

Variables humanas que afectan los procesos productivos de los quirófanos de la "IPS
Universitaria" - Clínica León XIII

Gloria María Villa Marín
Esteban Bustamante Estrada

Universidad EAFIT
Escuela de Administración
Maestría en Desarrollo Humano Organizacional
Medellín 2015

Variables humanas que afectan los procesos productivos de los quirófanos de la "IPS
Universitaria" - Clínica León XIII

Gloria María Villa Marín

Esteban Bustamante Estrada

Trabajo de grado presentado como requisito para la obtención del título de
Magister en Desarrollo Humano Organizacional

Directora:

Piedad Roldán Jaramillo

Universidad EAFIT

Escuela de Administración

Maestría en Desarrollo Humano Organizacional

Medellín 2015

A nuestras familias y a quienes aportaron para
el buen desarrollo de este trabajo

Agradecimientos

A la Universidad EAFIT, por inquietarse frente a las situaciones sociales y crear respuestas formativas que aportan positivamente a los cambios de la realidad, es especial, a la Escuela de Administración por apostarle al conocimiento del ser, entendiéndolo de manera integral, permitiendo integrar la academia a las organizaciones.

A nuestra asesora, Piedad Roldán Jaramillo, quien siempre estuvo dispuesta desde su conocimiento y orientación a acompañarnos en este camino académico.

Agradecemos a la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud FEDSALUD su compromiso con el desarrollo de su talento humano y especialmente de las competencias que redunden en mayores beneficios y bienestar para sus afiliados.

Lista de Contenido

	Pág.
1. Marco Contextual – Situación Problema	18
1.1 Formulación del Problema.....	24
1.2 Objetivo General.....	24
1.3 Objetivos Específicos	24
1.4 Quirófanos “IPS Universitaria” sede Clínica León XIII	25
2. Marco Teórico.....	32
2.1 Teoría de la Administración	33
2.2 Variables humanas desde la Motivación y el Desempeño.....	39
2.3 La Productividad, consecuencia del alto Desempeño y la alta Motivación	46
2.3.1 Eficacia y eficiencia	47
2.3.2 Productividad y sector salud	49
3. Memoria Metodológica.....	51
3.1 Definición de Población para el Estudio	55
3.2 Descripción de los instrumentos – Referenciación Estudio RPA Consulting Group.....	56
3.3 Fuentes de Información	57
3.4 Técnicas de Recolección de Información	57
3.5 Fases de la investigación Desarrolladas	58
4. Resultados de investigación	61
4.1 Procesos no clínicos en la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.....	61
4.2 Variables humanas y su participación en los procesos productivos de la unidad de Cirugía	63
4.2.1 Especialidad de cada quirófano.....	70

4.2.2 Ruta crítica	71
4.2.3 El perfil del Trabajador	73
4.2.3.1 Ritmo tipo y desempeño tipo	73
4.2.3.2 Suplementos	74
4.2.3.3 Tiempo tipo	75
4.2.4 Capacidad y Utilización	75
4.2.4.1 Tipos de capacidad.....	76
4.2.4.2 Porcentaje de productividad Meta.....	80
4.2.5 Toma de Tiempos.....	81
5. Discusión de los Resultados.....	94
6. Conclusiones y Recomendaciones	102
7. Referencias Bibliográficas	106
Anexos.....	109

Lista de Tablas

	p.
Tabla 1. Producción de Cirugías 2013	29
Tabla 2. Fortalezas y Debilidades	65
Tabla 3. Amenazas y Fortalezas.....	67
Tabla 4. Proceso Ingreso-Hospitalizado.....	82
Tabla 5. Proceso Ingreso- Ambulatorio	83
Tabla 6. Proceso Ingreso Urgencias/Hospitalización.....	84
Tabla 7. Proceso Urgencias con cambio de camilla y con Espera	85
Tabla 8. Proceso urgencias con cambio de camilla y sin espera.....	85
Tabla 9. Proceso urgencias sin cambio de camilla y con espera.....	85
Tabla 10. Proceso de urgencias sin cambio de camilla y sin espera	85
Tabla 11. Proceso de recuperación hospitalizado.	86
Tabla 12. Proceso de recuperación ambulatorio	87
Tabla 13. Proceso de recuperación sala de paz	88
Tabla 14. Proceso de aseo terminal Auxiliar de Enfermería.....	88
Tabla 15. Proceso de cirugía	89
Tabla 16. Proceso de Auxiliar de Enfermería Cirugía	92
Tabla 17. Proceso de Desmonte	93

Lista de Figuras

	p.
Figura 1. Gráfico Mapa de Categorías	32
Figura 2. Gráfico Mapa general del Proceso	68
Figura 3. Procesos Institucionales	69
Figura 4. Gráfico Total cirugías por quirófano	77
Figura 5. Gráfico Porcentaje de cirugías por quirófano	78
Figura 6. Gráfico Total Cirugías por Jornada.....	79
Figura 7. Gráfico Total Cirugías por tipo de Programación.....	80
Figura 8. Gráfico Duración de cirugías 2013	81

Listado de Anexos

	p.
Anexo A. Procesos institucionales	109
Anexo B. Perfiles de cargos	110
Anexo C. Tabla de tiempos	111
Anexo D. Tabla de cargos	112
Anexo E. Tabla de suplementos	113
Anexo F. Tamaño de la muestra.....	114
Anexo G. Capacidad productiva	115

Resumen

En Colombia, a partir de la Constitución Política de 1991 (artículo 48), se reconoce la Seguridad Social como un derecho fundamental por su conexidad con la vida, derecho que se desarrollada en la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social, integrando la Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, mediante un modelo de aseguramiento que modifica estructuralmente estos tres subsistemas.

