Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud

No. 57

M. Soledad Barría
Nydia Contardo
Rodrigo Caravantes
Hernán Monasterio

Trabajo realizado para la
Organización Panamericana de Salud (OPS)
por *Minga Consultora S.A.*

Septiembre 2004

QUALITY ASSURANCE PROJECT
MSH Rational Pharmaceutical Management Plus Management & Leadership Program
PHRplus

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

ÍNDICE

Agradecimientos 1

Introducción 1

Etapa I: Análisis de la relación entre objetivos, resultados y personal de la institución 5
Pasos: Etapa I 6
Paso 1: Descripción general de la organización y contexto 6
Paso 2: Descripción de la dotación del personal 10
Paso 3: Descripción de los resultados de la organización 13
Paso 4: Confección de Indicadores 16
Paso 5: Estimación de capacidad de oferta potencial en actividades seleccionadas 20
Paso 6: Análisis de los indicadores y comparación entre producción real y oferta potencial 22
Paso 7: Análisis cualitativo de la dotación con relación a los requerimientos de atención 23
Paso 8: Selección de áreas de aplicación de la Etapa II 24

Etapa II: Brecha de personal con procesos actuales 27
Pasos: Etapa II 30
Paso 1: Presentación de la metodología en la Unidad 30
Paso 2: Definición de objetivo y productos de la Unidad 30
Paso 3: Determinación de la disponibilidad de personal 31
Paso 4: Descripción de actividades y tareas del personal 33
Paso 5: Determinación de prestaciones a estudiar y definición de las actividades vinculadas 34
Paso 6: Medición de cargas de trabajo para la realización de las prestaciones 35
Paso 7: Cálculo de brecha con procesos actuales 39

Etapa III: Brecha de personal con procesos optimizados 43
Pasos: Etapa III 43
Paso 1: Decisión de procesos a intervenir 43
Paso 2: Conformación del equipo de trabajo 44
Paso 3: Análisis del proceso actual 44
Paso 4: Diseño del proceso optimizado 45
Paso 5: Estimación de la brecha con proceso optimizado 45
Paso 6: Aplicación de los cambios en los procesos 45

Consideraciones para la Aplicación y Uso del Manual 47

Glosario de Términos Utilizados en el Manual 51

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen en primer lugar a todo el equipo del Ministerio de Salud de Chile y de los Servicios de Salud, que llevan años trabajando en el tema del análisis de las dotaciones y en especial a Daniel del Río y María Eliana Gutiérrez, responsables del desarrollo de las metodologías en uso en Chile, y que han inspirado este trabajo.

Agradecemos también a las instituciones que permitieron la validación de la metodología, en especial, el Hospital de Clínicas y el Hospital de Niños de Asunción, Paraguay, el DILOS del Departamento de Santa Cruz, Bolivia y el Hospital Padre Hurtado de Santiago, Chile.

Finalmente nuestro reconocimiento a las representaciones y encargados de recursos humanos de las representaciones de OPS en Paraguay y Bolivia, los encargados del Desarrollo de Recursos Humanos en OPS Washington, en especial a Mónica Padilla, y a los expertos de diversos países que con su opinión en el Taller realizado en Santiago en Agosto 2003, contribuyeron a mejorar esta metodología.

INTRODUCCIÓN

En el marco de los procesos de reforma sectorial, las exigencias para desarrollar sistemas de salud con coberturas crecientes y de mejor calidad en la provisión de servicios ha determinado la introducción de una serie de nuevas prácticas gerenciales.

Tomando en consideración las diversas realidades y niveles de atención, el fortalecimiento y efectividad organizacional también pone a prueba la capacidad de los gestores en salud para obtener el personal adecuado, distribuirlo con criterios de equidad, calidad y eficiencia; junto con el desarrollo de estrategias de mantenimiento del contingente de personal.

Habitualmente, una vez definidos los objetivos y funciones de una organización, la conformación de una dotación de personal tiene como propósito constituir el número de equipos de trabajo necesarios con personas que reúnan las competencias y valores, para asegurar que la institución pueda conseguir dichos objetivos. Consecutivamente, se hace necesario desarrollar habilidades para coordinar y asegurar el desempeño del conjunto de los trabajadores.

El escenario expuesto en el párrafo anterior no es, sin embargo, lo que encuentran habitualmente los directivos a la hora de analizar las dotaciones de personal en el campo de la salud. En efecto, los objetivos de las organizaciones no siempre están claramente definidos, los estudios de necesidades de servicios y de demanda de la población no están claros, los límites entre distintas instituciones son difusos, cada institución tiene una historia y una cultura que muchas veces ha determinado crecimientos poco armónicos, ya sea respondiendo a determinadas contingencias o intentando aprovechar una oportunidad de inversión.

Todo ello provoca que el análisis de las dotaciones de personal (su composición, su distribución, su rendimiento y suficiencia), sea altamente complejo en un establecimiento de salud, ya sea en una institución aislada o en un sistema mayor. Sin perjuicio de esto, los gestores de salud de cualquier nivel, con responsabilidades nacionales, de redes locales, de establecimientos o servicios clínicos o administrativos, deben considerar para la toma de decisiones los aspectos de gestión de recursos humanos, incluido el estudio de las dotaciones.

Este manual pretende brindar un apoyo a esos gestores, contribuyendo al análisis de la disponibilidad de recursos humanos de su institución.

Para determinar el personal que debiera tener un sistema u organización de salud, aparecen al menos tres perspectivas que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar lo que es posible obtener del manual que se presenta.

La primera perspectiva es intentar dar respuesta a la pregunta ¿Es posible conocer qué personal se requiere para obtener determinadas coberturas poblacionales y/o la satisfacción real de las necesidades de salud de la población? Para ello, se requiere de importantes estudios epidemiológicos, la sistematización de programas nacionales y de demanda si los hubiera, y avanzar en estándares nacionales que permitan transformar el número de prestaciones requeridas al personal necesario para realizar esas prestaciones. A esto hay que agregarle la necesidad de

analizar la efectiva disponibilidad de recursos humano (de competencias, económicas del país etc.) para ir adecuando las coberturas y los programas en general.

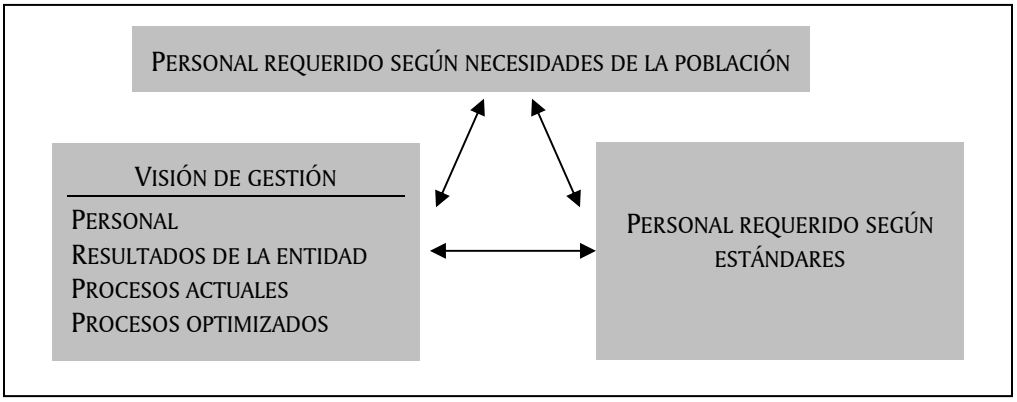
La segunda posibilidad para determinar el "deber ser" es la fijación de "estándares" contra la cual comparar la disponibilidad actual. La fijación de estándares, por ejemplo de nivel nacional, plantea problemas distintos. ¿Se tomarán estándares de acuerdo a la calidad de atención otorgada hoy o bien se fijarán estándares que mejoren la calidad? Como lo lógico para buscar los estándares es convocar a los expertos en cada uno de los temas, muchas veces este ejercicio lleva a estándares que superan la realidad, superan la factibilidad tanto económica como de disponibilidad del personal para dar cuenta de ellos. Por otra parte pudieran fijarse, administrativamente, estándares tan "adecuados a la realidad" que puedan ser atentatorios de la calidad de las prestaciones. Si bien esta tensión es una realidad, es importante contar con estándares, generados con la participación de los expertos y de los gestores, que permitan tener objetivos de largo plazo hacia donde ir conduciendo el sistema de salud.

Ahora bien, estos estándares, si es que existen, no siempre le servirán al gestor local, que pudiera contar con personal por sobre o por debajo del estándar y no saber en realidad si ello se justifica efectivamente dado el tipo de pacientes que atiende el establecimiento, la dispersión de la población o tantas otras variables que influyen en la entrega del servicio concreto, de las cuales no puede dar cuenta el estándar. Además, en la mayoría de nuestros países estos estándares no existen o están determinados para algunas prestaciones que no dan cuenta de la totalidad del quehacer del personal.

La tercera perspectiva, que hemos denominado de gestión, dice relación con el trabajo concreto que está desarrollando el personal de un determinado establecimiento. Se trata de establecer si, para el mismo número de actividades que realiza hoy el establecimiento, el tiempo de personal disponible es suficiente, insuficiente o más que suficiente, luego de haber revisado y optimizado los principales procesos que requieren esas actividades.

Estas tres perspectivas: de necesidades de la población, de estándares y de requerimientos de acuerdo a los procesos de trabajo son[1] complementarias (Fig.1).

Figura 1



[1] A juicio de los autores.

Por otra parte, para la formulación de políticas, se requiere contar con información de acuerdo al nivel de decisión: según se quiera dar cuenta de la situación global del país; de la realidad de los establecimientos del sistema o subsistema y de la comparación de establecimientos equivalentes; de la situación de los servicios o unidades del establecimiento respecto a la totalidad; y finalmente, de la situación al interior de cada servicio o unidad. En cualquiera de estos casos es deseable una columna vertebral de análisis que permita una visión integradora y sistémica de la situación de oferta de recursos humanos asociada estrechamente al mejoramiento de procesos de planificación y de los procesos sanitarios.

Así, un primer nivel es el análisis de recursos país, con indicadores que relacionen información demográfica, geográfica y sanitaria con el número y tipo de recursos humanos existentes, enmarcados en indicadores globales de oferta instalada y caracterización de las competencias generales por estamento profesional o técnico. Debe conocerse por ejemplo, la oferta en número de establecimientos, personal y tecnología2 en relación con el número de habitantes y su distribución regional; existencia de programas nacionales; Instituciones formadoras de personal, entre otras.

Un segundo nivel es el análisis de los recursos por establecimientos del país, agrupando por tipo y por complejidad tecnológica de la atención, que permita gruesas comparaciones entre establecimientos semejantes: Número de horas médicas y consultas asociadas por establecimiento; Número de partos/población; Horas de enfermería/ días camas ocupados u otros.

Otro es el análisis de los recursos al interior de un establecimiento en particular, comparando entre los distintos servicios clínicos o especialidades, para la atención de pacientes en forma ambulatoria y hospitalizada. Por ejemplo: Número de consultas nuevas/horas médicas contratadas; Número de intervenciones quirúrgicas; Horas contratadas/ días cama ocupados; etc.

Finalmente interesa el análisis de los recursos al interior de servicios o unidades, buscando establecer la carga de trabajo relativa para los distintos tipos de personal, a fin de conocer la suficiencia del personal para la realización de un número determinado de actividades. Esto está ligado a los procesos existentes y a la necesidad de un mejoramiento continuo de éstos, buscando su optimización.

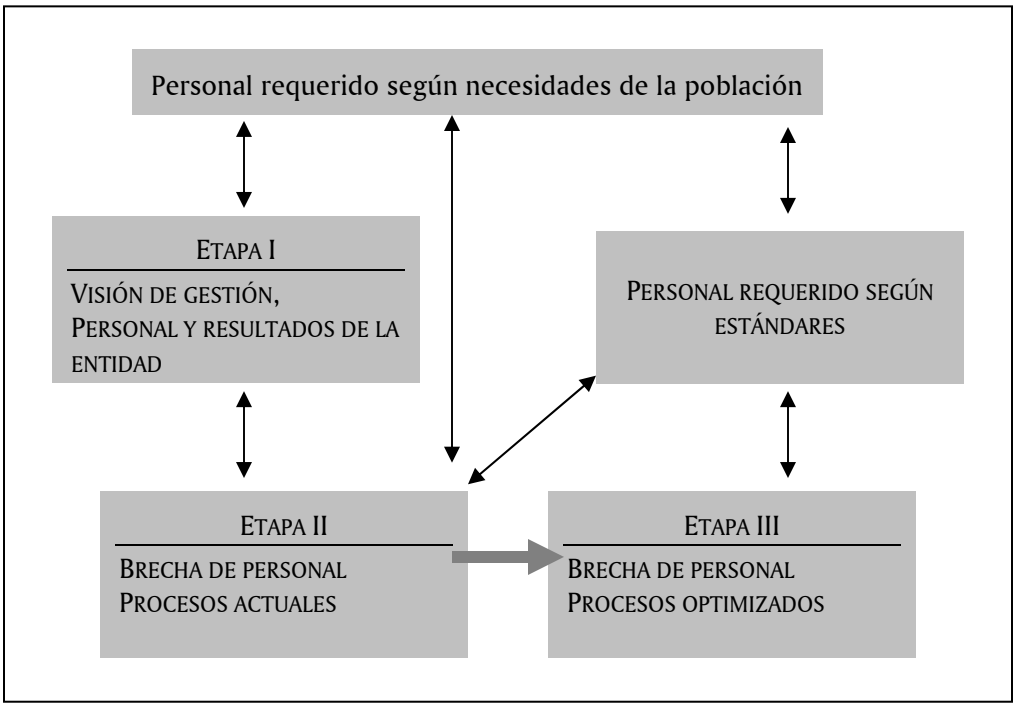
Quienes toman decisiones políticas respecto al número de trabajadores del sector, de necesidades de formación o capacitación, de la distribución geográfica de personal, posiblemente puedan tomar decisiones considerando los dos primeros puntos. Por otra parte, quienes toman decisiones locales respecto a la contratación, redistribución, asignación de tareas, etc. a nivel de un servicio o unidad o de un establecimiento de atención de salud, podrían limitarse a los dos últimos puntos, utilizando los primeros para su contextualización.

El objetivo de este Manual es apoyar la toma de decisiones en los temas de cantidad, tipo y distribución de personal en organizaciones públicas de salud.

