

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE ENFERMERÍA.

DEMANDA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL BASE OSORNO

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar
al Grado Académico de
Licenciada en Enfermería.

MARÍA ALEJANDRA ROSAS SOBARZO.
DANIELA ALEJANDRA SOTO ALMONACID.
VALDIVIA – CHILE
2008

Profesor Patrocinante:

Nombre : Ricardo Alexis Ayala Valenzuela.
Profesión : Enfermero.
Grados : Magíster (c) en Educación, Políticas y Gestión Educativas.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : María Cristina Torres Andrade.
Profesión : Enfermera, Matrona
Grados : Magister en Desarrollo Rural

Instituto : Salud Pública
Facultad : Medicina
Firma :

2) Nombre : Regina Barra Arias.
Profesión : Médico Cirujano, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria.
Grados : Doctora (c) en Ciencias de la Educación

Instituto : Salud Pública
Facultad : Medicina
Firma :

Fecha de Examen de Grado:

ÍNDICE.

	Página.
RESUMEN	4
SUMARY	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	8
3. OBJETIVOS	25
4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	26
5. RESULTADOS	35
6. DISCUSIÓN	54
7. CONCLUSIONES	57
8. REFERENCIAS	60
9. ANEXOS	65

RESUMEN.

A través de la historia, la enfermería como profesión ha experimentado cuantiosos cambios, que en la actualidad han hecho inminente la integración de los profesionales de enfermería a todas las áreas del rol profesional para lograr dar satisfacción de la demanda tanto del usuario interno como externo. Siendo el rol administrativo el más esquivo a abordar, ante esta situación y con los cambios que ha experimentado la salud en Chile, adquiere gran importancia la Gestión del cuidado y el manejo existente en terreno de los recursos tanto físicos como humanos.

La presente investigación, es un estudio de tipo cuantitativo, exploratorio, no experimental; cuyo principal objetivo es averiguar si la dotación del equipo de enfermería en el Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, es suficiente para satisfacer las demandas de cuidado de los pacientes atendidos. Para esto se estableció el perfil usuario basado en nivel de riesgo terapéutico y grado de dependencias y la carga de trabajo que para cada estamento representa la brecha existente entre la cantidad real de personal y la ideal.

Para recolectar los datos, se utilizó el instrumento “Pauta de Categorización de Pacientes en Salas de Hospitalización”, aplicada por las enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Base Osorno entre Abril del 2005 y Diciembre 2006, en base al modelo propuesto por García y Castillo (2000).

Según los resultados obtenidos podemos señalar que existen cuatro tipos de categorías predominantes dentro del perfil usuario, alto riesgo y dependencia parcial, alto riesgo y dependencia total, mediano riesgo y dependencia parcial, mediano riesgo y dependencia total destacando el grupo de alto riesgo y dependencia parcial. La carga laboral presenta escasas variaciones dentro del año, por lo que en este caso particular no se asocia directamente a estacionalidad, al igual que la demanda de personal, que se mantiene uniforme dentro del año pero presentando leves peaks en los meses de Invierno.

En relación a la dotación de personal y la brecha entre la cantidad de recurso humano existente y la cantidad de recurso humano ideal, podemos afirmar que la brecha es abismantemente negativa, destacando un mayor déficit de auxiliares de enfermería dentro del equipo para satisfacer las demandas del usuario, según el perfil establecido.

Para concluir diremos que la gestión de enfermería, no es aplicar pautas y dejar registro de las categorizaciones para cumplir con los compromisos de gestión, sino que es transformar esos registros a datos de análisis que se transformen en información, para ser investigados y entreguen verdaderos aportes al administrativo que deben realizar los profesionales de enfermería, traduciéndose en cuidados de mejor calidad.

SUMMARY.

Along time and history, Nursing as a profession has evolved and changed so actually it's necessary to integrate it over all the professional role areas to be able to overcome the demand to either inner and outer clients. The administrative role is the most difficult one to overcome, in this scenario and having in mind the changes that the health system has taken in Chile, care management and the administration of human and physical resources becomes a very important issue.

This project, is a quantitative study, from an explorer and not experimental point of view, it's main objective is to research if the human resource of the Nursing team in the Internal Medicine Service of the Hospital Base de Osorno, is enough to overcome the care demand from the attended patients. That's why a user profile was established, based in the level of therapeutic risk and dependency, workload in every stage and the difference between the real amount of people available with the ideal required number of workers.

In order to collect the required information, the “Pauta de Categorización de Pacientes en Salas de Hospitalización” was used, applied for nurses of the Internal Medicine Services at Hospital Base Osorno between April, 2005 and December, 2006, and a computer based spreadsheet created for García & Castillo (2000), used in a study from the Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

From the obtained results, we can define there are four main categories from the user profile; high risk and partial dependency, high risk and absolute dependency, average risk and partial dependency, average risk and absolute dependency, where the high risk and partial dependency highlights from the others. The workload to few variations along the year, so it's not directly related to a season, as the workers demand, that keeps without change through the year but with a few and low peaks during the winter months.

About the number of working people and the difference between the required number of human resource and the ideal number available, it's clear to confirm that this difference is huge, where the need of assistants Nurses highlights inside the Nursing team in order to overcome the user demand, always taking in mind the previously established profile.

In conclusion, nursery management isn't applying steps and keeping record of the categories, in order to accomplish the management commitments, but to transform this records into analysis data that becomes information reliable and a base to do research, from where it can be obtained real contributions to the administrative role that the nursery professionals must do and transform it in a high quality care.

1. INTRODUCCIÓN.

Desde el origen de las civilizaciones, la mujer ha tenido un rol preponderante en el cuidado de los enfermos; el cuidar tenía un carácter filántropo y secundario, sin embargo con la evolución de la mujer se impulsa su desarrollo profesional, transformándose de la mujer cuidadora a una enfermera, en que la disciplina del cuidar comienza a basarse en fuertes cimientos científicos.

En la actualidad la enfermera no sólo desarrolla el cuidar como parte del rol asistencial, sino que también comprende los roles de educación, investigación y administración, siendo este último el que ha cobrado mayor importancia durante el último tiempo. Es así como en el Código Sanitario chileno se reconoce a la enfermera como Gestora del Cuidado, otorgándole plena autonomía en el ejercicio de la profesión.

En el contexto de la Reforma de Salud en Chile, en el año 2006 el Ministerio de Salud y el Colegio de Enfermeras A.G. realizaron un acuerdo para formular el Modelo de Gestión del Cuidado, en que la enfermera toma protagonismo como gestora del cuidado, y como tal, adquiere responsabilidad en la gestión del talento humano. Para esto debe utilizar un método válido, estandarizado y que se adecue a la realidad de nuestro medio. Es así como se implementa la categorización de los pacientes hospitalizados, que tiene como fin determinar la carga de trabajo según las categorías de pacientes atendidos y, por lo tanto, establecer la cantidad de personal que se necesita para satisfacer la demanda usuaria. Sin embargo, a pesar de que la utilización de este método es masiva, no conocemos si está cumpliendo su objetivo principal, cual es adecuar la carga de trabajo a la demanda de cuidado enfermero, cuestión central de la Gestión del cuidado y por lo mismo, del talento humano.

El presente estudio tiene como propósito lograr una aproximación a la gestión del talento humano a través de la categorización usuaria, evaluando si el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno, que aplica diariamente este instrumento desde al año 2004, cuenta con la cantidad de personal para satisfacer las necesidades de sus usuarios, según su categoría de riesgo y dependencia durante los años 2005 y 2006.

Esta investigación aportará a la gestión del cuidado, especialmente para la gestión del recurso humano. Este tema desarrollado por la economía, administración, sociología, entre otras, pero escasamente en salud. Por tanto, el desarrollo de este estudio y los resultados que entregará representa evidencia científica para resolver algunas incógnitas en favor de la atención al usuario hospitalizado por causa no quirúrgica.

La investigación cuenta con el apoyo de Enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno y la accesibilidad a los recursos tecnológicos necesarios. Es financiado por las autoras y es parte de los requisitos de titulación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Desde un punto de vista político, este estudio es una oportunidad para los equipos de Enfermería, particularmente para el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno, ya que el estudio de este caso podrá ser utilizado como proyección en otros servicios y hospitales.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 Del desarrollo de enfermería profesional en Chile.

Enfermería como profesión nace en Chile en el año 1902 por iniciativa del Dr. Eduardo Moore Bravo, dictando un curso de 3 años que formaba enfermeras en el Hospital San Francisco de Borja para el cuidado de pacientes hospitalizados y en domicilio. Cuatro años más tarde se crea la Escuela de Enfermeras del Estado, dependiente de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile. Esta es la primera Escuela de Enfermería de Sudamérica. A comienzos de los años 60 existen cuatro escuelas formando enfermeras y en 1963 se crea la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile debido a un déficit de profesionales de enfermería para enfrentar los problemas de salud de la población chilena. (12) (28) (33)

Frente a esta panorámica se hizo necesaria la creación del Colegio de Enfermeras de Chile A.G., con personalidad jurídica de derecho público. Ley 11.161, quienes posteriormente crean la primera Revista de Enfermería en Chile, órgano oficial que difunde aspectos gremiales y de conocimientos adquiridos por experiencias e investigaciones proyectando la enfermería profesional hacia la sociedad. Sin embargo, transcurrió alrededor de un siglo para que Enfermería, en el año 1997, sea reconocida como una profesión jurídicamente autónoma definiendo su quehacer como profesional en el Código Sanitario. (4) (13)

En el año 2005, con las transformaciones del Modelo de Atención en Salud, se incluye a la enfermera en el marco jurídico de la Reforma de Salud, donde se plantea la creación de Unidades de Gestión del Cuidado de Enfermería en los servicios de salud, establecimientos asistenciales e institutos. En consecuencia el Ministerio de Salud y el Colegio de Enfermeras de Chile A.G., establecen un Protocolo de Acuerdo en que se comprometen a implementar en conjunto un Modelo de Gestión del Cuidado dentro de la red pública de salud del país, el cual debe integrar todas las áreas de atención directa, fortaleciendo el rol de actividades indirectas a pacientes, identificando la cartera de servicios de gestión del cuidado. Comprometiendo la implementación de un Modelo de Atención Progresiva, que considera entre otros elementos, la distribución de camas hospitalarias según complejidad y distribuyendo en ellas los pacientes según sus requerimientos terapéuticos, la asignación de recursos para la atención según riesgo dependencia, y el manejo centralizado de camas. (11)

2.2 De la gestión del cuidado.

Para referirse a la enfermería y su posicionamiento dentro de la gestión del cuidado se hace necesario mencionar la evolución que protagonizó la mujer dentro de la historia de la Humanidad.

Remontándose a la prehistoria, existió la etapa doméstica de los cuidados, los hombres se encargaron de la caza y la pesca y las mujeres de preparar alimentos y cuidar a los niños y enfermos, desempeñando prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecieron el bienestar. Entremezclados con actividades rituales para la protección, la promoción y continuación de la vida. (17)

Durante el desarrollo de las sociedades del antiguo mundo, por ejemplo, en el antiguo Egipto, la posición de la mujer era más elevada que en otros países orientales, disfrutando de libertad y dignidad, ocupando en su propio hogar una posición de autoridad, sin embargo, los cuidados continúan siendo la principal responsabilidad de la madre o de las hijas de la casa. En la India los encargados de ejercer cuidados y ayudantes de los médicos fueron hombres jóvenes a quienes se les exigían requisitos, tales como, conocimientos técnicos, astucia, dedicación al paciente que se atiende y pureza, no obstante, en situaciones excepcionales eran mujeres ancianas las que ejercían algún tipo de cuidado ya que poseían cualidades, como, altos principios, habilidad y capacidad de inspirar confianza. En relación a lo anteriormente señalado existen 2 ideas que destacar, primero, la capacidad de cuidar no diferencia sexo ni edad, puede ser ejercido por hombres y mujeres, niños, jóvenes, adultos y ancianos. Segundo, en esta época se forman cimientos que harán del cuidar una ciencia. (17) (2)

Siguiendo la misma línea en el mundo clásico, cabe citar a Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.) quien refleja el rol de la mujer en aquella época, “entre los bárbaros, la mujer y el esclavo están en una misma línea, y la razón es muy clara; la naturaleza no ha creado entre ellos un ser destinado a mandar, y realmente no cabe entre los mismos otra unión que la de esclavo con esclava, y los poetas no se engañan cuando dicen: “sí, el griego tiene derecho a mandar al bárbaro” estas dos primeras asociaciones, la del señor y el esclavo, la del esposo y la mujer son las bases de la familia”. Con estas palabras Aristóteles le adjudica a la mujer el sometimiento frente al hombre que estaba aceptado por las leyes de la sociedad, como tal, los esclavos y sirvientes eran encargados de cuidar a los enfermos y las mujeres encargadas de brindar cuidados obstétricos, y de cuidar a su familia, otro tipo de asistencia pública a la salud le estaba vedada.

Hasta este nivel se ha discutido la evolución del cuidado en el viejo mundo, es decir, Europa y Oriente. No obstante, dejar de lado su desarrollo en las culturas indígenas de la antigua América, significaría dejar de lado parte de la influencia directa que reciben los cuidadores en Chile. Entre los pueblos precolombinos (Mayas, Aztecas e Incas), existió una persona que hacía funciones de sacerdote, médico y hechicero que se encargaba de curar a los enfermos, sin embargo, no se detalla si había alguien específico para el cuidado de los enfermos. Nuevamente, esta tarea recae en la madre de familia, como ejemplo, en la organización social Inca la mujer fue considerada inferior al hombre y fueron clasificadas según su estilo de vida, estaba la humilde artesana o labriega inca, que tenía como misión ayudar al marido en labores agrícolas, se dedicaba a sus quehaceres domésticos y de cuidar a los hijos, aunque la Inca noble estaba destinada a vivir en lujosos palacios o monasterios sacerdotales y tenía mucho más tiempo para dedicarse a sí misma, su función principal también recaía en quehaceres del hogar y cuidar a los hijos. Coincidiendo con lo anterior en la cultura mapuche eran las mujeres, quienes dentro de su núcleo familiar se encargaban del cuidado de sus hijos, como también de las tareas domésticas. (35) (25)

De lo anterior se desprende que la función de cuidar estaba asignada a la mujer, sin mayor vocación o iniciativa, más bien por tradición, y por cumplir con un deber frente al hombre, la familia y la sociedad.

El periodo de inicio del mundo cristiano, alta y baja edad media, se destaca por ser una época en que atacaron grandes pestes y guerras a la humanidad, la iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo hacia desvalidos y enfermos, encargándose de adiestrar a las personas dedicadas al cuidado, con valores de docilidad, pasividad, humildad y un desprecio total de sí mismas. En consecuencia, ocuparse de una forma altruista a servir a los demás. Existieron congregaciones, hermandades y órdenes, en que mujeres denominadas, diaconizas, viudas, vírgenes y matronas, con el fin de realizar un trabajo social se dedicaron al cuidado de los enfermos y moribundos. Al mismo tiempo, promulgaban obediencia a las decisiones de otros estamentos superiores, como lo eran el sacerdote o el médico. Es así como el criterio individual de la cuidadora y la responsabilidad personal para tomar decisiones, en relación con la atención a los enfermos, fueron olvidados y permanecieron ajenos a la actividad de cuidar durante mucho tiempo. (17)

Torres y Sanhueza (2006) coinciden que en este periodo las actividades de cuidar se relacionaron con conceptos cristianos de salud y enfermedad, atribuidas a los designios de Dios. La conducta del cuidador es motivada por la vocación, dedicándose al servilismo, caridad y abnegación, en un marco abstracto y contemplativo.

Durante la época moderna surge el protestantismo en el que se produce un quiebre de la influencia de la Iglesia Católica con la sociedad, por lo que las personas que se incorporaron al cuidado de los enfermos fueron en su mayoría mujeres de la “vida alegre”, alcohólicas, frecuentemente procedentes de cárceles. El interés de estas mujeres por instalarse en los hospitales como cuidadoras fue el de tener un techo asegurado, con cama y comida. Los conocimientos y sentimientos humanitarios eran nulos y su trabajo careció de organización y supervisión. Esta fracción de la historia de los cuidados de enfermería se denominó ÉPOCA OSCURA. No obstante, hubo países donde no triunfó el protestantismo, y se mantuvo el cuidado a cargo tanto por órdenes religiosas, como por personal seglar. Dentro del personal seglar, estaba la hospitalaria, que tenía como función, administrar los cuidados y se responsabilizaba de la buena marcha del hospital, atingentes a tareas de hostelería y asistencia a los enfermos, se puede considerar a este personaje, como la precursora de la enfermera actual. (17) (2)

En el siglo XIX surgió un movimiento de interés público por el progreso de la enfermería, con distintas corrientes de opinión, donde algunos defendían el sistema avalado por los religiosos, otros luchaban pensando en enfermeras preparadas, remuneradas y auspiciadas por el poder civil. Dentro de este marco social, se impulsan acciones de reformadores, tales como, el matrimonio Fliedner, Florence Nightingale y órdenes surgidas en la edad moderna, se encargaron de la formación de enfermeras¹ modernas, profesionalizando el cuidado. Con los aportes de Florence Nightingale se inicia el desarrollo de la enfermería profesional, en cuya enseñanza se tiene conocimiento de otorgar cuidados contemplando el método científico y las técnicas de investigaciones. (17)

Muy posteriormente surgen algunas enfermeras teóricas que se refieren a la enfermera como cuidadora, tales como, Virginia Henderson, quien señala que la enfermera tiene como función atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápido posible. Complementando esta teoría, Dorothea Orem, en la “Teoría general del déficit de autocuidado”, señala que los cuidados de enfermería ayudan al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Incorpora un concepto nuevo “autocuidado”, que refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, implica a los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. (24)

¹ Genérico: alude a hombres y mujeres.

El cuidado comienza a desplazarse en nuevas dimensiones, debido a un cambio en el concepto de la práctica profesional, Diers (1986) señala que "la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona". (36)

En síntesis, se señala que el cuidar se consideraba algo innato a la mujer, y de cierta manera nunca se le adjudicó mayor importancia y contenido, sino una connotación de deber, el cuidar al esposo patriarca, cuidar a los hijos, a la familia. Más tarde se le adjudicó el cuidado de los enfermos en las épocas de hambruna y epidemias de la edad media, con carácter de religiosidad consagrándose al señor en búsqueda de la salvación. Posteriormente pasó a ser la ayudante o asistente sumisa del médico, no obstante, la mujer, al adquirir mayor autonomía llegó a un nivel de consagrar la disciplina del cuidado, basándolo en un marco teórico, que consistía en un cuerpo de teorías y modelos, generando conocimientos válidos que solventaban la profesión. El ser enfermera requería, más allá de tener implícito el nacer mujer, un complejo desarrollo de competencias para poder lograr desempeñarse en la profesión. Es así como no cualquier mujer puede ser enfermera, y existen hombres en dicha profesión.

En la actualidad, Zarate (2004) alude al concepto que Kérouac (1996) tiene sobre gestión del cuidado de enfermería, la define como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud". La enfermera no sólo debe realizar acciones para asistir el cuidado, además, debe realizar un proceso de previo de planificación de estos cuidados, analizando las necesidades de los usuarios, los recursos con que se cuentan y distribuyendo las funciones que cumplirá el equipo de salud. Sólo después de este proceso se llevan a cabo los cuidados, teniendo mayor certeza que esos lograrán satisfacer las necesidades de los usuarios en salud.

Es así como en el art. 113 del Código Sanitario Chileno (promulgado el año 1997) se señala a que los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, manutención, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. De lo que se concluye que es la enfermera la encargada de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, materiales y humanos con la finalidad de cumplir eficazmente los objetivos de la institución.

En este punto se hace atingente referirse a una definición que señalan Ayala, Barrera & Torres (2007), quienes proponen que para gestionar el cuidado se debe “adecuar la cadena de valor para prestar cuidados de calidad óptima y administrar recursos para satisfacer necesidades de mejor forma”, siendo necesario contar con personal competente, recursos físicos, materiales, informáticos y financieros, no sólo trabajando a nivel operativo; asistencial relacionándose directamente con el paciente, sino también a nivel táctico con el Servicio, Unidad, Departamento o Centro y estratégico con la Organización, para el logro de usuarios satisfechos, equipos comprometidos y motivados, respeto de la autonomía de los profesionales, entre otros.²

² El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE) (2001), refiere que gestión, proviene del latín “gestio, -onis”, que significa “acción o efecto de gestionar”, y define como gestionar, “hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera”.

2.3 De la gestión del talento humano.

La enfermera como gestora de recursos, es la encargada de promover la relación de comunicación entre las directrices de la organización y el personal de salud que esta a su cargo, realizando estrategias que motiven a este último a comprometerse con la misión y visión de la institución, para que en conjunto trabajen en torno a los objetivos y se logren los resultados esperados, que en el caso de una institución de salud sería, finalmente, usuarios conformes y demandantes de los servicios que esta ofrece.

