducir una organización, basada fundamentalmente en una actuación desde un estado concreto del YO.**

Estilos de Dirección

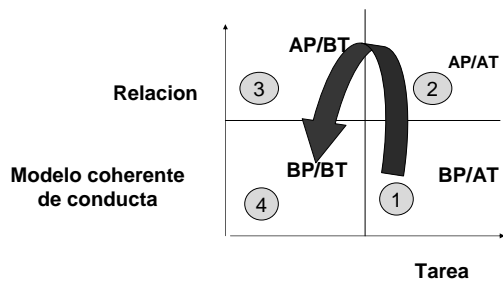
- **AUTOCRÁTICO.** Del Estado Padre, que se considera por encima de los demás y les marca el rumbo seguir. **INTERVENCIONISTA.** (Autoritario, Persuasivo.)
- **DEMOCRÁTICO.** Del Estado Adulto que busca un sistema adaptado a la realidad y la utilización de la capacidad de sus componentes. **PATICIPATIVO.** (Razonador, Consultivo)
- **ANÁRQUICO.** Del Estado Niño que busca la satisfacción directa de cada uno de sus componentes. **ACRATA.** (Autárquico, Socializador)

Estilos de Dirección

• NIVEL DE DESARROLLO PROFESIONAL:



ESTILOS DE DIRECCION



CAPACIDAD DIRECTIVA

• Capacidad directiva es fundamentalmente, habilidad para adaptarse selectivamente a las circunstancias, eligiendo el estilo mas conveniente.

EL DIRECTOR DEBE:

1. SER SENSIBLE EN SU RELACIÓN CON LOS EMPLEADOS PARA PODER SER CAPAZ DE ADAPTARSE AL NIVEL DE PROFESIONALIDAD Y DE INTERÉS DE CADA UNO DE ELLOS.
2. POTENCIAR LAS CAPACIDADES DE SUS SUBORDINADOS, ESTIMÁNDOLOS PARA QUE ADOPTEN UN ESTILO DE TRABAJO BASADO EN LA AUTONOMÍA Y EN EL DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL.

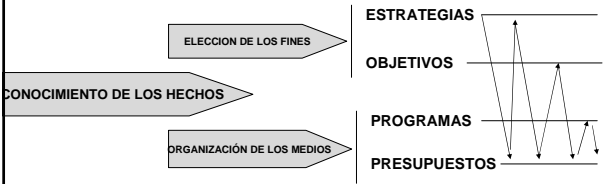
DOBLE FINALIDAD

1. DESARROLLAR AL EMPLEADO, AYUDÁNDOLE A MADURAR Y A CUBRIR UNA SERIE DE NECESIDADES QUE TODO INDIVIDUO, COMO PERSONA SE PLANTEA.
2. ALCANZAR LAS EXIGENCIAS DE EFICACIA Y CALIDAD QUE PLANTEA LA ORGANIZACIÓN.

Nuevo rol de los directivos

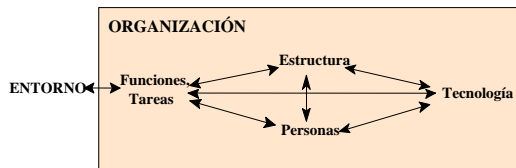
- ★ Negociar
- ★ Convencer
- ★ Proporcionar los mejores profesionales
- ★ Garantizar la calidad
- ★ Garantizar los derechos del ciudadano
- ★ Evaluar

EL PLAN DE ACCION EN LA EMPRESA



LAS POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS, MOTIVACION Y COMPROMISO PROFESIONAL.

Angel Fernandez Diez



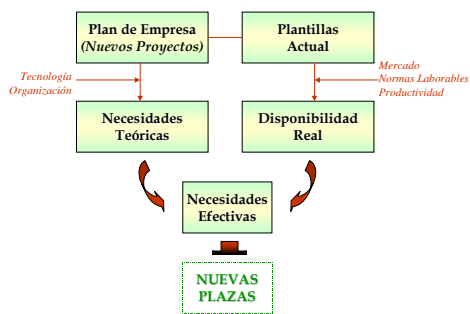
PROGRAMAS BASICOS EN GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- ✓ Planificación de Personal
- ✓ Selección y reclutamiento
- ✓ Formación y desarrollo de personal
- ✓ Evaluación
- ✓ Compensación
- ✓ Liderazgo
- ✓ Consideración de los aspectos organizacionales
- ✓ Consideración de los aspectos del entorno

LA PLANIFICACION DE LOS RR.HH

- ¿Qué personas necesitamos?
- ¿Para hacer qué?
- ¿Cuál será su coste?