Específicamente, en el sistema de salud se creó un modelo de aseguramiento, fundado en la solidaridad, la universalidad y la eficiencia, con participación del sector privado, que buscaba la ampliación de cobertura en la prestación del servicio, accesibilidad y el mejoramiento de la calidad en la misma. Modelo que delega la administración y la prestación en instituciones públicas y privadas, pero cuya responsabilidad, vigilancia y control continúan en cabeza del Estado. (Peláez, 2008)

Esta nueva estructura del sistema de salud implicó la competencia entre aseguradores y prestadores, públicos y privados, los primeros venían del ejercicio histórico del monopolio del aseguramiento (Seguro Social) y de la prestación (Seguro Social, Hospitales públicos) y los segundos, con un portafolio orientado a los pacientes particulares, medicinas prepagadas y algunas contrataciones con aseguradores públicos y regímenes especiales, donde "el dilema planteado estaría en el terreno de una eficiencia del capital aportado por los inversionistas frente a la rentabilidad social esperada por los usuarios de estos servicios de salud" (Escobar, 2008)

Hoy, veinte años después de su reforma, el sistema de salud se encuentra en una profunda crisis de origen multicausal, con un colapso en el flujo de recursos, desencaje en el modelo de

aseguramiento, decisiones judiciales y de las altas cortes fuera del marco de la sostenibilidad fiscal del sistema, corrupción y la falta de administración. (López, 2012)

El reconocimiento de la actividad hospitalaria, permite saber de la existencia de factores que afectan la productividad en la operación de los distintos servicios de salud, en consecuencia, el presente trabajo aborda, como un aporte a la superación de la crisis, el análisis de las variables humanas dentro de los procesos productivos hospitalarios, específicamente en las unidades de cirugía.

Lo anterior, con el propósito de plantear lineamientos para una administración del talento humano de las unidades de cirugía, en forma eficiente, planificada, orientada a resultados y, a satisfacer las necesidades de una comunidad que necesita un sistema de salud de calidad, con un talento humano oportuno, dispuesto y calificado, y una remuneración justa, donde se estimule la productividad y la calidad y se estandaricen políticas de contratación a nivel nacional sobre unos modelos estudiados y jurídicamente confiables.

Para tal efecto fueron elegidos los quirófanos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, por tratarse de una de las Unidades de Cirugía más grandes del Departamento de Antioquia, con 12 quirófanos. Allí se conocerán y describirán los procesos que se llevan a cabo para entender su funcionamiento y poder determinar, desde datos cuantificables, aquellos que son afectados por las variables humanas y de esta manera definir la afectación de los procesos productivos de este servicio y posibles propuestas de solución.

El espacio temporal se determina para los años 2013 y 2014, y se fundamentó en los datos e información estadística de un estudio realizado por la empresa RPA Consulting Group, quienes generaron para la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud y la IPS Universitaria un estudio

de procesos, observación, entrevistas y sesiones de trabajo con los colaboradores que participan en estos procesos.

Introducción

La investigación Variables humanas que afectan los procesos productivos de los quirófanos de la "IPS Universitaria" - Clínica León XIII, se enmarca en una necesidad de conocimiento en la línea de talento humano y en el interés de aportar a la crisis histórica y actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde concurren múltiples causas, entre ellas, jurídicas, financieras, sociales, de talento humano, insumos, que han afectado sistemática y gravemente al sistema hasta llevarlo a grandes movimientos y consecuencias para la población colombiana en general. (Echeverry, 2003).

Fundamentado en el sector salud, se identifican como una necesidad de conocimiento el abordaje de temas relacionados con el desarrollo humano, la administración del talento humano y la relación existente entre la gestión de las variables humanas y el sector salud. Desde el punto de vista de los actores del sistema, existen dificultades en el sistema de salud Colombiano y la garantía por parte del Estado, de la salud como derecho constitucional. Como un aporte a ello desde el desarrollo humano organizacional, la academia y las organizaciones, se resalta la importancia de contribuir desde el establecimiento de modelos de gestión de procesos y el abordaje de un talento humano eficiente, planificado, orientado a resultados y a la satisfacción de las necesidades de una comunidad que necesita un sistema de salud de calidad, con un talento humano dispuesto y calificado, y una remuneración justa, donde se estimule la productividad y la calidad y se estandaricen políticas de contratación a nivel nacional sobre unos modelos estudiados y jurídicamente seguros.

El problema de investigación planteado, es un interesante reto para el desarrollo humano organizacional, en tanto es una necesidad latente revisar, sistematizar y considerar el conocimiento

generado por la intervención del recurso humano en el sector salud y mediante un proceso riguroso de investigación, ofrecer alternativas de su gestión en el ámbito laboral. Son décadas acumuladas de conocimiento organizacional, que generan bases sólidas para estructurar lineamientos de gestión, que aunque en un contexto altamente cambiante, requiere propuestas y criterios que ofrezcan posibilidades conciliadoras entre el sistema y el talento humano en salud.