En conclusión, al realizar una buena gestión de talentos humanos, se puede contar con personal competente, es decir, empleados con habilidades, conocimientos y capacidades desarrolladas, que encuentran medios para disminuir costos, que proporcionan algo único a los usuarios, y a la vez personas que trabajan adaptándose a los cambios sociales y tecnológicos. Motivadas a lograr beneficios propios, para la institución y los usuarios. Generando una cartera de productos cada vez mayor y más atractivas, y a la vez, fomentando que la competencia existente entre las empresas sea mayor y en definitiva haciendo necesario cultivar a este recurso humano. (vease en Bohlander, Snell & Sherman, 2001)³

Chiavenato (2002) utiliza un concepto que nos ha parecido mas adecuado: “gestión del talento humano”, y la define diciendo que “la gestión del talento humano es la función que permite la colaboración eficaz de la personas para alcanzar los objetivos organizacionales e individuales, buscando la eficacia organizacional”. (6)

Toda persona que forma parte de una organización es poseedor de un talento, que puede ser desarrollado en beneficio de la organización. En el caso de un Servicio de Enfermería, por ejemplo, es la enfermera supervisora la encargada de fomentar el desarrollo de aptitudes en el recurso humano, esto permitirá tener un equipo apto para satisfacer las necesidades de sus pacientes en particular, y en conjunto se logre el cumplimiento de las metas del Servicio de manera eficiente, como también, la satisfacción del personal al ser reconocido con sus potencialidades. Es por esto que no se puede ver la gestión del talento humano en forma lineal, y al recurso humano como un ser aislado, se debe tener conciencia que es un sistema que funciona como un ciclo, en el que por una parte se invierte eligiendo personas con ciertas características, y se capacita fomentando el conocimiento y habilidades en ciertas áreas, para luego lograr productos que benefician a todos los integrantes del sistema.

³ La Organización Panamericana de la Salud (2007) se refiere al personal de salud como “recursos humanos” y señala que son todos aquellos hombres y mujeres (profesionales e idóneos), que trabajan en el campo de la salud, no solamente médicos y enfermeras, sino también trabajadores de salud pública, quienes deciden sobre políticas, educadores, administrativos, científicos y farmacéuticos”. (1)

2.4 De la categorización usuaria.

En algunas unidades de pacientes críticos de hospitales chilenos (como por ejemplo, Hospital del Trabajador, Hospital San Juan de Dios, Hospital Clínico San Pablo de Coquimbo) se utilizaron instrumentos para medir la carga laboral y esfuerzo terapéutico que requerían los usuarios y así poder realizar de manera válida la dotación del recurso humano, tales escalas son: APACHE II; APACHE III Y SOFA creadas por Matad en 1992, NEMS (Nine equivalent of nursing manpower ese score), creada por la Comisión de Comunidades europeas y la FRICE (Fundation for reserch on intensive care in Europe) en 1984, TISS (Therapeutic intervention scoring system), creada por Cullen en 1974. El uso de estos instrumentos permitió objetivar concretamente los requerimientos de personas para atender a otras personas, dejando atrás expresiones de subjetividad como “el turno está pesado” o “está tranquilo”.

En el año 1999 comienza a utilizarse un instrumento denominado Categorización Usuaria. Este método permite una evaluación objetiva y estructurada de las necesidades de cuidados de los clientes enfermos, optimiza la distribución de recursos de cada servicio asistencial, según el perfil de cliente atendido y facilita la estandarización de planes de cuidado para cada categoría de pacientes. Según García & Castillo (2000), es un método que mide las actividades de enfermería más frecuentes que se realizan en cualquier servicio clínico, con las variaciones generadas por las demandas de los pacientes, independiente del nivel de complejidad del cuidado y de la etapa de ciclo vital en que se encuentre. Esto constituye su principal aporte, al poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades asistenciales y las cargas de trabajo de enfermería.

La carga de trabajo según el Dictionnaire de médecine, Paris, Flammarion, 1982 se define como “un conjunto de obligaciones surgidas en el curso de una tarea determinada”, pero otros autores como Chavarría (1986), la definen como un conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral. En esta última definición aparecen dos grandes aspectos a abordar dentro del tema, lo psíquico, relacionado con la carga mental, y lo físico relacionado, con el esfuerzo físico. En este contexto aparece el término desgaste emocional o síndrome de Burnout, que adquiere gran importancia en los trabajadores del área de la salud. Este concepto fue integrado en el año 1974 por el psicólogo Freudenberger, haciendo alusión al desgaste profesional quemado, exhausto, sobrecargado. Es así como De Las Cuevas (1995) lo define como el agotamiento físico y psíquico de los trabajadores, que sumado a sentimientos de impotencia, autoconcepto negativo, entre otros, llevan a un trato frío y despersonalizado con el usuario y el equipo de trabajo.

Dentro de cualquier trabajo que se desarrolle, existe predominancia de un área en particular, así por ejemplo cuando hay mayor uso de la musculatura hablamos de carga física y cuando el trabajo implica un mayor esfuerzo intelectual hablamos de carga mental. La disminución del esfuerzo muscular va asociada en muchos casos a un aumento de la información que se maneja. A continuación profundizaremos en cada una de éstas áreas.

La carga mental está determinada por la cantidad y el tipo de información que debe tratarse en un puesto de trabajo. Un trabajo intelectual implica que el cerebro recibe estímulos a los que debe dar respuesta, lo que supone una actividad cognitiva.

Nogareda (1999) cita a Mulder (1980), quien define la carga mental en función del número de etapas de un proceso o en función del número de procesos requeridos para realizar correctamente una tarea y, más particularmente, en función del tiempo necesario para que el sujeto elabore en su memoria, las respuestas a una información recibida. También puede definirse como el nivel de actividad mental necesario para desarrollar el trabajo. Existiendo algunos factores que inciden sobre ella, como son:

- la cantidad de información que se recibe.
- la complejidad de la respuesta que se exige.
- el tiempo en que se ha de responder.
- las capacidades individuales.

La carga física se define como el conjunto de requerimientos físicos a los que se ve sometida la persona a lo largo de su jornada laboral, siendo determinada por el esfuerzo físico, la postura de trabajo y la manipulación de cargas.

Para determinar la carga física de trabajo de una tarea se pueden utilizar básicamente tres criterios de valoración:

- consumo de energía por medio de la observación de la actividad a desarrollar por el operario, descomponiendo todas las operaciones en movimientos elementales y calculando, con la ayuda de tablas, el consumo total.
- medida del consumo de oxígeno del operario durante el trabajo, ya que existe una relación lineal entre el volumen de aire respirado y el consumo energético.
- el tercer criterio parte del análisis de la frecuencia cardiaca para calcular el consumo energético.

Según Nogareda (1999), la carga de trabajo se determina midiendo el grado de movilización que el individuo realiza para ejecutar la tarea, los mecanismos físicos y mentales que debe poner en práctica y el nivel de exigencia de la tarea.

En salud, la categorización usuaria como parte de los Cuidados Progresivos permite evaluar las cargas de trabajo de cada Servicio o Unidad hospitalaria según el perfil de cliente atendido, con una dotación básica para el estándar de cada servicio, operacionalizando esta carga en términos del volumen de actividades a realizar.

La categorización de pacientes surge como una estrategia para medir el nivel de atención requerido por ellos, para mejorar la distribución de recursos humanos y materiales que pueda conciliar la calidad de los cuidados con la contención de los costos. Esto permite:

- definir el perfil del paciente atendido según dependencia y riesgo.
- identificar las necesidades y expectativas de cliente.
- definir el servicio que se ofrece y qué requerimientos se satisfacen.
- definir el nivel de calidad, reduciendo el índice de variabilidad y logrando una mayor eficiencia.

Los principales objetivos de la categorización usuaria son:

1. Desarrollar un modelo de atención centrado en el cliente, utilizando las bases conceptuales del autocuidado.
2. Definir el plan de cuidados de enfermería, según demandas de los clientes, de acuerdo al nivel de dependencia y riesgo.
3. Determinar el número y nivel de personal de enfermería requerido por los pacientes clientes, según su categoría.

Para categorizar a los clientes se seleccionan los cuidados que implican riesgo y dependencia más útiles para la toma de decisiones de los profesionales de enfermería. El valor oscila entre cero y los tres puntos y está determinado por los cuidados de enfermería requeridos en cuanto a complejidad, diversidad, frecuencia e intensidad.

El grado de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de cuidado universales, con las acciones programadas y proporcionadas para lo cual se seleccionan tres grupos de cuidado terapéutico:

- prácticas de confort.
- alimentación.
- eliminación.

El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de los cuidados terapéuticos requeridos en situaciones de desviaciones de salud para lo cual seleccionan tres grupos de cuidados terapéuticos:

- medición de parámetros.
- intervenciones profesionales multidisciplinarias.
- procedimientos terapéuticos.

El profesional de enfermería debe valorar la capacidad del cliente y las competencias de cada integrante del equipo de enfermería para establecer el plan de cuidado requeridos y las acciones a seguir.

Cuando hablamos del término dependencia se debe evaluar desde varios puntos de vista, el Portal especializado en gerontología y geriatría, (2004) lo define según Imsero, (2004) como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

En psicología se concibe un concepto muy cercano al de inmadurez, lo cual significa que en la medida en que seas independiente será maduro y autónomo, relacionándose la dependencia estrechamente con conceptos como debilidad y pasividad.

Dentro del contexto de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.

Si enfocamos este concepto a la tercera edad, el Consejo de Europa (Oslo, 2000) señala que: "la dependencia es un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores". Es bajo esta definición que Querejeta (2004), propone el término dependencia como "la situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad."

Si queremos llevar el término *dependencia* al área de la salud, específicamente dentro del contexto de la categorización usuaria diremos que el grado de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de cuidado preseleccionadas, con las acciones programadas y proporcionales. Se seleccionan tres grupos de cuidados universales, para medir la dependencia de los usuarios: prácticas de confort, alimentación y eliminación, cada una de estas áreas tiene diversos puntos a evaluar, que a continuación se revisarán.

Dentro de las prácticas de confort se evalúan 7 acciones:

- aseo de cavidades.
- baño en cama.
- deambulaci3n con ayuda.
- uso de sistemas de sujeci3n.
- aseo genital.
- cambio de ropa y posici3n.
- sentar en silla.

De acuerdo al n3mero de veces que se realicen estas acciones durante el d3a, se asignar3 uno de los puntajes que permite medir el grado de dependencia de los pacientes.

Para el contexto de la categorizaci3n usuaria, el t3rmino alimentaci3n esta referido a la v3a por donde los pacientes se alimentan, clasific3ndolos en 3 grupos:

- oral.
- enteral.
- parenteral.

Seg3n la v3a utilizada y el n3mero de veces que se le administre nutrici3n durante el d3a se asigna un puntaje de 0 a 3, que permite medir el grado de dependencia de los pacientes.

El t3rmino eliminaci3n dentro de la categorizaci3n usuaria est3 relacionado a la forma en que se recolectan diariamente los egresos de los pacientes, entre ellos:

- orina.
- contenido g3strico.
- v3mitos.
- secreciones.
- deposiciones y otros.

Se eval3an de acuerdo al nivel de autosuficiencia en su recolecci3n y que permiten asignar un 3ltimo puntaje para definir el grado de dependencia de un paciente.

Dentro del marco de la categorizaci3n usuaria la palabra riesgo adquiere mucha importancia, es por esta raz3n que a continuaci3n la trataremos en mayor profundidad.

La mayor3a de las personas al escuchar la palabra riesgo la asocian inmediatamente a un peligro, en cualquiera 3rea de la vida, entreg3ndole una connotaci3n negativa. Existen diversos tipos de riesgo como: pol3tico, econ3mico, terap3utico, etc., que acompa1an a todo cambio y generan gran incertidumbre en quienes lo viven. Pero si queremos obtener una definici3n mas expl3cita para la palabra riesgo diremos que es: *“la exposici3n a la posibilidad de ocurrencia de ciertas cosas tales como p3rdida o ganancia econ3mica, da1o f3sico, retrasos, da1o a la salud p3blica, etc. que surgen como consecuencia de seguir un curso particular de acci3n.”*(Gobierno de Chile, 2007).

El riesgo combina la probabilidad de que ocurra un evento negativo con las consecuencias que dicho evento causaría. Es decir, el riesgo es la posibilidad de que un peligro pueda llegar a materializarse.

Si hablamos de riesgo terapéutico dentro de la categorización usuaria podemos identificar a través de la valoración de cuidados terapéuticos preseleccionados, que se requieren en situaciones de desviación de salud. Se eligen tres grupos de cuidado terapéutico relacionados más bien a procedimientos, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: medición de parámetros, intervenciones profesionales multidisciplinarias y procedimientos terapéuticos, los que sin ser propiamente de la profesión, constituyen una delegación de una actividad médica y por lo tanto una responsabilidad.

Dentro de la medición de parámetros se evalúan:

- presión arterial.
- frecuencia cardíaca
- temperatura.
- frecuencia respiratoria.
- latidos cardíacos fetales.
- medición hemoglucotest.

De acuerdo a la cantidad de veces que se realice diariamente el control de signos vitales, se asigna un puntaje de 1 a 3 que influirá en la definición del nivel de riesgo terapéutico.

Si bien las intervenciones profesionales multidisciplinarias en un paciente hospitalizado son muchas, dentro de la categorización usuaria se contemplan las siguientes:

- visita de enfermeras o matronas.
- visita médica.
- procedimientos médicos.
- procedimientos kinésicos.
- toma de muestras.
- cambio de indicaciones de enfermería u obstetricia.
- cambio de indicaciones médicas.
- apoyo educativo.
- relación de ayuda.

Según el número de acciones que requiera el paciente durante el día, se asignará uno de los puntajes que permite medir el nivel de riesgo terapéutico.

Para el contexto de la categorización usuaria, los procedimientos terapéuticos comprenden:

- cuidados cutáneos.
- tratamiento
- aislamiento
- oxigenoterapia
- balance hídrico
- drenajes, catéteres y vías vasculares.
- ventilación mecánica.
- monitoreo invasivo.
- procedimientos invasivos de apoyo.

Cada uno de estos procedimientos adquiere un puntaje diferente de acuerdo a la condición del paciente, lo que finalmente permite determinar el nivel de riesgo terapéutico.

2.5 Del Hospital Base de Osorno.

En Osorno, el primer hospital data de 1565, época en que los religiosos franciscanos fundaron el convento de la ciudad y, junto con ello, el hospital San Cosme y San Damián. De esta manera, el hospital de la ciudad de Osorno se encuentra entre los cinco primeros del país, en conjunto con los de Santiago (1552), La Serena (1559), Concepción y Cañete, todos impulsados por el Gobernador García Hurtado de Mendoza.

Pero es hasta el año 1967 cuando se inicia la construcción del actual Hospital Base Osorno que abre sus puertas al público en el año 1974, hasta la fecha donde se encuentra en pleno proceso de normalización.

El Hospital Base de Osorno está ubicado en el sector sur de la ciudad de Osorno, emplazado en un terreno de 6,2 hectáreas., relativamente plano.

Es un Hospital Tipo I de alta complejidad, el único en la Provincia de Osorno, razón por la cual debe orientar sus actividades no sólo a la población usuaria, sino también a la totalidad de la población en aquellos casos en que la atención privada no tiene oferta, como es el caso de las Unidades de Pacientes Críticos.

Durante el año 2006 contó con 358 camas y con las especialidades de Anatomía Patológica, Anestesiología, Cardiología, Cirugía, Cirugía Infantil, Dermatología, Fisiatría, Traumatología, Medicina Interna, Neurocirugía, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Radiología, Reumatología, Urología. Los servicios de Psiquiatría y Odontología funcionan en edificios distantes del Hospital Base Osorno, a 2 Km. y 1,5 Km., respectivamente, dentro de la ciudad.

Las camas se distribuyen en los servicios de: Medicina, Cirugía, Traumatología, Cirugía Infantil, Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Adulto, UCI pediátrica, UCI neonatal, Obstetricia y Ginecología, Cirugía Adulto, Unidad de Tratamiento Intermedio (TIM), Emergencia, Pensionado, Psiquiatría, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología. Cuenta con 7 pabellones quirúrgicos para cirugías mayores y uno de cirugía menor.

En relación al recurso humano, según los datos entregados por la Oficina de personal, cuenta con 12 directivos, 90 profesionales, 220 Técnicos, 42 Administrativos, 110 Auxiliares, de los cuales hay personal de planta y a contrata.

2.6 Del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.

El Servicio de Medicina brinda atención a todo paciente mayor de catorce años con patologías médicas y quirúrgicas, provenientes tanto del área urbana como rural. Dentro de sus dependencias se encuentran: la Unidad de Hemodiálisis, la Unidad de Neurología, la Unidad de Tratamientos Intermedios y los Sectores de Hombres, Mujeres y Quimioterapia y aislados.

Cuenta con 58 camas en total distribuidas en cada sector:

- Hombres: 24 camas distribuidas en dos salas de ocho camas y dos salas de cuatro camas.
- Tratamientos intermedios: seis camas distribuidas en una sala.
- Quimioterapia: cuatro camas en salas individuales.
- Aislados: cuatro camas en salas individuales.
- Mujeres: 20 camas distribuidas en dos salas de ocho camas y una sala de cuatro camas.

El equipo de enfermería está compuesto por la enfermera supervisora quien realiza sus funciones de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00, siete enfermeras clínicas que rotan dentro de los sectores en tercer turno modificado (Anexo1, tabla 1), 28 auxiliares de enfermería que realizan una rotación de 4 meses dentro de las Unidades de Hombres, Tratamientos intermedios, Mujeres y Quimioterapia y Aislados, en un sistema de Tercer turno modificado, además uno de ellos debe cumplir su “semana de continuado” en la que desempeña labores de volantería en un horario de 08:00 a 17:00 hrs., (Anexo1, tabla 2) y siete auxiliares de servicio que rotan por todo un año dentro del servicio, desempeñando sus funciones dentro de tres tipos de turnos, continuado de 8:00 a 17:00, largo de 8:00 a 20:00 y fraccionado de 8:00 a 12:00 y de 16:00 a 20:00.

Dentro de las metas a alcanzar dentro del Servicio de Medicina está la realización de la categorización usuaria, realizada por los profesionales de enfermería a partir del año 2004, aplicando pautas en forma semanal, pero utilizándose diariamente.

A través de esta metodología se obtiene que el grupo predominante en el Servicio en relación al riesgo son: **alto** y mediano; y en relación a la dependencia son: total y **parcial**. (Anexo2.)

Frente a este planteamiento, se desea conocer si la dotación del equipo de enfermería es suficiente para satisfacer las demandas de cuidado de los pacientes que atiende.

Dentro de este contexto se realizan ciertos cuestionamientos como, ¿es adecuada la dotación del personal actual, que responda a las demandas de cuidado?, de esta pregunta se desprenden dos interrogantes ¿es apropiada la distribución del personal en cantidad? y ¿es apropiada la distribución del personal por ciertos talentos? Para llegar a responder estas preguntas se hace necesario descubrir ¿cuál es el perfil típico de los usuarios del Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno?, y finalmente nos gustaría responder haciendo una propuesta a ¿cuál es la mejor dotación y distribución del personal en este servicio según el perfil de sus usuarios?

El propósito de dar respuesta a este cuestionamiento inicial sería, aportar a la gestión del cuidado a partir de los esfuerzos dirigidos por los equipos de enfermería a categorizar la tipología de los pacientes atendidos.

Para el logro de lo anteriormente planteado, se hace necesario realizar un estudio cuantitativo que recopile las categorizaciones diarias de usuarios realizadas durante el año 2005 y 2006 en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno para al ser analizadas y determinar el perfil de los usuarios en ese periodo y la dotación de personal que se requería para satisfacer sus demandas de cuidado.

Esta investigación se basa en el supuesto de que la categorización usuaria es sensible para definir el perfil del paciente atendido según dependencia y riesgo, determinar fidedignamente la carga laboral del equipo de enfermería, destacando que este modelo sólo considera carga física y no la mental, que puede ser tanto o más importante que la física, especialmente en enfermeras novatas. También existe el supuesto de que básicamente según el número de procedimientos se puede determinar el número y nivel de personal del equipo de enfermería que requieren los usuarios según su categoría.

3. OBJETIVOS.

PROPÓSITO:

El propósito de esta tesis es contribuir a la creación de una base de datos que sea utilizada por los Servicios de Enfermería en que se aplique la categorización de pacientes según riesgo y dependencia, para determinar la dotación de personal requerida para satisfacer las necesidades de sus usuarios.

