Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

asse
Administración de los Servicios de Salud del Estado

Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables

Gestión Clínica y Liderazgo en Salud Mental

La experiencia de Andalucía

Montevideo. 24 de septiembre de 2019

Domingo Díaz del Peral. *Psiquiatra. Director Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería.*
Evelyn Huizing. *Enfermera especialista en Salud Mental. Programa de Salud Mental Andalucía.*
Alma Martínez de Salazar. *Psicóloga Clínica. Servicio Andaluz de Salud.*

“En tiempos de cambio quienes estén abiertos al aprendizaje se adueñaran del futuro, mientras que aquellos que creen saberlo todo, estarán bien equipados para un mundo que ya no existe”.

Eric Hoffer

*José Bleger, psiquiatra argentino. Conferencia de Porto Alegre en **1970:***

«En la historia de la psiquiatría podemos contar con cuatro revoluciones:

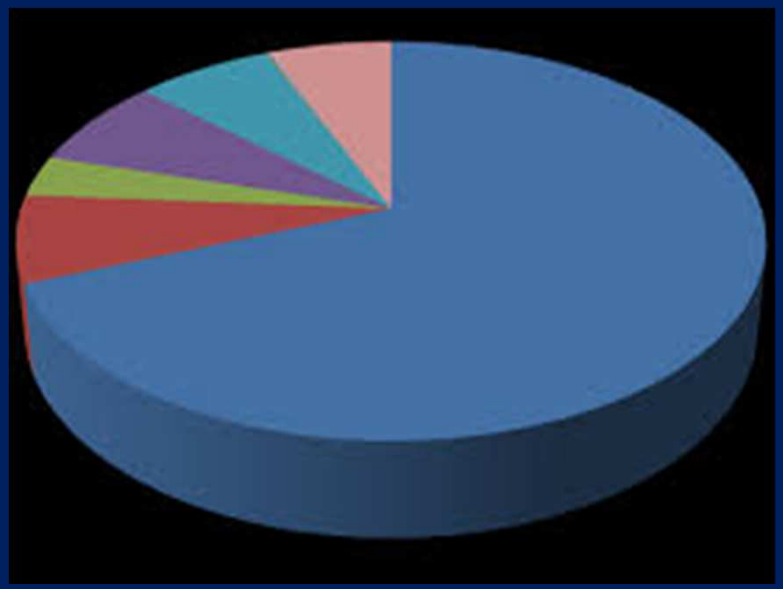
la primera es la realizada por Pinel, la segunda por la introducción de terapéuticas biológicas y farmacológicas …., la tercera por la introducción de la psicoterapia, la cuarta por la preocupación por la administración de los recursos».

«Sin embargo, por poca propensión que tengamos a ocuparnos del problema de la administración, tenemos que tomar conciencia de que de todos modos tenemos organizada una administración… Quiero decir que, de todas maneras –bien o mal– estamos administrando nuestros recursos y que si no queremos ocuparnos de la administración de los mismos, sepamos que de todos modos tenemos aceptada una administración y que la cumplimos, la dirigimos o nos la imponemos o se nos impone, nos dirige y nos limita»

EJERCICIO GRUPAL

- ✓ ¿Cual es el Objetivo de los sistemas de salud?
- ✓ ¿Como influye el gasto sanitario en la salud de la población?
- ✓ Elaborar presupuesto nacional (%)

1. Servicios Públicos Generales
2. Protección y Seguridad Social
3. Educación
4. Salud
5. Seguridad Publica y Defensa Nacional
6. Administración Justicia
7. Mix desarrollo
   - Desarrollo Productivo
   - Vivienda
   - Cultura y Deporte
   - Registro e Información Oficial
   - Trabajo y Empleo
   - Ciencia, Tecnología e Investigación
   - Otros



¿Cual es el Objetivo de los sistemas de salud?

Cuadro 1.1. OBJETIVOS DE SALUD

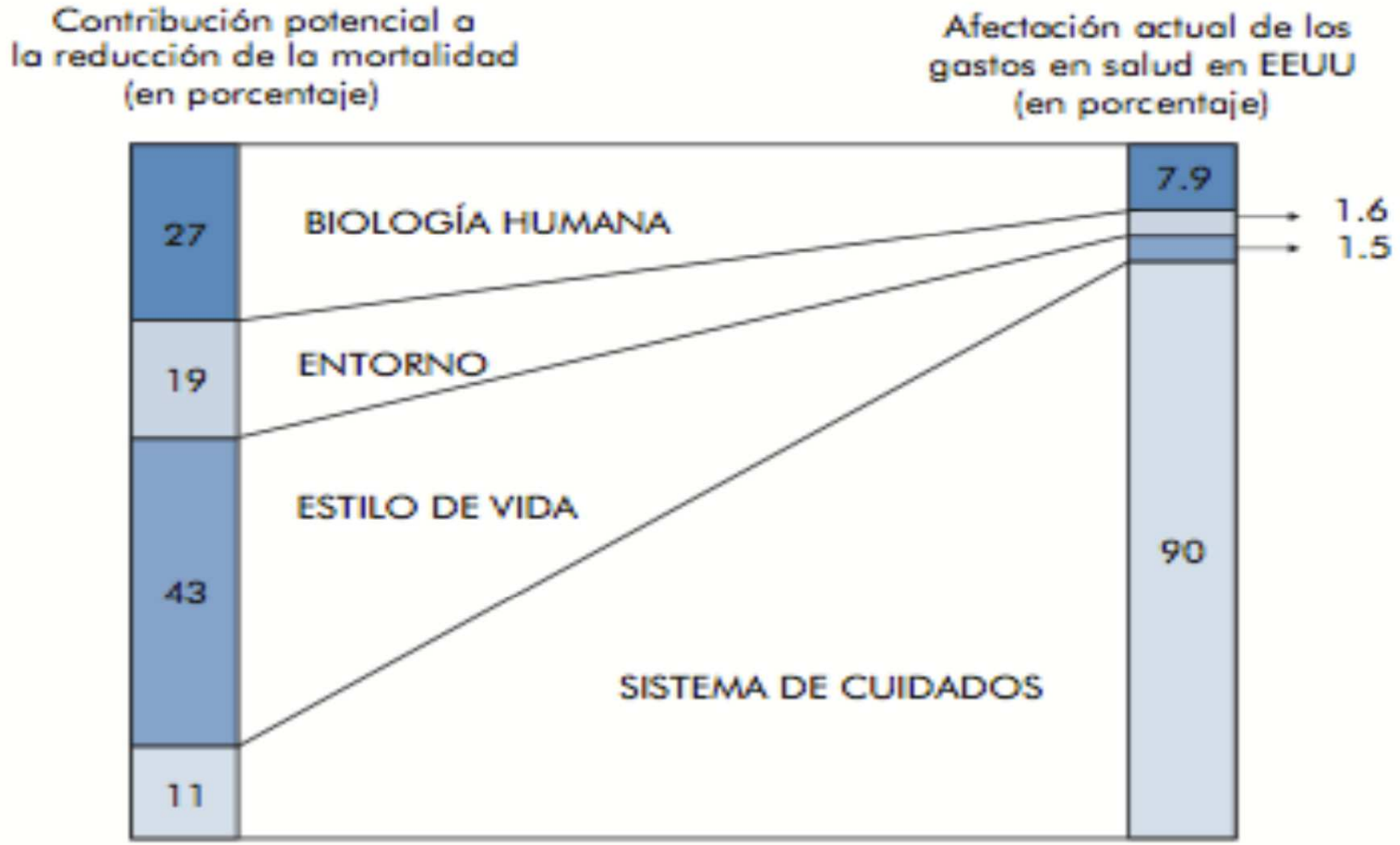
- **Añadir más años a la vida:** reducir la mortalidad prematura y, por consiguiente aumentar la esperanza de vida.
- **Añadir más salud a la vida:** reducir enfermedades, accidentes, minusvalías y discapacidades.
- **Añadir más vida a los años:** en el sentido de desarrollar las capacidades del individuo en el entorno privado, social y, dentro de este último, el laboral.

La gestión de la excelencia en los centros sanitarios; Biel Fortuny i Órgans. Madrid, 2009

.

¿Como influye el gasto sanitario en la salud de la población?