La presente investigación, de corte cuantitativo, se desarrolla en los quirófanos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, por tratarse de una de las Unidades de Cirugía más grandes del Departamento de Antioquia, con 12 quirófanos. Desde allí, se dará cuenta de los procesos no clínicos que se llevan a cabo, para entender su funcionamiento y poder determinar aquellos que son afectados por variables humanas de orden asistencial y cuantificable, para, de esta manera definir las variables humanas que afectan los procesos productivos de este servicio. Los quirófanos, se configuran en una de las áreas más críticas en los hospitales de tercero y cuarto nivel de complejidad, dado que se trata del servicio que genera una de las entradas a las demás dependencias institucionales como hospitalización, cuidados intensivos y cuidados especiales, además de ser el servicio de mayor facturación a nivel hospitalario.

La investigación fue realizada entre los años 2013 y 2014, se soportó en grupos de trabajo con el recurso humano asistencial y en datos e información estadística de un estudio realizado por la empresa RPA Consulting Group, quienes generaron para la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud y la IPS Universitaria un estudio de procesos. El presente informe da cuenta en 6 numerales y anexos del contexto de la investigación, el marco teórico, la memoria metodológica,

los resultados producto del trabajo de campo, la discusión de resultados y la generación de recomendaciones, todos dirigidos a responder las preguntas planteadas y a dar cuenta del objetivo general y objetivos específicos, orientados a establecer las variables humanas que afectan los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín, durante el año 2013, a partir de la estructuración de los procesos productivos, el conocimiento de los roles de cada actor dentro del proceso y la medición de los tiempos de ejecución de los mismos, para diagnosticar las debilidades y proponer estrategias de mejoramiento de la productividad de los quirófanos de las salas de cirugía.

Esto, mediante la documentación de los procesos no clínicos, en los que participan el talento humano asistencial de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín, la identificación de las variables humanas que afectan los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín y el análisis de los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos, para finalmente, generar conclusiones que permitan dar cuenta de la participación de las variables humanas en los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.

En el numeral uno, se propone el contexto de la investigación, el cual parte de exponer la necesidad de conocimiento mediante breve recorrido por el Sistema de Salud Colombiano y la Institución seleccionada como caso: “IPS Universitaria”, además de exponer las preguntas de investigación y objetivos.

El segundo numeral, da cuenta de las bases teóricas sobre las cuales se fundamenta el análisis, enmarcado en el desarrollo de dos categorías desde la teoría de la administración, las

variables humanas, fundamentadas en el comportamiento humano (Jones y George, 2006. Newstrom, 2011, Chiavenato, 2007) y los procesos productivos derivados de la conceptualización de la productividad (Sumanth, 1990. Jones y George, 2006. Newstrom, 2011, Chiavenato, 2007).

El tercero, hace referencia a la descripción metodológica del camino recorrido por la investigación: la planeación, diseño de instrumentos, aplicación, selección de herramientas y sistematización de datos, se trata de una investigación de orden cuantitativo en el marco del paradigma explicativo, no experimental, desarrollado en 5 fases.

El cuarto, se estructura desde los resultados arrojados en la fase de trabajo de campo y el análisis de datos, información y sistematización de los instrumentos elegidos, finalmente, el quinto y sexto numeral, concretan algunas conclusiones que fueron derivadas de los numerales anteriores, con ellas se pretende dar cuenta de los objetivos propuestos y la fase metodológica elegida y aprobada en el proyecto de investigación, generando algunas recomendaciones como propuesta para la aplicación.

El proceso investigativo generó grandes aprendizajes, se trató de un proceso para construir y de - construir conceptos, aprendizajes, juicios, apuestas. El acompañamiento recibido por la asesora permitió concretar, delimitar y fijar la atención en el cumplimiento de un objetivo claro y medible. El reto fue permanente, no solo por el carácter investigativo, la articulación de la academia y el mundo del trabajo, sino por tratarse de un proceso para ser realizado con personas, con talento humano quienes son los generadores de las variables susceptibles de ser medidas, ya que la investigación es de orden cuantitativo y si bien las variables humanas pertenecen al ser y el hacer, el objetivo principal se concentra en las variables susceptibles de ser medidas en los

procesos productivos. En este punto, fue posible identificar la unión entre teoría y práctica, hallando las posibilidades de aportarle a los estudios de la administración, desde el desarrollo humano organizacional.

A continuación, se invita a los lectores a conocer el proceso de investigación que dio finalmente cuenta de las Variables humanas que afectan los procesos productivos de los quirófanos de la "IPS Universitaria" - Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.

1. Marco Contextual – Situación Problema

Para dar cuenta del contexto histórico de la prestación de los servicios de salud en Colombia, es pertinente partir de lo normatizado por la Carta Magna de 1886, según la cual la prestación de los servicios asistenciales se hacía exclusivamente a través del sistema de salud público, centralizado en unos oferentes de servicios orientados a 3 tipos de población. En primer lugar, se encontraban los trabajadores privados y sus familias, cuyo servicio era ofrecido por prestadores públicos, como el Instituto de los Seguros Sociales; en segundo lugar, estaban los trabajadores públicos atendidos por las Cajas de Previsión y finalmente las personas que no contaban con la capacidad de aportar económicamente al sistema, para los cuales existía un régimen financiado por el Estado y prestado por la red de hospitales públicos (Peláez, 2008).