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Explicar teóricamente si la dotación del equipo de enfermería en el Servicio de Medicina, Hospital Base de Osorno, es suficiente para satisfacer las demandas de cuidado de los pacientes atendidos.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

3.2.1. Describir el perfil usuario según riesgo y dependencia de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.

3.2.2. Determinar la carga laboral de las personas que componen el equipo de enfermería en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.

3.2.3. Proponer la dotación de personas según cantidad y ciertos talentos requeridos para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el Hospital Base de Osorno.

3.2.4. Describir comparativamente la relación existente entre la cantidad de personas requeridas para satisfacer las necesidades de los pacientes y las existentes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

De acuerdo a los criterios señalados por Hernández, Fernández, Baptista (2003) esta investigación posee las siguientes características:

Enfoque: corresponde a un estudio CUANTITATIVO, ya que permite la medición numérica, el conteo y análisis de variables para responder a los problemas planteados.

Tipo: responde a un estudio EXPLORATORIO, debido a que el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o no ha abordado antes.

Diseño: obedece a una investigación NO EXPERIMENTAL RETROSPECTIVA, ya que se observarán los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural y no hay manipulación de las variables ni intervención intencionada de ningún tipo por parte de las investigadoras, debido a que los sucesos ya acontecieron y se intenta identificar retrospectivamente los antecedentes o causas del fenómeno a investigar.

4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

4.2.1. Población:

Pacientes hospitalizados y el personal del Equipo de Enfermería que trabaje en el Servicio de Medicina interna del Hospital Base de la ciudad de Osorno durante el periodo Abril-Diciembre de 2005 y año 2006, correspondiente a días calendario.

4.2.2. Criterios de inclusión:

Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno durante el periodo Abril-Diciembre de 2005 y año 2006, correspondiente a días calendario.

Personal del Equipo de Enfermería que trabaje en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno durante el periodo Abril-Diciembre de 2005 y año 2006, correspondiente a días calendario.

4.2.3 Criterios de exclusión:

Pacientes que estando hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno durante el periodo Abril-Diciembre de 2005 y año 2006, correspondiente a días calendario, no presenten registro de categorización (aquellos días en que no se registra categorización o el registro se encuentra extraviado, no fueron considerados dentro del estudio, para evitar que inferencias de las autoras contaminen la investigación).

4.2.4 Lugar de desarrollo del estudio:

Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de la Ciudad de Osorno, Región de Los Lagos, Chile.

4.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

4.3.1 Técnica de recolección de datos:

La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue de tipo indirecta, a través de revisión de documentos. La revisión de documentos correspondió al registro de las categorizaciones de los pacientes que estuvieron hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno durante el periodo Abril-Diciembre de 2005 y año 2006, correspondiente a días calendario.

Para acceder a ellos, se realizó una reunión entre las investigadoras y la Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina durante la segunda semana de Septiembre de 2007, con la finalidad de afinar detalles y tomar acuerdo sobre los procesos que seguirían a futuro.

4.3.2. Descripción de los Instrumentos de recogida de datos:

Se considera que el diseño metodológico respondió a las preguntas de investigación, y por ende, a los objetivos propuestos, los primeros dos instrumentos cuentan con el respaldo del Ministerio de Salud de Chile, y fueron aplicados en el Servicio de Medicina del Hospital Base como parte de la rutina diaria de las enfermeras durante el periodo designado a investigar (desde abril del año 2005 hasta diciembre del año 2006). El último instrumento se refiere a un documento de recursos humanos entregado por la Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina Hospital Base Osorno.

El primer instrumento es el instructivo titulado como “Pauta de Categorización de Pacientes en Salas de Hospitalización” (Anexo 3), que consiste en una tabla de una plana, que se divide en 2 grandes categorías:

- Cuidados terapéuticos: éstos se subdividen en Medición de parámetros que constan de 6 ítems, Intervenciones profesionales que constan de 9 ítems y Procedimientos terapéuticos que constan de 9 ítems.
- Cuidados universales, que se subdividen en Prácticas de confort que constan de 7 ítems, Alimentación que consta de 3 ítems y Eliminación que consta de 6 ítems.

A cada ítem le fue asignado un puntaje de acuerdo al número de procedimientos realizados diariamente.

El segundo instrumento en el que esta registrada la categorización de los pacientes y tiene el título de “Categorización Diaria de Pacientes en Salas de Hospitalización” (Anexo 4), consiste en una tabla de una plana en que primero se debe llenar con datos de identificación, en que se señala el establecimiento, servicio clínico, unidad, sala y fecha en que se realiza la categorización.

Se basa en la evaluación según la Pauta anteriormente señalada, las entradas son de registro diario, consideran para la categorización un máximo de 24 camas al interior de una sala.

Se divide en 2 categorías:

Evaluación de riesgo: para cada sala se presenta el registro de la evaluación que se hizo para cada uno de los 11 parámetros relevantes. La suma resultante de la asignación de puntajes a cada una de las camas (de la 1 a la 24) queda registrada en la fila “total puntaje de riesgo”, la categoría de riesgo tiene asignado un valor que esta determinada según la siguiente escala del total de puntaje:

25 puntos y más: GRUPO A (máximo riesgo).

Entre 12 y 24 puntos: GRUPO B (alto riesgo).

Entre 6 y 11 puntos: GRUPO C (mediano riesgo).

Entre 0 y 5 puntos: GRUPO D (bajo riesgo).

Estas se encuentran marcadas en el recuadro de “categoría de riesgo”.

Evaluación de dependencia: se consideran 3 parámetros relevantes y se registra igual que la categoría anterior en la fila “total puntaje de dependencia” y los valores se asigna según esta escala:

7 puntos o más: GRUPO 1 (dependencia total).

Entre 3 y 6 puntos: GRUPO 2 (dependencia parcial).

Entre 0 y 2 puntos: GRUPO 3 (autovalencia).

Estas se encuentran marcadas en el recuadro de “categoría de dependencia”.

En un tercer recuadro se encuentra registrado la categoría de riesgo y dependencia, en donde esta cruzada la información y se pueden estar registradas categorías:

A1: riesgo terapéutico máximo y dependencia total.

A2: riesgo terapéutico máximo y dependencia parcial.

A3: riesgo terapéutico máximo y autosuficiencia parcial.

B1: alto riesgo terapéutico y dependencia total.

B2: alto riesgo terapéutico y dependencia parcial.

B3: alto riesgo terapéutico y autosuficiencia parcial.

C1: riesgo terapéutico medio y dependencia total.

C2: riesgo terapéutico medio y dependencia parcial.

C3: riesgo terapéutico medio y suficiencia parcial.

D1: riesgo bajo terapéutico y dependencia total.

D2: riesgo bajo terapéutico y dependencia parcial.

D3: riesgo bajo terapéutico y autosuficiencia.

Y finalmente una fila donde esta registrado el resumen diario de las categorizaciones según riesgo y dependencia.

Debido al diseño de este estudio y como anteriormente se señalo los instrumentos ya fueron aplicados por las enfermeras del Servicio de Medicina a los pacientes hospitalizados durante el periodo Abril de 2005-Diciembre 2006. Las investigadoras recibieron el segundo instrumento completado con las categorías ya registradas, se cree que este instrumento dará respuesta al primer, segundo, tercer y cuarto objetivo de esta investigación.

Se plantea el tercer instrumento en atención al cuarto objetivo. Constituye un documento de una plana que indica la cantidad de personas por estamento del equipo de enfermería, que trabajó en el Servicio de Medicina del Hospital Base de Osorno durante el periodo de estudio.

4.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos recolectados a través del instrumento dos y tres fueron ingresados al programa computacional MICROSOFT EXCEL versión 2002, para ser tabulados.

Para dar resultados que den respuesta al objetivo uno se tabularon las categorías de los pacientes en tablas y se calcularon los porcentajes mensuales.

Para dar resultados que resuelvan el objetivo dos se utilizó una planilla electrónica donde se ingresaron las cantidades y porcentajes de pacientes por categoría atendidos por el equipo de enfermería mensualmente y esta se encargó de calcular la carga de trabajo para cada miembro de equipo de enfermería (enfermera/o, técnico paramédico y auxiliar de servicio) en cada mes del periodo propuesto previamente.

Posteriormente para resolver el objetivo tres se ingresó la cantidad de pacientes atendidos en promedio por día y la planilla calculó las coberturas promedio por día, global, por turno y la dotación de personal ideal por cada miembro del equipo de enfermería mensualmente. Para este objetivo el resultado final es el de interés.

Finalmente se ingresa la cantidad de personal real que existió en cada mes para cada estamento, la planilla calcula la diferencia que existe entre dotación requerida e ideal, con que se pretende dar solución al cuarto objetivo.

Los datos son presentados en tablas y gráficos donde se muestra el perfil de los usuarios, carga de trabajo del equipo de enfermería, dotación requerida de personal por estamento según las necesidades de los usuarios y diferencia entre dotación ideal y real y se analizaron las variables planteadas.

4.5 DENIFICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Nombre de la variable.	Definición nominal.	Definición operacional.	Verificador.
<p>1. Riesgo.</p>	<p>Necesidad de demanda de cuidados terapéuticos, requeridos en situación de desviación de la salud, cuantificado de acuerdo a número y tipo de actividades procedimentales realizadas para los enfermos.</p>	<p>a) Máximo. b) Alto. c) Medio. d) Bajo.</p>	<p>Anexo 3.</p>
<p>2. Dependencia.</p>	<p>Necesidad de demanda de cuidados universales, cuantificado de acuerdo a las prácticas de alimentación, eliminación e higiene de los enfermos.</p>	<p>a) Total. b) Parcial. c) Autosuficiente.</p>	<p>Anexo 3.</p>
		<p>a) A1: Máximo riesgo terapéutico y dependencia total. b) A2: Máximo riesgo terapéutico y dependencia parcial. c) A3: Máximo riesgo terapéutico y autosuficiencia. d) B1: Alto riesgo terapéutico y dependencia total.</p>	

<p>3. Perfil usuario.</p>	<p>Caracterización según riesgo terapéutico y dependencia de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno durante los años 2005 y 2006.</p>	<p>e) B2: Alto riesgo terapéutico y dependencia parcial. f) B3: Alto riesgo terapéutico y autosuficiencia.. g) C1: Mediano riesgo terapéutico y dependencia total. h) C2: Mediano riesgo terapéutico y dependencia parcial. i) C3: Mediano riesgo terapéutico y autosuficiente. j) D1: Bajo riesgo terapéutico y dependencia total. k) D2: Bajo riesgo terapéutico y dependencia parcial. l) D3: Bajo riesgo terapéutico y autosuficiencia.</p>	<p>Anexo 4.</p>
<p>4. Carga de trabajo.</p>	<p>Volumen de actividades realizadas.</p>	<p>a) Inadecuada por sobrecarga. b) Adecuada. c) Inadecuada por déficit.</p>	
<p>5. Miembros del equipo de enfermería.</p>	<p>Personas que desempeñan labores remuneradas dentro del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno.</p>	<p>a) Enfermera/o. b) Técnico paramédico. c) Auxiliar de servicio.</p>	

<p>6. Cantidad de personas real.</p>	<p>Número de personas pertenecientes al equipo de enfermería existente entre los años 2005 y 2006, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno durante un turno.</p>	<p>a) Sodredotación. b) Adecuada. c) Subdotación.</p>	
<p>7. Brecha de personal.</p>	<p>Diferencia entre la dotación de personal existente y la requerida según el perfil de los usuarios hospitalizados entre los años 2005 y 2006, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.</p>	<p>a) Positiva. b) Nula. c) Negativa.</p>	
<p>8. Turno.</p>	<p>Rotativa de trabajo que realizan los integrantes del equipo de enfermería para brindar una atención continúa.</p>	<p>a) Largo (08 – 20). b) Continuo (08 – 17). c) Noche (20 – 08).</p>	

5. RESULTADOS.

Para el logro del primer objetivo, se realizó la recolección de los registros diarios de las categorizaciones (según riesgo y dependencia) de los pacientes hospitalizados en los cinco sectores que conforman el Servicio de Medicina (mujeres, hombres, tratamientos intermedios, quimioterapia y aislados) durante el periodo Abril-Diciembre de 2005 y año 2006, correspondiente a días calendario, siendo excluidos del análisis aquellos días que no se encontraron registros de categorización usuaria.

Posteriormente se traspasaron los datos de estos registros a unas planillas Excel que presentan las categorías de los pacientes por día del mes en cada sector y luego el total mensual por categoría.

Finalmente los totales mensuales de cada categoría para cada sector se sumaron y se traspasaron a una planilla Excel que presenta las cantidades y porcentajes de pacientes mensuales en cada categoría y el total mensual de pacientes en cantidad y porcentaje. El porcentaje mensual por categoría corresponde a perfil mensual de los pacientes del Servicio de Medicina. Posteriormente se presentan los totales anuales en cantidad y porcentaje de cada categoría y el total anual en cantidad y porcentaje de todos los pacientes categorizados. El porcentaje anual por categoría corresponde al perfil anual del Servicio de Medicina.

A continuación se presentan las tablas resumen:

Tabla número 1:

PERFIL PACIENTES SERVICIO MEDICINA ABRIL-DICIEMBRE 2005													
MES	CATEGORÍA												TOTAL MENSUAL
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	D1	D2	D3	
ENERO													
%													
FEBRERO													
%													
MARZO													
%													
ABRIL	0	0	0	488	637	0	90	336	0	0	0	0	1551
%	0	0	0	31,46	41,07	0	5,8	21,66	0	0	0	0	99,99
MAYO	0	0	0	540	629	0	62	346	0	0	0	0	1577
%	0	0	0	34,24	39,88	0	3,93	21,94	0	0	0	0	99,99
JUNIO	0	0	0	599	620	0	43	302	0	0	0	0	1564
%	0	0	0	38,29	39,64	0	2,74	19,3	0	0	0	0	99,97
JULIO	0	0	0	590	579	0	71	325	0	0	0	0	1565
%	0	0	0	37,69	36,99	0	4,53	20,76	0	0	0	0	99,97
AGOSTO	0	0	0	388	567	0	78	299	0	0	0	0	1332
%	0	0	0	29,12	42,56	0	5,85	22,44	0	0	0	0	99,97
SEPTIEMBRE	0	0	0	424	625	0	71	359	0	0	0	0	1479
%	0	0	0	28,66	42,25	0	4,8	24,27	0	0	0	0	99,98
OCTUBRE	0	0	0	372	790	0	26	247	0	0	0	0	1435
%	0	0	0	25,92	55,05	0	1,81	17,21	0	0	0	0	99,99
NOVIEMBRE	0	0	0	505	681	0	60	234	0	0	0	0	1480
%	0	0	0	34,12	46,01	0	4,05	15,81	0	0	0	0	99,99
DICIEMBRE	0	0	0	528	593	0	96	321	0	0	0	0	1538
%	0	0	0	34,33	38,55	0	6,24	20,87	0	0	0	0	99,99
TOTAL PACIENTES ANUAL	0	0	0	4434	5721	0	597	2769	0	0	0	0	13521
TOTAL PORCENTAJES ANUAL	0,00	0,00	0,00	32,79	42,31	0,00	4,42	20,48	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00

4

⁴ A partir de esta tabla y las próximas que serán presentadas se define el color rojo como representativo del valor mínimo alcanzado de acuerdo al objetivo y el color amarillo representativo del valor máximo alcanzado de acuerdo a cada objetivo.

Tabla número 2:

PERFIL PACIENTES SERVICIO MEDICINA 2006													
MES	CATEGORÍA												TOTAL MENSUAL
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	D1	D2	D3	
ENERO	0	0	0	446	677	0	107	189	0	0	0	0	1419
%	0	0	0	31,43	47,7	0	7,54	13,31	0	0	0	0	99,98
FEBRERO	0	0	0	305	580	0	64	251	0	0	0	0	1200
%	0	0	0	25,41	48,33	0	5,33	20,91	0	0	0	0	99,98
MARZO	0	0	0	477	617	1	77	252	3	0	0	0	1427
%	0	0	0	33,42	43,23	0,07	5,39	17,65	0,21	0	0	0	99,97
ABRIL	0	0	0	530	531	0	113	254	0	0	0	0	1428
%	0	0	0	37,11	37,18	0	7,91	17,78	0	0	0	0	99,98
MAYO	0	0	0	365	678	0	112	271	0	0	0	0	1426
%	0	0	0	25,59	47,54	0	7,85	19	0	0	0	0	99,98
JUNIO	0	0	0	451	540	0	110	202	0	0	0	0	1303
%	0	0	0	34,61	41,44	0	8,44	15,5	0	0	0	0	99,99
JULIO	0	0	0	491	609	0	65	218	0	0	0	0	1383
%	0	0	0	35,5	44,03	0	4,69	15,76	0	0	0	0	99,98
AGOSTO	0	0	0	547	570	0	115	197	0	0	0	0	1429
%	0	0	0	38,27	39,88	0	8,04	13,78	0	0	0	0	99,97
SEPTIEMBRE	0	0	0	457	605	0	130	116	0	0	0	0	1308
%	0	0	0	34,93	46,25	0	9,93	8,86	0	0	0	0	99,97
OCTUBRE	0	0	0	522	650	0	108	153	0	0	0	0	1433
%	0	0	0	36,42	45,35	0	7,53	10,67	0	0	0	0	99,97
NOVIEMBRE	0	0	0	372	803	0	106	175	0	0	0	0	1456
%	0	0	0	25,54	55,15	0	7,28	12,01	0	0	0	0	99,98
DICIEMBRE	0	0	0	436	614	0	75	195	0	0	0	0	1320
%	0	0	0	33,03	46,51	0	5,68	14,77	0	0	0	0	99,99
TOTAL PACIENTES ANUAL	0	0	0	5399	7474	1	1182	2473	3	0	0	0	16532
TOTAL PORCENTAJES ANUAL	0,00	0,00	0,00	32,66	45,21	0,01	7,15	14,96	0,02	0,00	0,00	0,00	100,00

Según la tablas anteriormente presentadas afirmaremos que, de las doce categorías existentes dentro del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno durante el periodo analizado en 2005 encontramos pacientes pertenecientes a sólo cuatro categorías; Alto riesgo y Dependencia total, Alto riesgo y Dependencia parcial, Mediano riesgo y Dependencia total, Mediano riesgo y Dependencia parcial, (B1, B2 y C1, C2). Durante el año 2006 se presentaron las mismas categorías mensualmente, con excepción del mes de Marzo en que se agregan en un bajo porcentaje las categorías de Alto riesgo y Autovalencia, Mediano riesgo y Autovalencia, (B3, C3). Dejando fuera las categorías de Máximo riesgo terapéutico y Bajo riesgo terapéutico con cada una de sus dependencias (A1, A2, A3, D1, D2, D3). Teniendo en consideración el envejecimiento demográfico que se demuestra en la pirámide poblacional, asociado a un aumento de las enfermedades cardiovasculares en el país, la población que se atiende en este Servicio, en su mayoría es adulto mayor, portadores de patologías crónicas que aumentan su grado de dependencia y requieren gran cantidad de cuidados terapéuticos debido a su gravedad. Explicando así el perfil de pacientes que se presenta anteriormente.

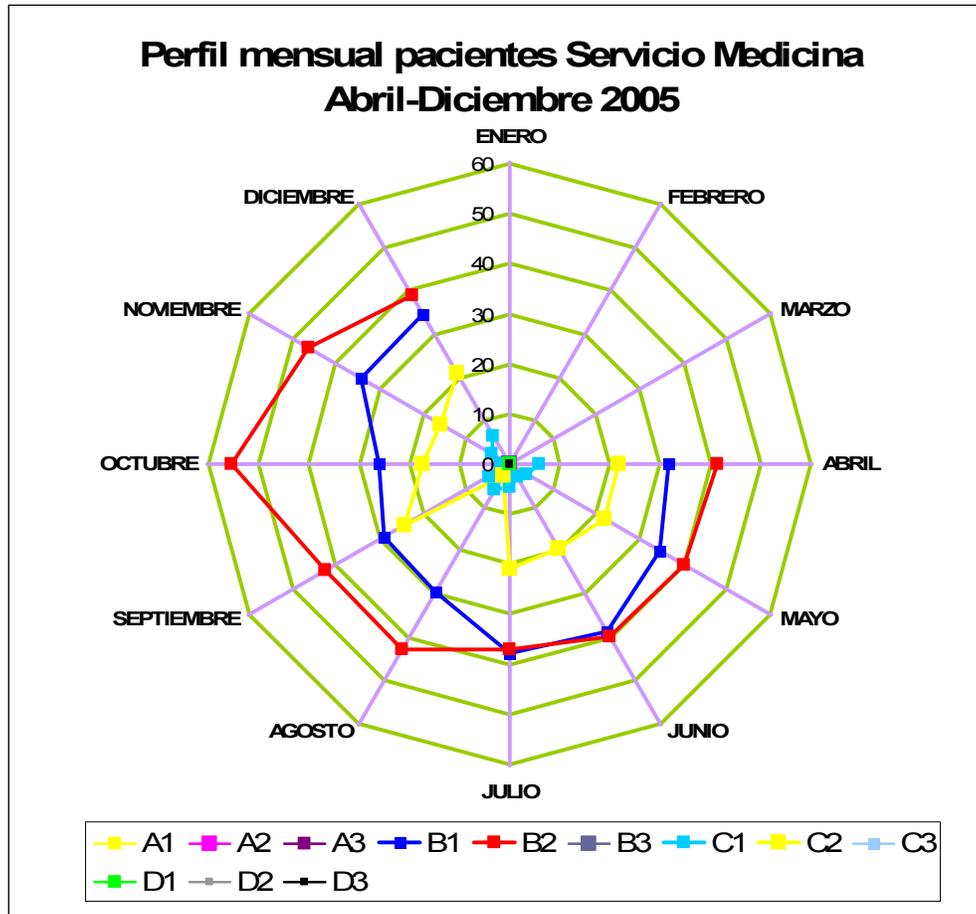
Además se puede apreciar que en el año 2005, Mayo es el mes en que hay mayor número de pacientes categorizados y en Agosto registra el menor número, sin embargo, durante el año 2006, fue el mes de Noviembre donde hubo un mayor número de pacientes categorizados versus el mes de Febrero donde existen menos registros de categoría, se puede notar a simple vista que existen variaciones estacionales en la ocupación de días-cama de un año a otro ya que mientras la mayoría durante el 2005 surge en Otoño en el 2006 se presenta en Primavera y la minoría durante el 2005 surge en Invierno, en el 2006 se presenta en Verano. No se debe olvidar que no se presenta el registro de los meses de Enero a Marzo de 2005 por lo que pueden existir variaciones en el análisis de los datos.