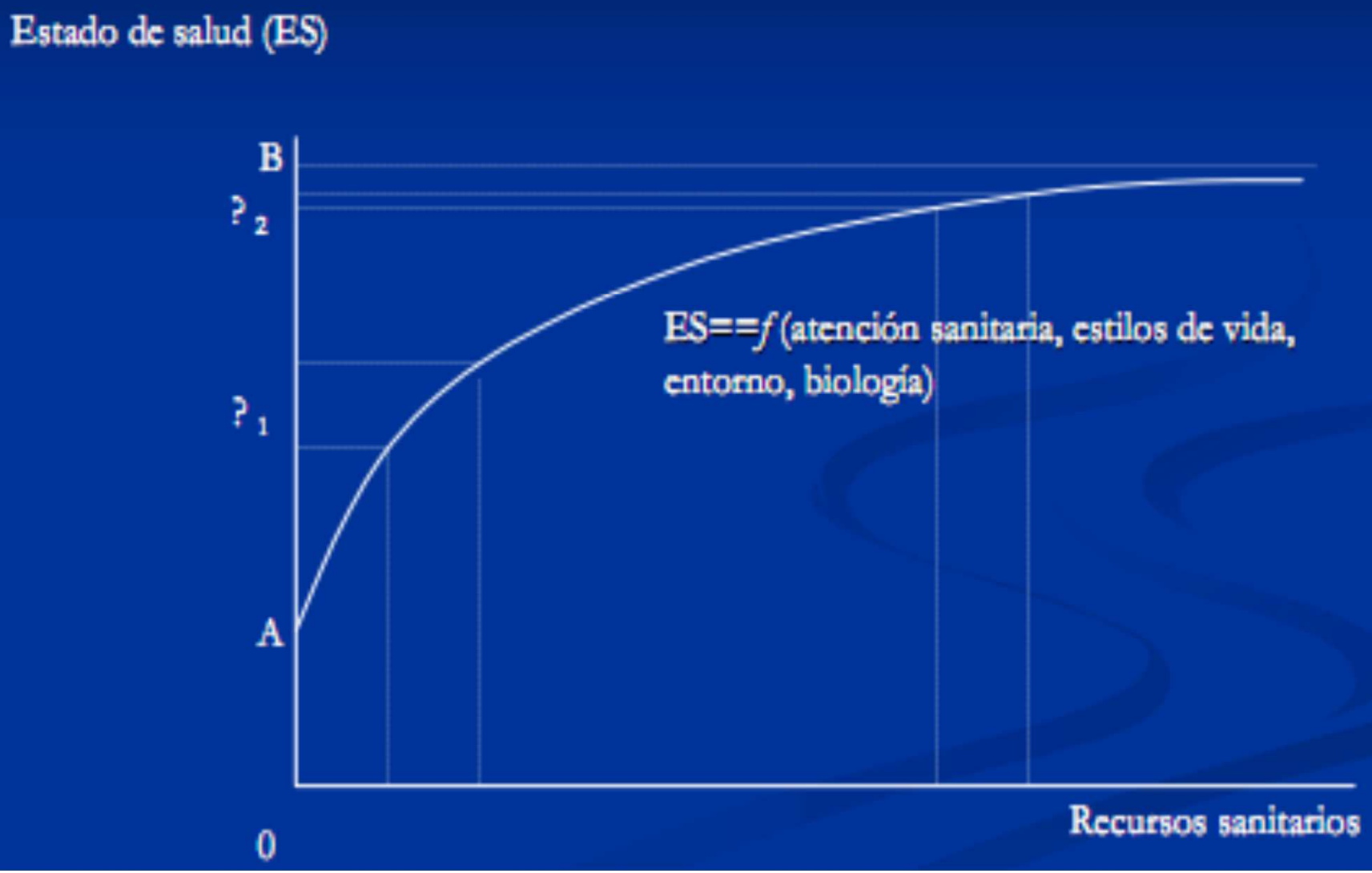
Figura 1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD Y AFECTACIÓN DE LOS RECURSOS



"An epidemiological model for health policy analysis"

Fuente: Dever GEA (1976).

La parte plana de la curva ("Flat-of-the-Curve")



Determinantes de la salud

Dahlgren y Whitehead 1991, Policies and strategies to promote social equity in health, Stokholm

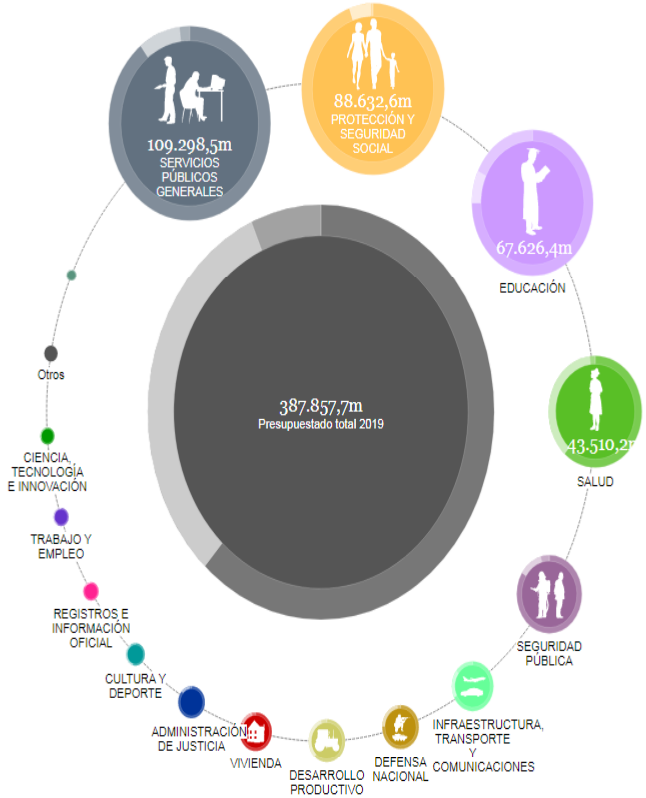
Presupuesto
por Área Programática

Año 2019

Juegos de datos
Última actualización: 24/06/2019
Presupuesto
Año:
2019

Visualización
Perspectiva:
Área Programática
Orden:
por monto

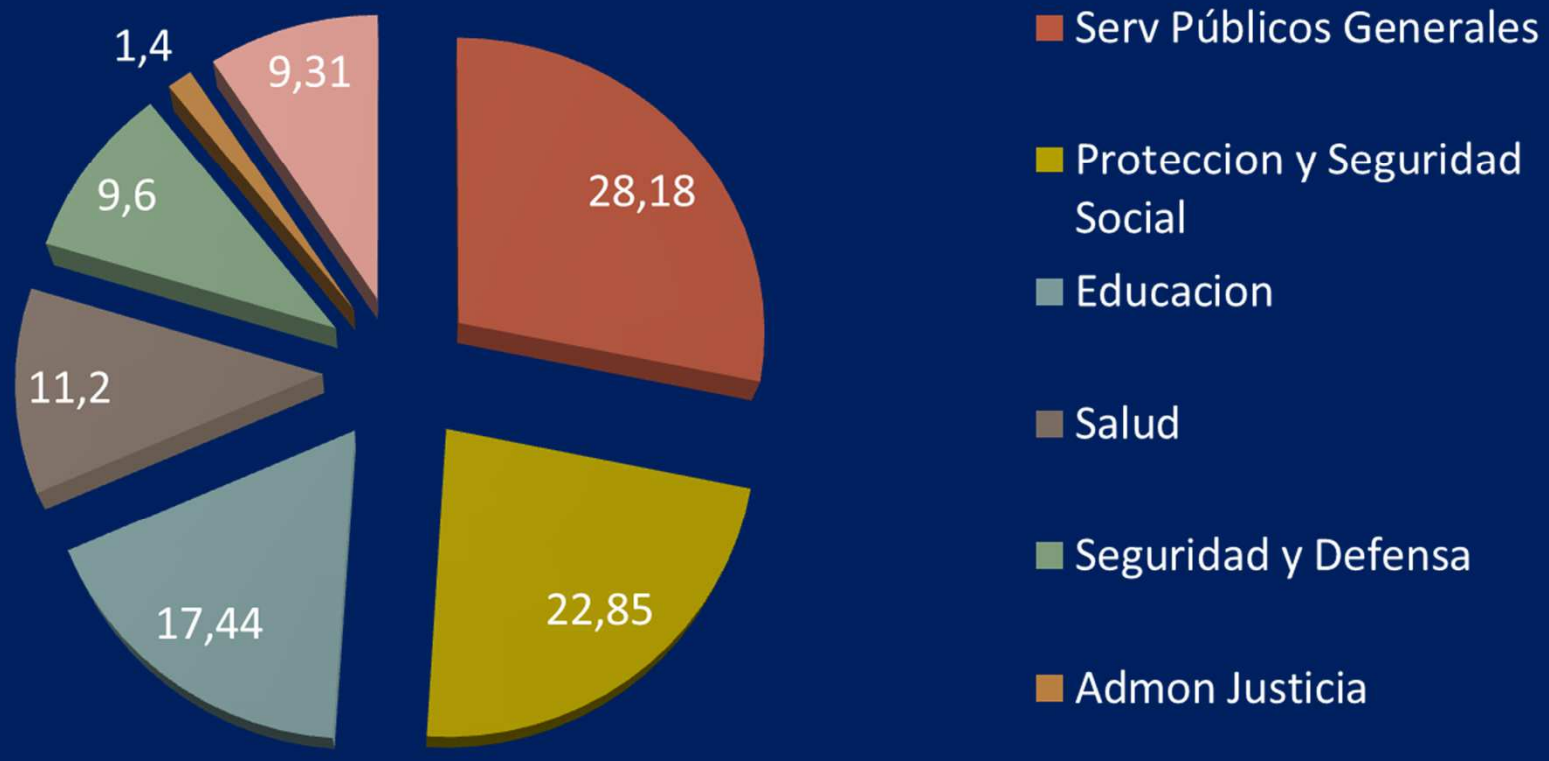
Nota metodológica



Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Oficina Central
Dirección: Torre Ejecutiva, pisos 5, 6 y 7
Teléfono: +598 150
E-Mail: portaltransparenciapresupuestaria@opp.gub.uy

https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/inicio/presupuesto-nacional/a-d%C3%B3nde-van-nuestros-impuestos 2019



el coste en PIB de los presupuestos dedicados a la sanidad lleva a cuestionar y replantear aspectos estructurales en política sanitaria como:

- los sistemas de financiación de las prestaciones sanitarias.
- los límites del sistema.
- la relación financiación-prestaciones sanitarias.
- la **organización del sistema sanitario**
- La introducción de criterios de calidad asistencial.
- la organización de los procesos asistenciales y
- la participación de los profesionales y usuarios en la gestión.

Pilares de la Atención Sanitaria:

-Calidad Asistencial

"el grado en que los servicios de salud para los individuos y la población, aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son al mismo tiempo consistentes con el conocimiento científico actual".

-Sostenibilidad del sistema

MODELOS DE ORGANIZACIÓN

SERVICIO NACIONAL DE SALUD	*UNIVERSALIDAD* *PRESTADORES PÚBLICOS* *FINANCIACIÓN = IMPUESTOS*	ESPAÑA INGLATERRA ITALIA SUECIA CANADÁ
SEGURO NACIONAL DE SALUD	*SOLIDARIO* *PRESTADORES PRIVADOS Y PÚBLICOS* *FINANCIACIÓN = APORTES Y CONTRIBUCIONES*	ALEMANIA AUSTRIA BÉLGICA HOLANDA
SEGUROS LIBRES O PRIVADOS	*NO UNIVERSAL* *AUTONOMÍA INDIVIDUAL* *PRESTADORES PRIVADOS* *FINANC. = PAGO DIRECTO*	ESTADOS UNIDOS

Objetivos de los servicios de salud mental en los niveles nacional y regional. Thornicroft G y Tansella M 2014

- Recibir información desde el nivel local.
- Combinar e interpretar los datos sobre problemas específicos y examinar las principales asociaciones.
- Definir una **jerarquía de prioridades.**
- Crear un **plan estratégico nacional de salud mental.**
- Establecer un **programa de ejecución para poner en práctica la estrategia nacional.**
- Supervisar el funcionamiento de los servicios locales de salud mental mediante un sistema de inspección, servicios de calificación que apliquen normas y criterios consensuados.
- Crear, evaluar y difundir directrices y protocolos de tratamiento.

Objetivos de los servicios de salud mental a nivel local.

Thornicroft G. y Tansella M. 2014

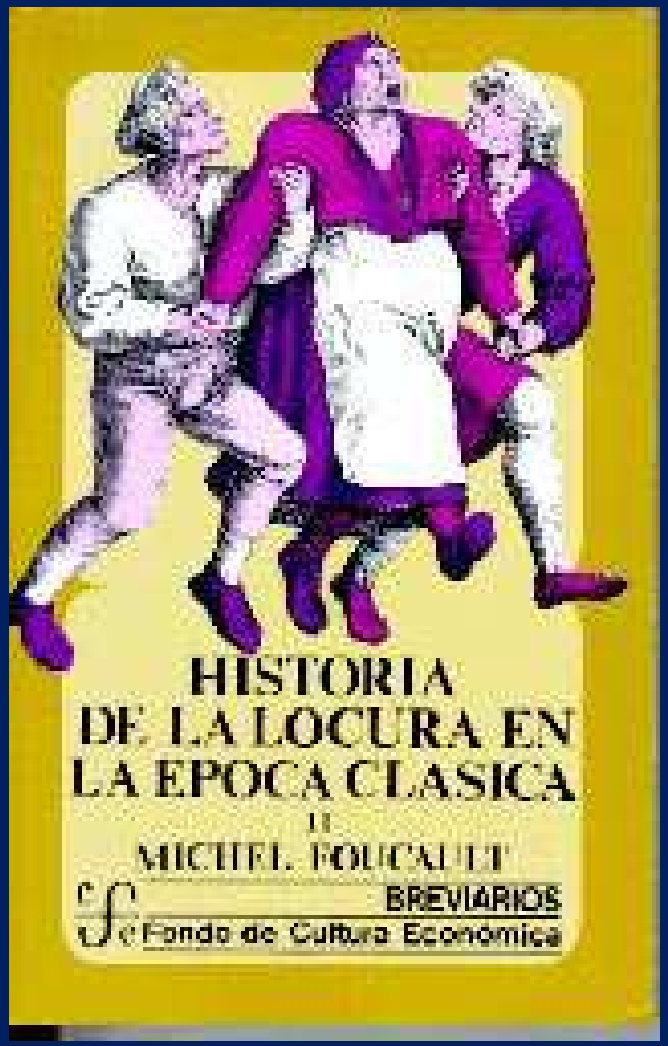
- Proporcionar cobertura de los servicios de salud mental a las personas que necesiten tratamiento.
- Dirigir los servicios solamente a las personas que puedan beneficiarse del tratamiento y la atención.
- Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento y atención, por ejemplo, mediante la evaluación del grado en que las intervenciones se realizan de acuerdo con directrices y protocolos.
- Colaborar con otras agencias locales para proporcionar una red o sistema de cuidados, por ejemplo, incluyendo enlaces con la atención primaria o las agencias de vivienda.
- Llevar a cabo programas de prevención seleccionados y adecuados.
- Detección temprana de los cambios de la naturaleza o la frecuencia de los trastornos mentales en el nivel local.

Objetivos de los servicios de salud mental a nivel individual. Thornicroft G. y Tansella M. 2014

- Evaluar las necesidades de salud mental.
- Cubrir las necesidades y eliminar los síntomas, siempre que sea posible.
  - Garantizar la participación de las personas con enfermedad mental (y sus familiares) en la evaluación, el tratamiento y la atención.
  - Promover la independencia.
  - Proporcionar información útil para las personas con enfermedad mental y sus familiares.
  - Ayudar en la recuperación y la participación social.
  - Prevenir recaídas.

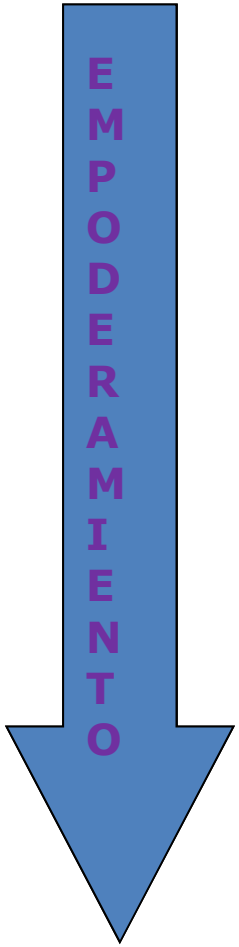
PERIODOS de la ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

- EL MANICOMIO
- EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
- LA SALUD MENTAL COMUNITARIA
- EL PARADIGMA DE RECUPERACIÓN