PLANIFICACION Y DIMENSIONAMIENTO DE PLANTILLAS



CALCULO DE PLANTILLAS

- **SE PRECISA:**
- a) DETERMINAR LA ACTIVIDAD
 - _ Hospitalización
 - _ Consultas externas
 - _ Urgencias
 - _ Servicios Centrales
- b) DETERMINAR EL TIEMPO NECESARIO POR CADA ACTIVIDAD EN CADA SERVICIO Y EN EL CONJUNTO DEL HOSPITAL.
- c) ASIGNAR TIEMPO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

OTROS PARAMETROS DE CALCULO

Índice de Ocupación: Aunque varía para la tipología de pacientes y especialidad en el conjunto de un Hospital Terciario se puede estimar adecuado como el 85 %, ya que permite tener el hospital suficientemente ocupado y una reserva para posible aumento de la demanda por vía de las Urgencias.

• **La Estancia media** varía con la tipología de Hospitales y Case – Mix tratado. Tiende a la disminución pero para un Hospital Terciario una estancia media de 9 días puede ser razonable.

HOSPITALIZACION

- 1º Conocer el nº de habitantes y agruparlo por edades.
- 2º establecer la frecuentación – nº de ingresos por mil habitantes.
- 3º Concretar el porcentaje o índice de ocupación.
- 4º Asignar el promedio de estancia por paciente.

CONSULTAS EXTERNAS Y URGENCIAS

- Por cada ingreso suelen producirse en consultas externas, 2 primeras visitas y por cada primera visita se realizan 2 a 3 sucesivas.
- La frecuentación en urgencias se sitúa alrededor de 280 por 1000 habitantes y por cada enfermo hospitalizado se atienden 3 urgencias de los cuales suelen ingresar entre el 12 y el 14%.

**MODULOS DE TIEMPO MEDICO
(indicativos) APLICABLES POR
ACTIVIDAD**

- **POR ENFERMO INGRESADO Y DIA:**
 - Hospitalización Normal 15 min.
 - Hospitalización en UCI 60 min.
- **CONSULTAS EXTERNAS**
 - Primera visita 30 min.
 - Sucesivas 15 min.
- **ENFERMO URGENTE** 25 min.
- **INTERVENCION QUIRURGICA** 120 min. 2 Médicos.
- **PARTOS** 90 min.
- **INTERCONSULTA** 30 min.
- **RADIOLOGICO. ESTUDIO INDIVIDUAL** 15 min.
- **LABORATORIO. ESTUDIO INDIVIDUAL** 3 min.

**PARAMETROS A APLICAR EN
ENFERMERIA**

- **A) HOSPITALIZACION**
 - Medicina interna 2,66 horas
 - Cirugía 2,5 horas
 - Pediatría 4,16 horas
 - Traumatología 2,3 horas
 - Toco ginecología 2 horas
 - Cuidados intensivos 1 enfermera/ 3 pacientes
1 auxiliar/ 2 enfermeras
- **B) QUIROFANOS**
 - 2 enfermeras / quirófano
 - 1 auxiliar / 2 quirófanos

DISTRIBUCION DEL TIEMPO MEDICO

	Asistencia	Gestión	Docencia e Investigación
J. Servicio	50%	30%	20%
J. Sección	60%	15%	25%
Adjunto	80%	5%	15%

ANÁLISIS DEL PUESTO

- ✓ Denominación del puesto
- ✓ Dependencia jerárquica directa
- ✓ Área o sección dentro del organigrama de la empresa
- ✓ Finalidad del puesto
- ✓ Descripción de tareas y funciones
- ✓ Responsabilidades sobre otros empleados, equipos de trabajo, tareas, coordinación, etc.
- ✓ Relaciones de tipo interno y/o externo que exige su nivel, cantidad y calidad.