De acuerdo a las tablas podemos inferir que el grupo predominante dentro del perfil usuario, según riesgo y dependencia, durante el año 2005 y 2006 es B2 (alto riesgo-dependencia parcial) con un 42,31% y 45,21% respectivamente, seguido por B1 (alto riesgo-dependencia total) con un 32,78% y 32,66% respectivamente, durante el 2005 el grupo menos representativo de las cuatro categorías fue C1 (mediano riesgo-dependencia total) con un 4,42%, y durante el año 2006, los grupos menos representativos dentro de las seis categorías fueron B3 (alto riesgo-autovalente) con un 0,01 y C3 (mediano riesgo-autovalente) con un 0,02 que en conjunto hacen un valor despreciable de 0,03, no obstante le sigue coincidiendo con el año anterior C1 (mediano riesgo-dependencia total) con un valor de 7,15%.

Al intentar relacionar el perfil de paciente según riesgo y dependencia obtenido, con el personal requerido diremos que al existir escasos pacientes autovalentes aumentará el número de auxiliares de enfermería y de apoyo, al mismo tiempo que el gran número de pacientes categorizados como alto riesgo requerirá una mayor dotación de profesionales de enfermería.

A continuación se presentan los gráficos para cada tabla:

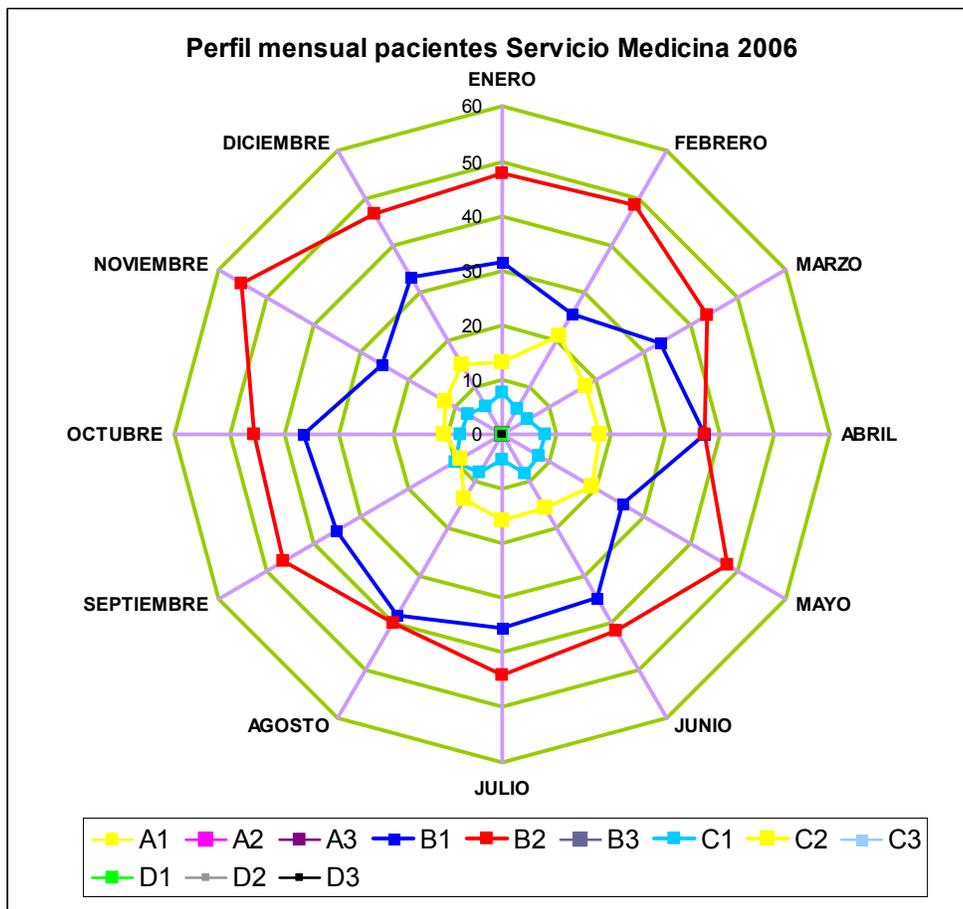
Gráfico número 1:



A través del gráfico, que representa el perfil mensual según riesgo y dependencia durante el periodo Abril-Diciembre de 2005, podemos obtener el mes en que las categorías registradas presentaron su pick.

La categoría B1 alcanzó un peak (pico, alza, aumento) de 38,29% en el mes de Junio, B2 alcanzo un peak de 55,05% en el mes de Octubre, C1 alcanzo un peak de 6,24% en el mes de Diciembre y C2 alcanzo un peak de 24,27% en el mes de Septiembre.

Gráfico número 2:



A través del gráfico, que representa el perfil mensual según riesgo y dependencia durante el año 2006, podemos obtener el mes en que las categorías registradas presentaron su peak.

La categoría B1 alcanzó un pick de 38,27% en el mes de Agosto, B2 alcanzó un pick de 55,15% en el mes de Noviembre, B3 alcanzó un pick de 0,07 en el mes de Marzo, siendo el único mes en que se presenta, C1 alcanzó un pick de 9,93% en el mes de Septiembre, C2 alcanzó un pick de 20,91% en el mes de Febrero y C3 alcanzó un pick de 0,21% siendo también Marzo el único mes en que presentó esta categoría.

Para el logro del segundo objetivo se utilizó una planilla Excel (Anexo 5) que se completó con las cantidades y perfiles de pacientes mensuales por categorías y se calcularon las cargas de trabajo mensual de cada miembro del equipo de enfermería. Estas cargas se obtuvieron multiplicando el perfil del paciente por la relación paciente-personal estandarizada para cada tipo de personal en su categoría correspondiente y dividiendo por 100, obteniéndose la fracción de paciente que puede atender cada miembro del equipo de enfermería por categoría dentro de cada mes. Estas fracciones se suman y el resultado corresponde a la carga total mensual correspondiente para cada miembro del equipo.

Para efectos de mejor comprensión por el lector de este estudio se transcribieron los datos de las cargas de trabajo mensuales por miembros de equipo de enfermería a una planilla Excel en que se presentan también los totales anuales en cantidad y porcentaje de las cargas de trabajos para cada miembro del Equipo de enfermería.

A continuación se presentan las tablas resumen:

Tabla número 3:

**CARGA TOTAL MENSUAL EQUIPO DE ENFERMERÍA
ABRIL-DICIEMBRE AÑO 2005.**

MES	EQUIPO DE ENFERMERÍA		
	ENFERMERA/O	TÉCNICO PARAMÉDICO	AUXILIAR DE SERVICIO
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL	6,27	2,92	10,09
MAYO	6,2	2,9	10,05
JUNIO	5,9	2,84	9,87
JULIO	5,98	2,84	9,9
AGOSTO	6,41	2,96	10,18
SEPTIEMBRE	6,54	2,98	10,27
OCTUBRE	6,33	3,01	10,19
NOVIEMBRE	5,86	2,87	9,87
DICIEMBRE	6,09	2,87	9,98
PROMEDIO	6,17	2,91	10,04

Tabla número 4:

CARGA TOTAL MENSUAL EQUIPO DE ENFERMERÍA AÑO 2006.

MES	EQUIPO DE ENFERMERÍA		
	ENFERMERA/O	TÉCNICO PARAMÉDICO	AUXILIAR DE SERVICIO
ENERO	5,78	2,87	9,82
FEBRERO	6,49	3,01	10,27
MARZO	5,99	2,9	9,97
ABRIL	5,78	2,81	9,71
MAYO	6,33	2,97	10,16
JUNIO	5,75	2,83	9,78
JULIO	5,79	2,84	9,82
AGOSTO	5,51	2,77	9,62
SEPTIEMBRE	5,34	2,78	9,55
OCTUBRE	5,42	2,78	9,6
NOVIEMBRE	5,96	2,94	9,97
DICIEMBRE	5,82	2,87	9,85
PROMEDIO	5,83	2,86	9,84

A través de las tablas nos podemos dar cuenta que los resultados de las cargas de trabajo, medidos en fracción de paciente que puede atender cada estamento, se mantienen en un rango similar durante los meses del año y entre cada año. En el caso de los profesionales de enfermería durante el 2005 y 2006, el rango de la carga de trabajo va desde 5,86 y 5,34 en el mes de Noviembre y Septiembre respectivamente (siendo el valor mínimo) hasta los 6,54 y 6,49 en el mes de Septiembre y Febrero respectivamente (valor máximo), que en el año 2006 representa el significativo aumento de un paciente atendido por un/a enfermero/a. La diferencia de rangos máximo y mínimo, no es igual de notoria en los otros dos estamentos, durante el 2005, la carga de trabajo en técnicos paramédicos va desde 2,84 en Junio y Julio a 3,01 en Octubre, y en el 2006, oscila entre 2,77 en el mes de Agosto y 3,01 en el mes de Febrero; y la de los auxiliares de servicio varia desde 9,87 en el mes de Junio y Noviembre de 2005 y 9,55 en el mes de Septiembre de 2006 , a 10,27 en el mes de Septiembre y 10,27 en el mes de Febrero de los años respectivos.

A continuación se presentan los gráficos para cada tabla:

Gráfico número 3:

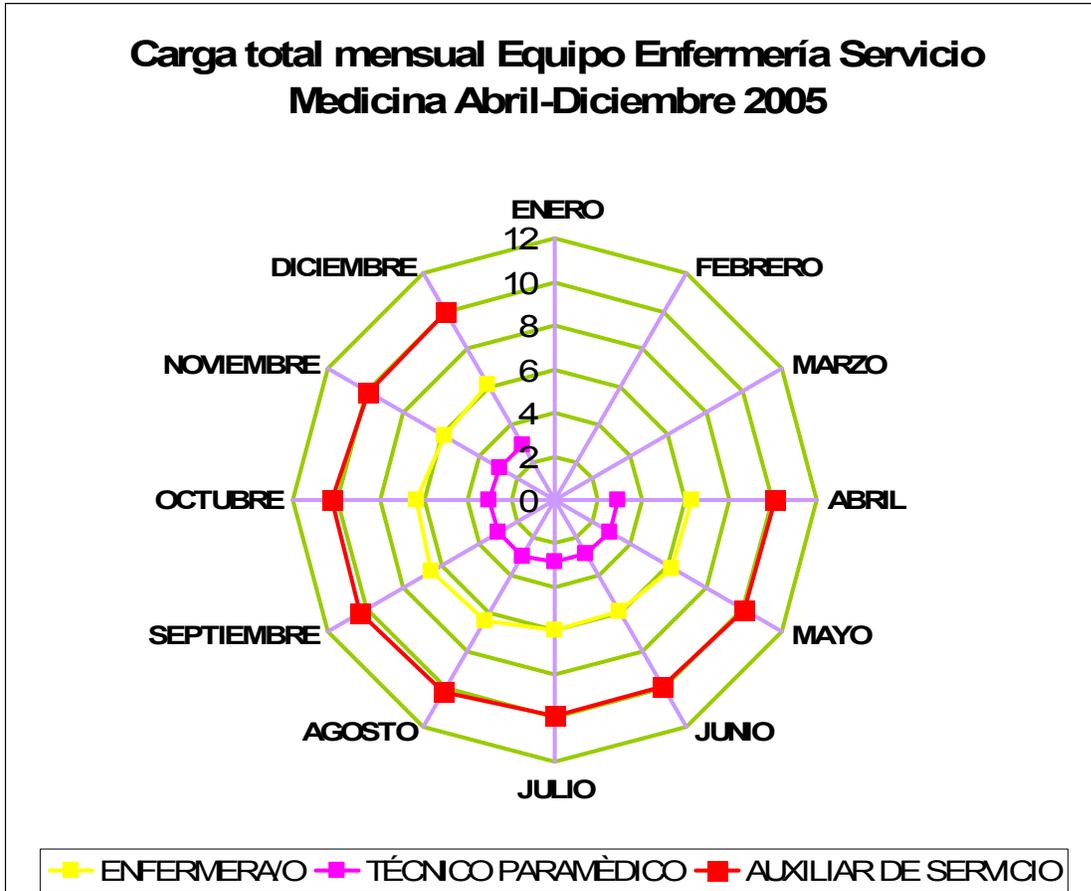
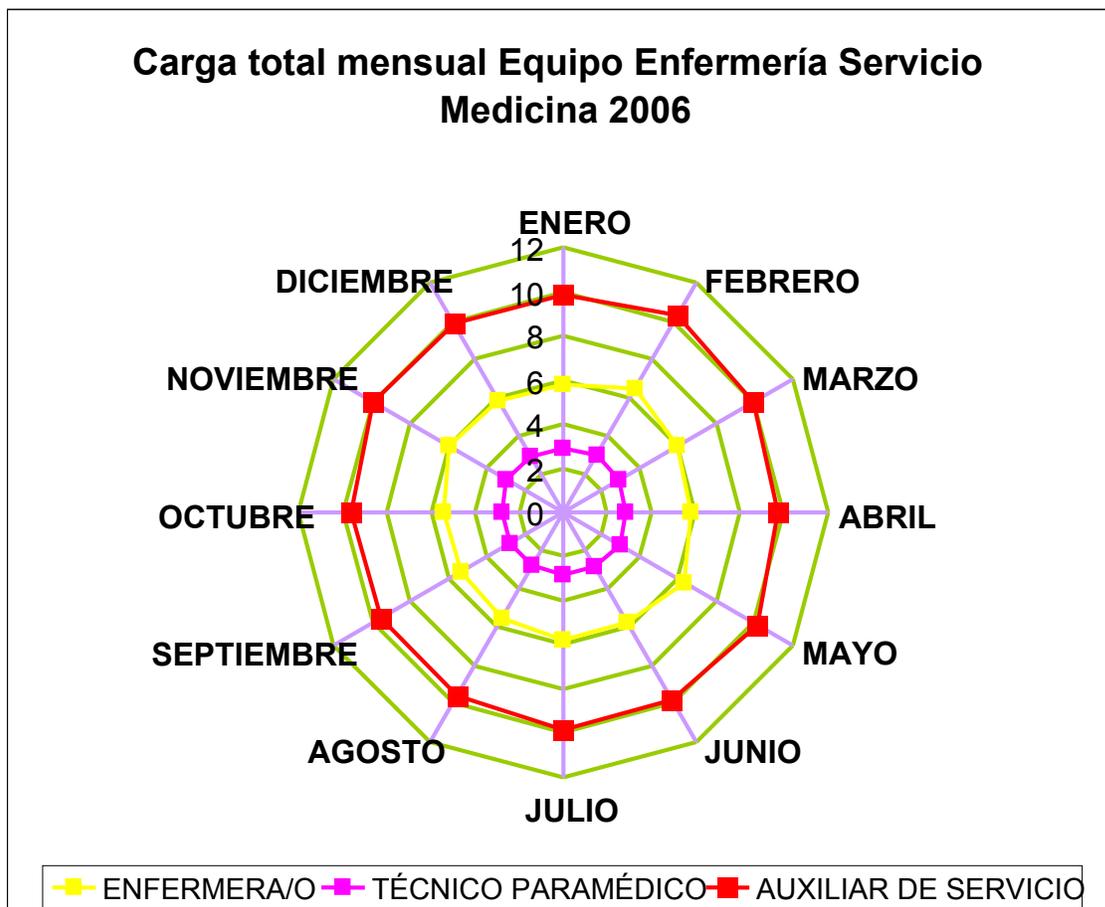


Gráfico número 4:



Ambos diagramas en su interacción con las variables grafican lo mismo, por lo tanto, durante el año 2005 y 2006, al relacionar los resultados obtenidos en el logro del primer objetivo, con resultados hasta ahora obtenidos, diremos que de acuerdo al gran grado de dependencia que tienen los usuarios del Servicio de Medicina y el tiempo que demanda cada una de las tareas realizadas para el cumplimiento de los cuidados universales, disminuye el número de pacientes atendidos por cada técnico paramédico, haciendo directamente proporcional que a mayor grado de dependencia de los pacientes, menor cantidad de pacientes asignados a cada técnico paramédico. Lo mismo ocurre en el caso de los auxiliares de servicio y profesionales de enfermería, que de acuerdo al alto riesgo terapéutico de los pacientes atendidos y por ende alto número de procedimientos y vigilancia que cada paciente necesita, disminuye la capacidad en cantidad de pacientes atendidos por un/a enfermero/a.

Para el logro del tercer objetivo, proponer la dotación de personas según cantidad y ciertos talentos requeridos para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el Hospital Base de Osorno, se completó la planilla Excel que está en el Anexo 5 con los pacientes atendidos en promedio por día en cada mes y calculó la dotación ideal, en cantidad de personas de cada mes, para cada miembro del Equipo de enfermería. Para el mismo efecto de la tabla anterior se traspasaron estos datos a una nueva planilla Excel que también contiene dotación ideal en cantidad y porcentajes de personas anual para cada miembro del equipo de enfermería.

A continuación se presentan las tablas resumen:

Tabla número 5:

**DOTACIÓN PERSONAL IDEAL SERVICIO DE MEDICINA
ABRIL-DICIEMBRE AÑO 2005.**

MES	EQUIPO DE ENFERMERÍA		
	ENFERMERA/O	TÉCNICO PARAMÉDICO	AUXILIAR DE SERVICIO
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL	29,2	65,3	15,4
MAYO	29,1	64,8	15,2
JUNIO	31,3	67,8	15,8
JULIO	29,9	69,3	20,2
AGOSTO	23,7	53,6	12,7
SEPTIEMBRE	26,7	61	14,4
OCTUBRE	25,9	56,8	13,6
NOVIEMBRE	29,8	67,1	19,8
DICIEMBRE	28,8	63,7	14,9
PROMEDIO	28,26	63,26	15,77

Tabla número 6:

DOTACIÓN PERSONAL IDEAL SERVICIO DE MEDICINA AÑO 2006.

MES	EQUIPO DE ENFERMERÍA		
	ENFERMERA/O	TÉCNICO PARAMÉDICO	AUXILIAR DE SERVICIO
ENERO	28	58,9	14
FEBRERO	23,4	52,6	12,5
MARZO	27,2	58,7	13,8
ABRIL	29,2	62,6	14,6
MAYO	25,7	57,1	13,6
JUNIO	26,8	56,7	13,3
JULIO	27,3	61,2	18
AGOSTO	29,6	61,4	14,4
SEPTIEMBRE	28,9	58	13,7
OCTUBRE	30,2	61,3	14,4
NOVIEMBRE	28,8	64,3	19,3
DICIEMBRE	25,9	54,8	13
PROMEDIO	27,58	58,96	14,55

En relación a los datos expresados en las tablas se observa la constante generada en el mes de Agosto en el 2005 y Febrero en el 2006, dejando en manifiesto el menor número de personal que se necesita para cubrir las demandas, tanto terapéuticas como de cuidados universales de ese mes. Es importante destacar también el aumento de personal no profesional que se requiere para el mes de Julio en el año 2005 y la notoria diferencia entre el mes siguiente (Agosto) que como anteriormente se señaló presenta la demanda mas baja de personal, algo parecido ocurre en el año 2006, donde el requerimiento elevado se hace en Noviembre, y al mes siguiente (Diciembre) ocurre una baja, necesitando en este último diez técnicos paramédicos menos y seis auxiliares de servicio menos.