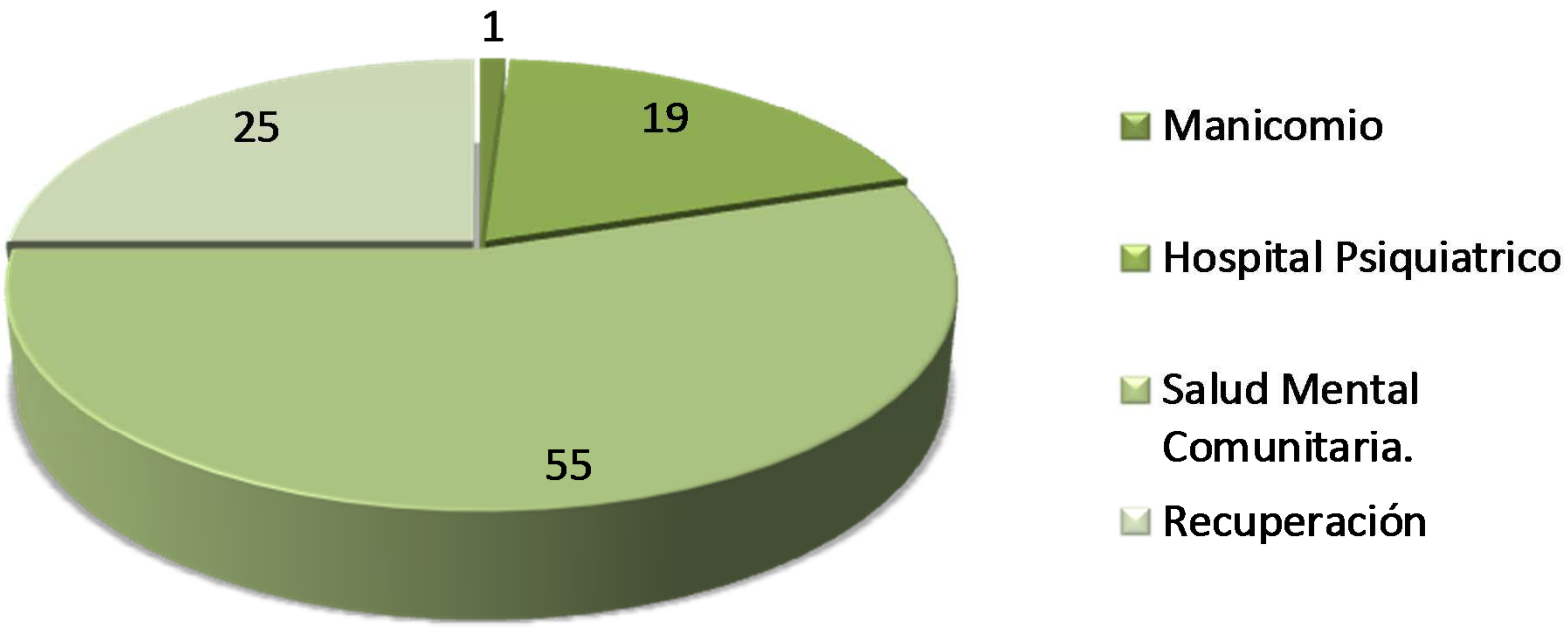
CAMBIOS CONCEPTUALES EN LOS PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

- **ASILO / MANICOMIO**:
  - Las necesidades de los **internos** son definidas por la **institución**
- **HOSPITAL PSIQUIATRICO**:
  - Las necesidades de los **pacientes** son definidas por el **personal clínico**
- **ATENCION COMUNITARIA**:
  - Las necesidades de los **usuarios** / enfermos son definidas por los **profesionales**, con la participación de los usuarios y sus cuidadores
- **PARADIGMA DE LA RECUPERACIÓN**:
  - Las necesidades de las **personas** con enfermedad mental son definidas por **los usuarios y sus cuidadores**, con el apoyo de los profesionales



Modificado de Manuel Gómez Beneyto

Aproximación al Modelo asistencial preferido profesionales UGC SM Almería



El Objetivo

EVOLUCION HISTORICA de la
ATENCION a la SALUD MENTAL en ANDALUCIA

CONTENCION ▶ TRATAMIENTO ▶ RECUPERACION

LOCO ▶ ENFERMO ▶ CIUDADANO

TERAPEUTA ▶ EQUIPO ▶ Trabajo en RED

Organización Mundial de la Salud

MODELO DE DISCAPACIDAD CIDDM-2 (CIFDS, 2001)

Condición de Salud

(trastorno/enfermedad)

Deficiencia ⟷ Actividad ⟷ Participación

(Función/Estructura) (Limitación en la Actividad) (Restricción en la Participación)

Factores Ambientales

Factores Personales

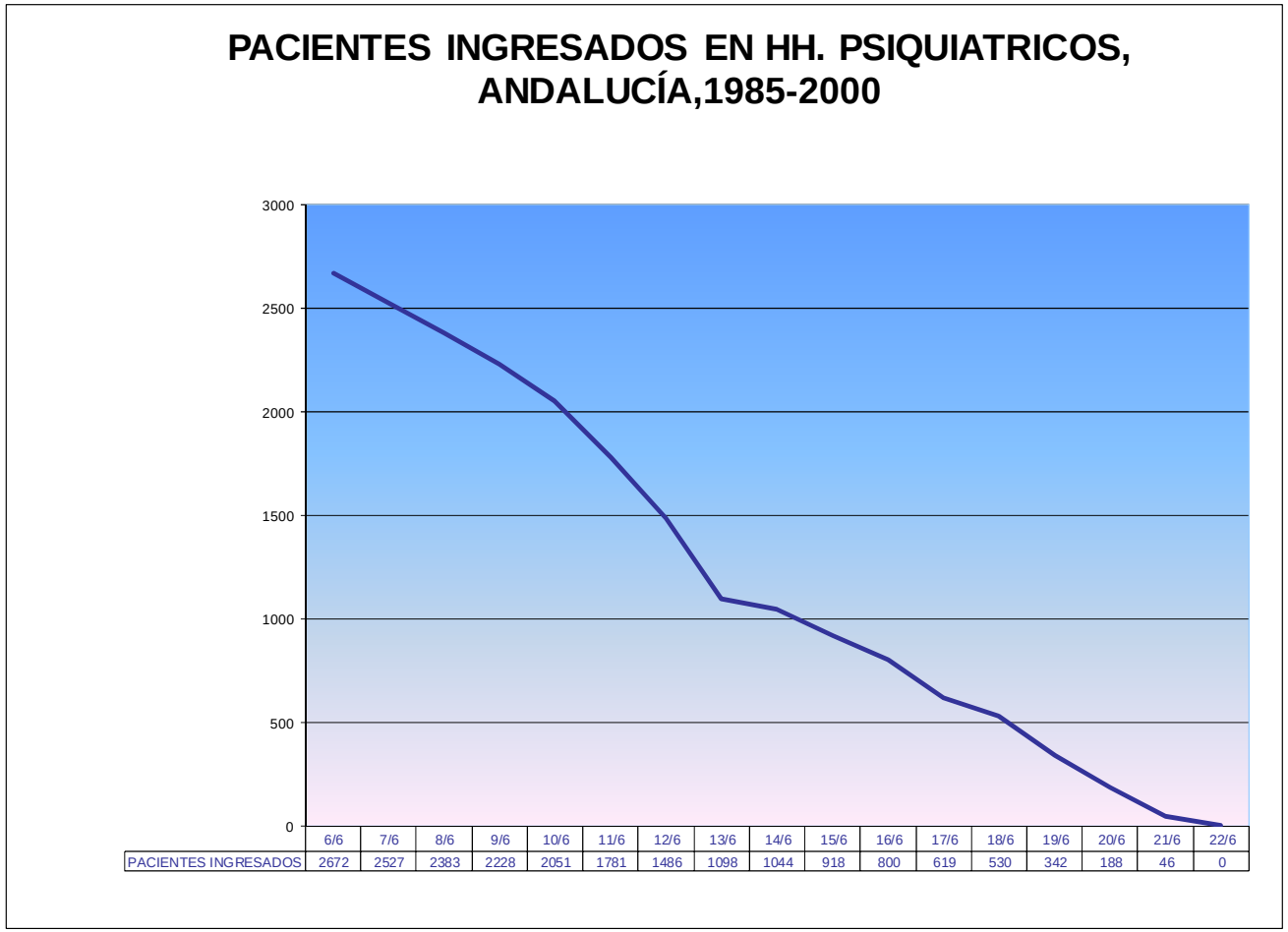
Los Instrumentos

- Planes Integrales de Salud Mental (PISMA I,II y III)
- Decreto de Ordenación de los Servicios de Salud Mental
- Gestión:
  - Clínica
  - Por Procesos Asistenciales
  - Por Competencias Profesionales

Etapas de desarrollo de la red de salud mental

- Primer momento: **1984 - 1990**: IASAM
  - Diseño e implementación red alternativa a los HHPP: AP y SM
- Segundo momento: **1991 - 2003**: Cierre HHPP / FAISEM
  - Se completa la red SM (CT) / Creación red socio-sanitaria
- Tercer momento: **2004 - 2007**: PISMA I **2005 Año de la SM en Andalucía**
  - Gestión Clínica / Procesos Asistenciales Integrados / Decreto 77-2008
- Cuarto momento: **2008 - 2013**: PISMA II
  - Consolidación y Desarrollo de la SM en el SSPA / **Crisis**
- Quinto momento: **2014 - 2020**: PISMA III
  - Evaluación / Reflexión / Redefinición / Desarrollo

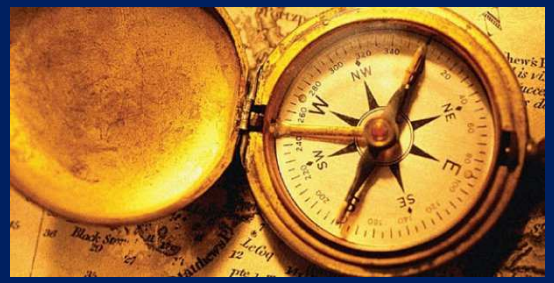
LA REFORMA PSIQUIATRICA EN ANDALUCÍA
Los Hospitales Psiquiátricos públicos en Andalucía.
Evolución de la Población de larga estancia.