Para ello, este Manual se desarrolla en tres etapas, que se pueden observar en la Figura 2. buscando ahondar en la visión de gestión que se señalaba en la Figura 1.

[2] A lo menos tecnologías trazadoras como Tomografías axial computarizadas, ecografías, cirugías mínimamente invasivas, etc.

Figura 2



Se busca en primer lugar[3] conocer la suficiencia y bondad de la distribución del personal en un contexto dado por el ámbito de aplicación. Posteriormente continúa con el análisis pormenorizado de la dotación para el trabajo concreto de los equipos de salud en el marco de los procesos existentes al momento de la aplicación4. Finalmente, en una tercera etapa, se aborda la mejora de los procesos de trabajo y de calidad de las acciones realizadas y la adecuación de las dotaciones para esto.

Finalmente es necesario precisar que este Manual no pretende de ninguna manera constituirse en un estudio o investigación científica, no entrega fórmulas aritméticas ni es posible su aplicación mecánica para resolver el problema complejo y de tanta relevancia como es el número de personal requerido para las necesidades de salud de nuestras poblaciones. Lo que busca es sistematizar una forma de abordaje del análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud, flexible, para ser adaptado por los propios gestores a diferentes realidades.

[3] Etapa I, ver Figura 2.
[4] Etapa II, ver Figura 2.

Etapa I:
Análisis de la relación entre objetivos, resultados y personal de la institución

Para abordar y analizar las dotaciones de personal en establecimientos de salud, es indispensable que los altos directivos de la organización se formen en primer lugar una impresión cuantitativa y cualitativa respecto a requerimientos y distribución de la dotación de personal. Esto permitirá mejorar aspectos generales de la gestión y, para efectos de esta metodología, debe permitir la definición y pertinencia de los servicios o unidades en que se aplicará la Etapa II.

El objetivo general de la etapa es caracterizar la organización,[5] relacionando el personal con la información general de contexto, de gestión, de los recursos financieros y el desarrollo tecnológico; con los resultados obtenidos en un tiempo dado, en este caso, un año calendario.[6]

Para la organización, sea ésta un sistema de establecimientos o sólo uno de ellos, se desarrolla un estudio diagnóstico cuantitativo de la situación de personal, relacionándola con variables relativas a la actividad del establecimiento y a sus propias metas o compromisos de gestión.

Conjuntamente, se realiza un análisis cualitativo global relativo a antecedentes demográficos, epidemiológicos y de la red asistencial, entre otros. A través de los indicadores agregados será posible definir un marco de seguimiento de la evolución de la organización y comparar a ésta y a sus componentes con otros de complejidad equivalente al interior de la organización o con algunas externas, que, en ausencia de estándares, permiten a lo menos cotejar información respecto de otras organizaciones similares.

Esta es una etapa indispensable para los gestores de nivel estratégico de la organización y en particular de la gerencia de recursos humanos. La información que se requiere a lo largo de los ocho pasos de esta etapa, requerirá la colaboración de los encargados de administración, informática, estadística y otras, pero el análisis de esta información y las comparaciones y toma de decisiones son claramente del nivel estratégico de la organización.

[5] Se entiende por organización un Sistema, una Red local de instituciones de salud o un establecimiento asistencial, de cualquier nivel de complejidad, donde quiera aplicarse la metodología.

[6] Para efectos de esta metodología se considera el año calendario inmediatamente anterior.

PASOS: ETAPA I

1. Descripción general de la organización y contexto.
2. Descripción de la dotación del personal.
3. Descripción de resultados globales de la organización.
4. Confección de indicadores de resultados.
5. Estimación de capacidad de oferta potencial en actividades seleccionadas.
6. Análisis de los indicadores y comparación entre producción real y oferta potencial.
7. Análisis cualitativo de la dotación con relación a los requerimientos de atención.
8. Selección de áreas de aplicación de la Etapa II del manual.

Paso 1: Descripción general de la organización y contexto[7]

El objetivo del primer paso es realizar una caracterización de la institución a través de una visión general del contexto poblacional y de la red asistencial, la descripción de la organización interna, su financiamiento y de los principales normas o leyes que los regulan y rigen, en especial los relativos al personal.

Para ello se requiere la información según se indica a continuación:

Información relevante para la Caracterización de la Organización

- Nombre de la institución y su ubicación.
- Descripción de la red asistencial, número y características de la población, comunas (municipios) de jurisdicción, antecedentes demográficos y epidemiológicos.
- Organigrama y funciones generales.
- Nivel de complejidad de la organización. Servicios y especialidades. Descripción de las derivaciones[8] de pacientes.
- Antecedentes financieros: presupuesto y gasto de la organización según rubros relevantes, producción valorizada, ingresos desagregados por fuente.
- Regulación contractual con el personal. Marcos legales, tipos de contrato, niveles de flexibilidad para adecuación de dotaciones, sistemas de turno.
- Externalización o Tercerización de funciones o de áreas de trabajo
- Metas y contratos (convenios) de gestión.

[7] Los datos expuestos constituyen un conjunto básico. La tarea de definir que y cuántos más datos serán utilizados es una decisión local, dependiendo esencialmente de la disponibilidad de bases estadísticas y pertinencia de los mismos.

[8] Derivación se refiere al movimiento de pacientes entre establecimientos y/o especialidades.

Análisis descriptivo de la red asistencial y sus características relevantes. Consiste en la descripción de la red asistencial en la que está inserta la institución, caracterización de la población (número y características epidemiológicas y demográficas de las que se disponga), descripción de polos de desarrollo asistenciales, existencia y condición de sistemas de derivación y contra derivación entre niveles de complejidad.

Descripción de la estructura y funciones de la organización. Se debe elaborar el Organigrama y realizar una descripción de los establecimientos o servicios y de sus niveles de desarrollo o complejidad, registrando la existencia de tercerización o externalización de servicios.

Antecedentes financieros de la organización. Presupuesto y gasto real correspondiente al año en estudio, a lo menos en los rubros personal, gasto corriente e inversión. Ingresos de la organización y fuente de esos ingresos. Cuando exista información, debe incorporarse la valorización de la producción.

Modalidad general de contratación del personal, legalidad y aspectos generales de los diferentes tipos de personal que se desempeña en la organización y sistemas de turno existentes.

Cuando existan, incorporar la **descripción de metas, contratos o compromisos de gestión**. Exposición de metas y compromisos entre la organización y la autoridad jerárquica correspondiente, y entre la organización y sus dependencias.

En el caso que esta información no haya sido previamente analizada, puede ser de utilidad la realización de un trabajo conjunto del equipo directivo, por ejemplo en una modalidad de taller, que busque la definición conjunta y compartida de estos aspectos sustanciales para la buena marcha de la institución.

Taller Paso 1: Caracterización del entorno y descripción de la Organización

Primera Parte: Caracterización del Entorno

Tiempo estimado: 120 minutos.

Objetivo: Que los participantes sitúen la organización en el contexto país, población a cargo, y su relación con otros establecimientos asistenciales.

Desarrollo: A partir del conocimiento que cada uno trae se deberá identificar:

- En un 1er papelógrafo: el territorio que atiende su organización y los diferentes establecimientos existentes en el territorio y relaciones (derivaciones).
- En un 2º papelógrafo:
  - Demografía y condiciones socioeconómicas: población, número y grandes grupos etáreos y sexo, situación económica de la población, escolaridad y tipos de previsión.
  - Epidemiología: evolución (tendencias) natalidad, mortalidad general, materna e infantil, principales causas de mortalidad principales causas de morbilidad.
  - Sistemas de salud: identificar los diferentes elementos del sistema de salud, con ayuda del 1º papelógrafo: flujos de usuarios, de financiamiento.

Como resultado de este análisis, y eventualmente de otras definiciones previas, deberá señalarse LA MISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.

Segunda parte: Descripción de la organización

Tiempo estimado: 60 minutos.

Objetivo: Que los participantes describan la organización llevándolo a un organigrama.

Metodología: Dibujar un organigrama en el papelógrafo clasificando establecimientos, o servicios y unidades: clínicos, de apoyo clínico o de apoyo administrativo, ambulatorios, etc.

La modalidad de Taller es relevante para acordar los puntos centrales pero no entregará el detalle y la calidad de la información que se requiere para tomar determinaciones del nivel estratégico. Por ello conviene posteriormente, y a partir de lo realizado en el Taller, recolectar la información exacta.

Se presenta a continuación una Ficha que puede ser útil para la recolección de la información requerida en este paso.

FICHA Nº 1: Caracterización de la organización y contexto				
Nombre de la Institución			Dirección	
1. Red Asistencial de la Organización				
Territorio de jurisdicción del establecimiento (comunas, departamentos, u otros):				
Antecedentes demográficos	Nº población que atiende		Población según grupo etáreo	
Principales características epidemiológicas y socioeconómicas de la población a cargo - - -				
Establecimientos de la red y sus características (según tipo, complejidad, flujos de referencia, etc.)				
2. Antecedentes financieros año t (en miles de …….)				
	Presupuesto de Ingresos	Presupuesto de Gastos	Ingresos Reales	Gastos Reales
Total				
RRHH				
Bienes y servicios de consumo				
Inversión				
3. Producción valorizada año t (en miles de …):				
4. Regulación contractual del personal (marcos legales, tipos de contratos, sistemas de turnos, tercerización de funciones o áreas de trabajo, otros) - -				
5. Existencia de Metas o Convenios de Gestión: SI ___ NO____ Descripción de ámbitos de metas o convenios:				

En este primer paso se recoge entonces la información indispensable de contexto sanitario a través de los datos demográficos y epidemiológicos, de las relaciones con el resto del sistema sanitario para la provisión de servicios así como de la misma institución. Esta información le permitirá al gestor y equipo directivo orientar el rumbo de la organización hacia lo que son las

necesidades sanitarias de su población, a través de una visión del contexto, la declaración de la misión de la institución, la descripción de la organización interna de la misma, los principales marcos regulatorios que la rigen, especialmente en el área de recursos humanos y recursos financieros.

Paso 2: Descripción de la dotación del personal

El objetivo del paso 2 es obtener una caracterización de la dotación del personal que se desempeña en la organización.

Para ello se requiere la siguiente información:

Información para la Caracterización de la dotación global y por unidad[9] en el período "t"

- Dotación del (o los) establecimiento(s), según categorías de personal en horas y en equivalentes a tiempo completo.
- Dotación en cada establecimiento por unidad, en horas y equivalentes a tiempo completo.
- Personal fuera de la dotación habitual si existiera, según categorías de personal, en horas y equivalentes a tiempo completo.
- Ausentismo de personal en el establecimiento: global, por unidad y categorías de personal.
- Gasto en personal, por categorías de personal y tipo de remuneración.
- Gráficos correspondientes.

Es importante detallar la cantidad y tipo de personal, el número de cargos y horas contratadas según categorías de personal[10] y su distribución en las diversas dependencias de la organización. Si existe la posibilidad de contrato por horas es preferible expresar todo los cargos o contratos en horas[11] y en equivalentes a tiempo completo[12](ETC) pues de otra manera no son comparables. Contar con el número de horas disponibles será importante en la siguiente etapa del manual, pero la medida de jornadas ETC permite una rápida comparación entre establecimientos y servicios.

El "personal fuera de la dotación" se refiere al personal que, no estando contratado de la misma manera que la generalidad del personal, se desempeña habitualmente en la organización y por tanto coopera en la realización de acciones. Se trata por ejemplo de personal universitario, pagado por la universidad, que se desempeña en un establecimiento del municipio o servicio de salud. Puede ser también el caso del uso de otra fuente de financiamiento para la contratación.

[9] Unidad se refiere a Servicio clínico, administrativo o área de trabajo.

[10] "Categoría de personal" o "estamento" se refiere a los diferentes tipos de personal, por ejemplo odontólogos, enfermeras, auxiliares, médicos, técnicos etc.

[11] Las horas pueden ser semanales, mensuales o anuales. Lo importante es cautelar que siempre se esté considerando el mismo parámetro.

[12] Equivalente a tiempo completo: medida para homologar contratos parciales. Por ejemplo 2 medias jornadas constituyen 1 jornada equivalente a tiempo completo.

Además es conveniente señalar cuando existen casos de compra externa de servicios,[13] por ejemplo de lavandería u otros, para hacer comparables las dotaciones.

Ausentismo del personal: A los aspectos generales de la dotación, debe agregarse el análisis del tiempo que el personal no se encuentra disponible para el trabajo en la institución. En efecto, el personal tiene derecho a feriados legales (vacaciones y otros), que incluso pueden variar entre zonas de un mismo sistema o entre categorías de personal, por ejemplo regidos por leyes distintas.[14] El personal puede también no estar disponible por ausencias de diverso tipo, capacitaciones y enfermedades. A todo ello se le llamará en adelante ausentismo.

Es interesante analizar dicho ausentismo diferenciando las causas ya que orienta en forma importante la gestión del personal.[15] Sin embargo, si en la organización en estudio, no se ha medido hasta ahora en forma sistemática el ausentismo, puede ser de utilidad una metodología que le entregue al nivel estratégico una visión agregada de éste, o, lo que es lo mismo, el cálculo de las horas efectivamente trabajadas por cada trabajador, una vez descontadas las horas de ausentismo. Para ello recomendamos la metodología de Thomas Hall,[16] en que a la dotación efectiva o contratada se le van restando las principales causas de ausentismo, para llegar al tiempo disponible efectivo del trabajador, tal como se plantea en el ejemplo del cuadro. El ausentismo total, en el sentido amplio que estamos utilizando aquí, es la diferencia entre las horas contratadas y las realmente trabajadas.

Ejemplo de cálculo de horas anuales efectivas de trabajo de acuerdo a metodología de T.Hall, para una persona contratada a tiempo completo (ETC)		
Metodología	Ejemplo en x lugar	
Horas a la semana	Nº de horas semanales contratadas por semana en ese lugar	44 hrs. por semana (ETC)
Horas al año	Horas anuales contratadas al año para un ETC	44 hrs. por 52 semanas, igual 2288 hrs. al año
Menos vacaciones	Se considera un promedio de 15 días hábiles de vacaciones, que corresponden a 3 semanas anuales.	Menos 3 semanas por 44 hrs = 132 2.288 - 132 = 2.156 hrs al año
Menos permisos /capacitación	Se considera un promedio de 16 días por enfermedad y permisos por partos (dos semanas) y 1 semana de capacitación, total 3 semanas anuales.	Menos 3 semanas por 44 hrs = 132 2.156 - 132 = 2.024 hrs/año

[13] "Compra externa de servicios", también denominado "externalización" de servicios.