En este escenario no existía la competencia, ni el interés por la racionalización del gasto al igual que una mínima intención de promover herramientas de prevención y promoción frente a las enfermedades. De igual manera, el enfoque del Estado era exclusivamente de corte paternalista, y las restringidas acciones emprendidas, estaban a cargo del Ministerio de Salud, único responsable de la salud de los colombianos para la época. (Pinto, Muñoz, 2010)

Después de 106 años, la Constitución Política de 1991, define la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado y se garantiza a todos sus habitantes el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (Artículo 49)

Posteriormente, en desarrollo del mencionado marco Constitucional, se expidió la Ley 100 de 1993, creando el Sistema de Seguridad Social Integral, bajo un esquema de aseguramiento, que atribuye responsabilidades que hasta la fecha no habían sido asumidas por el sector privado de la economía, dedicado a la prestación de servicios de salud, entrando a asumir riesgos, realizar

aportes y por consiguiente a obtener rentabilidad por su gestión empresarial. Así surgieron las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), cuyo objetivo no son las labores de aseguramiento, sino la prestación de servicios, concentradas en la atención de los pacientes. Tanto EPS como IPS pueden ser de carácter público o privado, y sobre un nuevo modelo de aseguramiento se cambia el esquema anterior de asistencia estatal ilimitada que se prestaba través de una red hospitalaria de propiedad pública. (Peláez, 2011). Según el planteamiento de Luis Alberto Tafur Calderón, en el 4to. Foro del Sistema en Salud en Colombia en la Universidad del Valle, el aseguramiento en salud "Es un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo. (Salud, Pensiones, Riesgos profesionales)"

Tal transformación trajo cambios sustanciales en la atención de los pacientes y la prestación de los servicios de salud, toda vez que la incursión del sector privado (EPSs, IPSs) propició un escenario de abierta competencia, de orientación a la prevención y no a la curación, en el marco de los recursos limitados y un plan de atención restringido a la capacidad financiera y operativa del sistema. Es, además, definido un Plan obligatorio de Salud - POS, como instrumento de regularización, pasando entre otros, de una ocupación hospitalaria del 47 % antes de la Ley 100 de 1993 a una ocupación que superaba el 70% a comienzos del Siglo XXI. (Echeverry, 2003).

Desde luego, considerando el punto de vista empresarial, los cambios estructurales se produjeron con mayor trascendencia en las fuentes de financiación de recursos para la salud, su efectiva administración y la de la infraestructura pertinente. El mejor ejemplo de ello, fue lo sucedido con el gasto de personal de las instituciones de salud previo a la Ley 100 de 1993 y posterior a su operación. En tal sentido, cálculos del Departamento Nacional de Planeación DNP

(2002) revelan que el gasto de personal aumentó en mayor medida en las instituciones de primer nivel de complejidad, principalmente, entre los años 1994 a 2001. El primer nivel incrementó en un 256% los gastos de servicios personales; el segundo nivel en 177% y el tercero en 103%, lo que hizo inviable la mayoría de los hospitales públicos del país (Documento Conpes 3204 de 2002).

En el mismo sentido, un estudio realizado por el Doctor Juan Carlos Echeverry (2003), Exministro de Hacienda de Colombia, antes de 1993 el Sistema de Salud Colombiano sólo cubría al 28% de la población y para el año 2003 ya cubría cerca al 90%; el índice de consultas médicas era de 1,47 pacientes por hora y para el año 2003 ya se atendían 3 pacientes por hora.

El análisis precedente, incluye como es apenas lógico a las clínicas y hospitales como agentes económicos que transforman los factores de producción en bienes y servicios. Su condición de Organizaciones Empresariales los lleva a poner sus ojos en el talento humano y su productividad, superando la visión netamente instrumental (contratación, pago nómina, seguridad social, despidos) para considerarlo desde una visión estratégica, buscando alinearlos con las metas organizacionales y con el nuevo modelo de salud colombiano, no interesando el número de horas de un médico al servicio de las institución, sino el número de pacientes atendido por el médico en las mismas horas, con calificativo de aceptabilidad en el servicio, características que llevaron al Consejo Nacional de Talento en Salud a proponer los principios que deben regir la formación de los trabajadores de la salud, que fueron plasmados en el Artículo 2º de la Ley 1164 de 2007 como: equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, unidad, efectividad.

Es precisamente en este punto donde se fundamenta el interés de investigación, efectividad del talento humano, teniendo que la citada Ley de Talento Humano en Salud define:

“Efectividad: la formación y el desempeño del personal de salud, deben garantizar en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativa en términos de costos”. (Art. 2 Ley 1164 de 2007)

Es así como el Sistema de Salud en Colombia, planteado en la Ley 100 de 1993, funciona sobre un escenario de competencia entre entidades aseguradoras y prestadoras, públicas y privadas, donde la sostenibilidad institucional se obtiene de la venta de servicios -subsidio a la demanda-, donde el estado ejerce una función de administración y control (Constitución Nacional de 1991 Artículo 49).