	6/6	7/6	8/6	9/6	10/6	11/6	12/6	13/6	14/6	15/6	16/6	17/6	18/6	19/6	20/6	21/6	22/6
PACIENTES INGRESADOS	2672	2527	2383	2228	2051	1781	1486	1098	1044	918	800	619	530	342	188	46	0

LOS PLANES INTEGRALES DE SALUD MENTAL

La ATENCIÓN a la SALUD MENTAL en ANDALUCÍA



Fines del plan integral

- Fomentar la salud mental de la población andaluza.
- Proporcionar los servicios sanitarios y de apoyo social necesarios, y adecuar los existentes en función de las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias y favorecer su proceso de recuperación e inclusión social

DECRETO DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

La ATENCIÓN a la SALUD MENTAL en ANDALUCÍA

DECRETO 77/2008: ORDENACIÓN ADMINISTRATIVA y FUNCIONAL de los SERVICIOS de SALUD MENTAL en el ÁMBITO del SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

-Sanidad Publica-Gestión Publica

- Modelo de Salud Mental Comunitario- Intersectorialidad

- Integra Atención Primaria y Especializada

- Organización por Unidades de Gestión Clínica
  - Acuerdo de Gestión
  - Dirección Única por concurso publico
  - Procesos Asistenciales y Buena practica clínica

GESTION POR

PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

La ATENCIÓN a la SALUD MENTAL en ANDALUCÍA

CONTINUIDAD ASISTENCIAL
CALIDAD

“Nunca hay tiempo para hacerlo bien pero siempre hay tiempo para repetirlo”

Laurence J Peter

Pilares de la Salud Mental en el SSPA de Andalucía

Gestión por procesos

Procesos Asistenciales Integrados (PAI)
diferentes niveles de implantación.

- **Proceso TCA:**
- **Proceso ADS:**
- **Proceso TMG:**
- **Proceso TEA:**

Del chaman a la gestión clínica

GESTION POR

COMPETENCIAS PROFESIONALES

La ATENCIÓN a la SALUD MENTAL en ANDALUCÍA

El desempeño profesional

COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. El Ciudadano
2. La Atención Sanitaria Integral
3. El/la Profesional
4. La Eficiencia
5. Los Resultados

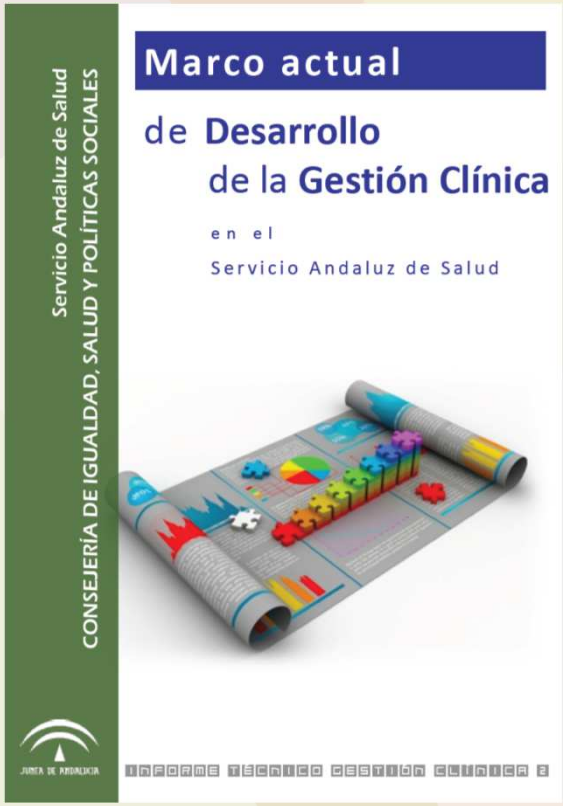
Acreditación

PSICOEVIDENCIAS

Portal de gestión del conocimiento del Programa de Salud Mental de Andalucía.

¿Qué entiendes por Gestión Clínica?

Gestión Clínica en Salud Mental



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

La organización

- no es sólo su fórmula jurídica o su organigrama (lo que Roberts llama «la arquitectura»), sino también:
- sus procedimientos de de trabajo,
- las personas que trabajan en ella,
- y su cultura.

Hablar de organización es hablar de la compleja interacción entre estos cuatro elementos

- la «arquitectura» organizativa incluye el sistema de agrupación de tareas, la autoridad jerárquica, la asignación de los derechos de decisión y responsabilidad, las fronteras de la empresa o los sistemas de financiación, propiedad y gobierno.
- Los procedimientos de trabajo (que determinan cómo se trabaja, cómo se asignan los recursos, cómo se mide el rendimiento o cómo se toman las decisiones),
- las personas que trabajan en ella (sus habilidades, motivaciones, temores, actitudes e intereses) y
- la cultura (el conjunto de valores compartidos, creencias, modelos mentales, y lenguaje).

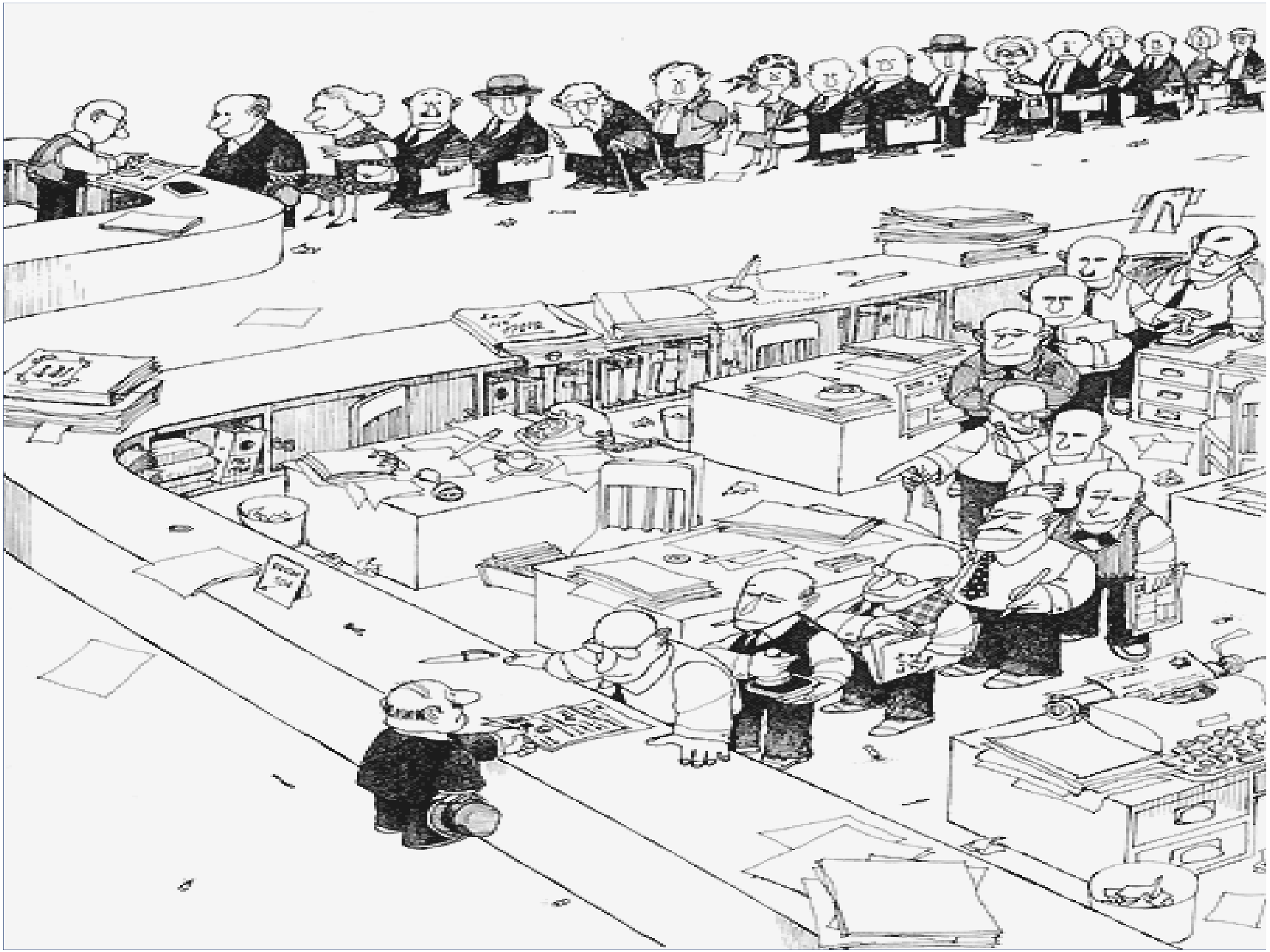
Modelo Tradicional de Gestión

- Clínicos sólo saben Clínica
  - La Salud no tiene precio...
    - Gestores "no tienen ni idea"
      - "Todo es política"

- Marco laboral estatutario
- Retribuciones fijas disociadas del esfuerzo
- Imposibilidad de despido y dificultad de sanción
- "Funcionarizacion" versus "Quemado"

“ Y entonces dije: ¿de qué sirve aprender a hacerlo bien, si hacerlo bien es pesado y no hay problemas por hacerlo mal y, además, la paga es la misma?”