[14] En el caso chileno, el personal de la administración pública que labora en zonas geográficas alejadas y en determinadas unidades de emergencia, tiene más días de vacaciones.

[15] El análisis del ausentismo del personal, su posible asociación con el género, algunos sistemas de turnos, u otras causas es de gran relevancia para la gestión integral del personal, si bien escapa al alcance de esta metodología.

[16] "Human Resources for Health, A Toolkit for Planning, Training & Management", Thomas Hall para OMS, March 2003.

Menos días feriados	Se restan además los días de feriados legales, estimados en el ejemplo en ese lugar, en 10 días hábiles, 2 semanas al año.	Menos 2 semanas por 44 hrs= 88 hrs 2.024-88 = 1.936 hrs al año
Igual horas disponibles reales al año por cada ETC.	Horas de trabajo efectivas anuales	= 1.936 hrs al año
Ausentismo total	Cálculo de horas o días de ausentismo total	2.288 - 1.936= 352 hrs al año 352 hrs/ 8 hrs día = 44 días

Nota: los supuestos de la columna central son sólo para la mejor comprensión del ejemplo.

Otro elemento relevante a sistematizar lo constituye el gasto en personal en cada uno de los establecimientos o servicios, además de sus modalidades de pago. Se debe especificar si las retribuciones son por jornadas, por actos, si existen incentivos pecuniarios de algún tipo o si las modalidades mezclan diferentes tipo de pagos y cómo se remuneran los sistemas de turnos.

Para la recolección de la información se puede utilizar el ejemplo de Ficha 2 mostrado a continuación, donde se establecen las dotaciones, por categoría de personal, en los diferentes establecimientos.

FICHA Nº 2: Caracterización de la dotación por establecimientos en el período t[17]					
Dotación de la organización para el período t (en horas o ETC)					
	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría n	Total
Dotación Establecimiento 1					
Dotación Establecimiento 2					
Dotación establecimiento n					
TOTAL					
Otro personal fuera de la dotación habitual					
Ausentismo para el período t (en días[18])					
Establecimiento	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría n	Promedio
Ausentismo establecimiento 1					
Ausentismo establecimiento 2					
Ausentismo establecimiento n					
Promedio ausentismo					

[17] Período t, se recomienda realizar el análisis para el año inmediatamente anterior.

[18] Se utilizan aquí los días de ausentismo para una mejor comprensión.

Gasto en personal por categoría para el período t (en miles de …..)					
Servicio o Unidad de Trabajo	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría n	Total
Gasto en personal establecimiento 1					
Gasto en personal establecimiento 2					
Gasto en personal establecimiento n					
TOTAL					

Una planilla como esta es de utilidad para la recolección de la información en diferentes establecimientos y puede serlo también cuando se realiza el análisis en un sólo establecimiento, con las dotaciones de los diferentes servicios y unidades, en vez de los establecimientos como aparece en el ejemplo.

En este paso se ha obtenido la información general sobre las dotaciones de personal y su distribución ya sea entre establecimientos si se está aplicando a un sistema o red, o bien entre servicios y unidades si se trata de un establecimiento.

Al completar la información no se debe realizar un juicio apresurado al comparar las dotaciones o el gasto en personal entre establecimientos o servicios. Habitualmente los establecimientos de una red serán de diferente complejidad y por tanto poco comparables, salvo que pueda abarcarse un sistema amplio y en ese caso realizar la comparación de establecimientos de una complejidad similar.

Paso 3: Descripción de los resultados de la organización

El Objetivo de este paso es caracterizar los resultados obtenidos por la organización. Tratándose de instituciones de salud, y por lo difícil que resulta obtener los impactos reales desde el punto de vista sanitario, la mayor parte de los resultados serán prestaciones directas, como consultas y egresos.

Se trata de presentar la información de la organización en forma agregada y también diferenciada por establecimiento o unidad de acuerdo al ámbito de aplicación, siempre como promedios del período de estudio, el tiempo t. El recuadro siguiente muestra una propuesta de información requerida para este paso.

Información para análisis de los resultados de la organización

- Globales y por establecimiento o Unidad en el período t
- Número de consultas generales y por especialidad.
- Número de controles sanos
- Número de vacunaciones
- Número de egresos.

- Dotación de camas en trabajo.

- Promedio de días estada.

- Índice ocupacional, Índice de sustitución y de rotación.
- Número de procedimientos.
- Número de cirugías.
- Número de exámenes de laboratorio, imagenología y otros.
- Tasas de Infecciones intrahospitalarias.
- Resultados de satisfacción usuaria.
- Listas de espera por determinadas acciones de salud.

Parte de la información solicitada en el recuadro corresponde al nivel hospitalario y no será aplicable a establecimientos de primer nivel de atención. Como se señaló, el tipo de información debe ser modificada de acuerdo a las diferentes realidades. Esto es especialmente relevante cuando se analizan establecimientos que no realizan las actividades clásicas como, por ejemplo, los niveles provinciales o regionales encargados de la realización de actividades ligadas a la coordinación de acciones o de establecimientos, o bien de regulación, por ejemplo ambiental. Allí debe realizarse un esfuerzo adicional para determinar algunos productos claves que permitan también analizar las dotaciones en función de las actividades a desarrollar.[19]

El número de las diferentes actividades realizadas en el establecimiento o unidad deben ser recolectados tomando en consideración el mismo período de tiempo que en los pasos anteriores, es decir del año inmediatamente precedente. Tomar el año completo es importante puesto que en la actividad sanitaria frecuentemente existe una importante estacionalidad.[20]

Es necesario agregar además información relativa a la disponibilidad y uso de los recursos como son los indicadores de uso de camas hospitalarias: dotación, número de egresos, Índice ocupacional, Índice de sustitución y de rotación y promedio de días de estada por cada paciente.

Deberá agregarse en lo posible información respecto a la calidad de los resultados obtenidos, por ejemplo indicadores trazadores de infecciones intrahospitalarias y de satisfacción usuaria.

Contar con la información respecto a la existencia de tiempos o listas de espera de pacientes por determinados procedimientos o prestaciones puede ser de gran utilidad para la orientación de los recursos y para el análisis posterior de la disponibilidad de personal.

Nuevamente en este paso es indispensable la participación de los principales directivos de la organización para la selección de los resultados específicos de los resultados de la organización que serán objeto de seguimiento.

[19] El Ministerio de Salud de Chile ha identificado actividades como: licencias médicas procesadas, sumarios sanitarios realizados, inspecciones a farmacias, etc.

[20] Estacionalidad por ejemplo en el invierno con incremento de consultas.

Se presenta a continuación un modelo de ficha para la recolección de la información en un nivel hospitalario, como ejemplo que deberá adaptarse de acuerdo al tipo de organización que se está analizando.

FICHA Nº 3: Resultados de la organización. Globales y por Unidad en el período t (ejemplo de nivel hospitalario)					
1. Producción año t:					
Tipo	Servicio 1	Servicio 2	Servicio 3	Servicio n	Total
Consultas generales					
Consultas especialidad					
Nº Intervenciones quirúrgicas					
Número de partos					
Exámenes de laboratorio					
Exámenes de imagenología					
Exámenes anatomía patológica					
Número de egresos					
Dotación de camas en trabajo					
Índice ocupacional					
Índice de sustitución					
Índice de rotación					
Otros					
2. Resultados vinculados a calidad: Tasas de Infecciones intrahospitalarias: Resultados de satisfacción usuaria: Listas de espera por determinadas acciones de salud:					

Contar con esta información de establecimientos o unidades de un mismo tipo o nivel de complejidad permite tener una visión comparativa de los resultados obtenidos. Esto constituye un insumo importante para la gestión de los directivos y es, por otra parte, información indispensable para correlacionarla posteriormente con las dotaciones. Puede ser, además, de gran utilidad para comparar estos resultados con información referencial del país como estándares o indicadores deseados, cuando éstos han sido definidos, por ejemplo en términos de número de determinadas acciones por población a cargo (consultas / población, egresos / población) y respecto al uso de camas (índices de ocupación y de rotación deseados).

Paso 4: Confección de Indicadores

El Objetivo de este paso es correlacionar, confeccionando indicadores, la información de los resultados obtenidos por la institución del paso anterior, con la información de las dotaciones obtenida en el paso 2.

Indicadores de la organización y sus dependencias en el período t

- Número de prestaciones (consultas, procedimientos, cirugías) / Dotación de personal en horas, total y según categoría de personal.
- Prestaciones o producción valorizada / Horas totales de personal, Horas médicas, Horas de enfermeras, Horas de técnicos o auxiliar de enfermería.
- Prestaciones o producción valorizada / Gasto en personal.
- Prestaciones realizadas / Metas de prestaciones.
- Dotación de personal en horas total y según categoría de personal/ Dotación de camas en trabajo.
- Número de egresos / Dotación de personal en horas.
- Horas contratadas de personal / Número de días cama ocupados.

La confección de indicadores que correlacionan resultados, por ejemplo en número de prestaciones con dotaciones de personal puede realizarse de una manera agregada para tener una visión general que permitan algunas comparaciones o bien puede realizarse de una manera más detallada, calculando indicadores de rendimiento.

Es importante tener presente que, cuando se relacionan indicadores agregados como es el caso del primer punto del recuadro, por ejemplo, consultas en relación a horas médicas, generalmente se hace sin diferenciar las horas médicas específicamente utilizadas para la consulta, por lo que estos indicadores sólo son trazadores que permiten comparar entre establecimientos y servicios, pero no son indicadores adecuados para evaluar rendimiento.

Para la construcción de indicadores de rendimiento, se relaciona la producción agregada (acciones de salud de diferente naturaleza), con el total de recursos humanos utilizados en esta producción. El problema es que en el tiempo o por su realización en diferentes lugares, se pueden presentar diferencias significativas en el entorno (tecnológico, técnico, de infraestructura y otros) que condicionan el rendimiento así medido.

El indicador de rendimiento se construye como:

$$\textbf{Indicador de rendimiento} = \frac{\text{Producción total}_t}{\text{Total de insumos}_t} = \frac{P_t}{L_t}$$

El problema mayor para estos tipos de indicadores, es que por la amplitud considerada en el término “Producción Total”, terminan adicionándose en un único total prestaciones tan diferentes como las Consultas de Médicos Especialistas y las Intervenciones Quirúrgicas Mayores en

circunstancias que dada su naturaleza tan distinta, no pueden ser sumadas directamente unas con otras.

Una solución es traducir las prestaciones a unidades monetarias, lo que permite la agregación y las comparaciones. La producción valorizada puede no estar disponibles en todos los casos para la construcción de indicadores. Sin embargo, es interesante incluirlos cuando ello es factible. Para la construcción de esta producción valorizada puede utilizarse el valor monetario referencial que tienen las diferentes actividades o prestaciones en el sistema público de salud, aún cuando no sea el valor efectivo pagado a las diferentes organizaciones ni su costo real de producción.[21]

Cuando se cuenta entonces con la producción valorizada, pueden construirse dos tipos de indicadores de rendimiento, el de gasto en personal y el de horas contratadas.

En el caso del Rendimiento del Gasto se usa como denominador de esta razón (L_t), el total de gasto en recursos humanos para un período de estudio determinado, mientras que para el Rendimiento de las Horas Contratadas, el denominador se construye con el total de horas de trabajo contratadas.

Rendimiento del Gasto en Remuneraciones

$$\textbf{Rendimiento del gasto RRHH} = \frac{\text{Producción valorizada total}}{\text{Gasto total en RRHH}}$$

Este indicador debe manejarse cuidadosamente ya que:

- Si bien puede ser útil para comparar entre unidades o establecimientos en un momento dado, no lo es para analizar esta variable en el tiempo, debido a que generalmente existe variación de los salarios.
- Si esta relación es igual o menor que uno, en su análisis debe considerarse que, entre un conjunto de situaciones, podría mostrar un nivel de producción que financieramente no es rentable (aunque socialmente sí lo sea) o la sospecha de que el vector de precio no responde a los costos de un establecimiento eficiente, o que la función de producción escogida tiene asociado costos superiores a los valores de un arancel promedio (precio no real), o como es obvio, una mezcla de todas las anteriores.
- En la medida que se incorporen mayores costos al recurso humano, vía la entrega de nuevas asignaciones, profesionalización de los equipos de trabajo, la tendencia de los valores del indicador será descendente. Si ello sucede, no hay que calificar de inmediato como una baja en el rendimiento de los trabajadores, porque a una conclusión como esa sólo se puede llegar luego de depurar los efectos de precio de los factores (salarios o aportes patronales en este caso).

[21] En Chile, para la mayoría de las prestaciones que realizan los establecimientos públicos existe un valor determinado en un arancel de prestaciones de uso nacional, en el que están consideradas las acciones finales y las intermedias. Estas son corregidas si corresponde, por un coeficiente que recoge factores diferenciadores de los establecimientos como la ruralidad y nivel de aislamiento.

La segunda forma de presentar la información que relaciona la producción valorizada con los recursos humanos, es relacionar esta producción con las estadísticas de horas contratadas, para revisar la relación que existe entre la evolución de la actividad y la evolución de las horas contratadas.

Rendimiento de las Horas Contratadas

El rendimiento de las horas contratadas muestra la producción valorizada de cada hora de trabajo contratada y se construye de la siguiente manera:

$$\textbf{Rendimiento de las Horas Contratadas} = \frac{\text{Producción Valorizada Total}}{\text{Número de Horas Contratadas}}$$

- Este indicador tiene utilidad para analizar en el tiempo el rendimiento del recurso humano puesto que no incorpora el efecto precio del factor recurso humano que estaba presente en el anterior indicador y que varía de manera distinta que el arancel de referencia.[22]
- Cuando se incorpore una modificación tecnológica que mejore la eficiencia en el uso del recurso humano, probablemente se comenzará a aumentar la cantidad de prestaciones realizadas y el rendimiento de las horas contratadas también aumentará (caso típico de los equipos modernos de laboratorio clínico, que simplifican las tareas, reducen el tiempo de trabajo y aumentan el tipo de exámenes, a veces con los mismos requerimientos de recursos humanos).
- Cuando uno o más precios de las prestaciones del arancel general aumenta, evidentemente lo hará también el valor del indicador, pero ahora no necesariamente por un incremento en el rendimiento absoluto de cada hora de trabajo, sino que por un hecho externo. Este sesgo se podría corregir utilizando un mismo arancel para el análisis de una serie de tiempo.