En este escenario de competencia, en un modelo de salud basado en el aseguramiento, donde la financiación y sostenibilidad económica son fundamentales para públicos y privados, las clínicas y hospitales han tenido que replantear sus modelos de operación empresarial, incorporando los factores de competitividad y eficiencia, buscando un resultado favorable al paciente, con el perfil positivo de la variable costo-beneficio en su atención y la mayor productividad para empresa. (Peláez, 2011)

Ya dentro de este esquema de productividad, es estratégico interesarse de manera relevante en el talento humano, los factores que inciden en su gestión, su medición y el comportamiento que impacta los modelos competitivos, pasando así a una dimensión móvil de la gestión humana, que evoluciona de la tradicional concepción de Jefe de personal, a un modelo gerencial de la contribución que cada persona hace a la estrategia corporativa. (Chiavenato, 2009)

Aportando al mismo tema, es procedente poner en escena, el estudio que el Departamento Nacional de Planeación presentó en el año 2002 sobre el nivel de productividad de las Empresas

Sociales del Estado (Conpes 3204 de 2002), en el cual precisa que la improductividad de los Hospitales Públicos se debía a la forma de contratación del talento humano, donde la remuneración estática, garantizada quincenalmente a los trabajadores productivos e improductivos igualmente, no generaba estímulos para la generación de valor agregado. Esta conclusión fue el preámbulo para la reestructuración de las ESE y la consecuente tercerización del recurso humano, sustentada en Ley 715 de 2001, que costó al estado más de un billón de pesos según el Dnp (2002).

En la misma línea de análisis, el Consejo Nacional de Política Económica y Social revela en el año 2002, como positiva, la experiencia de este tipo de reestructuraciones, según la cual:

En 1999 se destinaron \$146.288 millones para financiar un proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria que benefició a 26 instituciones de segundo y tercer nivel de atención. Este proyecto tuvo como objetivo ajustar la estructura de costos y redistribuir los recursos asignados para mejorar los niveles de productividad de las entidades. (Dnp, 2002, p. 14).

Continúa diciendo que:

Los principales logros del proyecto fueron: (1) se redujeron los costos de la planta de personal en 30%, favoreciendo la disminución de la brecha entre ingresos y gastos de la ESE; (2) se redujo el volumen de camas subutilizadas, lo que permitió mejorar notablemente la productividad y el porcentaje ocupacional de las mismas; (3) se disminuyó el número de días de estancia de los pacientes; y (4) se pudo apreciar un incremento en el volumen de cirugías y consultas de urgencias, así como la disminución en actividades correspondientes a otros niveles de atención como partos vaginales y consulta externa. (Dnp, 2002, p. 14)

Pero a pesar de los buenos logros alcanzados en su momento, a esta estrategia de reestructuración y tercerización no se le hizo el seguimiento y la vigilancia debida, al contrario, según la Resolución 2509 de 2012 del Ministerio de Salud, a corte de la vigencia 2011 se encuentran unos resultados preocupantes, pues de las 968 Empresas Sociales del Estado, 312, es decir, el 32,2 % están la categoría de alto riesgo financiero y en riesgo medio están 91, el 9,4 %, con lo cual la cifra de hospitales en condiciones financieras que afectan su sostenibilidad es de 41,6 %. En riesgo bajo están 227 (el 23,5 %) y sin riesgo 338 (34,9 %). Obviamente, el costo del talento humano no es el único en las instituciones de salud y tampoco es necesariamente la única causa de su desequilibrio económico. Esta información fue presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de su obligación de evaluar y comunicar a las direcciones territorial la situación financiera de los hospitales consagrada en el Artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y está contenido en la Resolución 2090 de 2014 del mismo Ministerio. (Dnp, 2002).

Reafirmando lo dicho, si bien el cambio en el modelo de contratación del talento humano promovido por el gobierno nacional en 1999 - 2000, liquidando plantas de cargos y promoviendo la tercerización, arrojó para las ESE resultados financieros favorables y el mejoramiento de la productividad. Esta situación, no impactó todas las variables que desde la gestión del talento humano deben considerarse (Departamento Nacional de Planeación, Documento Conpes 3204), pues la productividad implica mejor servicio, calidad y menores costos para lograr una producción eficiente y en esa medida es claro que persiste la necesidad de intervenirlas, pues los niveles de contribución del talento humano a la sostenibilidad hospitalaria aún no se logran. (Ministerio de Salud, 2010).

Para finalizar, es indispensable precisar que el desconocimiento, consciente o inconsciente, que ha demostrado el sector salud y, en general el sistema de seguridad social colombiano del

reconocimiento del ser y su equilibrio con el hacer en el ámbito laboral, se convierte en una posibilidad y necesidad imperante para integrar nociones, conceptos, paradigmas, teorías, enfoques que brinden elementos para abordar las relaciones, procesos, prácticas y conexiones de las instituciones de salud y su mano de obra en general.

1.1 Formulación del Problema

El presente informe de investigación, pretende abordar la problemática planteada, dando respuesta a las siguientes pregunta:

¿Cuáles son las variables humanas que afectan positiva y negativamente, la productividad de la unidad quirúrgica en la "IPS Universitaria"?