Mark Twain, *Las aventuras de Huckleberry Finn. 1884*



¿hacemos lo que sabemos

y/o

sabemos lo que hacemos?

Las actuales tendencias en los Sistemas Sanitarios se dirigen a **descentralizar la gestión** y **transferir el poder de decisión** a los centros sanitarios, **dando mayor participación en la gestión a los profesionales y a los usuarios**. (III Plan Andaluz de Salud y II Plan

e para
da en la
a y la

ores

o ser
edad

"Hacer bien lo que hay que hacer"

Organizarse con autonomía, para ofrecer :

- **los mejores resultados posibles en la práctica asistencial,**
- **con los mínimos inconvenientes y**
- **la mejor asignación de recursos**

***JJ Pérez Lázaro**

GESTIÓN CLÍNICA

Las bases éticas tradicionales de la medicina son:

el principio de beneficencia.

el de no maleficencia, o no hacer el mal.

Con posterioridad se incorporaron otros dos principios:

el principio de autonomía o de autodeterminación de los pacientes, por el cual cada individuo, con capacidad y disponiendo de información adecuada, es el dueño absoluto de las decisiones que se adoptan acerca de su propio cuidado.

el principio de equidad, por el que se debe intentar "lo mejor posible para todos los enfermos", y por el que se garantiza la accesibilidad razonable, frente al concepto tradicional de la relación médico-enfermo de "lo mejor para mi paciente".

Implica:

- **GESTIÓN**: Coordinar y motivar a un grupo de profesionales para alcanzar determinados objetivos

- **CLÍNICA** : *Hacer bien lo que hay que hacer (decisión coste-efectiva)*

Toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas:

- Fundamento científico
- Mejora del bienestar del ciudadano
- Dimensión social (recursos)

*Vicente Ortún Rubio

GESTIÓN CLÍNICA

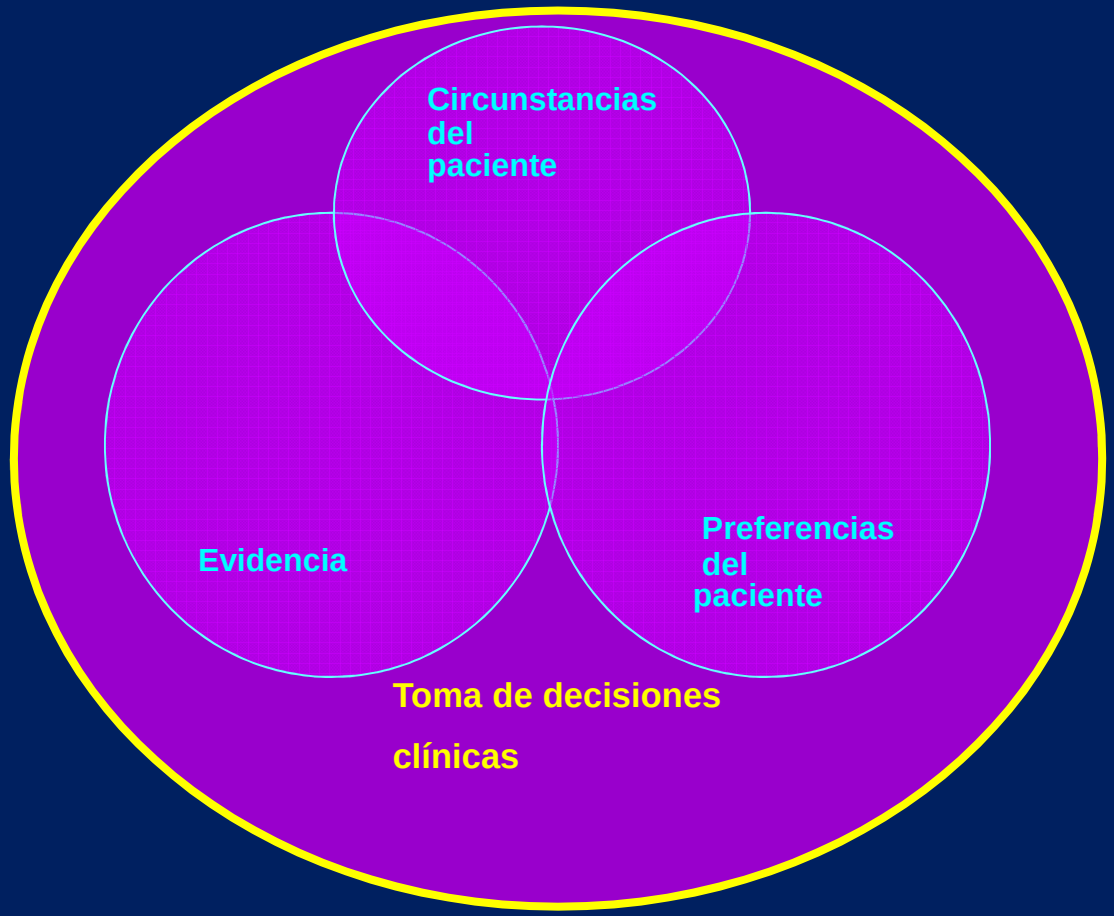
INDEPENDIENTEMENTE DEL MATIZ DE LAS DISTINTAS DEFINICIONES

El concepto básico que subyace en el por qué y para qué de la gestión clínica

es la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria, tanto en su vertiente científico técnica (efectividad) como en su dimensión social (equidad y eficiencia);

es decir, la adecuada toma de decisiones clínicas para la consecución de resultados buenos, seguros, aceptados y satisfactorios para el paciente con los menores costes para el conjunto de la sociedad"

TOMA DE DECISIONES



INTERVENCIÓN EFECTIVA

Decimos que una intervención es efectiva cuando existe un grado razonable de certeza de que produce más beneficio que daño

recurrir a los resultados de la investigación científica ("la evidencia")

Los profesionales dan forma a las organizaciones

Profesionales que practican la toma de decisiones basada en la evidencia

Organizaciones sanitarias que favorecen la toma de decisiones basada en la evidencia

Las organizaciones facilitan el desarrollo de los profesionales

Muir Gray J.A.Evidence-based health care. How to make health policy and management decisions. Churchill Livingstone. London, 1997.

CÍRCULO DE MEJORA DE LA CALIDAD

PROCESO CÍCLICO PARA EL CAMBIO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

1. Desarrollar la propuesta de cambio
2. Identificar los obstáculos al cambio
3. Desarrollar una estrategia de intervención "a medida"
4. Establecer un plan
5. Llevar a cabo el plan y evaluar el progreso

Grol R. BMJ 1997; 315:418

“Si quieres que algo se haga encárgaselo a una persona ocupada”

Proverbio chino

LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión Clínica

- Integra Áreas de Conocimiento
- Composición Multidisciplinar
- Dirección por concurso publico
- Sistema de Gobernanza
- Acuerdo de Gestión Anual con Objetivos Incentivados
- Elementos clave:
  - Asegurar la efectividad (eficaz y eficiente)
  - Mejorar la accesibilidad a los servicios
  - Garantizar la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención
  - Asegurar la eficiencia técnica, económica y social,

Estructura Acuerdo de gestión clínica

1. • Evolución histórica de la UGC
2. • Justificación de la constitución de la UGC.
3. • Sistema de Gobierno Clínico.
4. • Objetivos