Para el análisis de rendimiento global de un sistema en el tiempo, es más objetivo y da mejor cuenta de la realidad observada, el Indicador de Rendimiento de Horas Contratadas.

La obtención de éstos u otros indicadores, de cualquier forma, deberá ajustarse a lo que son las diferentes realidades y serán los gestores los llamados a determinar cuáles pueden ser los más útiles para establecer una base inicial y seguirlos en el tiempo como parte del necesario monitoreo de gestión de su institución.

La construcción de los indicadores que servirán para el monitoreo posterior es tan importante que puede ser necesario llegar a acuerdos con un grupo amplio de directivos. Esto facilitará la obtención posterior de los datos y la concordancia entre lo que realiza la organización y el sistema de monitoreo de la misma.

[22] En Chile.

Se presenta a continuación un modelo de taller para establecer participativamente dichos indicadores.

Taller 4: Confección de Indicadores Relevantes

Objetivo: Llegar a acuerdos con el equipo respecto a los indicadores de personal relevantes para la gestión del establecimiento

Metodología:

- Durante 5 minutos los participantes deben anotar en forma individual, para cada ámbito, 3 resultados que consideren relevantes. Se sugiere al menos los siguientes ámbitos:
  - clínico
  - de calidad
  - financiero
- Se analiza en grupo los resultados que cada uno anotó y aquellos en que se logra un consenso se anotan en un papelógrafo. Se comparan con los generados por el nivel estratégico de la organización, se analiza en conjunto y completa si es el caso.
- Posteriormente, se asocian los diversos resultados seleccionados con los datos de personal, gasto etc., originados de los pasos anteriores. Con esto se construyen y analizan los indicadores que el grupo considere pertinentes para el análisis sistemático de la gestión de personal del establecimiento

Una vez definidos los indicadores relevantes que se utilizarán, se consignan en una ficha para que el nivel más operativo complete con la información real de la organización, permitiendo así su posterior análisis por parte del nivel estratégico. Se sugiere su desagregación por categorías de personal específicos y de interés, o acorde al nivel de información que se tenga de la organización. Es deseable, en el caso de tratarse de establecimientos hospitalarios, separar los indicadores de atención ambulatoria y de hospitalizados, para caracterizar con mayor detalle a las unidades.

A continuación se presenta una propuesta de indicadores útiles para este monitoreo en un establecimiento con servicios de hospitalización.

FICHA Nº 4: Indicadores de la organización y por servicio o área de trabajo en el período t					
Indicador	Servicio 1	Servicio 2	Servicio 3	Servicio n	Organización
Consultas médicas generales/horas médicas					
Consultas médicas especialidad/horas médicas					
Nº Intervenciones Quirúrgicas/horas médicas					
Número de partos/horas médicas					
Procedimientos/horas médicas					
Exámenes de laboratorio/horas de personal laboratorio					

Exámenes de imagenología/horas personal imagenología					
Número de egresos/horas personal					
Horas personal/Dotación de camas en trabajo					
Producción tvalorizada/Horas totales de personal					
Producción valorizada/Gasto en personal					
…….					

Si lo que se está analizando es una red de diferentes establecimientos, será útil para los pasos siguientes la comparación entre éstos. En todo caso está abierta a la identificación de los mejores indicadores para la realidad de cada país o institución.

Paso 5: Estimación de capacidad de oferta potencial en actividades seleccionadas

El objetivo de este paso es que el nivel estratégico cuente con una estimación de la capacidad de oferta instalada para la realización de determinadas actividades importantes, y por tanto seleccionadas, para la organización.

Las acciones de salud tienen en general la característica de ser realizadas en equipo y de requerir una infraestructura adecuada. Sin embargo, existe personal o infraestructura crítica para la realización de algunas actividades que merece un análisis especial, pues en muchos países son actividades todavía insuficientes para las necesidades de la población. Es el caso, por ejemplo, de las consultas ambulatorias electivas, el uso de las camas hospitalarias y el uso de los pabellones quirúrgicos, entre otros. En el primer caso el personal crítico es el médico y, dependiendo de los países, eventualmente las enfermeras o matronas. En los otros casos el recurso crítico es la infraestructura, las camas y los pabellones, cuya mayor o menor utilización tienen importantes repercusiones en las dotaciones de personal.

Se presenta a continuación un modelo para realizar una estimación de la capacidad de oferta potencial de las consultas ambulatorias electivas[23] en un determinado establecimiento. Dado que aún no se cuenta con el análisis en detalle de las cargas de trabajo que se obtendrá luego de la aplicación de la segunda etapa, será necesario utilizar algunos “estándares” que pueden ser nacionales o fijados localmente como juicio de expertos.

[23] No están consideradas en este cálculo las consultas ambulatorias de urgencia.

Datos necesarios para el cálculo del Nº potencial de consultas ambulatorias electivas, realizadas por médico

- Horas médicas totales
- Horas médicas no ligadas a la atención ambulatoria electiva (anestesia, apoyos, urgencias, turnos en general)
- Horas o cálculo de Ausentismo (vacaciones, licencias, capacitaciones y otros)
- Criterio o Estándar del porcentaje del tiempo de cada médico, destinado a consulta ambulatoria
- Criterio o Estándar del tiempo promedio ocupado en una consulta

Una vez obtenida la información requerida, es posible aplicar la fórmula para estimar el número potencial de consultas médicas electivas, a través de la siguiente fórmula:

Nº Consultas electivas potenciales = (Hrs médicas totales - Hrs destinadas a otras actividades - Hrs ausentismo) x (% del tiempo destinado a consulta) x (Nº consultas por hora)

Horas médicas totales: habitualmente en los establecimientos se dispone de las horas médicas totales. Lo que interesa aquí es el número de horas médicas totales contratadas. Si se quiere calcular la oferta potencial anual, el número de horas debe ser también anuales.

Horas médicas destinadas a otras actividades: el registro de horas médicas debe recoger la diversidad de acciones que este tipo de personal realiza. Existe un número de médicos, y por tanto de horas médicas, ligadas a actividades indispensables, pero sin relación con las consultas médicas ambulatorias electivas. Es el caso de las horas de médicos destinados a turnos de emergencia, anestesia, laboratorios, imagenología, etc.. Para efectos de esta estimación es indispensable conocer y restar este número de horas.

Ausentismo: si no se cuenta con la información pormenorizada del ausentismo, se realiza el ejercicio señalado en el paso 2, para establecer el número real de horas que los médicos estarán efectivamente disponibles para la realización de las actividades. En ese caso el ejercicio se realiza con las horas médicas ya descontadas las destinadas a otras actividades, tal como se muestra en el siguiente ejemplo.

Criterio o estándar del porcentaje del tiempo de cada médico, destinado a consulta ambulatoria y el tiempo promedio destinado a cada consulta. Para calcular una estimación de la capacidad de oferta es posible aplicar criterios o estándares, previamente acordados. En el caso de las consultas ambulatorias la fijación de criterios para el tiempo promedio utilizado en esa actividad y el rendimiento por hora es relativamente sencillo pues son datos habitualmente disponibles para la realización de las agendas médicas.

A continuación desarrollamos un ejemplo para una mejor comprensión del método.

Ejemplo: Estimación de Oferta potencial de consultas ambulatorias del establecimiento .....

- Horas médicas totales anuales de trabajo para un médico ETC = 1.936
- Nº Médicos ETC que no se desempeñan en turnos o anestesia etc. = 10
- Total de horas médicas anuales sin turnos = 19.360
- Porcentaje del Tiempo médico destinado a consultas* = 40%
- Horas médicas anuales dedicadas a consultas ambulatorias = 7.744
- Rendimiento promedio de consultas por hora** = 4
- Consultas potenciales anuales (7.744 x 4) = 30.976

*el porcentaje del tiempo destinado a consultas para cada médico corresponde a un "estándar" o "criterio" de expertos del lugar donde se está aplicando el método.

** el rendimiento promedio de consultas por hora es lo utilizado en el mismo establecimiento para citar a los pacientes.

En el caso del ejemplo, las 10 jornadas de médicos equivalentes a tiempo completo, al destinar 40% de su tiempo a consulta ambulatoria, y con un rendimiento de 4 pacientes por hora, pueden asumir casi 31.000 consultas en un año.

Evidentemente cualquier cambio en los estándares, ya sea del porcentaje del tiempo destinado a consultas o bien del rendimiento de consultas por hora hará variar el cálculo del número de consultas potenciales.

Conviene insistir que en este caso sólo se considera como recurso crítico la hora médica. Si este número de consultas es superior a las reales significa que existe capacidad de oferta potencial de este personal considerado crítico para esta actividad, pero para planificar incrementos deben también considerarse las otras categorías de personal eventualmente necesarias. Esto es especialmente necesario cuando se programa un incremento importante de la actividad.

Paso 6: Análisis de los indicadores y comparación entre producción real y oferta potencial

El objetivo de este paso es que el gestor, sobre la base de los tres pasos anteriores, tenga una visión cuantitativa de la capacidad de oferta de su institución, tanto real como potencial, así como de la disponibilidad y distribución del personal. Este es un momento de análisis de la información obtenida, por parte del nivel estratégico de la organización.

Los indicadores escogidos y presentados en el paso y la Ficha Nº 4 permiten un análisis comparativo en el tiempo y entre áreas, vinculando resultados con recursos y cumplimiento de programación o metas. Contribuyen por sí mismos en la pesquisa de grandes líneas de mejoramiento de la gestión.

En el paso 4 se recogió la información. En éste, se analizan en forma comparada los establecimientos o servicios, estudiando variables de dotación y de producción que van dando una aproximación a la carga de trabajo en las respectivas unidades. Con los indicadores debe analizarse, por ejemplo: las acciones realizadas respecto a las metas definidas; la atención ambulatoria y la atención cerrada o de hospitalizados; la situación de la atención electiva y de urgencia; unidades de apoyo clínico y apoyo logístico; y rendimiento del recurso humano.

La incorporación de indicadores de rendimiento, que relacionan producción con el personal, expresado ya sea en horas contratadas o en el gasto en recurso humano, permite la entrega de información resumida, agregada y comparable entre servicios, siempre y cuando sea posible expresar las prestaciones en unidades monetarias[24]. Los indicadores de rendimiento son útiles para irse comparando a lo largo del tiempo, o bien para comparar entre instituciones en un mismo momento. Es indispensable sin embargo, utilizar este indicador con cautela por las siguientes razones:

- La producción valorizada, que corresponde a la producción multiplicada por un valor, real o referencial, para cada prestación, no necesariamente corresponde ni al gasto efectivo ni al precio de la prestación por lo que puede no estar reflejando el costo de los recursos de producción como ya se señalara.

- En el denominador, debe situarse el personal que es el motivo de nuestro estudio. Preferimos la utilización del número de horas de personal y no del gasto del personal dado que este último tiene variaciones importantes por la variación de remuneraciones, lo que podría no hacer comparable una serie en el tiempo.

Por otra parte, en el paso anterior se estimó la oferta potencial para determinadas actividades críticas de las horas contratadas en la organización. En este paso, de análisis cuantitativo se compara esa oferta potencial en relación con la real, por ejemplo el número de consultas electivas efectivamente realizadas el año anterior en relación con la capacidad de oferta estimada.

Este paso culmina entonces con el análisis cuantitativo de la información, realizada por el nivel estratégico de la organización, que compara la situación de las distintas dependencias de la organización.

Paso 7: Análisis cualitativo de la dotación con relación a los requerimientos de atención

El objetivo de este paso es volver a contextualizar los resultados obtenidos en el paso anterior en lo que la organización es y lo que busca. Para ello debe realizarse una evaluación de carácter cualitativo que permita obtener una apreciación general de parte de los directivos, acerca de la capacidad de la organización para dar respuesta a los requerimientos de atención con la dotación existente. Este análisis es responsabilidad nuevamente del nivel estratégico de la organización pues involucra su direccionamiento.

[24] Es posible homologar prestaciones de diferentes tipo y complejidad, ya sea llevándolas a una expresión monetaria, a una expresión de tiempo de trabajo requerido, que se aborda más adelante en esta metodología, o bien a través de un valor relativo entre prestaciones por juicio de expertos.

Conviene presentar la información obtenida en los diferentes pasos anteriores de manera resumida, para facilitar esta apreciación global.

Resumen de Información para el Análisis cualitativo de la dotación en el período t

- La evaluación cualitativa, respecto a la suficiencia o insuficiencia del personal de la organización debe realizarse considerando:
- Las características demográficas y epidemiológicas de la población del establecimiento.
- La estructura de la red asistencial.
- La existencia de proyectos de desarrollo que pudieran impactar en el desarrollo de la organización.
- Los recursos involucrados, tanto de personal como financieros.
- Los resultados obtenidos, tanto en número de prestaciones, calidad y percepción usuaria.
- Comparación con el promedio de otros establecimientos o entre servicios
- Capacidad de oferta potencial con relación a la real para algunas actividades y personal crítico.
- Comparación con algunos parámetros de población (número, urbano-rural, edades) e indicadores sanitarios
- Relación con posibles estándares o normas nacionales si existieran.

De este análisis debe desprenderse la evaluación cualitativa de la suficiencia o insuficiencia relativa del personal existente para la realización de las actividades que la población requiere.

Estimación de requerimientos: para un grupo de expertos es factible de imaginar los requerimientos de la población en un horizonte mediato, por ejemplo a 5 años. Desarrollar por ejemplo la estimación de necesidades de consultas ambulatorias, indicadores de ocupación de camas, número de egresos etc., tomando en cuenta además la relación profesionales/población, egresos y consultas/población según niveles de complejidad, etc.

Paso 8: Selección de áreas de aplicación de la Etapa II

El objetivo de este paso es seleccionar el o los servicios o unidades donde se aplicará la segunda etapa de este manual, con un análisis en detalle de la carga de trabajo para la realización de las principales actividades.

Las diferencias observadas entre los servicios pueden deberse a distintos factores, como mayor demanda de atención, ser centros de referencia nacional, tipos de usuarios que atienden, complejidad de las prestaciones, o de los modelos de gestión utilizados. Por ello, un dato o indicador por sí solo no necesariamente es concluyente, siendo entonces relevante el análisis de un conjunto de indicadores, que permitan acercarse en términos cuantitativos a la disponibilidad relativa de recursos humanos de las unidades.