1.2 Objetivo General

Establecer las variables humanas que afectan los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín, durante el año 2013, a partir de la estructuración de los procesos productivos, el conocimiento de los roles de cada actor dentro del proceso y la medición de los tiempos de ejecución de los mismos, para sentar las bases en la construcción de estrategias que contribuyan al mejoramiento de la productividad de los quirófanos de las salas de cirugía.

1.3 Objetivos Específicos

Documentar los procesos no clínicos, en los que participan el talento humano asistencial de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.

Identificar las variables humanas que afectan los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.

Determinar la participación de las variables humanas en los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.

1.4 Quirófanos "IPS Universitaria" sede Clínica León XIII

La experiencia elegida como caso para llevar a cabo la investigación Variables humanas que afectan los procesos productivos de los quirófanos de la "IPS Universitaria" - Clínica León XIII son las instalaciones de la Institución Prestadora de servicios de salud de la Universidad de Antioquia "IPS Universitaria" sede Clínica León XIII, por tratarse de un servicio de referencia a nivel nacional, y donde existe la posibilidad de obtener toda la información de una manera abierta y oportuna.

La IPS Universitaria fue aprobada por el Consejo Superior de la Universidad de Antioquia mediante la Resolución Superior 632 del 18 de agosto de 1998. Opera como una corporación mixta sin ánimo de lucro conformada por la Universidad de Antioquia y por la Fundación de Apoyo a la Universidad de Antioquia. Cuenta con personería jurídica otorgada por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia mediante Resolución 1566 del 4 de diciembre de 1998 y en consecuencia tiene autonomía administrativa, técnica y financiera. En sus actos administrativos se rige por el derecho privado, aunque por patrimonio se puede catalogar como una entidad estatal. (IPS Universitaria, 2013).

Inició operaciones el 1 de noviembre de 1998 y tiene como misión ser la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, comprometida con la investigación, la extensión y la docencia. Su visión para el 2016, es ser la red de servicios de salud preferida por los usuarios, los cuales son todos los afiliados al régimen contributivo afiliados a una Empresa Promotora de Salud-Eps en vigencia, principal centro de apoyo a la investigación, docencia y extensión de la Universidad de Antioquia, modelo de gestión y calidad en el ámbito nacional, con proyección al mercado internacional (IPS Universitaria, 2013).

La IPS Universitaria está clasificada según la Resolución 5261 del año 1994 del Ministerio de Salud como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad correspondiente al 3 - 4 nivel de complejidad, por lo cual le es pertinente ofrecer servicios de especialidades básicas así como de especialidades complejas y subespecialidades. En el marco del Artículo 59 de la Ley 1438 de 2011, estableció un modelo de aliados, donde los diferentes procesos son tercerizados. Para la contratación del talento humano, acude a las organizaciones gremiales existentes en Medellín, dando prioridad a los sindicatos, en cumplimiento del Artículo 2 del Decreto 1429 de 2010.

Específicamente en la unidad de cirugía de la IPS Universitaria concurre recurso humano bajo diferentes modalidades de contratación: vínculo laboral, prestación de servicios y contrato sindical. Los procesos que involucran recurso humano de enfermería, instrumentación quirúrgica y camilleros, se encuentra contratado con el Sindicato de Gremio (Darser), quien dispone el siguiente recurso: Enfermeras (os) profesionales 11, quienes laboran en turnos de 12 horas, con un estándar de 5 enfermeras en el día y 1 en la noche, 80 Auxiliares de Enfermería, con un estándar de 26 en el día, 12 en la noche, en jornadas igualmente de 12 horas. Esta misma organización

suministra el recurso humano de Instrumentación Quirúrgica, en total 24 profesionales de esta área y finalmente 4 camilleros, 3 en el día y uno en la noche.

Los anestesiólogos de la unidad de cirugía son del Sindicato Antioqueño de Anestesiología Anestesar, organización que atiende todos los servicios de esta especialidad en la clínica, desde consulta preanestésica, atención quirúrgica, consulta de dolor hasta la unidad de cuidados intensivos. Para esta operación aporta a la clínica un total de 1.500 horas mes repartidas entre los diferentes anestesiólogos de acuerdo con la disponibilidad de tiempo mensual y en jornadas de 12 horas diurnas o nocturnas.

Los cirujanos generales y subespecializados se encuentran vinculados a la planta de cargos, tanto para la atención quirúrgica como para la consulta, interconsulta y ronda, teniendo en total 12 cirujanos de tiempo completo.

El Sindicato Antioqueño de Ortopedia y Traumatología presta los servicios de esta especialidad en la parte quirúrgica, mientras que los servicios de consulta, interconsulta y ronda los ofrecen los ortopedistas vinculados a la institución. Son en total un grupo de 12 ortopedistas.

Las demás especialidades: otorrinolaringología, urología, cirugía plástica, ginecología y algunas subespecialidades, se encuentran contratadas por otras modalidades contractuales, la mayoría contratos individuales de prestación de servicios, otros agrupados en sociedades comerciales como S.A. o S.A.S.

La institución busca modelos de remuneración al talento humano que incentiven la productividad, por esto, la totalidad de los médicos especialistas tienen remuneración variables de acuerdo con su productividad, el recurso de instrumentación quirúrgica tiene una porción fija y

una variable y el recurso de enfermería sólo por excepción tiene incentivos por productividad, siendo lo común su remuneración por valor hora fijo.