Si bien la necesidad de profesionales de enfermería tiende a ser uniforme dentro del año, destaca el aumento de personal en el mes de Junio en el 2005 y Octubre en el 2006, donde se requieren hasta 31 enfermeras/os para satisfacer las demandas terapéuticas de los pacientes.

A continuación se presentan los gráficos para cada tabla:

Gráfico número 5:

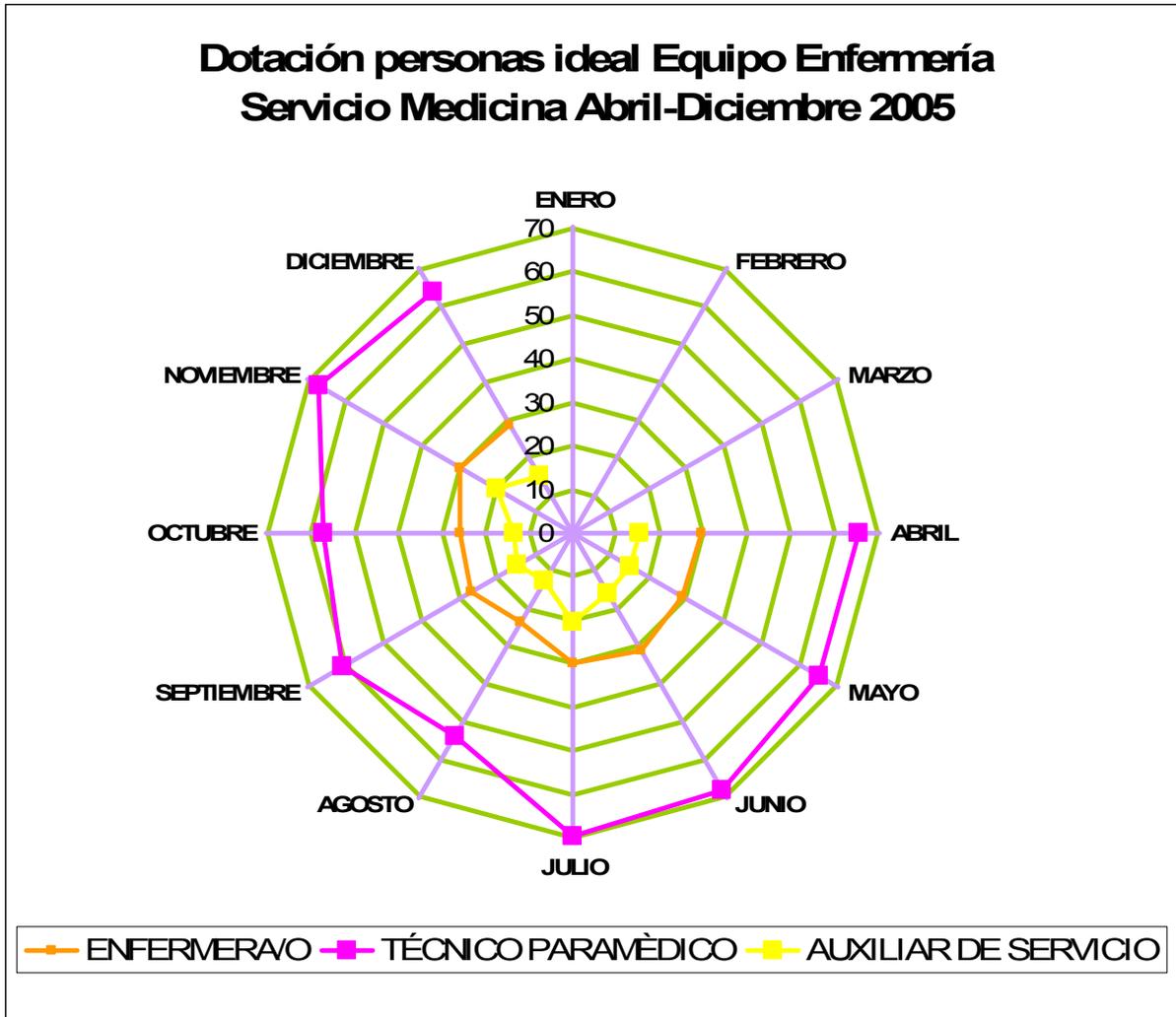
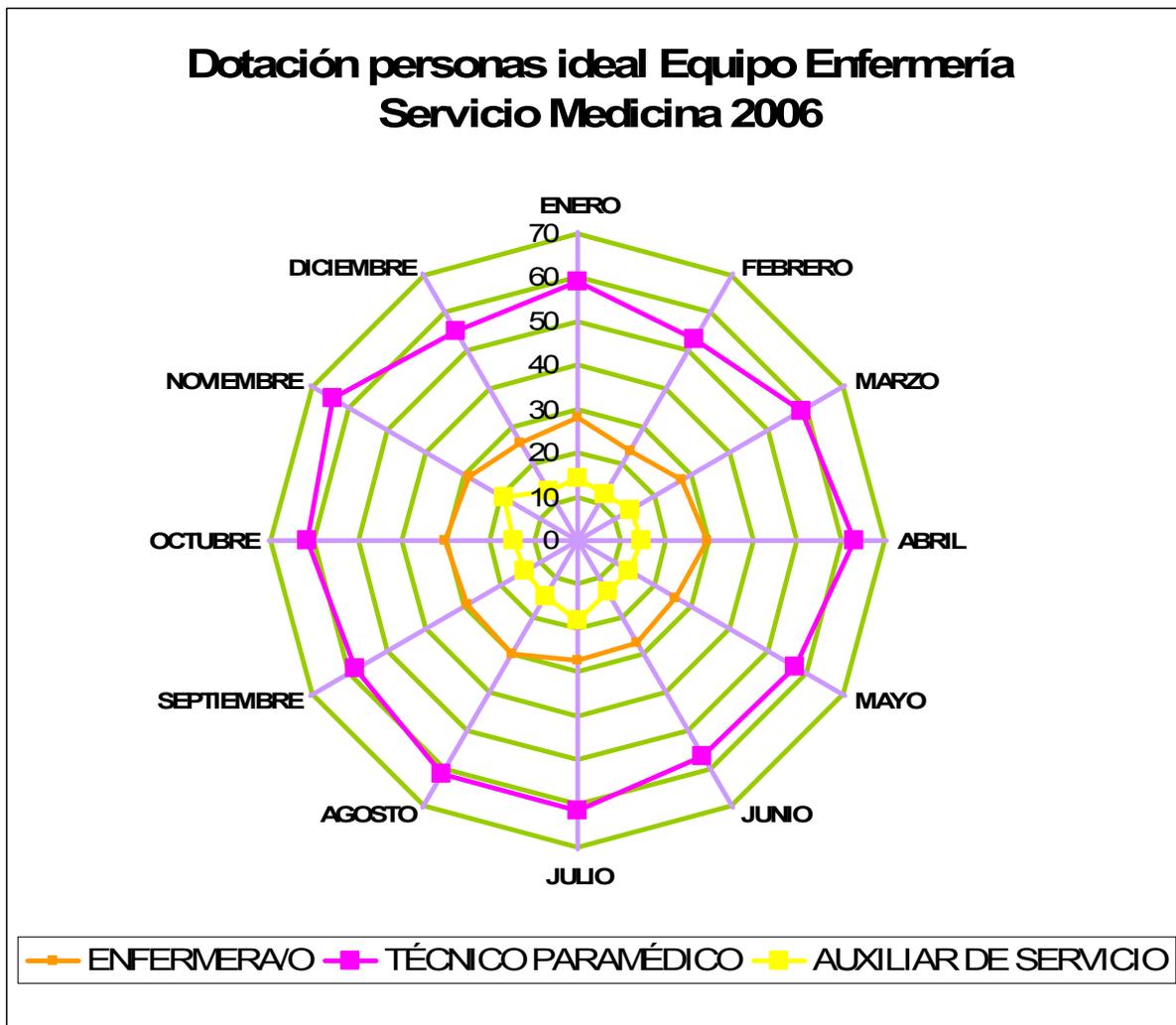


Gráfico número 6:



De la misma forma que los gráficos muestran la dotación necesaria para cada mes, de cada uno de los estamentos del equipo de enfermería, también ilustran la diferencia que existe entre el número total de personal que se requiere de técnicos paramédicos, profesionales de enfermería y auxiliares de servicio en forma decreciente.

Si bien los datos obtenidos para el logro de este objetivo son de gran valor, es necesario destacar que solo entrega un factor numérico relacionado con la carga laboral física, no incluye las habilidades que debe tener el personal para desenvolverse en un sector u otro, no hay relación con la carga laboral mental.

Para el logro del cuarto objetivo se utilizó la planilla Excel del Anexo 5 en que se completó con la dotación real de personas en cada mes para cada miembro del Equipo de Enfermería y calculó la brecha o diferencia que existe en cantidad de personas mensual para cada tipo de miembro del Equipo de Enfermería. Este resultado se obtuvo restando el personal ideal con el real.

Estos datos se traspasaron a una planilla Excel que también contiene las cantidades de personas y porcentajes totales anuales para cada tipo de personal del Equipo de enfermería.

A continuación se presenta la tabla resumen:

Tabla número 7:

**BRECHA PERSONAL IDEAL-REAL SERVICIO MEDICINA
ABRIL-DICIEMBRE AÑO 2005.**

MES	EQUIPO DE ENFERMERÍA		
	ENFERMERA/O	TÉCNICO PARAMÉDICO	AUXILIAR DE SERVICIO
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL	-21,1	-37,3	-8,4
MAYO	-21,1	-36,8	-8,2
JUNIO	-23,3	-39,8	-8,8
JULIO	-21,9	-41,3	-13,2
AGOSTO	-15,7	-25,6	-5,7
SEPTIEMBRE	-18,7	-35	-7,4
OCTUBRE	-17,9	-28,8	-6,6
NOVIEMBRE	-21,8	-39,1	-12,8
DICIEMBRE	-20,8	-35,7	-7,9
PROMEDIO	-20,25	-35,48	-8,77

Tabla número 8:

BRECHA PERSONAL IDEAL-REAL SERVICIO MEDICINA AÑO 2006.

MES	EQUIPO DE ENFERMERÍA		
	ENFERMERA/O	TÉCNICO PARAMÉDICO	AUXILIAR DE SERVICIO
ENERO	-20	-30,9	-7
FEBRERO	-15,4	-24,6	-5,5
MARZO	-19,2	-30,7	-6,8
ABRIL	-21,2	-34,6	-7,6
MAYO	-17,7	-29,1	-6,6
JUNIO	-18,8	-28,7	-6,3
JULIO	-19,3	-33,2	-11
AGOSTO	-21,6	-33,4	-7,4
SEPTIEMBRE	-20,9	-32	-6,7
OCTUBRE	-22,2	-33,3	-7,4
NOVIEMBRE	-20,8	-36,3	-12,3
DICIEMBRE	-17,9	-26,8	-6
PROMEDIO	-19,58	-31,13	-7,55

Al apreciar a simple vista la tabla nos podemos dar cuenta del gran déficit de personal en cada uno de los estamentos durante el transcurso de los dos años, guardando estrecha relación con los resultados obtenidos el objetivo número tres, ya que la dotación real del Servicio de Medicina durante el año 2005 y 2006 no varió en cantidad durante ningún mes.

A continuación se presentan los gráficos para cada tabla:

Gráfico número 7:

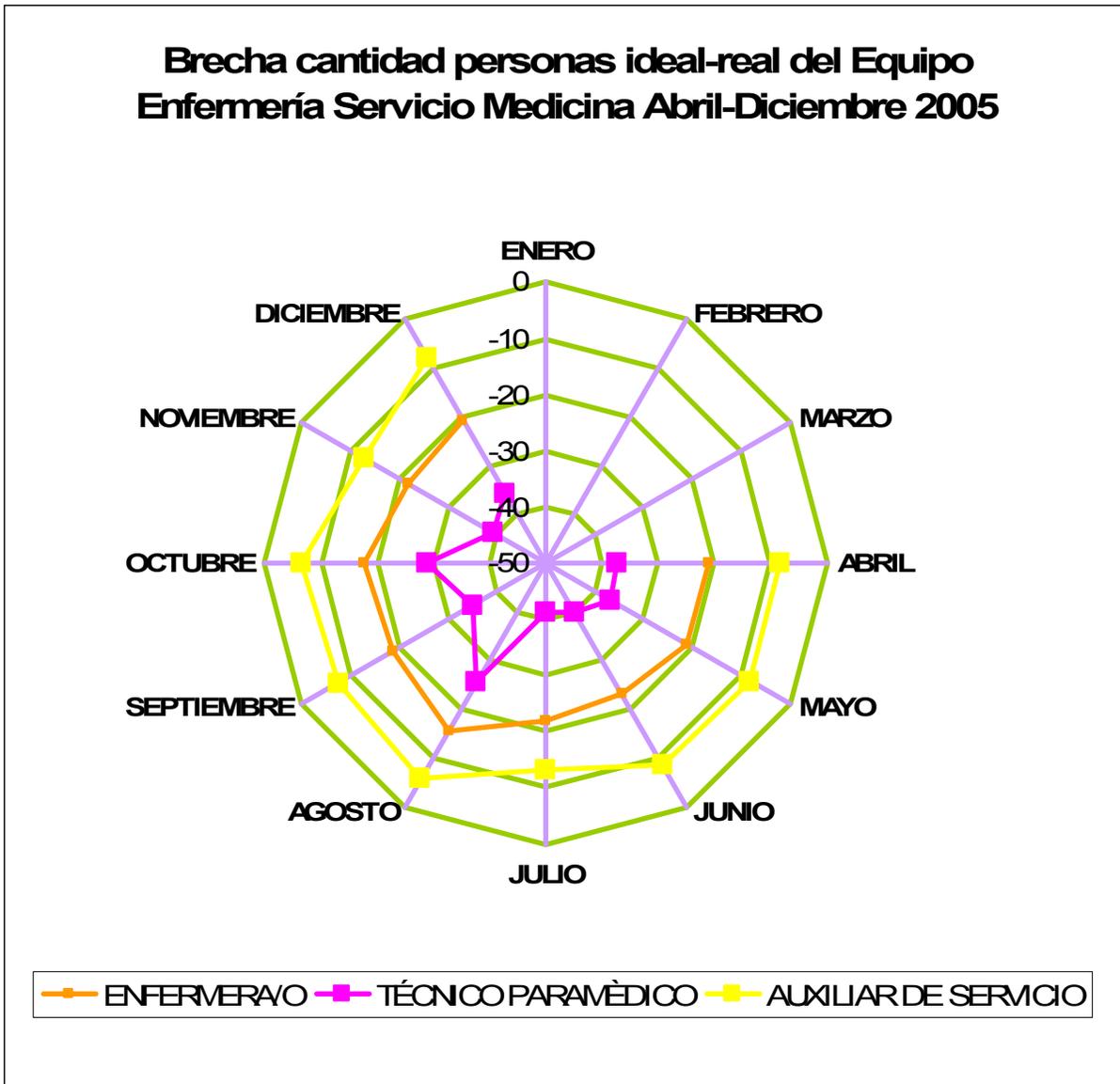
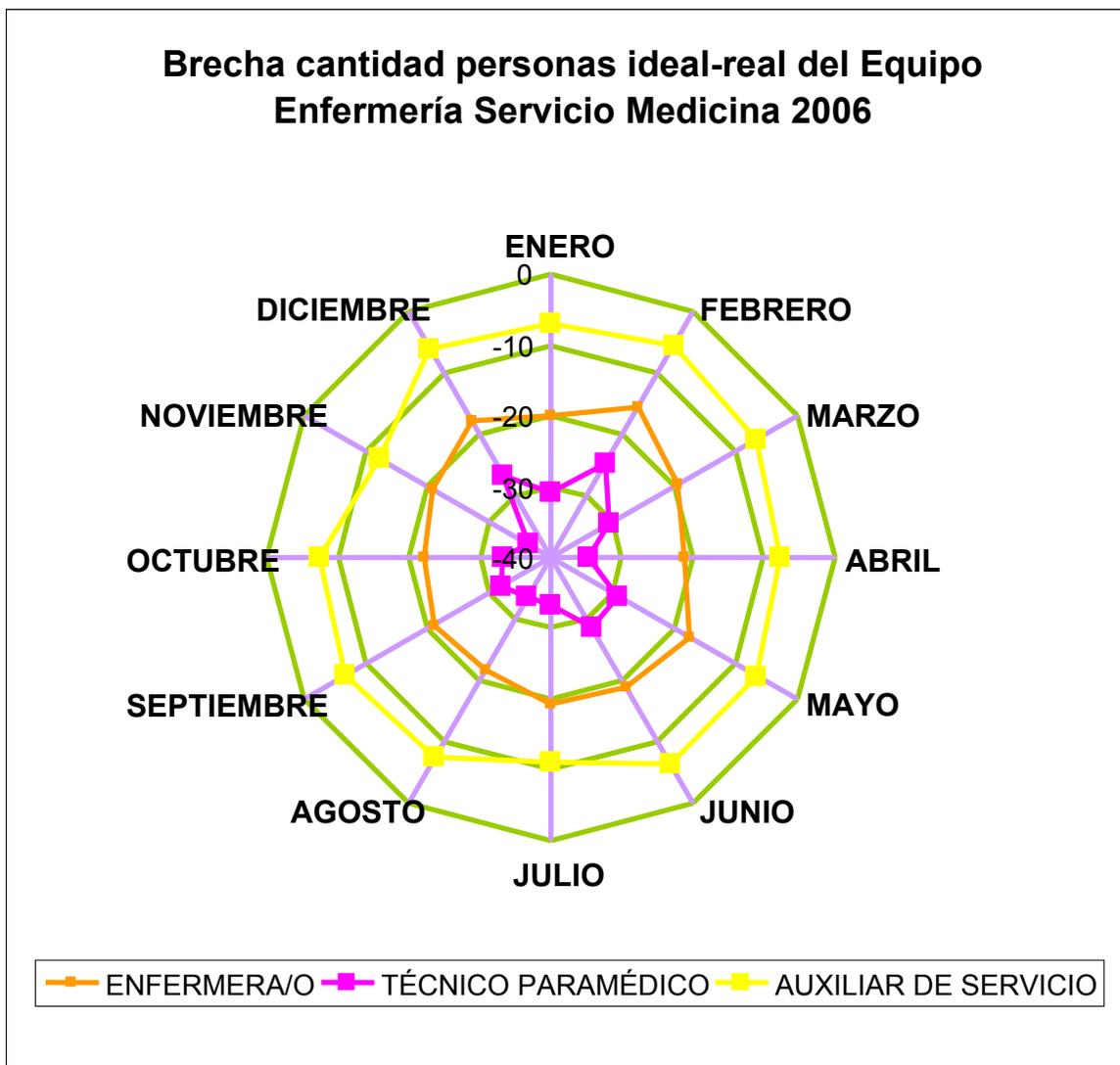


Gráfico número 8:



Al observar los gráficos se destacó la existencia de una brecha entre la cantidad de personas del Equipo de Enfermería que requirieron los pacientes durante los años 2005 y 2006 y los que trabajaron durante ese periodo.

Destacamos que existió un déficit notable de personas en cada estamento del Equipo de enfermería, existiendo la mayor falencia de personal técnico paramédico, le sigue el personal de enfermería y el estamento que presentó menor brecha de personal, y por lo tanto en que se presentó una dotación de personal mas adecuada a las necesidades de los pacientes fue el de los auxiliares de servicio.

Se presentaron variaciones en la distribución durante los meses del año, sin embargo las mayores fluctuaciones mensuales fueron dentro de los técnicos paramédicos. En los 3 estamentos se presenta mayor brecha durante el mes Junio y Julio en el año 2005 y en el mes de Octubre y Noviembre en el año 2006 que, al asociarlo con los gráficos anteriores notamos que se relacionan directamente con que en esos meses existieron más pacientes en el Servicio, la fracción de pacientes que se puede atender es menor y la dotación de personal que se necesita es mayor. En el mes de Agosto durante el año 2005 y Febrero en el año 2006 se presentó la menor brecha y como señalamos anteriormente también guarda relación directa con los gráficos anteriores sin embargo por ser el mes en que existieron menos pacientes, se atendieron a más pacientes y se requirió menos personal y por lo tanto la diferencia entre lo ideal y lo real es menor.

6. DISCUSIÓN.

A través de la recolección de categorizaciones de pacientes realizadas desde Abril del 2005 hasta Diciembre de 2006 fue posible reunir los datos necesarios para contraponerlos con el marco teórico y lograr dar respuesta a los objetivos planteados.