Debe tenerse presente que las dotaciones pueden estar dando cuenta de la disponibilidad total de personal de los servicios, incluyendo a trabajadores que desarrollan funciones asistenciales y también a aquel que cumple funciones de apoyo y de administración.

Así, la información que se obtiene va mostrando un comportamiento cuantitativo promedio, tanto de disponibilidad de dotación como de "carga de trabajo agregada",[25] que requiere de una interpretación más ajustada a través de un análisis en particular de los servicios del establecimiento. Por ello, el producto final de la Etapa I es la focalización y priorización de las áreas o servicios en los que se aplicará la Etapa II.

La focalización será definición del nivel estratégico de la organización, a partir de la información técnica generada en los diferentes pasos del estudio, especialmente en el análisis cuantitativo del paso 6 y el análisis cualitativo del paso anterior.

A modo de ejemplo, se muestra a continuación una matriz que puede ser útil a la hora de seleccionar en qué unidades o servicios será necesario aplicar la segunda etapa.

Matriz de Seleccion de Servicios o Unidades				
	Servicio 1	Servicio 2	Servicio 3	Servicio n
Indicador 1	XXX	XX	XX	XXX
Indicador 2	XX	XX	XXX	XXX
Indicador 3	XX	X	XX	XXX
Indicador n	XX	X	XXX	XX
Otras consideraciones	X	XXX	X	XX
TOTAL				

Qué indicadores se utilizarán en la comparación es ya una decisión de nivel estratégico: dependerá de cada organización la importancia relativa del gasto en personal, el rendimiento, el número de acciones etc. Pueden existir otras consideraciones como cambios en el modelo de atención, modificaciones en la epidemiología clínica o de salud pública, la creación de un polo de desarrollo en determinado lugar, etc.. Es relevante también, antes de emprender las siguientes etapas, realizar una evaluación de los liderazgos existentes y de su capacidad de negociación y toma de decisiones respecto a los resultados que se van encontrando para hacer realidad los cambios. También debe considerarse la estimación de tiempos y recursos que serán necesarios para la aplicación de la Etapa II.

En la matriz señalada, para jerarquizar las unidades, se utiliza en primer lugar una asignación de puntaje a un grupo de indicadores seleccionados. Por ejemplo, mayor valor por mayor gasto en recurso humano, mayor ausentismo, baja relación en indicadores de rendimiento de las horas contratadas, etc. A ello se agrega un valor por las consideraciones expuestas en el párrafo anterior y finalmente se selecciona la unidad o unidades que serán sujeto de la siguiente etapa.

En el caso de que se esté trabajando esta etapa en una red, en un conjunto de establecimientos, la comparación debería orientar la toma de decisiones respecto a cuales serán

[25] Se sugiere utilizar este término con todas las reservas del caso, puesto que la Etapa I de la metodología no se define como un estudio de cargas de trabajo.

los establecimientos objeto de estudio en particular, en los que deberá aplicarse en detalle nuevamente esta Etapa I.

Etapa II:
Brecha de personal con procesos actuales

Esta etapa busca analizar con más detalle las actividades que se realizan al interior de un servicio o unidad, las que requieren de tiempos de personal para llevarlas a cabo. El trabajo que se realiza es generalmente multidisciplinario por lo que se considera la labor desarrollada por todo el personal del servicio o unidad en análisis.

Es un momento de trabajo técnico local, que implica el estudio de los procesos y tiempo de personal involucrado, así como distinguir la participación de los distintos tipos de personal en las actividades que se realizan. Esta etapa permite además detectar posibilidades de mejoras de la gestión aprovechando oportunidades que aparecen de la aplicación de esta Etapa.

El objetivo de esta etapa es conocer la relación existente entre los tiempos de personal disponibles y los tiempos requeridos para efectuar el número de actividades que actualmente se realiza.

En esta etapa se debe efectuar un análisis en detalle de las actividades, prestaciones o productos realizados en ese servicio o unidad en un determinado período de tiempo, la descripción de los procesos de trabajo que llevaron a su realización y el aporte en tiempo de las diferentes categorías de personal para su consecución.

- El tiempo requerido, se define como el tiempo de personal necesario para llevar a cabo las prestaciones efectivamente realizadas en un determinado período, con los procesos actuales de trabajo, considerando para ello los tiempos promedios.

- El tiempo disponible, se obtiene a través de la suma de tiempo (horas o jornadas llevadas a horas) contratado más las horas extras realizadas, y al valor de la suma se le debe descontar el ausentismo (vacaciones, licencias médicas y otros, como se señalara en la Etapa I).

La brecha entonces será la diferencia entre el tiempo de personal disponible en un determinado periodo y el tiempo que se calculó como el requerido para la realización de esas actividades durante el mismo período.

$$\text{Brecha } t = \text{Tiempo disponible } t - \text{Tiempo requerido } t$$

Donde, los tiempos disponibles y requeridos se miden en Horas de personal.

Cada servicio sabe con cuanto personal dispone y las ausencias que se presentan, por tanto calcular el tiempo disponible no debiera ser difícil y en el Paso 3 se muestra como proceder para su cálculo. Sin embargo, el tiempo requerido para la realización de las diferentes actividades es más complejo de medir y existen metodologías con diversas aproximaciones para su medición.

Ahora bien, antes de entrar en las metodologías, es necesario despejar algunas preguntas que surgen cuando uno se plantea la relación entre tiempos de personal y actividades.

- ¿Vamos a calcular los tiempos de personal para las prestaciones actuales o las "ideales?"
- ¿Para equipos conformados como los de hoy o aquellos que desearíamos?
- ¿Para procesos actuales o ideales? ¿Con mayor calidad?

El ámbito de análisis en esta etapa considera: conocer los tiempos requeridos para las prestaciones o actividades actuales, con la misma conformación de los equipos, con igual calidad a la entregada hoy y con los procesos actuales, para hacer factible, desde este piso de realidad, mejorar posteriormente los procesos, la calidad o planificar distinto tipo de personal. Dichos análisis posteriores de mejoramiento forman parte de la Etapa III.

Aclarado el ámbito de análisis de esta etapa, se debe revisar qué se medirá. ¿Debe medirse en qué ocupan el tiempo las personas en el curso de cada uno los días? o bien ¿debe medirse el tiempo efectivo empleado por el personal para la realización de prestaciones?

Las dos visiones tienen ventajas y desventajas.

- La primera, estudiar lo que cada persona realiza durante cada día de un determinado período de tiempo, permite conocer en detalle en qué se ocupa el tiempo y tener el listado de actividades de cada estamento. Sin embargo tiene la desventaja que "uno siempre está ocupado" y deja estático el tiempo requerido por lo cual puede distorsionar el tiempo requerido, sobrestimándolo.

- La segunda, estudiar sólo el tiempo requerido por cada estamento para realizar una prestación, permite por una parte acordar cuáles son las prestaciones relevantes en cada unidad y por otra, conocer en detalle los tiempos ocupados por cada categoría de personal para su ejecución. Deducir, sin embargo, de este cálculo, la capacidad de oferta de atención, tiene alta posibilidad de subestimar los tiempos requeridos. No es posible estudiar la totalidad de las prestaciones que se realizan en un servicio; existen espacios muertos naturales en la atención, especialmente en unidades de emergencia y salas de hospitalización; y tampoco se considerarían los espacios indispensables para las necesidades del personal como comidas, descanso, etc..

Dado que cada una de estas alternativas aporta al conocimiento de los tiempos, este manual propone un análisis matricial que considere:

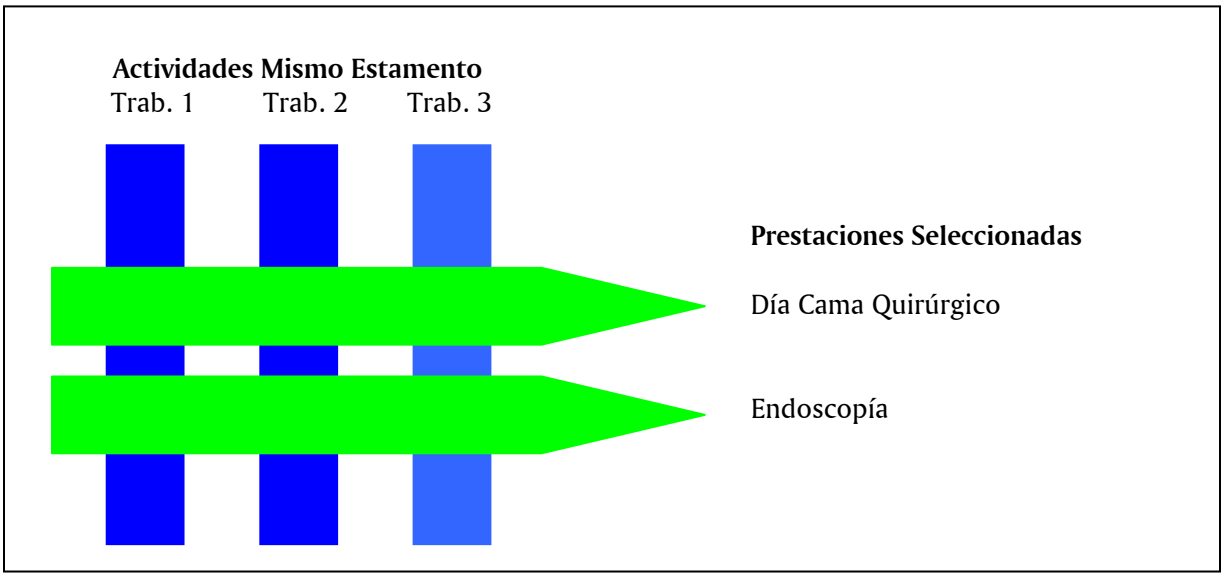
- Un primer análisis, graficado en la Fig. 3 como vertical, para conocer la utilización real de los tiempos de las personas de cada estamento, a través de las diferentes acciones o funciones que realizan a lo largo del día y el tiempo empleado en ellas, por cada tipo de personal.

- A la primera mirada del uso del tiempo de cada persona, se agrega una mirada horizontal, analizando para algunas prestaciones seleccionadas (trazadoras) el tiempo promedio

empleado por las diferentes categorías de personal para su realización, mediante un estudio pormenorizado de los tiempos requeridos para su ejecución.

Este cruce de análisis sólo permite detallar los tiempos de algunas prestaciones trazadoras, pero en el contexto del trabajo diario efectivamente realizado, con las correcciones indispensables de los tiempos requeridos para otras prestaciones y para otras actividades que no serán incluidas en el análisis horizontal, pero sí vertical. (Fig. 3).

Figura Nº 3



Esto se realiza a través de la descripción de los procesos de trabajo de cada prestación, material indispensable para abordar la Etapa III. En este sentido, el estudio entregará importantes insumos como son: las diferentes actividades que realiza cada estamento, la descripción del proceso actual, el rol de cada estamento en éste, los porcentajes de tiempo dedicados a cada actividad. [26]

Se detallan a continuación la secuencia de los pasos necesarios para la aplicación de la Etapa II.

[26] Por ejemplo, pueden aparecer desequilibrios de los diferentes tipos de personal que estén condicionando problemas en la entrega de servicios, ya sea por falta de personal clave o porque se ha realizado inadecuadas asignaciones de rol para algún estamento.

PASOS: ETAPA II

1. Presentación de la metodología en la Unidad
2. Definición de objetivo y productos de la Unidad
3. Determinación de la disponibilidad de personal
4. Descripción de actividades y tareas del personal
5. Determinación de prestaciones a estudiar y definición de las actividades vinculadas
6. Medición de cargas de trabajo para las prestaciones seleccionadas
7. Cálculo de brecha con procesos actuales

Paso 1: Presentación de la metodología en la Unidad

El objetivo de este paso es presentar la metodología al personal de las unidades en que se aplicará, de quienes se requiere una alto grado de participación, comprensión y compromiso.

Se dar a conocer los objetivos y los pasos generales de la misma a todo el personal, especialmente a los servicios o unidades involucrados. Debe constituirse el equipo técnico de trabajo de la Unidad, que será el encargado de llevar adelante el estudio.

Un apoyo para este paso lo constituye la información que se haya recogido al aplicar la Etapa I, lo cual permite insertar este proceso en un mejoramiento global de la atención de la población a cargo.

Paso 2: Definición de objetivo y productos de la Unidad

Este paso tiene como objetivo determinar en forma colectiva los productos o prestaciones que entrega la Unidad y sus principales procesos, a fin de definir la forma de aplicación del estudio.

En éste se determinará:

- ¿Para qué estamos?
- ¿Qué prestaciones o productos entregamos?
- ¿A quiénes entregamos nuestros productos?
- ¿Cómo podemos presentar en cifras el conjunto de lo que hacemos, sumando, agregando, agrupando lo que entregamos?

Se comparte así la Misión y el objetivo de la Unidad, estableciendo su relación con las prestaciones entregadas por el establecimiento, los procesos de trabajo existentes en la Unidad y determinando cuales son sus principales prestaciones finales.[27]

Para la realización de este paso puede ser de utilidad realizar en un primer encuentro el mismo taller del paso 1, Etapa I, para analizar el trabajo de la unidad en el contexto del establecimiento, el que termina con la definición de la Misión, en este caso de la unidad.

Deben quedar definidos:

- Los usuarios de la unidad como aquellos que solicitan servicios, ya sean internos del establecimiento o externos a él.

- Los principales servicios o productos que se realizan en la unidad, determinando cómo se miden.

Cuando se encuentran procesos en que la mayoría del personal es específico y vinculado a un producto o prestación independiente, se recomienda realizar un análisis como área separada28. Por ejemplo, si la Unidad de Diálisis se encuentra incorporada al Servicio Clínico de Medicina y tiene personal exclusivo o compartido en forma poco significativa, puede fácilmente ser analizada como un área independiente.

En este paso también se definen los límites del análisis en la Unidad. Esta propuesta debe ser sancionada por los responsables de la aplicación de la metodología en la organización, en conjunto con las propuestas de otras unidades para comparar, de ser posible, aquellas prestaciones equivalentes.

Paso 3: Determinación de la disponibilidad de personal

El objetivo es cuantificar la disponibilidad de personal para la realización de las diferentes funciones de la Unidad. Esto no es idéntico al número de personas contratadas, tal como se señala en el Paso 2 de la Etapa I, por ello es necesario conocer en detalle, el número de personas según tipo, las horas que realizan (contratadas o no), las horas que no realizan y sus causas. Este paso ofrece un método para ello.