De la misma manera, se encuentran en la unidad de cirugía personas con funciones administrativas que hacen la labor de secretarías, facturadores y admisiones, los cuales, no obstante estar por fuera de los procesos asistenciales, también impactan los procesos productivos de la unidad, siendo en ocasiones más críticos que el mismo recurso humano que atiende directamente al usuario.

Es así como la IPS Universitaria contrata procesos con sindicatos de gremio que agrupan diversas profesiones, especialidades u oficios, los cuales a su vez están operados administrativamente por la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud Fedosalud (Federación Gremial de Trabajadores de la Salud, 2013).

Entre las especialidades y subespecialidades que ofrece se encuentra medicina interna, ortopedia, pediatría, endocrinología, otorrinolaringología, neumología, anestesiología, cirugía general, cirugía vascular, cirugía cardiovascular, psiquiatría, oncología, urología, dermatología, además de contar con gran cantidad de estamentos y servicios tanto asistenciales como administrativos que contribuyen a prestar mejores servicios de salud a la comunidad en general.

La “IPS Universitaria” cuenta con un servicio de Cirugía de alta complejidad, donde se realizan procedimientos quirúrgicos de diferentes especialidades, tales como: Cirugía General, Cirugía Hepatobiliar, Cirugía de Trasplante, Cirugía de Tórax, Ortopedia, Oftalmología, Ginecooncología, Cirugía Vascular, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Cirugía Maxilofacial. Cuenta con 14 salas de cirugía, de las cuales 2 funcionan para procedimientos urgentes, uno para ortopedia y otro para urgencias generales.

En el 2013 se atendieron un total de 13.326 pacientes con 23.120 procedimientos quirúrgicos realizados, para un promedio de 1.926 cirugías mensuales, de los cuales 5.623 son procedimientos urgentes y 7.703 electivos. (Datos suministrados por la coordinación medica del servicio de cirugía de la institución)

Tabla 1. Producción de Cirugías 2013

Descripción procedimiento	Numero de cirugías 2013
Donación de Órganos	23
Nefrología Pediátrica	17
CPRE	350
Neurocirugía	525
Cirugía de Tórax	307
Cirugía Plástica	1.625
Cirugía Maxilofacial	268
Otorrinolaringología	508
Cirugía General	2.533
Gineco-Oncologia	165
Ortopedia	3.926
Hepatobiliopancreática	142
Urología	1.389
Endoscopia	31
Trasplantes	161

Descripción procedimiento	Numero de cirugías 2013
Cirugía Vascular	702
Cirugía Infantil	378
Neumología	100
Oftalmología	84
Cirugía Cardiovascular	63
Ginecología	23
Anestesia	6

Nota Fuente: Elaboración propia. datos coordinación medica servicio de cirugía IPS Universitaria

En la Institución elegida como estudio de caso, se atienden pacientes de alta complejidad, donde los principales procedimientos quirúrgicos que se realizan son:

Colecistectomía laparoscópica

Apendicectomía apéndice no perforado

Ureterolitotomía endoscópica con laser

Osteosíntesis de fractura radio-distal (colles)

Traqueotomía

Osteosíntesis de cuello de fémur o subcapital o intertrocanterica o subtrocanterica o condilea o supracondilea

Desbridamiento por lesión de tejidos profundos hasta un 5% en área general

Lavado peritoneal post-quirúrgico por laparotomía con o sin abdomen abierto

Prostatectomía por vía abierta

Amputaciones

2. Marco Teórico

La realidad actual del sistema de salud colombiano, exige abordar su estudio desde diferentes nociones, conceptos, paradigmas, teorías y enfoques que brinden elementos que permitan ampliar el ámbito de análisis y evidenciar las relaciones, procesos y prácticas que se tejen entre los trabajadores y las instituciones de salud, es decir, entre las personas y los administradores. Dar cuenta de las variables humanas en los procesos productivos de los quirófanos de la "IPS Universitaria" - Clínica León XIII, exige abordar desde el punto de vista teórico y en el marco de la teoría de la administración, dos categorías: Variables humanas, fundamentadas en el comportamiento humano (Jones y George, 2006. Newstrom, 2011, Chiavenato, 2007) y procesos productivos derivados de la conceptualización de la productividad (Sumanth, 1990. Jones y George, 2006. Newstrom, 2011, Chiavenato, 2007).