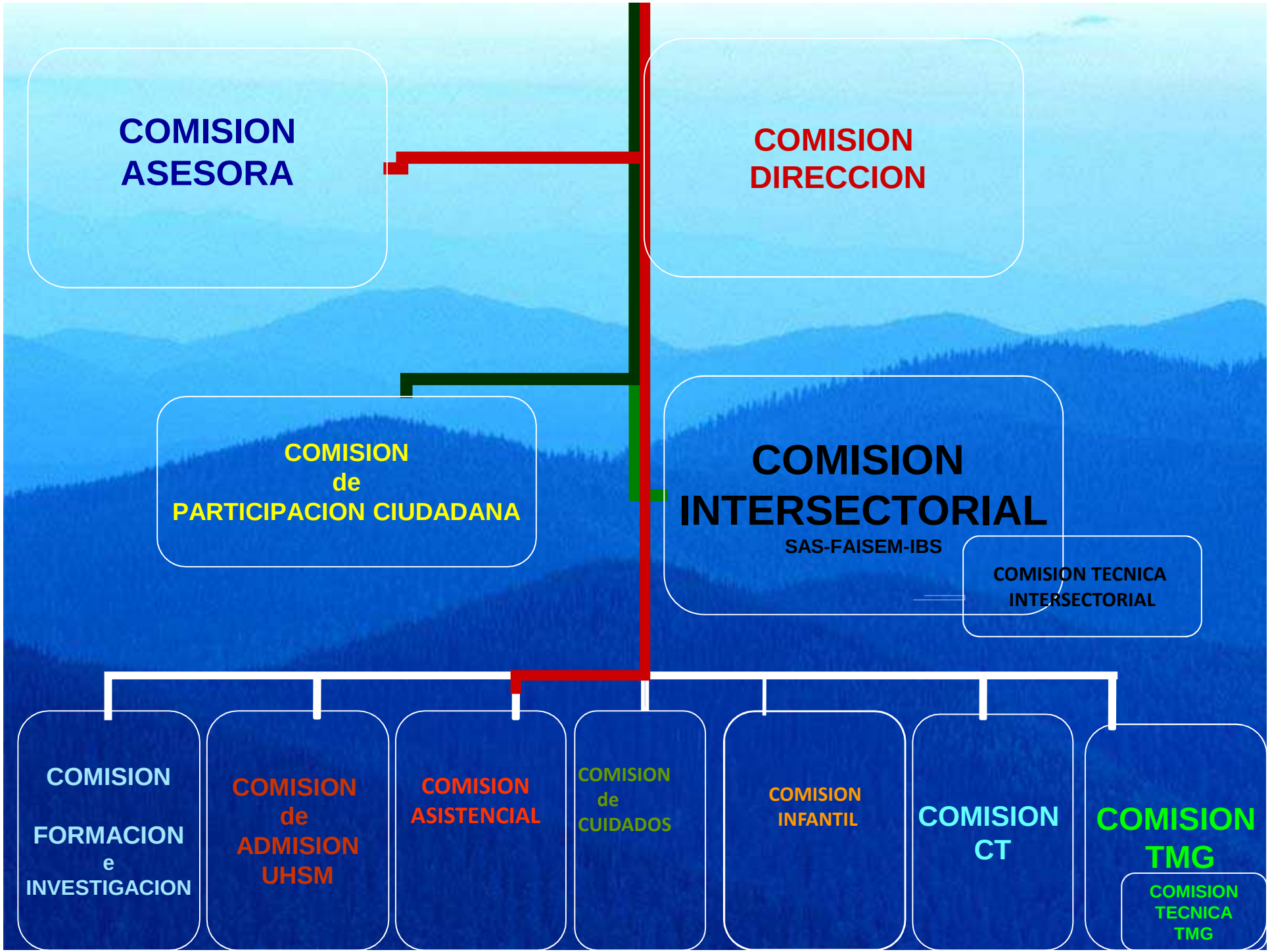
3.- SISTEMA DE GOBIERNO CLÍNICO DE LA UNIDAD (GOBERNANZA)

-Equipo de dirección
-Comisión de Dirección de la UGC
-Áreas de conocimiento y líder
-Participación

-PLAN DE DESARROLLO E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA

Sistema de Gobernanza

- Comisiones
- Reuniones de Dirección
- Reuniones de Equipo
- Grupos de Procesos


COMISION ASESORA
COMISION DIRECCION
COMISION de PARTICIPACION CIUDADANA
COMISION INTERSECTORIAL
SAS-FAISEM-IBS
COMISION TECNICA INTERSECTORIAL
COMISION FORMACION e INVESTIGACION
COMISION de ADMISION UHSM
COMISION ASISTENCIAL
COMISION de CUIDADOS
COMISION INFANTIL
COMISION CT
COMISION TMG
COMISION TECNICA TMG

3.- OBJETIVOS

OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS/SALUD (75%).

- OBJETIVOS COMUNES (50%).
  - ÁREA CAPÍTULO I.
  - ÁREA ACCESIBILIDAD.
  - ÁREA OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.
  - ÁREA ACTIVIDAD Y PRODUCCIÓN ASISTENCIAL.
  - ÁREA ORIENTACIÓN AL CIUDADANO.
  - ÁREA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN.
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS (50%).
  - DE RESULTADO CLÍNICO/EN SALUD (75%).
  - SOBRE "DEJAR DE HACER" (10%).
  - COMPARTIDOS CON OTRAS UNIDADES (15%).

OBJETIVOS DE DESARROLLO CRÍTICO (25%).

- CAPÍTULO II
- FARMACIA
  - CONSUMO INTERNO
  - CALIDAD PRESCRIPCIÓN
  - PRINCIPIO ACTIVO
  - RECETA XXI

{ Capítulo II + Consumo Farmacia pesan 75% }

- **Indicador** La UGC garantizará que los pacientes pendientes de 1ª visita procedente de AP tengan cita asignada en un 90% de las mismas y no tendrá pacientes pendientes de primeras consultas de especialista derivadas de AP, (con cita o sin cita asignada), con más de 60 días de antigüedad desde la fecha de inicio de la demora para las especialidades de Decreto 96/2004.
- **Fórmula** Valoración a cierre mensual. El seguimiento mensual se valorará como SI CUMPLE / NO CUMPLE. Cada mes supone 1/12 en el alcance del objetivo
- **Fuente** AGD, INFHOS.
- Metodología de Evaluación El seguimiento será mensual.
- Peso 5
- Límite Superior (Óptimo) 12
- Límite Inferior 1

Si vuestro servicio fuera una UGC:

¿Qué objetivos propondríais?

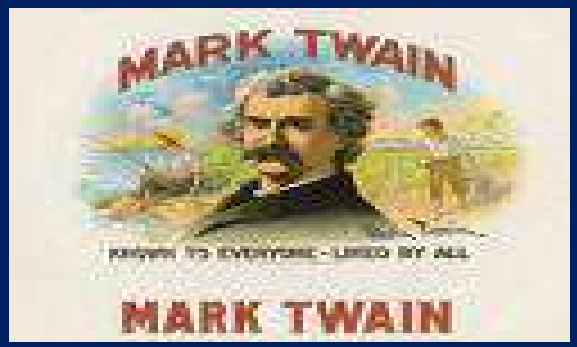
Son logros de la gestión clínica las mejoras en:

- Accesibilidad a los servicios
- Demoras
- Indicadores de la actividad asistencial
- Eficiencia en la prestación sanitaria
- Continuidad asistencial
- Adaptación de los profesionales a los cambios.
- Formación en gestión de los profesionales
- Investigación ha recibido impulso importante.