Los datos de disponibilidad de personal se recogen diferenciados por estamento o categoría de personal e incorporando a todos los que realicen funciones determinantes para la producción considerando, además, las horas extraordinarias reales.[29] Sería deseable poder incluir al personal docente universitario y en formación que realice actividades asistenciales.

Para ello se considera para cada estamento o categoría de personal, las horas de jornada normal más las horas extras con las que se contó en cada mes del año del estudio.

[27] Prestación Final: resultado del trabajo de la unidad, puede tratarse de día-cama, consulta, ropa de kilo lavada, paquete esterilizado etc.

[28] Siempre que el personal pueda desagregarse sin dificultades.

[29] La hora extraordinaria real es aquella que se cumple por sobre la jornada contratada o convenida.

Apellidos Nombres	Profesión Función	Contrato horas	Horas extras	Otras horas (universitarias)	Total Horas
Xxxxxxxx	Médico				
Yyyyyyyy	Enfermera				
Zzzzzzzzz	Auxiliar enfermería				

Posteriormente se le restan las horas de ausentismo, puesto que lo calculado hasta aquí (Horas contratadas + horas extras) es la disponibilidad teórica de horas y no las reales o presenciales.

Apellidos Nombres	Total Horas (cuadro anterior)	Horas vacaciones (menos)	Feriados legales (menos)	Licencias enfer-medad (menos)	Otras, capacitación, etc. (menos)	Horas disponibles (igual)
Xxxxxxxx						
Yyyyyyyy						
Zzzzzzzzz						

El cálculo por tanto se realiza según la siguiente fórmula:

Disponibilidad real de horas = Horas contratadas + Horas extras – Horas ausentismo

Debe hacerse una mención especial para el personal que realiza turnos. En este caso, debe considerarse las horas que el personal trabaja semanalmente de acuerdo al rol de turnos existentes y considerar solamente horas extraordinarias aquellas que se realicen por fuera de éstos (refuerzo diurno, etc.).

En el caso de no disponer de la información necesaria respecto al ausentismo, en el año usado como base, se puede tomar muestras en distintos momentos de la realización del estudio. El promedio de estas muestras de personal realmente disponible se contrasta con el promedio de las horas teóricas disponibles al momento de la muestra, estableciendo la proporción existente entre ambas. Esta proporción entre las horas teóricas y las presenciales, al momento de la muestra, se aplicará para establecer la dotación disponible real.[30]

En la Etapa I se estimó globalmente el ausentismo. En esta etapa se profundizó porque al interior de un establecimiento, en los diferentes servicios o unidades, el ausentismo no es necesariamente el mismo. Este análisis entrega además importantes pistas de mejoramiento de gestión al identificar sus causas y conocer de forma exacta el número de horas reales disponibles para la realización del trabajo.

[30] Si bien esto parte del supuesto de una distribución homogénea del "ausentismo" que disminuye la dotación, y dicho supuesto no está siquiera planteado como hipótesis, se ha privilegiado la simplificación frente a la posibilidad de recargar de actividades la metodología, convirtiéndola en algo engorroso y poco atractivo de aplicar.

Paso 4:[31] Descripción de actividades y tareas del personal

Se busca en este paso establecer cómo se emplea el tiempo disponible de un número de personas representativas de cada estamento en la Unidad en estudio. Para ello se debe definir el número de personas a estudiar por estamento y los intervalos de tiempo en la jornada diaria de trabajo en que serán medidos.

A las personas seleccionadas se les instruye para que anoten todas las actividades y/o tareas realizadas en la jornada detallando la hora de inicio y de término. Se estima pertinente la entrega de una hoja con intervalos de tiempo, (el modelo que se presenta es de dos en dos minutos, pero puede ser modificada), para que las personas rellenen con el nombre de la tarea o actividad realizada en determinado intervalo de tiempo.

Hr. Inicio	Hr. Término	Actividad realizada
08:00	08:02	Toma Tº a pac. Hospitalizado
08:02	08:04	√ √
08:04	08:06	√ √
08:06	08:08	
08:08	08:10	
08:10	08:12	Toma muestra examen sangre pac. hosp.
08:12	08:14	√ √
08:14	08:16	√ √
08:16	08:18	
08:18	08:20	Apoyo procedimiento pac. ambulatorio
08:22	08:24	√ √
08:24	08:26	√ √
08:26	08:28	√ √

Hemos preferido la anotación de intervalos pues existe un problema cuando el personal anota de 5 o 10 minutos. Otra alternativa a ésta, es que cada persona vaya anotando con las diferentes actividades, la hora exacta de inicio y de final.

Aquí no interesa el nombre de quien completa el listado, sino que los estamentos estén representados en número significativo de personas, por lo que no es necesario conocer la identificación del funcionario. Sin embargo, es indispensable una adecuada sensibilización del personal para que el llenado sea correcto.

Los listados individuales deben ser agrupados por estamento y a continuación se realiza una agrupación de actividades. El personal anotará muchas tareas diversas, susceptibles de ser incorporadas a una actividad. Así por ejemplo, la actividad "confort del paciente" agrupará tareas como cambio de ropa de cama, higiene del paciente y otras. De ahí la importancia que, quienes participan en este paso, conozcan íntimamente el trabajo que se desarrolla en la Unidad.

Esta agrupación de actividades se complementa con la información de los tiempos involucrados en ellas, estableciendo los promedios por actividad.

[31] Este paso no es necesariamente secuencial con el anterior. Puede seguir acopiándose la información requerida, en paralelo a éste y los sucesivos.

Con este paso se ha obtenido, por estamento, el listado de actividades realizadas y el tiempo promedio que ocupa el personal para ello. Es decir, debe ser posible afirmar que: "del tiempo en actividad del personal de enfermería, un X% se dedica a la actividad confort del paciente hospitalizado".

Este paso será también relevante para conocer como se distribuye la carga de trabajo del personal a lo largo de la jornada de trabajo, que puede ser muy importante en unidades en que no existe control de la demanda como en las unidades de urgencia e incluso para la mejor distribución horaria del personal en algunas unidades, cuestiones a considerar en la Etapa III.

Paso 5: Determinación de prestaciones a estudiar y definición de las actividades vinculadas

En este paso se busca precisar cuales serán las prestaciones objeto de un análisis detallado en el sentido horizontal planteado en la metodología y representado en la Figura 2.

En el paso 2 ya se realizó un listado de los principales productos o servicios de la unidad. Se trata ahora de decidir cuáles de ellos serán seleccionados para hacer una evaluación de los tiempos requeridos. Se recomienda en primer lugar, seleccionar las prestaciones que dan cuenta de la mayor parte del trabajo realizado.

Así por ejemplo, en un Servicio de Medicina Interna se pueden distinguir como prestaciones de mayor relevancia, los días-cama ocupados, consultas y eventualmente algún procedimiento.

Pueden existir otras razones para seleccionar una determinada prestación,[32] lo importante es que el conjunto a estudiar sea significativo en carga de trabajo de los distintos estamentos, es decir, será necesario confeccionar una canasta de prestaciones a estudiar que den cuenta de la ocupación de los estamentos profesionales, técnicos y de apoyo que se quiera incorporar; tomando en consideración los resultados del paso 2.

Una vez definidas las prestaciones, se inicia el análisis de cada una de ellas vinculándolas a las actividades que se listaron en el paso anterior y cotejándolas con los procesos involucrados. Para estos se realizará una descripción detallada del proceso de ejecución, analizando el aporte de cada estamento para lo cual se cuenta con el detalle de actividades del paso anterior. Resulta útil la descripción a través de un flujograma.

[32] Los equipos directivos pueden decidir, por ejemplo, el estudio de algunas prestaciones para efectos de análisis comparado con otras unidades dentro o fuera del establecimiento en estudio.

Ejemplo simulado: Endoscopía

En un servicio, una de las prestaciones que se decidió estudiar fueron las endoscopías.

De acuerdo al paso 4 de descripción de tareas y actividades, se encontró:

- que los estamentos involucrados eran: médico, auxiliar de enfermería, secretaria y auxiliar de servicio;
- los médicos realizan la prestación directa;
- las auxiliares de enfermería preparan el material, colaboran con el médico durante la endoscopía y controlan al paciente antes de irse;
- el auxiliar de aseo limpia después de cada endoscopía;
- la secretaria hace la agenda de citaciones, prepara la ficha clínica, recibe a los pacientes y eventualmente los cita nuevamente.

En este paso debe destacarse que sólo deben ser incluidas a la prestación aquellas actividades que puedan ser claramente vinculadas a ella.

El resultado del paso debe ser "Hemos determinado las prestaciones A y B, las actividades vinculadas a ellas y los estamentos involucrados".

Paso 6: Medición de cargas de trabajo para la realización de las prestaciones

El objetivo es determinar el tiempo promedio requerido por estamento para la realización de una prestación determinada, lo que implica conocer los tiempos promedios ocupados en las actividades y tareas vinculadas a la prestación por los integrantes del equipo de salud.

En el paso anterior determinamos la conformación de las prestaciones desde el punto de vista de las actividades que se realizan. En este momento corresponde la medición de los tiempos ocupados en cada prestación por parte de los estamentos más relevantes que intervienen en ella.

En el paso 5 conocimos, por ejemplo, que una parte del tiempo médico estaba destinado a una prestación denominada endoscopía. Lo que nos interesa ahora es la determinación del tiempo promedio para la realización de esa endoscopía, tal como se mostró en la mirada horizontal de la figura 2.

Para ello, debe realizarse:

a) Selección de la muestra

El equipo de trabajo debe determinar el número de prestaciones que serán objeto de medición de tiempos, estableciendo asimismo el calendario o agenda en días y horas en que se realizará esta medición, considerando que hay actividades continuas y otras que se efectúan solamente en días y/o horarios hábiles. En el paso anterior seleccionamos la endoscopía, siguiendo con este ejemplo, debemos determinar ahora cuántas endoscopías serán objeto de medición.

La muestra debe ser importante, idealmente significativa33 , ya que debe permitir establecer promedios de cargas de trabajo, absorbiendo la diferencia de complejidad de las diferentes prestaciones, por ejemplo por diferente complejidad de pacientes, tanto en consultas, procedimientos, día cama o bien actividades de unidades no clínicas.

Las diferencias de carga de trabajo dependiendo del tipo de paciente pueden llegar a ser muy importante ya que en los servicios clínicos hay pacientes de diversa complejidad o que las consultas por primera vez son distintas de los controles. Para absorber las diferencias en cargas de trabajo, en particular del día cama, existen interesantes metodologías de análisis del riesgo y dependencia del paciente, que no incluimos en este manual, privilegiando la simpleza del método.[34]

b) Selección del método para medir los tiempos: El equipo debe también determinar cómo se medirán los tiempos asociados a cada prestación

Para realizar la medición de tiempos, existen diferentes métodos. Puede ser auto administrado, por sombreo o bien de forma mixta.[35] En el caso de sombreo debe definirse quienes realizarán esta tarea, que puede ser personal convocado especialmente para ello.

Al respecto, no es posible definir a priori el método, pues todos presentan ventajas y problemas. Así, el sombreo puede ser más exacto para medir los tiempos, pero introduce un elemento que puede dificultar la relación paciente-equipo de salud, o afectar el clima laboral. El método auto administrado puede tener sesgos, porque las personas no midan rigurosamente el tiempo y anoten una aproximación o un estimado. Si bien la decisión de qué metodología utilizar es local, una alternativa viable es la siguiente:

- Que en el caso de las prestaciones tipo días-cama ocupados, la medición se realice de manera auto administrada. Una vez determinado el número de camas a incorporar a la muestra y escogidas éstas, cada una de las camas dispondrá durante 24 horas de un formulario por estamento, en el que vienen listadas las actividades que se definieron vinculadas a la prestación, dejando espacio para "otras", y que cada persona deberá completar con la hora de inicio y hora de término de la actividad que realizó.

- Que para el caso de consultas y procedimientos se realice sombreo externo al box o lugar del procedimiento, en que un observador anota los tiempos según estamento.

Dado que es muy probable que la medición de prestaciones no podrá incluir la totalidad de las actividades relacionadas (del listado de actividades del paso 5, posteriormente el método considera una corrección de estos tiempos.

[33] La certeza estadística dependerá del tamaño de la muestra. No es requisito indispensable ya que no se trata de un estudio de investigación, sino de conocer mejor los procesos y cargas de trabajo del personal.

[34] Ministerio de Salud de Chile, "Metodología para el estudio de rendimiento de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud", abril 1999.

[35] Auto administrada: anotación o medición personal del trabajador; sombreo: anotación o medición de alguien externo que observa la realización del trabajo y mixta: anotación o medición personal, pero comparada con alguna medición realizada por sombreo.

Ejemplo simulado: Endoscopía

- En nuestro servicio del ejemplo se decidió que una persona del mismo servicio, pero sin relación con la prestación, haría un sombreo externo al pabellón de endoscopía. Se decidió asimismo realizar 45 mediciones de esta prestación, considerando 15 de urgencia y 30 electivas.
- Se tomaron al azar los días en que se realizarían las mediciones.
- El día seleccionado, esta persona fue anotando, cada vez que ingresaba un paciente nuevo, los tiempos de entrada y de salida de la sala del personal predeterminado.
- Para ello utilizó una planilla previamente configurada por un Comité constituido en la Unidad para la realización de este trabajo.

c) Tiempo promedio por prestación. Con los tiempos obtenidos por prestación se establece el tiempo promedio sin corrección, por estamento, para la prestación en análisis

Ejemplo simulado: Endoscopía

Siguiendo con el ejemplo de la endoscopía, se encontraron los siguientes resultados:

	Tiempo en minutos						
Endoscopías Nº	1	2	3	…	…n	Total	Tiempo promedio (TiempoTotal/n)
Médicos	35	24	28				25 minutos
Auxiliar enfermería	45	30	42				42 minutos

En este caso, para estudiar la carga de trabajo de cada endoscopía, sólo se consideró a los estamentos médicos y de auxiliar de enfermería, puesto que se realizó la medición al entrar y salir de la sala de endoscopía. No se consideró la secretaria que recibe al paciente y busca la ficha ni el auxiliar de aseo. Considerarlos sería ideal, sin embargo, siempre nos quedará personal o actividades fuera, de ahí el interés en realizar el trabajo en forma matricial que nos permitirá hacer las correcciones posteriores.

d) Corrección del tiempo promedio por prestación

Aquellas actividades vinculadas a la prestación en estudio que no fueron medidas en el punto b) son ahora incorporadas. Para ello se considera el peso relativo de cada una de las tareas vinculadas a la prestación.