ANÁLISIS DEL PUESTO(Cont.)

- ✓ Dedicaciones, horarios que precisa, calendario laboral, vacaciones.
- ✓ Técnicas, equipos, herramientas a utilizar en el desempeño de la tarea.
- ✓ Catalogación profesional, categoría profesional, nivel en el mercado, su demanda.
- ✓ Sistema retributivo, retribuciones fijas, variables, incentivos, gratificaciones, etc.
- ✓ Sistema de integración previsto.
- ✓ Sistema de supervisión y control.
- ✓ Criterios de evaluación.

RECLUTAMIENTO

RECLUTAMIENTO INTERNO.

- **VENTAJAS:** Rapidez, Fiabilidad, Integración, Motivación y Economicidad.
- **INCONVENIENTES:** Anquilosamiento, Conflictos de Intereses, No Innovación.

RECLUTAMIENTO EXTERNO.

- **VENTAJAS**
- **INCONVENIENTES**

MEDIOS Y TÉCNICAS DE SELECCIÓN

INFORMACIÓN SOBRE EL CANDIDATO.

- ✓ Historial personal
- ✓ Historial académico
- ✓ Historial profesional
- ✓ Conocimiento y capacitación profesionales específicos
- ✓ Inteligencia y aptitudes
- ✓ Personalidad
- ✓ Motivaciones

MEDIOS Y TÉCNICAS DE SELECCIÓN

TÉCNICAS DE ANÁLISIS

- ✓ Fichas, impresos o cuestionarios
- ✓ Entrevistas
- ✓ Pruebas y exámenes profesionales
- ✓ Ejercicios de simulación
- ✓ Test
- ✓ Entrevistas

Poder y Autoridad

- **PODER:**
 - La capacidad de inducir o influir en un comportamiento.

- **AUTORIDAD:**
 - Manifestación del poder legítimo

Bases del Poder

- Poder Coercitivo:
 - La facultad de castigar
 - Temor
- Poder de Conexión
 - Conocimiento de personas influyentes.
- Poder de Experto
 - Experiencia
 - Capacidad
 - Conocimiento

Bases del Poder

- | | |
|---|--|
| • Poder de Información: <ul style="list-style-type: none">– Posesión– Acceso a información | • Poder de recompensa <ul style="list-style-type: none">– Sueldos– Premios– Reconocimiento |
| • Poder Legítimo <ul style="list-style-type: none">– Cargo– Derecho a que se le obedezca | • Poder referente <ul style="list-style-type: none">– Carisma– Personalidad |

DELEGACIÓN DE FUNCIONES

“Ceder la responsabilidad y autoridad requerida para llevar a cabo una tarea o una función sin renunciar a la responsabilidad final”

VENTAJAS DE LA DELEGACIÓN EFICAZ

PARA EL QUE SABE DELEGAR EFICAZMENTE

- 1) Uso más racional del propio tiempo
- 2) Liberación para ser mas productivo y creativo
- 3) Volverse más organizado
- 4) Incremento del liderazgo
- 5) Incremento de la motivación
- 6) Incremento de la responsabilidad
- 7) Mejora global de la eficacia de su organización

VENTAJAS DE LA DELEGACIÓN EFICAZ

PARA EL QUE LE SABEN DELEGAR EFICAZMENTE

- 1) Oportunidad de desarrollar habilidades y recursos para hacer las cosas bien
- 2) Oportunidad de experimentar éxitos y autonomía
- 3) Oportunidad de ser visible dentro de la organización
- 4) Oportunidad de experimentar nuevos retos

CLAVES DE LA DELEGACIÓN EFICAZ

- ✓ Pensar ¿por qué yo? Antes de emprender cualquier actividad.
- ✓ Utilizar la delegación para desarrollar a los subordinados
- ✓ Determinar objetivos realistas, mediales y de dificultad moderada

NO DELEGACIÓN: CONSECUENCIAS NEGATIVAS

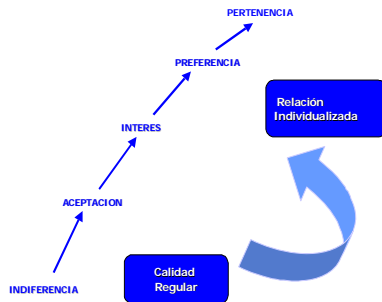
- ✓ Sobrecarga de los directivos y mandos
- ✓ Infrutilización de los subordinados
- ✓ Hiperdependencia y falta de desarrollo de los subordinados.