Si analizamos en primera instancia, que el objetivo de la categorización usuaria, según los chilenos García & Castillo (2000) es medir la presión asistencial de las diferentes unidades asistenciales y las cargas de trabajo de enfermería a partir del perfil del usuario según riesgo y dependencia. Se hace atinente señalar que la necesidad de establecer si la carga de trabajo de enfermería es cuantificable o no, y si es medible, lograr operacionalizarla, ha sido motivo de grandes investigaciones en el extranjero. Intentos por esclarecer en qué consiste se ven reflejados por Morris et al (2007) en Irlanda, donde a partir de revisión bibliográfica crean un modelo conceptual para explicar los elementos que constituyen la carga laboral de enfermería. En la década de los noventa Campbell et al. (1997) intentan predecir la carga de trabajo contabilizando a los pacientes hospitalizados sin tener en cuenta la severidad de su enfermedad, concluyendo que al no considerar el perfil de los usuarios, el medio ambiente, la condición tanto médica como de las enfermeras, era imposible predecir las cargas de trabajo de enfermería. Otra investigación realizada por Spence et al. (2006) en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Australiana señala que para medir cargas de trabajo de enfermería se debe tener en cuenta la dependencia y el nivel de cuidado requerido por los pacientes, como también es necesario considerar los factores organizacionales que puedan influir, tales como estrés mental, capacidad de trabajo independiente, cooperación entre enfermeras y con los médicos, presencia de estudiantes, existencia de personal de relevo, calendarización de los turnos, organización y gestión, siendo estos dos últimos los que mas aumentan la carga de trabajo. Esto nos ha parecido relevante en el contexto chileno, por la desarticulación con el trabajo médico y la gran delegación de responsabilidad de parte de este estamento al de enfermería. También parece relevante el considerar los sistemas de turnos como un factor que acentúe la carga laboral, al considerar el diseño de los sistemas de turnos, generalmente basados en jornadas de doce o más horas.

Estos estudios nos permiten visualizar que determinar la carga de trabajo en enfermería ha sido un camino difícil, en que existe una diversidad de metodologías e instrumentos para hacerlo, y por lo tanto no se establece un instrumento único para todos los países, estas investigaciones poseen similitudes con la realizada en esta tesis, empero la realizada por Pazetto, Sueko & Yamaguchi (2006) donde se evalúa la carga de trabajo de enfermería en Unidades de Cuidados intensivos de un Hospital Docente de Sao Paulo, utilizando instrumentos como las escalas TISS-28 y APACHE II es realmente comparable con nuestra investigación, ya que determina una directa relación entre la gravedad del paciente y la carga de trabajo de enfermería, es decir a mayor gravedad del paciente mayor la carga de trabajo de enfermería, relacionándose estrechamente con que a medida que aumenta el nivel de riesgo de los pacientes categorizados se requiere mayor número de cuidados terapéuticos y por lo tanto existe una mayor carga de trabajo para el personal. No obstante, este estudio no

considera los cuidados universales que requieren los pacientes al determinar carga laboral como en la categorización usuaria

Como resultado, creemos que la Categorización Usuaria es el instrumento más adecuado; siendo utilizado en la forma correcta, nos entregará una real aproximación a la carga de trabajo que tiene el personal de cada Unidad o Servicio donde sea aplicada y si es realizado en otras Unidades o Servicios se podrán establecer parámetros de comparación entre éstas, con diversas finalidades, tales como justificar sistemas de incentivos, dotación de mayor número de personal o redistribución de este, entre otros. Sin embargo, lo señalado anteriormente no es la finalidad de esta tesis debido a que no fue planteado como un objetivo, pero sí puede ser realizado en investigaciones futuras.

Ahora, si analizamos por separado el riesgo y la dependencia dentro de la categorización usuaria, diremos que el riesgo en salud, al ser expresado como un inminente peligro, es directamente proporcional al número horas-profesional que se requiere, entre más pacientes de alto riesgo terapéutico más profesionales de enfermería se necesitan para dar satisfacción a sus necesidades. Lo mismo ocurre con el nivel de dependencia, debido a que como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana. De esto se desprende que mientras mayor sea el número de pacientes con dependencia total, mayor debe ser el número de auxiliares de enfermería para dar satisfacción a sus necesidades básicas.

Si contextualizamos los conceptos riesgo terapéutico, nivel de dependencia, carga de trabajo dentro del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno, podemos señalar que si bien son conceptos conocidos, en la práctica están muy lejos de ser utilizados de la forma óptima, principalmente este último. El sistema de organización utilizado (denominado 'tercer turno modificado') es un turno de emergencia, que debe ser realizado en periodos críticos y por el menor tiempo posible, debido a que no sólo produce aumento de la carga física de trabajo sino que también aumento de la carga emocional y por lo tanto desmotivación y desgaste precoz del equipo de trabajo. No obstante, en este último tema es donde mayores falencias encontramos, ya que la evaluación de las cargas de trabajo que propone la categorización usuaria no enfoca al trabajador como una persona integral, sino como un mero prestador de servicios, sin dejar tiempo a desarrollar las otras áreas del rol profesional.

En consecuencia, creemos que es necesario destacar que esta investigación carece de un enfoque cualitativo que pueda complementar este estudio con información relacionada con la carga mental y la carga emocional que viven los trabajadores del área de la salud. Es en este aspecto donde el estudio realizado por Graud, Suñer & García (2005) que profundizan acerca del desgaste profesional en el personal sanitario español nos entrega una visión mas humanizada del trabajo, demostrando la importancia de tener en cuenta los factores personales y ambientales, como optimismo, autoestima individual, clima organizacional entre otros que pueden intervenir en el cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal que finalmente influir en el desempeño laboral, afectando a la persona, trato con colegas e institución y atención a los usuarios. Aplicando este estudio la Enfermera Supervisora podría

conocer mejor al personal determinar los factores que están fallando y fortalecer las características y aptitudes propias de cada persona para realizar una distribución de funciones y actividades acorde al perfil del usuario, pero también acorde al perfil del personal, lo que se traduce a un mejor rendimiento en la calidad de atención.

Por otra parte, considerando que la enfermera de hoy se capacita constantemente en diversas temáticas que corresponden a su quehacer, sobretodo en lo que respecta a temas ministeriales que rigen su desempeño dentro de los servicios de salud, y que a partir de un protocolo de acuerdo entre el Colegio de Enfermeras y el MINSAL, se designa a la enfermera como gestora del cuidado, se hace necesaria la capacitación sobre gestión del cuidado. En el transcurso de este estudio nos pudimos dar cuenta del gran nivel de desconocimiento y falta de interés de parte de las enfermeras por informarse a cabalidad sobre los servicios que debe manejar como gestora del cuidado y esto creemos se ve reflejado cuando al realizar las categorizaciones diariamente y registrarlas en una planilla tienen la creencia que sólo con eso están desempeñándose como gestoras del cuidado, ya que si bien los registros constituyen evidencia, por sí solos no son válidos como información, sino que requieren de un análisis que entregue información basada en evidencia científica y se transformen en actos de reorganización de los servicios. En resumen, la categorización pasaría de ser una actividad más de su carga sin ser un instrumento utilizado para determinar la dotación del talento humano.

Al relacionar los resultados obtenidos en la tesis con las experiencias en nuestra práctica clínica, afirmaremos que si bien el déficit de personal dentro de los Servicios y por ende la sobrecarga laboral del personal en turno son un constante tema y preocupación de las enfermeras supervisoras, como anteriormente lo señalamos, estas no cuentan con la evidencia necesaria para obtener el número ideal de personal, a pesar de recolectar diariamente las armas para hacerlo. Sin duda investigaciones como ésta significarían un gran aporte dentro de la administración del talento humano, ya que son la base, la evidencia para demostrar las brechas existentes para satisfacer la creciente demanda usuaria

Es probable que los profesionales y estudiantes de enfermería en Chile no se vean motivados para investigar temas administrativos, esto se hace notorio al descubrir que en la mayoría de las tesis de enfermería y los artículos de revistas publicadas tratan sobre temas del rol asistencial, contribuyendo a que exista muy poca información sobre estos temas. Lo que sumado a lo relativamente nuevo de la Gestión del Cuidado en el país hace que sea difícil comparar los resultados de esta tesis con otros estudios que se asemejen a nuestra realidad y por ende que sean un aporte novedoso como base para la realización de investigaciones sobre problemáticas que surgen en el desempeño como gestoras del cuidado.

7. CONCLUSIONES.

Este estudio se involucró en el rol administrativo de enfermería y en los servicios que comienzan a surgir a partir de su posicionamiento como gestora del cuidado. Tomando como base las pautas de categorizaciones usuarias que se aplicaron a los pacientes del Servicio de Medicina Interna, buscó aproximarse a la determinación de la dotación de personal del equipo de enfermería que pueda satisfacer a los pacientes según sus demandas de cuidado.

Desde el planteamiento del tema de estudio se descubrió que existe un desconocimiento generalizado por parte de las enfermeras sobre la finalidad de aplicar las categorizaciones a los pacientes hospitalizados, la gran mayoría se refiere a que es un instrumento para conocer el perfil de los pacientes que se atienden, lo que es cierto, pero desconocen que uno de los objetivos principales de esta es el ser instrumento válido y hasta el momento el más adecuado (a pesar de que considera solo la carga física y no mental y emocional del personal) que permita determinar la dotación del personal.

En primera instancia se logró determinar el perfil del usuario que se hospitaliza en el Servicio de Medicina Interna, siendo un paciente de alto y mediano riesgo, predominando el paciente de alto riesgo terapéutico en la población sobre los 35 años, en su mayoría el adulto mayor. Según dependencia se clasifica en los rangos de dependencia total y media, en el rango etario sobre los 35 años, predominando la parcial entre los 35-65 años y la total en los mayores de 65 años, esto podría desprenderse de la gravedad de las patologías por las que son hospitalizados y a las múltiples enfermedades crónicas asociadas del anciano, que requieren gran cantidad de cuidados terapéuticos y sus capacidades para valerse por sí solos son menores por lo que requieren mayor asistencia en los cuidados universales.

Teniendo en cuenta el perfil de usuario, a simple vista se pudo pensar que la carga laboral era alta, ya que eran pacientes en su mayoría medianamente críticos, de alto riesgo y dependencia parcial (B2), para responder a esta incógnita se hizo necesario conocer cuánta era la carga laboral que tenía el personal, esta carga fue medida en fracción de pacientes que puede atender el personal de salud, considerando sólo la carga física. Según estamento, en orden creciente, en promedio, los técnicos paramédicos atendieron aproximadamente 2,9 pacientes en el 2005 y 2006, le siguen los profesionales de enfermería que atendieron aproximadamente 6,2 pacientes en el 2005 y 5,8 pacientes en el 2006, y los auxiliares de servicio atendieron aproximadamente 10 pacientes en el 2005 y 9,8 pacientes en el 2006, al comparar estos resultados con los parámetros estandarizados de García y Castillo (2000), la carga laboral de los tres estamentos se aproximó a la estandarizada para la atención del paciente tipo B2, por lo tanto fue adecuada para el perfil del paciente, si se quisiera ser más exacto, al estar unos decimales más abajo, la carga de trabajo estaría levemente más baja de lo adecuado.

Considerando que la carga de laboral del equipo de enfermería estuvo dentro de los parámetros normales se puede deducir que las personas que componen el equipo no se encuentran sobrecargadas de trabajo y que podría cumplir con otras funciones que competen al cuidado de sus usuarios sin mayores problemas, lo que conlleva a tener personal satisfecho al realizar su trabajo, sin estrés laboral, usuarios conformes, cumplimiento de metas del servicio, sin embargo, este estudio no consideró la carga emocional del trabajador, por lo tanto, sería especulativo afirmar que todo esto puede pasar, ya que no tenemos evidencia que lo confirme.

Lo que se pudo determinar fue la cantidad de personal que se requiere para satisfacer las necesidades de los pacientes, que según estamento y en orden creciente serían 15 auxiliares de servicio, 28 enfermeras y 61 técnicos paramédicos (todos valores aproximados) y comparando con las cifras reales, resulta una brecha negativa en que existió un déficit de 8 auxiliares de servicio, 20 enfermeras y 31 técnicos paramédicos.

Esta subdotación de personal fue notoria, y es en esta instancia donde se hace más evidente la importancia de comprometerse con la gestión del cuidado, utilizando las herramientas que se tienen, en este caso, las categorizaciones de los pacientes, y en donde se refleja lo necesario de la aplicación este estudio no solo en el Servicio de Medicina del Hospital Base Osorno, si no, en muchos otros que pueden presentar un déficit en la dotación de recurso humano.

En relación con lo anteriormente señalado se realiza una propuesta para solucionar esta problemática. Primero, teniendo en cuenta que el día 14 de Diciembre de 2007 se aprobó la norma general administrativa número 19, “Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada”, en que se le atribuye a la enfermera la participación en la definición de políticas y lineamientos estratégicos de la institución en todo lo relacionado con dotación de personal, recursos materiales, físicos y financieros del cuidado de enfermería y la gestión de los servicios hospitalarios, esta investigación basada en evidencia científica constituye un documento válido para requerir una mayor dotación de personal en el Servicio. Para finalizar no sólo sugerimos se debe contratar más personal, sino redistribuir el personal que se tiene tomando como base la gestión de talentos, en este caso, el Servicio tiene cinco sectores, por lo que creemos se debería distribuir personal capacitado en pacientes críticos en la Unidad de tratamientos intermedios, y Aislados. Para el caso del sector Quimioterapia creemos necesario personal que sólo se dedique a estos pacientes y que se caractericen por la empatía. Tanto para Hombres como Mujeres, personal competente y que establezca una buena relación con los familiares de los pacientes hospitalizados. Además, proponemos que la distribución del personal debe hacerse de acuerdo a las actividades que hay en el día, fortaleciendo el trabajo matutino con la realización de turnos de mañana, y disminuyendo hacia los turnos de tarde y noche.

No se pudo realizar una propuesta más concreta en lo relativo a la distribución según talentos, ya que esta tesis no investiga sobre el perfil que debe tener el personal que atiende al usuario estudiado, y tampoco considera la carga emocional al momento de determinar la dotación que requiere, es por esto que se hace necesario que la Enfermera a cargo del personal, conozca los talentos que posee su recurso humano, de lo contrario se hace difícil fomentarlos de manera adecuada para el beneficio de la institución, usuarios y los mismos funcionarios. Por ello, creemos necesario ampliar este estudio a través de investigaciones futuras que abarquen los tópicos señalados.

8. REFERENCIAS.

1. Álvarez, D. & Schweiger, A. (2007). *Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: Aproximación al concepto de estimación de brecha*. Recuperado: 27/08/2007.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400010&lng=es&nrm=iso.
2. Anierte, N. (2006). *Historia de la enfermería*. Recuperado: 16/11/2007.
Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_histor_enf.htm.
3. Aristóteles. (384 a.C. – 322 a.C.). *Política*. Recuperado: 06/09/2007.
Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/13561630989134941976613/index.htm>.
4. Asociación Chilena de Educación en Enfermería. (ACHIEEN). (2007). *Historia*. Recuperado: 04/09/2007.
Disponible en: <http://www.achieen.cl/achieen/historia.htm>.
5. Ayala, R. (2007). *Clase de administración y enfermería*. Recuperado: 06/09/2007.
Documento inédito.
6. Ballivián, R. & González, C. (2006). *Los nuevos modelos de gestión del principal activo de una empresa*. Recuperado: 04/09/2007.
Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales6/ger/nuevos-modelo-gestion.htm>.
7. Bohlander, G.; Snell, S. & Sherman, A. (2001). *Administración de recursos humanos*. México: Thomson learning.
8. Campbell, T.; Taylor, S.; Callaghan, S. & Shuldham, C. (1997). *Case mix type as a predictor of nursing workload*. *Journal of Nursing Management*, 5, 237-240.
9. Chavarría, R. (1986). *La carga física de trabajo: definición y evaluación*. Recuperado: 29/08/2007.
Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_177.htm.

10. Código Sanitario. (1997). *Artículo 113*.
Recuperado: 27/08/2007.
Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/art113.htm>.
11. Colegio de Enfermera de Chile A.G. (2006). *Gestión del cuidado: Protocolo acuerdo Octubre 2006*.
Recuperado: 27/08/2007.
Disponible en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/protocolo_gestion_del_cuidado_2006.htm.
12. Colegio de Enfermera de Chile A.G. (2007). *“Haciendo camino al andar”:*
Universidad de Chile celebró 100 años escuela de enfermería.
Recuperado: 04/09/2007.
Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?Ob=1&Id=704>.
13. Colegio de Enfermera de Chile A.G. (2006). *Informativo I*.
Recuperado: 27/08/2007.
Disponible en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/TRIPTICO_GESTION_DEL_CUIDADO.pdf.
14. Colegio de Enfermera de Chile A.G. (2007). *Norma general administrativa número 19*.
Recuperado: 09/01/2008.
Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/norma.doc>
15. De La Cueva, C. (1995). *Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria*.
Recuperado: 23/12/2007.
Disponible en : http://www.tid.es/documentos/boletin/numero8-9_7.pdf
16. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE).(2001). *Gestión, gestionar, evaluar*.
Recuperado: 06/08/2007.
Disponible en: <http://buscon.rae.es/draeI/>.
17. Enfermeros.org. (2006). *Historia de la enfermería*.
Recuperado: 16/11/2007.
Disponible en: <http://enfermeros.org/historia.html>.
18. Garcia, M. & Castillo, L. (2000). *Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería*.
Recuperado: 11/10/2006.
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-9887&lng=es&nrm=iso

19. Gobierno de Chile – Servicio nacional de aduanas. (2007). *La gestión de riesgo*. Recuperado: 27/08/2007.
 Disponible en: http://www.aduana.cl/p4_principal/antialone.html?page=http://www.aduana.cl/p4_principal/site/artic/20050916/pags/20050916161822.html
20. Grau, A.; Suñer, R. & García, M. (2005). *Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales*. Recuperado: 12/01/2008.
 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007&lng=es&nrm=&tlng=es
21. Henández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
22. Imsero. (2004). Libro Blanco de la dependencia. *Capítulo VI El sistema sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia*. Recuperado: 03/09/2007.
 Disponible en: http://antiguo.cermi.es/documentos/descargar/Libro_Blanco/Capitulo06.pdf.
23. Índice Internacional y Diccionario de la Rehabilitación y de la Integración Social (IIDRIS). (2004). *Carga de trabajo*. Recuperado: 28/08/2007.
 Disponible en: <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/13/1311>
24. Marriner-Tomey, A. & Alligod, M.R. (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Elsevier.
25. Montero, S. (2007). *Acerca del Pueblo Mapuche: Su Historia y Organización Social*. Recuperado: 20/12/2007.
 Disponible en: <http://www.mapa.uchile.cl/artesamapuche/historia.htm>.
26. Morris, R.; MacNeela, P.; Scout, A.; Treacy, P. & Hyde, A. (2007). *Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review*. *Journal of Sdvanced Nursing*, 57 (5), 463-471.
27. Nogareda, C. (1999). *La carga mental del trabajo: definición y evaluación*. Recuperado: 29/08/2007.
 Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_179.htm.

28. Parada, R. (2003). *Discurso XL Aniversario Escuela Enfermería Universidad Austral de Chile 1963-2003*.
Recuperado: 10/04/2008.
Disponible en:
http://www.uach.cl/rrpp/comunicados/abril_03/anexos/discurso_directoraenfermeria.htm
29. Pazetto, A.; Sueko, S. Yamaguchi, I. (2006). *Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI*.
Recuperado: 12/01/2008.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100003&lng=es&nrm=iso
30. Portal especializado en gerontología y geriatría, (2004). *Psicología del envejecimiento*.
Recuperado: 03/09/2007.
Disponible en:
<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/autonomia/pyr.html#aut1>.
31. Sanhueza, O. & Torres, A. (2006). *Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería*.
Recuperado: 27/08/2007.
Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200012&lng=es&nrm=iso.
32. Spence, K.; Tarnow-Mordi, W.; Duncan, G.; Jayasuria, N.; Elliot, J.; King, J. & Kite, F. (2006). *Measuring nursing workload in neonatal intensive care*. *Journal of Nursing Management*, 14, 227-234.
33. Stieповich, J. (2002). *Desarrollo de enfermería como disciplina*.
Recuperado: 04/09/2007.
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
34. Universidad Nacional de Colombia. (2004). *Aspectos conceptuales del cuidado de enfermería: Utilidad para la práctica y la investigación*.
Recuperado: 04/09/2007.
Disponible en:
http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005400/unidades/unidad2/subunida_d2b/aspectos_cuidado_2.3b.html.
35. Wikipedia, La Enciclopedia Libre. (2007). *La Mujer En la Sociedad Inca*.
Recuperado: 20/12/2007.
Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/La_mujer_en_la_sociedad_inca

36. Zárate, R. (2004). *La gestión del cuidado de enfermería.*

Recuperado: 27/08/2007.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm.

9. ANEXOS.

ANEXO 1.