Seguimos con el ejemplo de la endoscopía. Este es el momento de incluir el trabajo (en tiempo) de otras personas que colaboraron en la ejecución de la endoscopías y que no fueron medidas.

Por ejemplo, si las actividades administrativas vinculadas a la prestación día cama ocupado no fueron medidas en el punto b), debe calcularse la proporción de tiempo ocupado por éstas en el total de actividades listadas en el paso 5 y medidas en el paso 4. De esta forma, si ocupan un X% del tiempo de trabajo del estamento que corresponda, el tiempo promedio establecido para la prestación debe ser corregido en ese X% de tiempo.

Ejemplo simulado: Endoscopía

Con la medición del punto anterior logramos establecer que en promedio un médico ocupa en atención directa 25 minutos y el auxiliar 42 minutos en la realización de una endoscopía.

- Para incorporar el tiempo utilizado por la secretaria, utilizamos la descripción inicial de funciones que se realizó en el paso 4, donde llegamos a determinar que la secretaria del servicio destina un 20% de su tiempo a las endoscopías y al mes se realizan en promedio 200 endoscopías. Ella, de acuerdo a la planilla generada en el paso 3, trabaja (horas disponibles) 150 horas al mes, por lo que destina a endoscopías 30 horas, cada una de ellas le ocupa por tanto 0.15 horas, es decir 9 minutos.
- La auxiliar de aseo por su parte destina el 15% de su tiempo a endoscopía, las horas disponibles de auxiliar son de 155 horas, por lo que cada endocopía ocupa: 7 minutos de auxiliar de aseo.

Por tanto: una endoscopía representa la siguiente carga de trabajo:

- médico 25 minutos
- auxiliar de enfermería 42 minutos
- secretaria 9 minutos
- auxiliar de aseo 7 minutos

La carga total de trabajo por cada endoscopía es de 83 minutos.

Ejemplo: "Consulta médica"

Se mide el tiempo que cada estamento dedica en atención directa al paciente que está en consulta.

- Selección de los días y horas de aplicación de la medición de los tiempos.
- Selección de la muestra de pacientes.
- Medición del tiempo por actividad que cada persona, según estamento, dedica a ese paciente de la muestra, siguiendo la pauta.
- Cálculo de los tiempos promedios medidos por actividad y agrupado en una consulta promedio sin corrección por estamento.
- Corrección con el X% de trabajo no medido, sobre la base del paso 5.
- Cálculo del tiempo promedio utilizado por cada estamento en una consulta médica.

El resultado obtenido de este paso es el promedio de tiempo dedicado a la prestación analizada, que será para efectos del estudio el tiempo requerido de cada estamento para esa prestación.

Paso 7: Cálculo de brecha con procesos actuales

Este paso entregará como resultado la relación (brecha), entre dotación disponible y la dotación requerida para la entrega de las prestaciones que se realizaron durante el período en análisis. Para ello se deben realizar los siguientes cálculos:

a) Tiempo utilizado o requerido para la realización de las prestaciones otorgadas en un período

La cantidad de prestaciones efectuadas en el período determinado para el estudio,[36] se multiplica por el tiempo promedio corregido o tiempo requerido por estamento para la entrega de cada una de ellas.

Ejemplo simulado: Endoscopía

Conocemos el tiempo, o la carga de trabajo que representa una endoscopía. El año anterior, que es el año base para el estudio, se realizaron 1500 endoscopías.

Es decir para realizar estas endoscopías se requirieron:

Estamento	Tpo/1 Endoscopía	Nº Endoscopía	Total tiempo
• médico	25 minutos	1500	37.500 min.
• auxiliar de enfermería	42 minutos	1500	63.500
• secretaria	9 minutos	1500	13.500
• auxiliar de aseo	7 minutos	1500	10.500

Este tiempo en minutos equivale a 625 horas médicas anuales, 1.058,3 hrs de auxiliar de enfermería, 225 hrs de secretaria y 175 hrs de auxiliar de aseo.

b) Tiempos requeridos por estamento

Se suman por estamento los tiempos totales calculados para cada una de las prestaciones.

Como disponemos de la información del resto de las prestaciones que realizan cada uno de los estamentos y pueden existir varias prestaciones analizadas, deben sumarse por estamento cada una de ellas.

[36] Que debe ser el mismo período para el que se consideró la disponibilidad de personal para que sean comparables.

Ejemplo simulado: Endoscopía + consulta ambulatoria

Conocemos el tiempo, o la carga de trabajo, ahora anual que representan las endoscopías. La otra prestación estudiada fue, en este caso, las consultas ambulatorias.

Es decir para realizar estas 2 prestaciones seleccionadas en esa unidad se requirió el año anterior

Estamento tiempo	Tiempo Endoscopía en horas	Tiempo Consultas en horas	Total en horas
• médico	625	2.860	3.485
• enfermera	0	595	595
• auxiliar de enfermería	1058	1.092	2.150
• secretaria	225	546	771
• auxiliar de aseo	175	720	895

c) Tiempo total requerido por estamento

En este punto, se calcula el tiempo requerido para la totalidad de las actividades realizadas en la unidad.

Para ello, debe realizarse en primer lugar una corrección de los tiempos obtenidos en el punto b), que representó el tiempo sólo dedicado a las prestaciones[37] estudiadas. Para este fin se utiliza el peso porcentual de las actividades no relacionadas con las prestaciones definidas en el paso 5. Es decir, si X% del tiempo se ocupa en actividades no vinculadas a las prestaciones definidas, por estamento, esa misma relación porcentual debe aplicarse en este momento. Esto es importante puesto que no todas las actividades que realiza el personal de la unidad podrán ser evaluadas, por lo que no corregir esos tiempos, puede llevar a minusvalorar de manera importante el trabajo efectivo realizado.[38] Con esta corrección obtenemos el tiempo destinado a prestaciones directas o identificables.

[37] De allí la importancia que las prestaciones estudiadas en detalle correspondan efectivamente a la mayor carga de trabajo del personal de la unidad.

[38] Este tiempo de ajuste contiene en realidad dos ámbitos: actividades relacionadas con servicios prestados no medidos (por ejemplo los traslados de pacientes, interconsultas y otros), como también requerimientos propios del personal como intervalos para alimentación y descansos inherentes a la función.

Ejemplo simulado: Endoscopía + consulta ambulatoria + xx

En nuestro servicio del ejemplo, sólo medimos las consultas ambulatorias y las endoscopías, pero el análisis de las tareas y actividades, mostró que los médicos realizan otras actividades: ocupan el 9% del tiempo en interconsultas y el 22% del tiempo en sala, actividades que no se midieron en esta oportunidad.

El tiempo disponible del estamento médico en este servicio, de acuerdo al paso 3 era de 5600 horas anuales. Si los médicos dedican el 31% del tiempo a sala e interconsultas, ocupan en ello 1.680 hrs.

El total del tiempo médico requerido para la realización de prestaciones directas es entonces de 3.485 + 1680 = 5. 165 horas.

Luego de obtener el tiempo para la realización de prestaciones directas, es indispensable en segundo lugar incluir un porcentaje de tiempo destinado a teléfono, discusión de casos con otros, colación, café, consulta de bibliografía, etc. Este tiempo, denominado "tolerancia" en el ámbito de la ingeniería industrial es indispensable de incluir y es como mínimo de un 10 a un 15% en condiciones ideales de trabajo.[39, 40]

Ejemplo simulado: Endoscopía + consulta ambulatoria + xx

Siguiendo con nuestro ejemplo, a los requerimientos de tiempos para prestaciones directas, debemos agregar la tolerancia, que ha sido estimada por el equipo en 10%.

El Total de tiempo requerido para la realización de las prestaciones del año anterior, con los actuales procesos de trabajo sería entonces de: 5.165 + 516 = 5.681 horas.

d) Cálculo de la brecha entre tiempo disponible y el tiempo requerido para la realización de esas prestaciones

Para cada estamento se establece la diferencia entre el tiempo disponible (paso 3) y el tiempo total requerido en el punto anterior.

Se ha determinado así la brecha de tiempos entre lo disponible y lo requerido, con los procesos actuales, calidad similar y actividades efectivamente realizadas.

Ejemplo simulado: Cálculo de la Brecha

Tiempo disponible – Tiempo requerido = Brecha

5.600 - 5.682 = - (82) horas

En el ejemplo que hemos seguido, la brecha es mínimamente negativa, aún cuando se tomó el mínimo de tolerancia por lo que, en nuestro ejemplo, esta brecha no permite un incremento de

[39] Chase, Richard. Aquilano, Nicholas. Jacobs, Robert, "Diseño y Medición de trabajos", capítulo 10 del libro: "Administración de producción y operaciones" Publicado por McGraw-Hill Interamericana, División Universidad, pp 490-537.

[40] "Medición del Trabajo", Schroeder, Roger, en libro: Operaciones, capítulo 19, pp 593-618. Tercera edición 1992, Publicado por McGraw-Hill Interamericana - División Universidad.

actividades en el marco de los procesos actuales, sino que estaría al límite de comprometer la calidad de las prestaciones, salvo que se realice un análisis de procesos y puedan simplificarse. Ello se aborda en la siguiente etapa.

Con este paso concluye la fase de análisis de trabajo con procesos actuales que entrega información suficiente para la toma de decisiones de los equipos directivos de distinto nivel. Es un resultado relevante que puede ser interesante dar a conocer y analizar con el personal de la unidad a fin de obtener su compromiso con las acciones posteriores.

ETAPA III:
BRECHA DE PERSONAL CON PROCESOS OPTIMIZADOS

Esta Etapa es muy importante y existen variadas metodologías para trabajar en el mejoramiento o rediseño de procesos, de las que señalamos como las más conocidas las que se utilizan en Educación Permanente en Salud (EPS) o de las tradicionales de gestión de calidad. Por ello, en este manual se aborda solamente la secuencia de los pasos más importantes que será necesario realizar para conseguir resultados que impacten en la organización desde el punto de vista de las dotaciones de personal.

PASOS: ETAPA III

1. Decisión de procesos a intervenir
2. Conformación de equipos de trabajo para mejoramiento de los procesos
3. Análisis del proceso actual
4. Diseño de procesos optimizados
5. Estimación de la brecha con procesos optimizados
6. Aplicación de los cambio en los procesos

Paso 1: Decisión de procesos a intervenir

El objetivo de este primer paso es establecer cuales son los procesos susceptibles de ser mejorados. Un equipo de líderes de la organización junto a quienes han conocido y trabajado en la aplicación del manual debe analizar los procesos observados y determinar la priorización de la intervención.

Hay que señalar que el resultado obtenido en términos de carga de trabajo no es el único eje de análisis. Así, puede postularse que aquellos servicios o actividades que muestran una mayor presión podrían ser los primeros en buscar la realización de mejoras a fin de aliviar la situación observada, pero también pueden destacarse procesos que al ser sometidos al estudio detallado de la Etapa II evidenciaron, a los ojos de los analistas, flujos o algoritmos de trabajo que necesitan de un rediseño, o pensar en aquellos que tienen impacto en los objetivos estratégicos de la organización.

Otro factor a considerar es comenzar por aquellos que más fácilmente obtendrán resultados satisfactorios lo que será importante factor de motivación para continuar con estos rediseños.

Paso 2: Conformación del equipo de trabajo

El objetivo es la constitución de un grupo de trabajo conformado principalmente por los miembros del equipo que intervienen en el proceso.[41] La afiliación al grupo debe ser voluntaria, posterior a que se les dé a conocer los resultados obtenidos de la aplicación del manual y de la decisión tomada en el paso anterior con las razones que la sustentan, buscando participación de todos los estamentos o categorías de personal de los equipos de trabajo.

A este equipo pueden ser invitados los integrantes de otros equipos de trabajo que se relacionen con los procesos que serán rediseñados, por ejemplo pabellón en el caso de esterilización, algún servicio clínico en el caso de lavandería o la oficina que entrega las horas en el caso de un servicio con consultas médicas. Esto permite un análisis del flujo más transversal, entre unidades de un mismo establecimiento. La formación de un equipo funcional-transversal es fundamental para el éxito de la tarea cuando se trata de procesos en que interviene más de una unidad, lo que debe ser estimulado por el nivel estratégico de la organización.

Este equipo debe constituirse formalmente desde un comienzo, determinando su organización interna, periodicidad del trabajo, con metas y fecha de término del rediseño.

Paso 3: Análisis del proceso actual

El objetivo de este paso es el análisis detallado del proceso seleccionado, considerando que su optimización requiere de un análisis sistémico, enfocado a las acciones más que a las personas.

Se trabaja en el análisis del flujograma del proceso actual. Se acostumbra documentar e ilustrar gráficamente el proceso estudiado para identificar los "nudos críticos" o "áreas sensibles". Se trata de abrir las posibilidades de cambio del proceso que pudieran llevar a disminuir pasos o bien a hacer más racional el trabajo o la distribución del mismo.

Se deben establecer indicadores de proceso y resultado que den cuenta de la situación actual y que permitan evaluar los resultados al optimizar el proceso.

Para mejor comprensión, a continuación se muestra un extracto del texto de Chase, Richard. Aquilano, Nicholas y Jacobs, Robert, citado anteriormente.

"Sistema global de producción" (Textual, página 505)

Chase, Richard. Aquilano, Nicholas y Jacobs, Robert

El objetivo del estudio del sistema global de producción es identificar los retrasos, las distancias de transporte, los procesos y las necesidades de tiempo de procesamiento para después simplificar toda la operación. La filosofía subyacente es eliminar cualquier paso del proceso que no agregue valor al producto. El método consiste en elaborar un diagrama de flujo del proceso y luego hacer las siguientes preguntas:

- ¿Qué se hace? ¿Qué debe hacerse?¿ Qué pasaría si no se hiciera?
- ¿Dónde se lleva a cabo la tarea? ¿Tiene que hacerse allí o puede hacerse en otro lugar?

[41] Quienes mejor conocen los procesos de trabajo son los que deben tener mayor grado de participación en su rediseño.