Aspectos mejorables

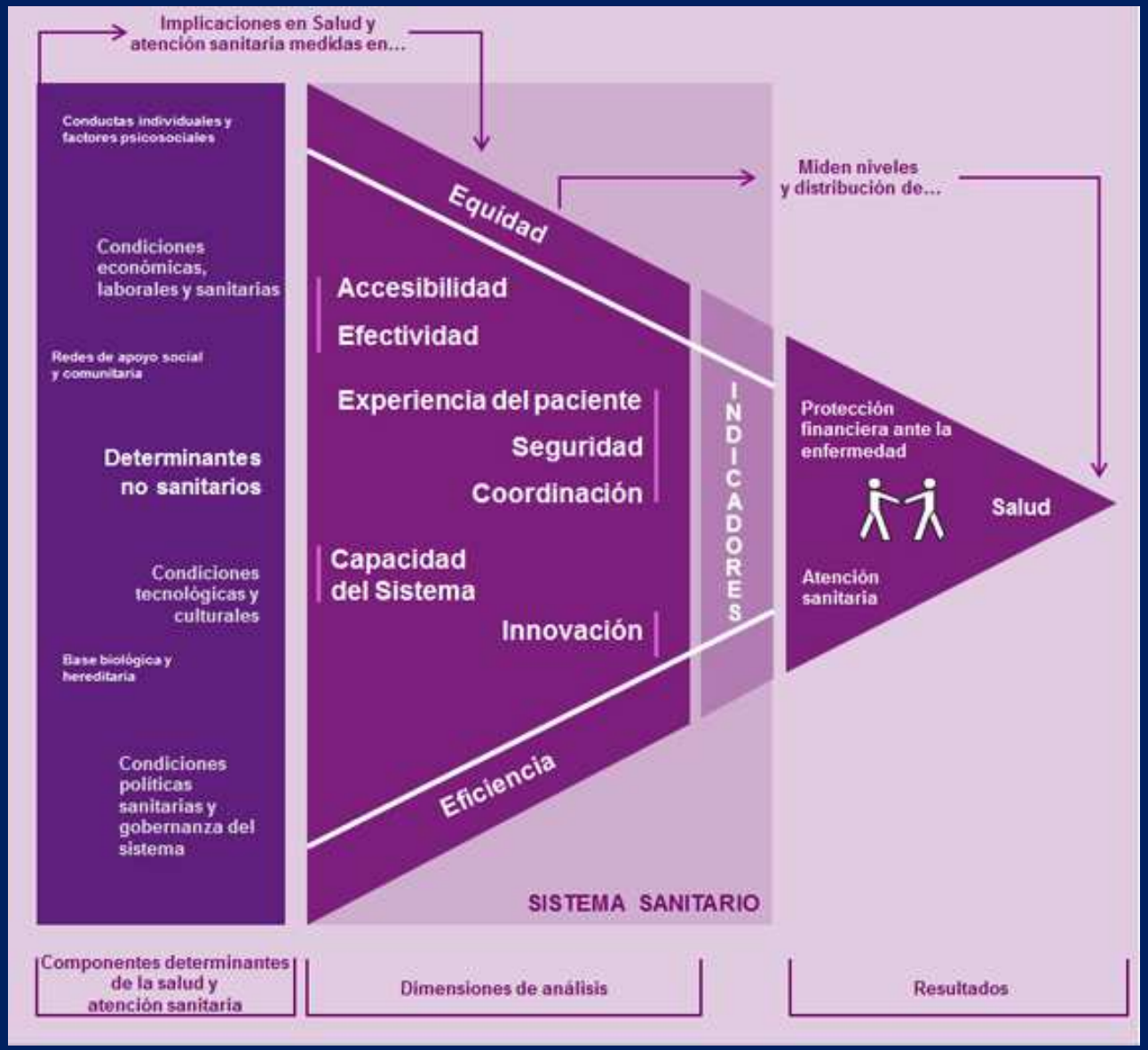
- La definición de objetivos (generales y “poco adaptables” a las diferencias entre Unidades).
- La orientación de los objetivos hacia la mejora en resultados clínicos/salud.
- Las formas de evaluación: poco reproducibles, muy dependientes del criterio del evaluador.
- La implicación variable de los consecutivos equipos de dirección.
- La autonomía de los Directores de Unidad: gestión limitada de la política de selección de personal a nivel de Unidad Clínica se da la impresión que eficiencia y recompensa no son directamente proporcionales.
- Fórmulas que permitan la participación real de los profesionales en la dirección de la Unidad y su Centro.
- El incremento del sentido de pertenencia a la organización.
- La cooperación entre Unidades de Gestión Clínica.
- La investigación traslacional y la innovación, generando mecanismos de financiación propia y añadir valor y riqueza a la sociedad.
- La participación ciudadana efectiva.

“Quien coge un gato por la cola aprende de gatos como un 44% más rápido que el que se limita a contemplarlos”



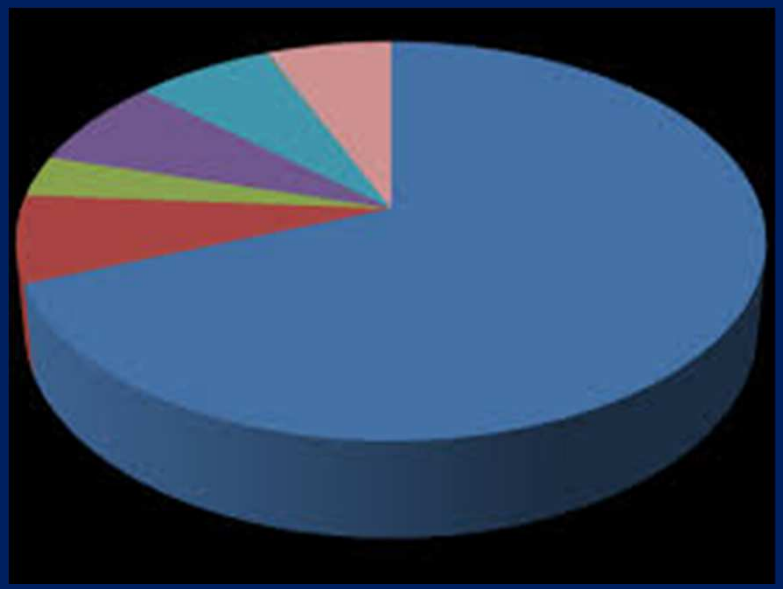
Impulso a la Gestión Clínica en el SAS

- Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de UGC (ej. aquellas que aglutinan más de un Centro o más de un área de conocimiento).
- Definición del sistema de Gobierno Clínico de las Unidades Clínicas, elemento diferenciador de la gestión clínica frente a otras alternativas de organización.
- Incorporación de instrumentos que faciliten: la selección e implantación de objetivos de resultado en salud y / o clínicos y la eliminación de la práctica clínica de lo que "no es correcto hacer".
- Establecimiento de: objetivos estratégicos de resultado clínico corporativos, un sistema corporativo de participación ciudadana, un sistema de evaluación normalizada de resultados clínicos y/o en salud seleccionados por el SAS y las UGC y un presupuesto clínico de ingresos y gastos.
- Orientación de la evaluación de objetivos de resultado estratégicos hacia la mejora, respecto a estándares de salud nacionales e internacionales.


Implicaciones en Salud y atención sanitaria medidas en...
Conductas individuales y factores psicosociales
Condiciones económicas, laborales y sanitarias
Redes de apoyo social y comunitaria
Determinantes no sanitarios
Condiciones tecnológicas y culturales
Base biológica y hereditaria
Condiciones políticas sanitarias y gobernanza del sistema
Equidad
Accesibilidad
Efectividad
Experiencia del paciente
Seguridad
Coordinación
Capacidad del Sistema
Innovación
Eficiencia
INDICADORES
SISTEMA SANITARIO
Miden niveles y distribución de...
Protección financiera ante la enfermedad
Salud
Atención sanitaria
Componentes determinantes de la salud y atención sanitaria
Dimensiones de análisis
Resultados

EJERCICIO
ELABORAR PRESUPUESTO

1. Servicios Públicos Generales
2. Protección y Seguridad Social
3. Educación
4. Salud
5. Seguridad Publica y Defensa Nacional
6. Administración Justicia
7. Mix desarrollo
   - Desarrollo Productivo
   - Vivienda
   - Cultura y Deporte
   - Registro e Información Oficial
   - Trabajo y Empleo
   - Ciencia, Tecnología e Investigación
   - Otros



El objetivo principal de la gestión clínica moderna no es otro por tanto que maximizar los resultados de salud mediante una práctica asistencial segura, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en las necesidades reales y expectativas de los pacientes, lo que precisa de un sistema de información, evaluación y control integral.

Los objetivos operativos de esta práctica gestora serían:

La reducción de la variabilidad en la utilización de servicios.
El uso apropiado de los procedimientos y tecnologías.
El incremento de la efectividad y la eficiencia (asignativa y técnica).
La adecuación de los servicios al concepto de necesidad.
La mejora de la calidad total en los servicios sanitarios.

http://innovacionyprocesos.blogspot.es/1452157999/nueva-gestion-clinica/ Blog de José Ramón Mora

Gestión Clínica

El reconocimiento del papel esencial que tienen los profesionales sanitarios (fundamentalmente los médicos) en la gestión sanitaria, debido a la autonomía que poseen a la hora de tomar decisiones con repercusiones económicas significativas (prescripción de medicamentos, uso de tecnologías diagnósticas y presión para su adquisición), puso sobre la mesa desde mitad de los años ochenta del pasado siglo la necesidad de los servicios sanitarios de aumentar la responsabilidad de los mismos en la gestión, a través de un mayor empoderamiento (*empowerment*).
Minué Sergio

Gestión Clínica

Se define como el uso de los recursos, intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas. *JJ Pérez Lázaro*

Es decir, practicar GC es integrar la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles.

Dificultades

- La ausencia o precariedad de *sistemas de información* adecuados
- La *distintas dependencias* orgánica y funcional de Atención Primaria y Especializada de profesionales de salud mental.
- La confrontación de intereses entre niveles asistenciales (Primaria-Especializada).
- La ausencia de estudios previos de *costes*.
- La capacidad limitada de establecer mecanismos de *incentivación*.
- La ausencia de *normativas* que regulen y faciliten aspectos de índole administrativa.