En definitiva, mayor malestar y menor productividad

HABILIDADES Y COMPETENCIAS EN LOS PROFESIONALES



COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA EN LA ORGANIZACIÓN

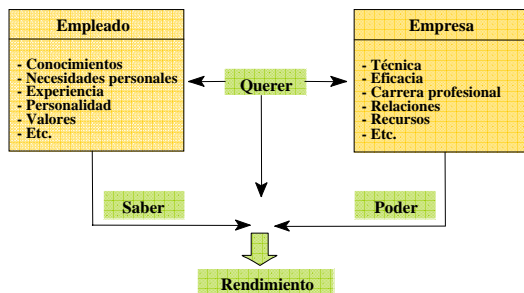


MOTIVACION

- ¿ QUE ES ?

Como conseguir que la gente haga voluntariamente, y bien, lo que necesariamente tienen que hacer.

INTERCONEXIÓN ENTRE EMPLEADO, EMPRESA Y MOTIVACIÓN EN LA GÉNESIS DEL RENDIMIENTO

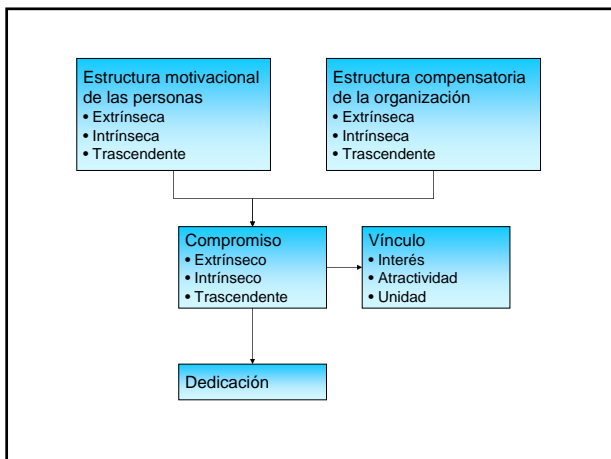


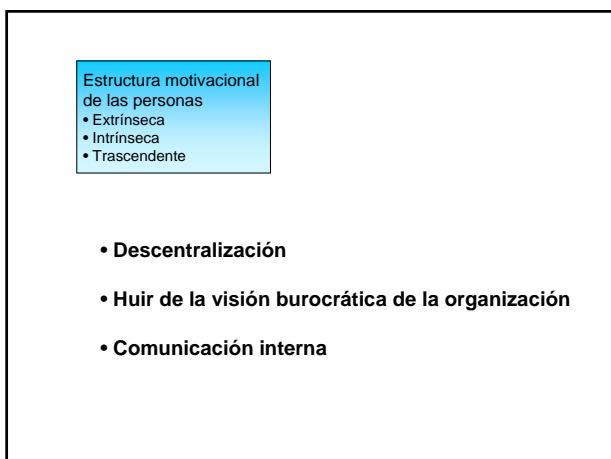
PARA QUE EMPEZEMOS A ENTENDERNOS.....

- Nadie apoya nada que vaya en contra de sus intereses.
- La persona viene a la organización a satisfacer el mayor numero, y de la forma mas completa posible, sus necesidades.
- La empresa la hará suya satisfaga sus necesidades en la medida en esta. (cumpla el contrato psicológico)

LA TEORIA DE LAS EXPECTATIVAS

- ¿ Que condiciones han de darse para que un empleado rinda en los terminos requeridos por la organización ?
- 1º Todo esfuerzo humano se realiza con la **EXPECTATIVA** de un cierto éxito.
- 2º El sujeto espera que del logro del rendimiento esperado se sigan ciertas **CONSECUENCIAS** atractivas para el.
- **EXTRINSECAS**. P.e., el salario, incentivo económico extra, la aprobación de los compañeros, el elogio del jefe, la promesa de promoción, etc.
- **INTRINSECAS**. P.e., el sentimiento del éxito, el sentimiento de propia estima, la satisfacción de aprender, etc.