Tabla 1.
Estructura turnos enfermeras.

	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
A	L	L	N	N	-	-	L
B	N	N	-	-	L	L	N
C	-	-	L	L	N	N	-
D	-	-	L	L	N	N	-

* Quedan 2 Enfermeras en turno de Largo y Noche.

Tabla 2.
Estructura de turnos auxiliares de enfermería.

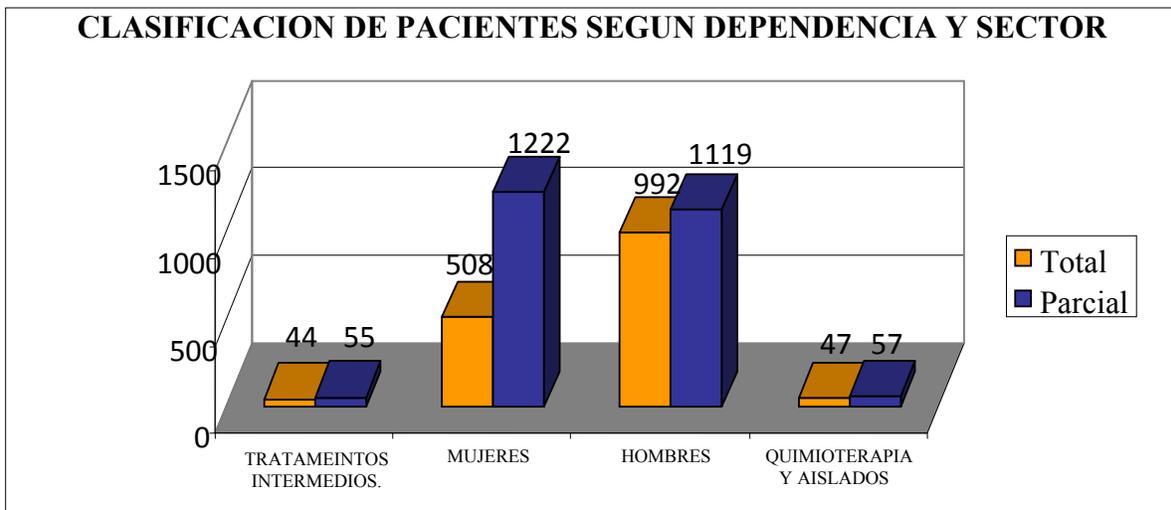
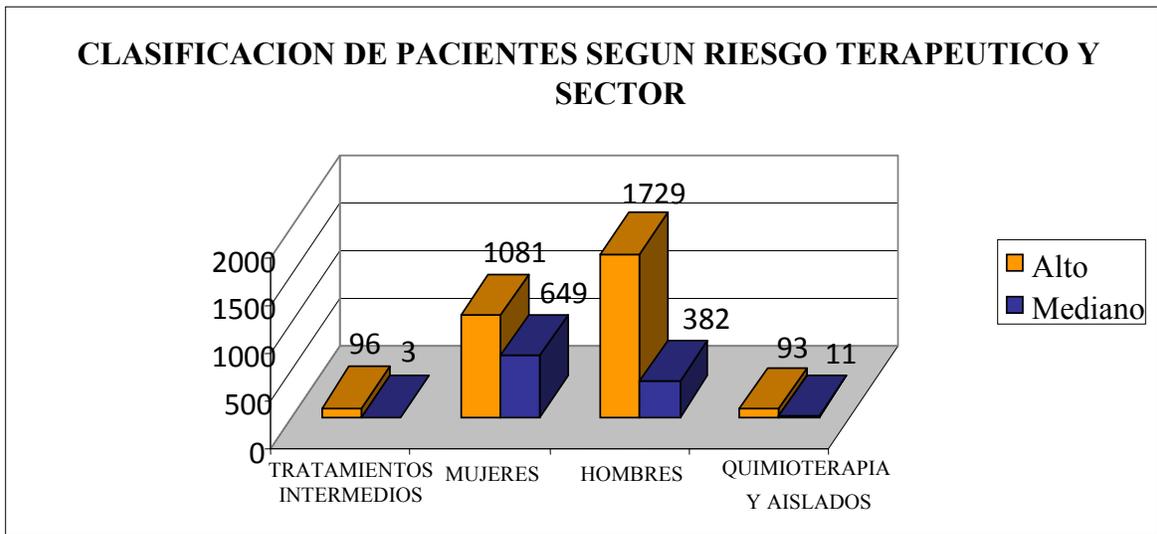
	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
A	L	N	N	-	-	L	L
B	T*	C*	C*	L	L	N	N
C	N	-	-	L*	T*	C*	C*
D	-	L	L	N	N	-	-

* Técnico paramédico en su semana de continuado que realiza labores de volantería.

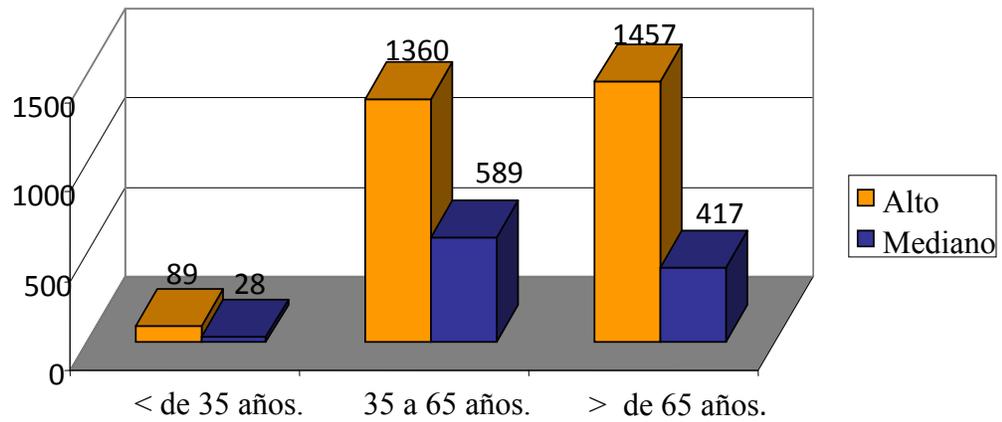
ANEXO 2.

Pacientes categorizados en el Servicio de Medicina entre Enero y Marzo de 2007.

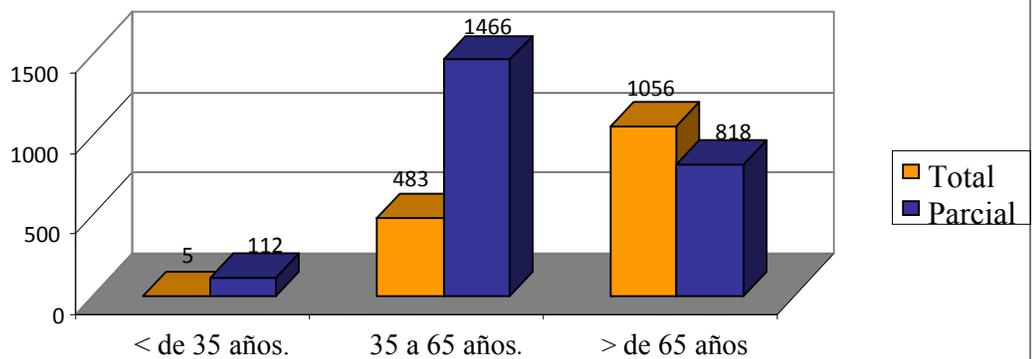
Total de pacientes	Tratamientos Intermedios.	Mujeres.	Hombres.	Quimioterapia y Aislados.
	99	1730	2111	104



CLASIFICACION DE PACIENTES SEGUN RIESGO TERAPEUTICO Y EDAD



CLASIFICACION DE PACIENTES SEGUN DEPENDENCIA Y EDAD



ANEXO 3.

ANEXO I.

Estandarización de la Unidad de Medida de la Actividad en Establecimientos de Salud.

Página 10 de 34

- BORRADOR PRELIMINAR -

Cuadro N° 2
Pauta de Categorización de Pacientes en Salas de Hospitalización

CUIDADOS TERAPEUTICOS		EVALUACIÓN	
Medición de Parámetros	<ul style="list-style-type: none"> * Presión Arterial * Frecuencia Cardíaca * Temperatura * Frecuencia Respiratoria * Latidos Cardíacos Fetales * Medición H.G.T. 	Control de Signos 1 a 2 veces al día (c/12 hrs.) Control de Signos 3 a 10 veces al día (c/8 hrs.) Control de Signos más de 10 veces al día (c/2 hrs.)	1 punto 2 puntos 3 puntos
Intervenciones Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> * Visita Enfermeras o Matronas * Visita Médica * Procedimientos Médicos * Procedimientos Kinésicos * Toma de Muestras * Cambio de Indicaciones de Enfermería u Obstetricia. * Cambio de Indicaciones Médicas * Apoyo Educativo * Relación de Ayuda 	1 a 4 intervenciones diarias 5 a 8 intervenciones diarias más de 9 intervenciones diarias	1 punto 2 puntos 3 puntos
Procedimientos Terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> * Cuidados Cutáneos * Tratamiento * Aislamiento * Oxigenoterapia * Balance Hídrico * Drenajes Catéteres y Vías Vasculares * Ventilación Mecánica * Monitoreo Invasivo * Procedimientos Invasivos de Apoyo (diálisis, medición gasto cardíaco) 	Prevención de escaras Curación 1 a 2 veces al día Curación 3 o más veces al día Con un fármaco o una intervención terapéutica De dos a cuatro fármacos o intervenc. Teraps. Inyectable y otras vías (no endovenoso) Con cinco o más fármacos o intervenc. teraps. Tratamiento Intravenoso Aislamiento sin medidas especiales (precaución) Aislamiento especial (contacto, respirat., protect.) Aislamiento estricto Oxígeno por halo, máscara o bigotera Oxígeno y tubo o cánula Cada 24 horas Cada 12 - 8 - 6 horas Cada 4 horas o menos Con una sonda, drenaje, catéter o vía Con más de una sonda, drenaje, catéter o vía CPAP Convencional Alta frecuencia ECMO, óxido nítrico Una presión Dos presiones Tres presiones Un procedimiento Dos procedimientos Tres procedimientos	1 punto 2 puntos 3 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos 2 puntos 3 puntos 3 puntos 2 puntos 3 puntos 3 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos
CUIDADOS UNIVERSALES		EVALUACIÓN	
Prácticas de Confort	<ul style="list-style-type: none"> * Aseo de Cavidades * Baño en Cama * Deambulación con Ayuda * Uso de Sistemas de Sujeción * Aseo Genital * Cambio de Ropa y Posición * Sentar en Silla 	0 a 5 procedimientos diarios 6 a 20 procedimientos diarios más de 20 procedimientos	1 punto 2 puntos 3 puntos
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> * Oral * Enteral * Parenteral 	Oral Autoadministrada Oral y Enteral, hasta 5 veces al día Oral y Enteral, más de 5 veces al día Parenteral parcial o total	0 punto 2 puntos 3 puntos 3 puntos
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> * Orina * Contenido Gástrico * Vómitos * Secreciones * Deposición * Otros 	Autorrecolección de egresos Recolección asistida de egresos Recolección por sonda, prótesis o pañales	0 punto 2 puntos 3 puntos

MINISTERIO DE SALUD - DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

ANEXO 4.

ANEXO 2.

Estandarización de la Unidad de Medida de la Actividad en Establecimientos de Salud.

Página 13 de 34

- BORRADOR PRELIMINAR -

Cuadro N° 3

Categorización Diaria de Pacientes en Salas de Hospitalización

ESTABLECIMIENTO:	SALA:
SERVICIO CLINICO:	FECHA:
UNIDAD:	

EVALUACIÓN DE RIESGO	CAMA NUMERO:																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Medición de Parámetros																								
Intervenciones Profesionales																								
Cuidados Cutáneos																								
Tratamiento																								
Aislamiento																								
Oxigenoterapia																								
Balance Hídrico																								
Drenajes, catéteres y vías vascul.																								
Ventilación Mecánica																								
Monitoreo Invasivo																								
Proced. Invasivos de Apoyo																								
Total Puntaje por Riesgo	(25 o más puntos = A; entre 12 y 24 = B ; entre 6 y 11 = C; y menos de 5 puntos = D)																							

CATEGORÍA DE RIESGO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

EVALUACIÓN DE DEPENDENCIA	CAMA NUMERO:																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Prácticas de Confort																								
Alimentación																								
Eliminación																								
Total Puntaje por Dependencia	(Siete o más puntos = 1; entre tres y seis = 2; dos puntos o menos = 3)																							

CATEGORIA DE DEPENDENCIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

CATEGORÍA DE RIESGO Y DEPENDENCIA	CAMA NUMERO:																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1
	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2	A2
	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3	A3
	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1	B1
	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2	B2
	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3	B3
	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	
	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	C2	
	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	C3	
	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	D1	
	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	D2	
D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3		

RESUMEN DIARIO	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	D1	D2	D3	TOTAL

ANEXO 5.

PLANTA DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN CATEGORIZACION

SERVICIO	CATEGORIAS													COBERTURAS							DOTACION			
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	CARGA TOTAL	Pacientes promedio por día	Cob. Promedio día	Cob. Promedio global	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Requerida	Real	Diferencia	
MEDICINA AÑO 2005																								
ENERO																								
Nº DE PACIENTES																								
% PACIENTES	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!				M	T	N	Libre	Ene-05	Ene-05		
ENFERMERA/O	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	64%	18%	18%	18%	#DIV/0!	8,0	#DIV/0!	
TÉCNICO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	54%	23%	23%	23%	#DIV/0!	28,0	#DIV/0!	
PARAMÉDICO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!				###	###	###	###				
AUXILIAR DE SERVICIO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	50%	50%	0%	0%	#DIV/0!	7,0	#DIV/0!	
FEBRERO																								
Nº DE PACIENTES	0																							
% PACIENTES	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!				M	T	N	Libre	Feb-05	Feb-05		
ENFERMERA/O	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	64%	18%	18%	18%	#DIV/0!	8,0	#DIV/0!	
TÉCNICO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	54%	23%	23%	23%	#DIV/0!	28,0	#DIV/0!	
PARAMÉDICO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!				###	###	###	###				
AUXILIAR DE SERVICIO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	50%	50%	0%	0%	#DIV/0!	7,0	#DIV/0!	
MARZO																								
Nº DE PACIENTES																								
% PACIENTES	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!				M	T	N	Libre	Mar-05	Mar-05		
ENFERMERA/O	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	64%	18%	18%	18%	#DIV/0!	8,0	#DIV/0!	
TÉCNICO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		###	###	54%	23%	23%	23%	#DIV/0!	28,0	#DIV/0!	
PARAMÉDICO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!				###	###	###	###				
AUXILIAR DE SERVICIO	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	#DIV/0!		4,61	13,83	50%	50%	0%	0%	#DIV/0!	13,8	7,0	-6,8
ABRIL																								
Nº DE PACIENTES	0	488	90	0	0	637	336	0	0	0	0	0	1551											
% PACIENTES	0,0%	31,5%	5,8%	0,0%	0,0%	41,1%	21,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Abr-05	Abr-05		
ENFERMERA/O	0,00	0,72	0,27	0,00	0,00	2,67	2,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,27	51,7	8,2514	24,754	64%	18%	18%	18%	#DIV/0!	29,2	8,0	-21,2
TÉCNICO	0,00	0,60	0,15	0,00	0,00	1,36	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,92	51,7	17,697	53,091	54%	23%	23%	23%	#DIV/0!	65,3	28,0	-37,3
PARAMÉDICO	0,00	0,60	0,15	0,00	0,00	1,36	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,92	51,7	17,697	53,091	15,84	4,456	4,456	4,456				
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,36	0,52	0,00	0,00	4,31	2,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,09	51,7	5,1231	15,369	28,67	12,21	12,21	12,21	#DIV/0!	15,4	7,0	-8,4
TABLA ESTANDAR																								
ASIGNACION DE PERSONAL POR PERFIL DE PACIENTES													FORMULAS DE CALCULO											
PERSONAL ENFERMERÍA	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS													PERFIL DE PACIENTES % (PF)										
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ASIGNACION PERSONAL / PACIENTE PERSONAL PERFIL SERVICIO (APP) (PPS)				SUMA PPS(A1-D3) Npac/CGT							
ENFERMERA	2,1	2,3	4,7	14,4	5	6,5	12	16,9	11,5	12,5	16	20,5	CARGA TOTAL COBERTURA PERSONAL PROMEDIO (CGT) (CPP)				Ncat/Npacx100 24/T(hras) APPxPF/100							
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1,9	1,9	2,5	4,3	2,9	3,3	3,8	6,4	6,4	8	10,6	20,5	COBERTURA PERSONAL GLOBAL (CPG)				CPPxTno(3o2o1)							
AUXILIAR DE APOYO	7,5	7,5	8,9	12,8	8,6	10,5	13,4	20,0	14,8	21,5	27,7	45	COBERTURA POR TURNO (CTNO)				CPGxppTno/100							

PLANTA DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN CATEGORIZACION

SERVICIO	CATEGORIAS													COBERTURAS							DOTACION		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	CARGA TOTAL	Pacientes promedio por día	Cob. Promedio día	Cob. Promedio global	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Requerida	Real	Diferencia
MEDICINA AÑO 2005																							
MAYO																							
Nº DE PACIENTES	0	540	62	0	0	629	346	0	0	0	0	0	1577										
% PACIENTES	0,0%	34,2%	3,9%	0,0%	0,0%	39,9%	21,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	May-05	May-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,79	0,18	0,00	0,00	2,59	2,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,20	50,87	8,2078	24,623	64%	18%	18%	18%	29,1	8,0	-21,1
TÉCNICO																	15,76	4,432	4,432	4,432			
PARAMÉDICO	0,00	0,65	0,10	0,00	0,00	1,32	0,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,90	50,87	17,548	52,645	54%	23%	23%	23%	64,8	28,0	-36,8
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,57	0,35	0,00	0,00	4,19	2,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,05	50,87	5,0637	15,191	28,43	12,11	12,11	12,11	15,2	7,0	-8,2
																	7,595	7,595	0	0			
JUNIO																							
Nº DE PACIENTES	0	599	43	0	0	620	302	0	0	0	0	0	1564										
% PACIENTES	0,0%	38,3%	2,7%	0,0%	0,0%	39,6%	19,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Jun-05	Jun-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,88	0,13	0,00	0,00	2,58	2,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,90	52,13	8,8297	26,489	64%	18%	18%	18%	31,3	8,0	-23,3
TÉCNICO																	16,95	4,768	4,768	4,768			
PARAMÉDICO	0,00	0,73	0,07	0,00	0,00	1,31	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,84	52,13	18,366	55,099	54%	23%	23%	23%	67,8	28,0	-39,8
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,87	0,24	0,00	0,00	4,16	2,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,87	52,13	5,2833	15,85	29,75	12,67	12,67	12,67	15,8	7,0	-8,8
																	7,925	7,925	0	0			
JULIO																							
Nº DE PACIENTES	0	590	71	0	0	579	325	0	0	0	0	0	1565										
% PACIENTES	0,0%	37,7%	4,5%	0,0%	0,0%	37,0%	20,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Jul-05	Jul-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,87	0,21	0,00	0,00	2,40	2,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,98	50,48	8,4455	25,337	64%	18%	18%	18%	29,9	8,0	-21,9
TÉCNICO																	16,22	4,561	4,561	4,561			
PARAMÉDICO	0,00	0,72	0,11	0,00	0,00	1,22	0,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,84	50,48	17,776	53,329	35%	35%	30%	30%	69,3	28,0	-41,3
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,83	0,40	0,00	0,00	3,88	2,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,90	50,48	5,0997	15,299	18,67	18,67	16	16	20,2	7,0	-13,2
																	5,049	5,049	5,049	5,049			
AGOSTO																							
Nº DE PACIENTES	0	388	78	0	0	567	299	0	0	0	0	0	1332										
% PACIENTES	0,0%	29,1%	5,9%	0,0%	0,0%	42,6%	22,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Ago-05	Ago-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,67	0,28	0,00	0,00	2,77	2,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,41	42,96	6,7064	20,119	64%	18%	18%	18%	23,7	8,0	-15,7
TÉCNICO																	12,88	3,621	3,621	3,621			
PARAMÉDICO	0,00	0,55	0,15	0,00	0,00	1,40	0,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,96	42,96	14,525	43,576	54%	23%	23%	23%	53,6	28,0	-25,6
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,18	0,52	0,00	0,00	4,47	3,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,18	42,96	4,2186	12,656	23,53	10,02	10,02	10,02	12,7	7,0	-5,7
																	6,328	6,328	0	0			