- ¿Cuándo se realiza la tarea? ¿Es determinante que se haga en ese momento o hay cierta flexibilidad en tiempo y secuencia? ¿Puede hacerse en combinación con algún otro paso del proceso?
- ¿Cómo se efectúa la tarea? ¿Porqué se hace así? ¿Hay alguna otra forma de hacerla?
- ¿Quién lleva a cabo la tarea? ¿Puede hacerlo alguien más? ¿El trabajador debe ser de un nivel de habilidades alto o bajo?

Estas preguntas muchas veces ayudan a eliminar trabajo innecesario y a simplificar el trabajo restante, al combinar pasos de procesamiento y cambiar el orden de ejecución".

Se debe recordar que el análisis y el rediseño debe estar centrado en el usuario, no en las personas que realizan la tarea, y este enfoque es fundamental para el éxito en los objetivos de la organización.

Paso 4: Diseño del proceso optimizado

En este paso se procede a rediseñar, estableciendo un nuevo flujograma descriptivo del proceso, buscando destrabar o superar los nudos críticos.

Debe establecerse además los requisitos para el cambio, los que pueden ser de capacitación, de recursos físicos en infraestructura o equipamiento, los que deben ser acompañados de un análisis de viabilidad para su obtención. Si hay cambios en el flujo que involucra a otras unidades, sus integrantes deben ser considerados para un análisis conjunto.

Paso 5: Estimación de la brecha con proceso optimizado

El objetivo es obtener una estimación de la brecha entre los tiempos disponibles y los requeridos para el proceso rediseñado.

Con el proceso rediseñado es posible calcular los nuevos tiempos requeridos considerando el grupo de actividades vinculadas y medidas en la Etapa II.

En el caso de incluirse nuevas actividades, se recomienda la realización de un estudio piloto con análisis de carga de trabajo (tiempos requeridos) de esas actividades específicas, para establecer la nueva brecha con proceso optimizado.

Por otra parte, los tiempos disponibles se conocen desde la aplicación de la Etapa II.

Se ha determinado con esto la eventual brecha entre los tiempos de personal disponibles y requeridos con procesos optimizados.

Paso 6: Aplicación de los cambios en los procesos

El objetivo de este paso es llevar a la práctica las propuestas de rediseño realizadas en el paso anterior.

Un primer momento requiere que el equipo de trabajó en el rediseño de a conocer a los directivos de la organización la propuesta y éstos analicen y se pronuncien respecto a la factibilidad de su implementación. De ser así, se hace necesario dar a conocer a todo el equipo participante en el nuevo proceso; a quienes dejan de tomar parte en éste y a quienes se vean afectados de una u otra forma por los cambios propuestos.

Una vez realizados los análisis de factibilidad, se deben llevar a cabo los cambios y modificaciones recomendadas considerando especialmente los resultados obtenidos del cálculo de la brecha del paso anterior y establecer los sistemas de medición que permitirán evaluar las variaciones de metas y la adopción de nuevos desafíos de calidad de la atención.

Debe ocupar un lugar importante en el quehacer, la mantención y desarrollo de las competencias que se han mostrado como necesarias para el buen funcionamiento de los procesos rediseñados.

Consideraciones Para La Aplicación Y Uso Del Manual

Utilizar este manual lleva aparejada la decisión de quién y cómo se llevará adelante el proceso de aplicación. El liderazgo del proceso es inseparable de la alta dirección de la entidad y, el cómo se llevará a cabo es una decisión local que puede implicar la utilización de competencias profesionales y técnicas existentes o bien la incorporación de un equipo externo. Cualesquiera sean las definiciones adoptadas, se propone la formación de a lo menos tres instancias o niveles de trabajo en equipo, para dirigir, aplicar o para actuar como contraparte de la aplicación. Como toda propuesta, esta deberá adaptarse a las condiciones de la institución donde se aplique.

Los participantes, especialmente quienes lideran la aplicación deben tener conocimientos de gestión, de trabajo en equipo, de técnicas motivadoras para la participación y de negociación.

La selección de los integrantes de los equipos debe lograr convocar a los funcionarios más activos e influyentes en sus respectivas áreas de trabajo.

Se propone la formación de grupos de trabajo o equipos de distinto nivel.

Estratégico: Será responsable general del trabajo, tomando las decisiones de mayor relevancia. En primer lugar, se sugiere que se constituya para decidir la pertinencia de utilizar la metodología propuesta y establecer claramente las expectativas respecto a su uso. Debe dirigir la difusión y obtener los compromisos necesarios de los directivos intermedios y del personal de la entidad. Decidirá respecto a quiénes la implementarán, y cómo se constituirán los equipos técnicos, instruyendo a éstos respecto de su desarrollo. Dirige el proceso de selección de servicios o unidades en que se desarrollará la segunda etapa y realizará los análisis políticos técnicos de los resultados.

Deben formar parte de éste los principales directivos y líderes de la entidad.

Técnico General: Es el grupo operativo de la aplicación y debe estar liderado por un integrante del Equipo Estratégico. Debe ser responsable directo de la realización de la Etapa I y dirige la realización de las Etapas II y III. Propone los recursos necesarios para la implementación; establece los requerimientos y las fuentes de información; elabora los formularios donde se recogerá la información; define instrucciones operacionales; establece los indicadores que se utilizarán para el análisis; apoya técnicamente la aplicación; establece el cronograma de trabajo; y realiza las evaluaciones y los análisis técnicos de los resultados.

Sus integrantes son definidos por el grupo de nivel estratégico. El requisito esencial para su elección es que deben tener funciones directas de tipo ejecutivo y operativo en la administración y gestión de la entidad, con competencias especiales en el área de gestión de recursos humanos y con apoyo para las técnicas estadísticas.

Técnico de la Unidad. Será un grupo por cada unidad incorporada a la realización de la Etapa II, y es el equipo responsable de llevar adelante las actividades de esta etapa. Será dirigido y

coordinado preferentemente por el jefe del servicio o unidad o bien algún integrante del nivel técnico general. Al igual que en el caso del anterior, debe reunir competencias en el área de gestión y de estadísticas. Relevamos que debe ser capaz de detectar oportunidades de mejoras de la gestión y externalidades esperadas de la aplicación de los distintos pasos de la Etapa II.

La aplicación del manual supone que la dirección de la organización comprende que la gestión de los recursos humanos es parte inseparable de la gerencia global, es una función de dirección superior que no puede delegarse completamente a directivos intermedios. Por ello se ha señalado, el primer y más importante requisito es que el equipo directivo se involucre de manera efectiva.

Este manual se ha dividido en tres etapas, vinculadas entre sí, pero no necesariamente para ser desarrolladas todas ni tampoco necesariamente en forma secuencial. No debe ser vista como un momento en el tiempo, sino idealmente debe ser implantada para su aplicación en un continuo en el tiempo y para los distintos servicios o unidades, ligada al mejoramiento de los procesos y de la calidad.

Por lo anterior, está concebido como un apoyo a la gestión sanitaria y no solamente para la cuantificación del personal requerido. Es un complemento a otras herramientas como la gestión clínica y la gestión de calidad.

El apoyo directivo debe manifestarse de manera concreta poniendo a disposición de la implantación de la metodología los recursos humanos y materiales indispensables para su realización. Los funcionarios que participen activamente deben disponer de los espacios y tiempos que sean necesarios. Todas las unidades que producen y recopilan datos útiles para la metodología deben ser motivados para colaborar.

El equipo directivo debe conocer e internalizar los objetivos buscados, y debe ser oportuna y detalladamente comunicados a todos los funcionarios, a través de reuniones o asambleas, de común acuerdo con las dirigencias gremiales de todos y cada uno de los estamentos, clarificando que el objetivo central no es medir los rendimientos para racionalizar costos o disminuir dotaciones.

La aplicación es un proceso eminentemente participativo. La introducción de cambios en los procesos y mejorías de gestión deben constituir un consenso, un acuerdo fundado y consciente entre la dirección y los funcionarios.

La dirección debe tener la capacidad de crear un clima organizacional proclive al cambio para mejorar la calidad de los servicios a la comunidad. Los resultados deben ser obra de todos, producto de una participación real y efectiva, por lo que es conveniente que el trabajo en los equipos y talleres sea reconocido y estimulado.

Además, cuando los procesos de cambio se estén aplicando, éstos deben ser informados a la comunidad.

Externalidades positivas del método

Durante el desarrollo del método, se ha avanzado en el diagnóstico organizacional, en el conocimiento de su estructura, personas y funciones y también en la identificación de procesos

críticos, de actividades y prestaciones que serán modificadas para que un personal más preparado y consciente de sus tareas, cumpla de manera más plena sus labores de servicio a la comunidad.

Es posible que durante el proceso de implantación hayan surgido importantes demandas de formación y capacitación, las que podrán orientar el desarrollo de políticas en ese sentido.

Los equipos formados para un fin concreto con toda seguridad habrán conseguido mejorar los procesos. El personal adquiere un mayor involucramiento con la misión institucional y adquiere una visión más amplia de su propio rol y quehacer.

La Dirección ha incorporado la gestión de recursos humanos como componente fundamental de la gestión global del establecimiento. Se ha institucionalizado, con plan de trabajo y presupuesto, un equipo de gestión para el cambio y se ha incorporado la evaluación de procesos como función permanente de la institución.

Glosario de Términos Utilizados en el Manual

Actividades actuales. Conjunto de acciones de atención, técnicas, administrativas, etc., que realiza el personal de la organización al momento de la realización del estudio.

Ausentismo. Ausencia al trabajo por cualquier motivo (licencia médica, licencia maternal, feriados legales, capacitación, etc.). Puede medirse en horas no trabajadas, días no trabajados o jornadas equivalentes no trabajadas.

Brecha de dotación de personal o de recursos humanos. Relación entre la dotación existente y la requerida.

Canasta de prestaciones. Paquete de prestaciones, conjunto de atenciones de salud y/o conjunto de actividades de tipo técnica y/o administrativa; que se seleccionan en el desarrollo de la metodología.

Carga de trabajo. Cantidad total de trabajo a ser desarrollado por un individuo, un departamento, u otro grupo de trabajadores en un periodo de tiempo.

Dotación. Contingente de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades.

Dotación de camas en trabajo. Contingente de camas que la institución tiene en disposición de uso.

Dotación disponible real. Contingente de personal que se obtiene de, sumar las horas o jornadas contratadas habituales más las horas extraordinarias reales, menos el ausentismo.

Dotación requerida. Contingente de personal que se requiere para cubrir las necesidades y responsabilidades institucionales.

Entidad. Institución, organización, donde se aplica la metodología

Categoría de personal. Tipo o categoría de personal, que realiza funciones similares.

Estándar de personal. Base de valor establecido para medir la cantidad y calidad de personal requerido.

Equivalente Tiempo Completo o Jornada equivalente. Unidad de medida para homogeneizar posibles diferencias de jornada del personal. Consiste en llevar el número de horas del personal a un equivalente como si todo el personal estuviera a tiempo completo.

Hora extraordinaria real. Aquella que se cumple por sobre la jornada contratada o convenida.

Horas teóricas disponibles. Corresponde al total de horas con que se cuenta de un determinado categoría de personal. Resulta de sumar las horas contratadas, las horas extraordinarias reales y otras.

Índice de rotación. Indica cuántos pacientes pasan por una cama (rotan), en el período de análisis. Medida del estado de uso de las camas hospitalarias disponibles, que se obtiene de dividir el número

de egresos hospitalarios por el número de camas en trabajo en un período (o el promedio de camas disponibles en el período).

Índice de sustitución. Indica el número de días del período, en que una cama se mantiene en disposición de uso, antes de ser nuevamente ocupada. Corresponde a la razón entre la diferencia del número de días cama ocupados menos el número de días cama disponibles y el número de egresos del período.

Índice ocupacional. Medida del estado de uso de las camas hospitalarias disponibles, que se obtiene de dividir los días cama ocupados por el número de días cama disponibles. Indica cual es el porcentaje de uso de las camas en trabajo.

Medición auto administrada. Anotación o medición realizada por el trabajador, de las distintas actividades o acciones que desarrolla y sus correspondientes tiempos.

Medición mixta. Anotación o medición realizada por el trabajador, pero comparadas con algunas mediciones realizadas por sombreo, de las distintas actividades o acciones que desarrolla y sus correspondientes tiempos.

Medición por sombreo. Anotación o medición de las actividades o acciones que desarrolla un trabajador, con sus correspondientes tiempos, realizada por alguien externo que observa el trabajo.

Oferta de personal. Horas o jornadas de trabajo disponibles.

Organización. Sistema, Red local de instituciones de salud o un establecimiento asistencial, de cualquier nivel de complejidad, donde quiera aplicarse la metodología que se expone. En el presente trabajo, se utilizan también como sinónimos institución y entidad.

Personal fuera de la dotación habitual. Personal contratado para cumplir funciones específicas o habituales de la institución, habitualmente bajo la modalidad de contratos contra boletas de honorarios y/o compra de servicios.

Prestación final. Resultado o producto del trabajo de la unidad. Puede tratarse de día-cama, consulta, ropa de kilo lavada, paquete esterilizado, intervenciones quirúrgicas, procedimientos, etc.

Prestaciones seleccionadas o trazadoras. Prestaciones finales elegidas para la aplicación de la Etapa II de la metodología, que caracterizan el trabajo de una unidad o servicio de un establecimiento asistencial.

Proceso. Forma en que se combinan y concatenan acciones, para la obtención de un resultado.

Procesos actuales o existentes. Procesos existentes al momento de aplicación de la metodología.

Procesos optimizados. Forma en que se debieran combinar y concatenar las acciones de la una unidad, servicio o institución; con el objeto de mejorar sus resultados.

Producción valorizada. Corresponde al valor monetario o relativo que se le asigna a la producción de la institución.

Promedio de días estada. Se obtiene de dividir el total de días de estada de los egresos de un período, por el número total de egresos del período.

Tercerización. Se denomina a la externalización de determinadas funciones, necesarias para el cumplimiento de las actividades de la institución.

Tiempo disponible. Para una categoría de personal en particular, es el tiempo o jornada contratada más las horas extras reales menos el tiempo de ausentismo.

Tiempo promedio por prestación. Corresponde a la media de los tiempos utilizados en la realización de determinada prestación o actividad.

Tiempo requerido. Se define como el tiempo de personal necesario para llevar a cabo las prestaciones, considerando para ello los tiempos promedios.