Estructura compensatoria de la organización

- Extrínseca
- Intrínseca
- Trascendente

Extrínseca

- Convenio Colectivo
- Sistema retributivo

Intrínseca

- Tecnología
- Prestigio de la organización
- Carrera profesional
- Innovación

Trascendente

- Valores de la organización

CARACTERÍSTICAS DE LAS MOTIVACIONES EXTRÍNSECAS E INTRÍNSECAS

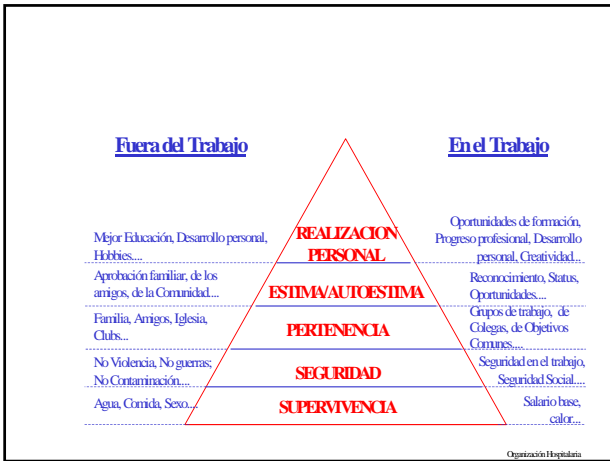
MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA

- ✓ Convierte al objeto de la actuación en medio.
- ✓ Dura mientras dura el aliciente o amenaza.
- ✓ Produce resultados a corto plazo.
- ✓ Hace mas dependiente a la persona o la acostumbra a actuar sólo por recompensas.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MOTIVACIONES EXTRÍNSECAS E INTRÍNSECAS

MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

- ✓ Potencia el objetivo de la propia actuación dando más coherencia a la personal.
- ✓ Es más permanente.
- ✓ Produce además resultados a largo plazo.
- ✓ Hace más libre y autocontrolada la persona.



CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

Expectativa de recompensa y desarrollo personal y profesional a partir del reconocimiento del esfuerzo individual.

- La creencia de que se participa en un proyecto ilusionante con valores compartido.
- Percepción de autonomía para decidir la forma de trabajar.
- Unas condiciones higiénicas adecuadas de ergonomía física, espacio propio e intimidad personal.
- Posibilidad de ser creativo.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL II

- Percepción de ser tratado como una persona significativa en La empresa.
- Creencia de que su trabajo tiene sentido e importancia para otras personas.
- Pertenencia a uno o varios grupos cohesionados en algún proyecto.
- Creencia de que sus relaciones profesionales son de calidad, que tiene el apoyo de sus jefes y el respeto de sus subordinados.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL III

- Creencia de que sus relaciones profesionales son de calidad, que tiene el apoyo de sus jefes y el respeto de sus subordinados.
- Tener la capacidad y la posibilidad de delegar eficazmente.
- Creencia de que tiene un adecuado equilibrio entre el trabajo, la familia, la salud y uno mismo.

CÓMO MOTIVAR A NUESTRO PERSONAL

- ✓ Enriquecimiento del trabajo
- ✓ Comunicación
- ✓ Confianza
- ✓ Exigencia
- ✓ Respeto y lealtad
- ✓ Disponibilidad
- ✓ Imparcialidad y justicia
- ✓ Coherencia
- ✓ Reconocimiento
- ✓ Despertar entusiasmo

LIDERAZGO

- El liderazgo debe ser entendido como una clase influencia mediante la que se puede lograr que los miembros de una organización colaboren voluntariamente y con entusiasmo en el logro de los objetivos organizativos.

LA FUNCIÓN DEL LIDERAZGO

- ✓ Fijar la orientación básica de la empresa
- ✓ Diseño de la organización
- ✓ Inculcar una cultura comprometida con la excelencia y el comportamiento ético
- ✓ Gestión de las presiones políticas