TABLA ESTANDAR

PERSONAL ENFERMERÍA	ASIGNACION DE PERSONAL POR PERFIL DE PACIENTES													FORMULAS DE CALCULO									
	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS													PERFIL DE PACIENTES % (PF)									
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ASIGNACION PERSONAL / PACIENTE PERSONAL PERFIL SERVICIO (APP)	CARGA TOTAL (CGT)	COBERTURA PERSONAL PROMEDIO (CPP)	COBERTURA PERSONAL GLOBAL (CPG)	COBERTURA POR TURNO (CTNO)	Ncat/Npacx100	24/T(hras)	APPxPF/100	SUMA PPS(A1-D3) Npac/CGT	CPPxTno(3o2o1)	CPGxppTno/100
ENFERMERA	2,1	2,3	4,7	14,4	5	6,5	12	16,9	11,5	12,5	16	20,5											
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1,9	1,9	2,5	4,3	2,9	3,3	3,8	6,4	6,4	8	10,6	20,5											
AUXILIAR DE APOYO	7,5	7,5	8,9	12,8	8,6	10,5	13,4	20,0	14,8	21,5	27,7	45											

PLANTA DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN CATEGORIZACION

SERVICIO	CATEGORIAS													COBERTURAS							DOTACION		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	CARGA TOTAL	Pacientes promedio por día	Cob. Promedio día	Cob. Promedio global	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Requerida	Real	Diferencia
MEDICINA AÑO 2005																							
SEPTIEMBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	424	71	0	0	625	359	0	0	0	0	0	1479										
% PACIENTES	0,0%	28,7%	4,8%	0,0%	0,0%	42,3%	24,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Sep-05	Sep-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,66	0,23	0,00	0,00	2,75	2,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54	49,3	7,533	22,599	64% 14,46	18% 4,068	18% 4,068	18% 4,068	26,7	8,0	-18,7
TÉCNICO																	54%	23%	23%	23%			
PARAMÉDICO	0,00	0,54	0,12	0,00	0,00	1,39	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,98	49,3	16,535	49,604	26,79	11,41	11,41	11,41	61,0	26,0	-35,0
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,15	0,43	0,00	0,00	4,44	3,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,27	49,3	4,8018	14,405	50% 7,203	50% 7,203	0	0	14,4	7,0	-7,4
OCTUBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	372	26	0	0	790	247	0	0	0	0	0	1435										
% PACIENTES	0,0%	25,9%	1,8%	0,0%	0,0%	55,1%	17,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Oct-05	Oct-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,60	0,09	0,00	0,00	3,58	2,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,33	46,29	7,3182	21,955	64% 14,05	18% 3,952	18% 3,952	18% 3,952	25,9	8,0	-17,9
TÉCNICO																	54%	23%	23%	23%			
PARAMÉDICO	0,00	0,49	0,05	0,00	0,00	1,82	0,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,01	46,29	15,386	46,157	24,92	10,62	10,62	10,62	56,8	28,0	-28,8
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	1,94	0,16	0,00	0,00	5,78	2,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,19	46,29	4,5416	13,625	50% 6,812	50% 6,812	0	0	13,6	7,0	-6,6
NOVIEMBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	505	60	0	0	681	234	0	0	0	0	0	1480										
% PACIENTES	0,0%	34,1%	4,1%	0,0%	0,0%	46,0%	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Nov-05	Nov-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,78	0,19	0,00	0,00	2,99	1,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,86	49,33	8,413	25,239	64% 16,15	18% 4,543	18% 4,543	18% 4,543	29,8	8,0	-21,8
TÉCNICO																	35%	35%	30%	30%			
PARAMÉDICO	0,00	0,65	0,10	0,00	0,00	1,52	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,87	49,33	17,195	51,584	18,05	18,05	15,48	15,48	67,1	28,0	-39,1
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,56	0,36	0,00	0,00	4,83	2,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,87	49,33	4,998	14,994	33% 4,948	33% 4,948	33% 4,948	33% 4,948	19,8	7,0	-12,8
DICIEMBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	528	96	0	0	593	321	0	0	0	0	0	1538										
% PACIENTES	0,0%	34,3%	6,2%	0,0%	0,0%	38,6%	20,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Dic-05	Dic-05	
ENFERMERA/O	0,00	0,79	0,29	0,00	0,00	2,51	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,09	49,61	8,1412	24,424	64% 15,63	18% 4,396	18% 4,396	18% 4,396	28,8	8,0	-20,8
TÉCNICO																	54%	23%	23%	23%			
PARAMÉDICO	0,00	0,65	0,16	0,00	0,00	1,27	0,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,87	49,61	17,263	51,789	27,97	11,91	11,91	11,91	63,7	28,0	-35,7
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,57	0,56	0,00	0,00	4,05	2,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,98	49,61	4,9732	14,92	50% 7,46	50% 7,46	0	0	14,9	7,0	-7,9

TABLA ESTANDAR

PERSONAL ENFERMERÍA	ASIGNACION DE PERSONAL POR PERFIL DE PACIENTES													FORMULAS DE CALCULO															
	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS													PERFIL DE PACIENTES % (PF)															
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ASIGNACION PERSONAL / PACIENTE PERSONAL PERFIL SERVICIO (APP)	ASIGNACION PERSONAL / PACIENTE PERSONAL PERFIL SERVICIO (PPS)	CARGA TOTAL (CGT)	COBERTURA PERSONAL PROMEDIO (CPP)	COBERTURA PERSONAL GLOBAL (CPG)	COBERTURA POR TURNO (CTNO)	Ncat/Npacx100	24/T(hras)	APPxPF/100	SUMA PPS(A1-D3)	Npac/CGT	CPPxTno(3o2o1)	CPGxppTno/100				
ENFERMERA	2,1	2,3	4,7	14,4	5	6,5	12	16,9	11,5	12,5	16	20,5																	
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1,9	1,9	2,5	4,3	2,9	3,3	3,8	6,4	6,4	8	10,6	20,5																	
AUXILIAR DE APOYO	7,5	7,5	8,9	12,8	8,6	10,5	13,4	20,0	14,8	21,5	27,7	45																	

PLANTA DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN CATEGORIZACION

SERVICIO	CATEGORIAS													COBERTURAS							DOTACION		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	CARGA TOTAL	Pacientes promedio por día	Cob. Promedio día	Cob. Promedio global	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Requerida	Real	Diferencia
MEDICINA AÑO 2006																							
ENERO																							
Nº DE PACIENTES	0	446	107	0	0	677	189	0	0	0	0	0	1419										
% PACIENTES	0,0%	31,4%	7,5%	0,0%	0,0%	47,7%	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Ene-06	Ene-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,72	0,35	0,00	0,00	3,10	1,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,78	45,77	7,9231	23,769	64%	18%	18%	18%	28,0	8,0	-20,0
TÉCNICO	0,00	0,60	0,19	0,00	0,00	1,57	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,87	45,77	15,969	47,906	54%	23%	23%	23%	58,9	28,0	-30,9
PARAMÉDICO																	25,87	11,02	11,02	11,02			
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,36	0,67	0,00	0,00	5,01	1,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,82	45,77	4,6596	13,979	50%	50%	0%	0%	14,0	7,0	-7,0
																	6,989	6,989	0	0			
FEBRERO																							
Nº DE PACIENTES	0	305	64	0	0	580	251	0	0	0	0	0	1200										
% PACIENTES	0,0%	25,4%	5,3%	0,0%	0,0%	48,3%	20,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Feb-06	Feb-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,58	0,25	0,00	0,00	3,14	2,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,49	42,85	6,6056	19,817	64%	18%	18%	18%	23,4	8,0	-15,4
TÉCNICO	0,00	0,48	0,13	0,00	0,00	1,60	0,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,01	42,85	14,254	42,763	54%	23%	23%	23%	52,6	28,0	-24,6
PARAMÉDICO																	12,68	3,567	3,567	3,567			
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	1,91	0,47	0,00	0,00	5,08	2,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,26	42,85	4,1769	12,531	54%	23%	23%	23%	12,5	7,0	-5,5
																	23,09	9,836	9,836	9,836			
																	50%	50%	0%	0%			
																	6,265	6,265	0	0			
MARZO																							
Nº DE PACIENTES	0	477	77	0	0	617	252	0	0	1	3	0	1427										
% PACIENTES	0,0%	33,4%	5,4%	0,0%	0,0%	43,2%	17,7%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Mar-06	Mar-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,77	0,25	0,00	0,00	2,81	2,12	0,00	0,00	0,01	0,03	0,00	5,99	46,03	7,6788	23,037	64%	18%	18%	18%	27,2	8,0	-19,2
TÉCNICO	0,00	0,64	0,13	0,00	0,00	1,43	0,67	0,00	0,00	0,01	0,02	0,00	2,90	46,03	15,895	47,686	54%	23%	23%	23%	58,7	28,0	-30,7
PARAMÉDICO																	14,74	4,147	4,147	4,147			
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,51	0,48	0,00	0,00	4,54	2,37	0,00	0,00	0,02	0,06	0,00	9,97	46,03	4,61	13,83	54%	23%	23%	23%	13,8	7,0	-6,8
																	25,75	10,97	10,97	10,97			
																	50%	50%	0%	0%			
																	6,915	6,915	0	0			
ABRIL																							
Nº DE PACIENTES	0	530	113	0	0	531	254	0	0	0	0	0	1428										
% PACIENTES	0,0%	37,1%	7,9%	0,0%	0,0%	37,2%	17,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Abr-06	Abr-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,85	0,37	0,00	0,00	2,42	2,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,78	47,6	8,2395	24,719	64%	18%	18%	18%	29,2	8,0	-21,2
TÉCNICO	0,00	0,71	0,20	0,00	0,00	1,23	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,81	47,6	16,964	50,891	54%	23%	23%	23%	62,6	28,0	-34,6
PARAMÉDICO																	15,82	4,449	4,449	4,449			
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,78	0,70	0,00	0,00	3,90	2,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,78	47,6	4,8692	14,608	54%	23%	0%	0%	14,6	7,0	-7,6
																	27,48	11,7	11,7	11,7			
																	7,304	7,304	0	0			

TABLA ESTANDAR

PERSONAL ENFERMERÍA	ASIGNACION DE PERSONAL POR PERFIL DE PACIENTES													FORMULAS DE CALCULO		
	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS													PERFIL DE PACIENTES % (PF)		
ENFERMERA	2,1	2,3	4,7	14,4	5	6,5	12	16,9	11,5	12,5	16	20,5	ASIGNACION PERSONAL / PACIENTE PERSONAL PERFIL SERVICIO (PPS)	APP	Ncat/Npacx100 24/T(hras) APPxPF/100	
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1,9	1,9	2,5	4,3	2,9	3,3	3,8	6,4	6,4	8	10,6	20,5	CARGA TOTAL (CGT)	CGT	SUMA PPS(A1-D3) Npac/CGT	
AUXILIAR DE APOYO	7,5	7,5	8,9	12,8	8,6	10,5	13,4	20,0	14,8	21,5	27,7	45	COBERTURA PERSONAL PROMEDIO (CPP)	CPP	CPPxTno(3o2o1) CPGxppTno/100	
													COBERTURA PERSONAL GLOBAL (CPG)	CPG		
													COBERTURA POR TURNO (CTNO)	CTNO		

PLANTA DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN CATEGORIZACION

SERVICIO	CATEGORIAS													COBERTURAS							DOTACION		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	CARGA TOTAL	Pacientes promedio por día	Cob. Promedio día	Cob. Promedio global	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Requerida	Real	Diferencia	
MEDICINA AÑO 2006																							
MAYO																							
Nº DE PACIENTES	0	365	112	0	0	678	271	0	0	0	0	0	1426										
% PACIENTES	0,0%	25,6%	7,9%	0,0%	0,0%	47,5%	19,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	May-06	May-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,59	0,37	0,00	0,00	3,09	2,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,33	46	7,2683	21,805	64%	18%	18%	18%	25,7	8,0	-17,7
TÉCNICO																	13,96	3,925	3,925	3,925			
PARAMÉDICO	0,00	0,49	0,20	0,00	0,00	1,57	0,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,97	46	15,468	46,405	54%	23%	23%	23%	57,1	28,0	-29,1
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	1,92	0,70	0,00	0,00	4,99	2,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,16	46	4,5286	13,586	25,06	10,67	10,67	10,67	13,6	7,0	-6,6
																	50%	50%	0%	0%			
																	6,793	6,793	0	0			
JUNIO																							
Nº DE PACIENTES	0	451	110	0	0	540	202	0	0	0	0	0	1303										
% PACIENTES	0,0%	34,6%	8,4%	0,0%	0,0%	41,4%	15,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Jun-06	Jun-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,80	0,40	0,00	0,00	2,69	1,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,75	43,43	7,557	22,671	64%	18%	18%	18%	26,8	8,0	-18,8
TÉCNICO																	14,51	4,081	4,081	4,081			
PARAMÉDICO	0,00	0,66	0,21	0,00	0,00	1,37	0,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,83	43,43	15,371	46,114	54%	23%	23%	23%	56,7	28,0	-28,7
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,60	0,75	0,00	0,00	4,35	2,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,78	43,43	4,4425	13,327	24,9	10,61	10,61	10,61	13,3	7,0	-6,3
																	50%	50%	0%	0%			
																	6,664	6,664	0	0			
JULIO																							
Nº DE PACIENTES	0	491	65	0	0	609	218	0	0	0	0	0	1383										
% PACIENTES	0,0%	35,5%	4,7%	0,0%	0,0%	44,0%	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Jul-06	Jul-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,82	0,22	0,00	0,00	2,86	1,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,79	44,61	7,703	23,109	64%	18%	18%	18%	27,3	8,0	-19,3
TÉCNICO																	14,79	4,16	4,16	4,16			
PARAMÉDICO	0,00	0,67	0,12	0,00	0,00	1,45	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,84	44,61	15,685	47,054	35%	35%	30%	30%	61,2	28,0	-33,2
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,66	0,42	0,00	0,00	4,62	2,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,82	44,61	4,5442	13,633	16,47	16,47	14,12	14,12	18,0	7,0	-11,0
																	33%	33%	33%	33%			
																	4,499	4,499	4,499	4,499			
AGOSTO																							
Nº DE PACIENTES	0	547	115	0	0	570	197	0	0	0	0	0	1429										
% PACIENTES	0,0%	38,3%	8,0%	0,0%	0,0%	39,9%	13,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Ago-06	Ago-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,88	0,38	0,00	0,00	2,59	1,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,51	46,09	8,3714	25,114	64%	18%	18%	18%	29,6	8,0	-21,6
TÉCNICO																	16,07	4,521	4,521	4,521			
PARAMÉDICO	0,00	0,73	0,20	0,00	0,00	1,32	0,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,77	46,09	16,647	49,941	54%	23%	23%	23%	61,4	28,0	-33,4
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,87	0,72	0,00	0,00	4,19	1,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,62	46,09	4,7897	14,369	26,97	11,49	11,49	11,49	14,4	7,0	-7,4
																	50%	50%	0%	0%			
																	7,185	7,185	0	0			

TABLA ESTANDAR

PERSONAL ENFERMERÍA	ASIGNACION DE PERSONAL POR PERFIL DE PACIENTES													FORMULAS DE CALCULO												
	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS													PERFIL DE PACIENTES % (PF)												
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ASIGNACION PERSONAL / PACIENTE (APP)	PERSONAL PERFIL SERVICIO (PPS)	CARGA TOTAL (CGT)	COBERTURA PERSONAL PROMEDIO (CPP)	COBERTURA PERSONAL GLOBAL (CPG)	COBERTURA POR TURNO (CTNO)	Ncat/Npacx100	24/T(hras)	APPxPF/100	SUMA PPS(A1-D3)	Npac/CGT	CPPxTno(3o2o1)	CPGxppTno/100	
ENFERMERA	2,1	2,3	4,7	14,4	5	6,5	12	16,9	11,5	12,5	16	20,5														
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1,9	1,9	2,5	4,3	2,9	3,3	3,8	6,4	6,4	8	10,6	20,5														
AUXILIAR DE APOYO	7,5	7,5	8,9	12,8	8,6	10,5	13,4	20,0	14,8	21,5	27,7	45														

PLANTA DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN CATEGORIZACION

SERVICIO	CATEGORIAS													COBERTURAS						DOTACION			
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	CARGA TOTAL	Pacientes promedio por día	Cob. Promedio día	Cob. Promedio global	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Cob. Promedio turno	Requerida	Real	Diferencia
MEDICINA AÑO 2006																							
SEPTIEMBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	457	130	0	0	605	116	0	0	0	0	0	1308										
% PACIENTES	0,0%	34,9%	9,9%	0,0%	0,0%	46,3%	8,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Sep-06	Sep-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,80	0,47	0,00	0,00	3,01	1,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,34	43,6	8,1626	24,488	64%	18%	18%	18%	28,9	8,0	-20,9
TÉCNICO																	15,67	4,408	4,408	4,408			
PARAMÉDICO	0,00	0,66	0,25	0,00	0,00	1,53	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,78	43,6	15,708	47,123	54%	23%	23%	23%	58,0	26,0	-32,0
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,62	0,88	0,00	0,00	4,86	1,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,55	43,6	4,5654	13,696	25,45	10,84	10,84	10,84	13,7	7,0	-6,7
																	6,848	6,848	0	0			
OCTUBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	522	108	0	0	650	153	0	0	0	0	0	1433										
% PACIENTES	0,0%	36,4%	7,5%	0,0%	0,0%	45,4%	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Oct-06	Oct-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,84	0,35	0,00	0,00	2,95	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,42	46,22	8,5251	25,575	64%	18%	18%	18%	30,2	8,0	-22,2
TÉCNICO																	16,37	4,604	4,604	4,604			
PARAMÉDICO	0,00	0,69	0,19	0,00	0,00	1,50	0,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,78	46,22	16,607	49,822	54%	23%	23%	23%	61,3	28,0	-33,3
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,73	0,67	0,00	0,00	4,76	1,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,60	46,22	4,8165	14,449	26,9	11,46	11,46	11,46	14,4	7,0	-7,4
																	7,225	7,225	0	0			
NOVIEMBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	372	106	0	0	803	175	0	0	0	0	0	1456										
% PACIENTES	0,0%	25,5%	7,3%	0,0%	0,0%	55,2%	12,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Nov-06	Nov-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,59	0,34	0,00	0,00	3,58	1,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,96	48,53	8,1468	24,44	64%	18%	18%	18%	28,8	8,0	-20,8
TÉCNICO																	15,64	4,399	4,399	4,399			
PARAMÉDICO	0,00	0,49	0,18	0,00	0,00	1,82	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,94	48,53	16,483	49,45	35%	35%	30%	30%	64,3	28,0	-36,3
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	1,92	0,65	0,00	0,00	5,79	1,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,97	48,53	4,8698	14,609	17,31	17,31	14,84	14,84	19,3	7,0	-12,3
																	4,821	4,821	4,821	4,821			
DICIEMBRE																							
Nº DE PACIENTES	0	436	75	0	0	614	195	0	0	0	0	0	1320										
% PACIENTES	0,0%	33,0%	5,7%	0,0%	0,0%	46,5%	14,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%				M	T	N	Libre	Dic-06	Dic-06	
ENFERMERA/O	0,00	0,76	0,27	0,00	0,00	3,02	1,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,82	42,58	7,3124	21,937	64%	18%	18%	18%	25,9	8,0	-17,9
TÉCNICO																	14,04	3,949	3,949	3,949			
PARAMÉDICO	0,00	0,63	0,14	0,00	0,00	1,54	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,87	42,58	14,857	44,571	54%	23%	23%	23%	54,8	28,0	-26,8
AUXILIAR DE SERVICIO	0,00	2,48	0,51	0,00	0,00	4,88	1,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,85	42,58	4,3243	12,973	24,07	10,25	10,25	10,25	13,0	7,0	-6,0
																	6,487	6,487	0	0			

TABLA ESTANDAR

PERSONAL ENFERMERÍA	ASIGNACION DE PERSONAL POR PERFIL DE PACIENTES												FORMULAS DE CALCULO												
	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS												PERFIL DE PACIENTES % (PF)												
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ASIGNACION PERSONAL / PACIENTE (APP)	PERSONAL PERFIL SERVICIO (PPS)	CARGA TOTAL (CGT)	COBERTURA PERSONAL PROMEDIO (CPP)	COBERTURA PERSONAL GLOBAL (CPG)	COBERTURA POR TURNO (CTNO)	Ncat/Npacx100	24/T(hras)	APPxPF/100	SUMA PPS(A1-D3)	Npac/CGT	CPPxTno(3o2o1)	CPGxppTno/100
ENFERMERA	2,1	2,3	4,7	14,4	5	6,5	12	16,9	11,5	12,5	16	20,5													
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1,9	1,9	2,5	4,3	2,9	3,3	3,8	6,4	6,4	8	10,6	20,5													
AUXILIAR DE APOYO	7,5	7,5	8,9	12,8	8,6	10,5	13,4	20,0	14,8	21,5	27,7	45													