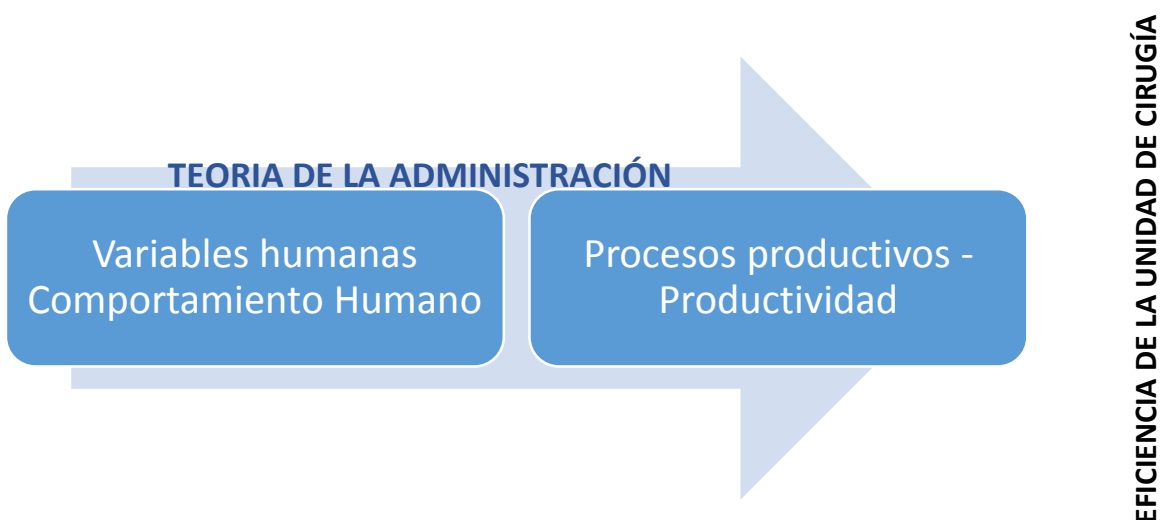


Figura 1. Gráfico Mapa de Categorías

Fuente de datos: elaboración propia

Las categorías propuestas, permitirán desde la teoría de la administración, dar cuenta de fundamentos teóricos necesarios para comprender y posteriormente analizar la participación de las variables humanas en los procesos productivos, específicamente, de la unidad quirúrgica de la "IPS Universitaria" - Clínica León XIII, toda vez que ambas categorías serían susceptibles de ser abordadas por otras ciencias o disciplinas, es la teoría de la administración la que da sustento a la relación que se genera entre ellas.

2.1 Teoría de la Administración

Es posible entender la administración desde la acepción de gobernar, regir y disponer de bienes (Alfonso, 1982), sin embargo se debe tener como base que el origen etimológico de administrar, viene del morfema ministro el cual a su vez deriva de menester, procediendo este último de la palabra en latín ministerium que significa servicio, es por ello que, es correcto aseverar que todo lo que implique y se relacione con administración, es el arte del servicio puesto a disposición de la comunidad (Corominas y Pascual, 1984).

Generar un aumento en la eficiencia y la eficacia de las organizaciones, fue la mayor motivación para que se diera paso a la evolución de la teoría de la administración, buscar nuevas, renovadas y mejores formas de planear, organizar, dirigir y controlar los recursos llevó a propietarios, teóricos, administradores e investigadores a pensar y generar acciones (Jones y George, 2006). Se habla entonces, de administración moderna desde finales del siglo XIX, grandes cambios de orden económico, social, cultural, político fueron producto de la revolución industrial, hubo un paso gigante de la producción artesanal a la producción mecanizada, comprobando que, el incremento del desempeño de las fábricas y organizaciones se debía a la especialización y a la

división del trabajo, así lo demostró el economista Adam Smith en sus estudios durante algunas décadas del siglo XVIII (Jones y George, 2006). La relación entre la tarea y las personas que las desempeñan da lugar a la administración científica. Taylor, uno de sus máximos exponentes, concentró sus esfuerzos en experimentos, observaciones y ensayos que derivaron en principios y técnicas que permitirían a las fábricas y organizaciones hacer de forma más eficiente el trabajo. (Jones y George, 2006)

La aplicación de los principios de la administración científica trajo dificultades para algunas industrias, esta situación llevó a la continua generación de alternativas o nuevas formas de administrar, es el caso de Henry Ford y los Gilbreth (Jones y George, 2006). Entre 1908 y 1914, Ford realizó el montaje de bandas transportadoras en sus fábricas de autos, como una técnica de manufactura que mecanizaba el ritmo de trabajo, la cual trajo excelentes resultados económicos, pero pésimos resultados de retención, motivación y satisfacción para los empleados. El excesivo control en el que se concentró el fordismo, llevó en el largo plazo a afectar el avance de la organización. Por su parte, Frank y Lilian Gilbreth (Jones y George, 2006), concentraron sus esfuerzos en el estudio de tiempos, movimientos, fatiga y lugar de trabajo, el aumento en la producción derivado de la aplicación de los principios de la administración científica y la mecanización del trabajo trajo consigo insatisfacción de los trabajadores, el cambio de lo artesanal a lo mecánico, acarreó condiciones diferentes enmarcadas en la rutina, el control y la repetición. (Jones y George, 2006)

En una línea del tiempo simultánea y por separado, a comienzos del siglo XX, Max Weber y Henry Fayol (Jones y George, 2006) se dedican en el marco de la teoría de la gerencia administrativa, a pensar en las posibilidades de una estructura organizativa compuesta por relaciones laborales, consecución de resultados y logro de metas. La teoría de la burocracia de

Weber, propone un modelo de organización y administración burocrática fundamentado en la autoridad, la jerarquía, la rendición de cuentas, la remuneración equitativa y un sistema formal de reglas y procedimientos. Para Weber, la aplicación de estos principios permitiría un correcto control sobre los subordinados que se refleja directamente, en mejores resultados organizacionales. (Jones y George, 2006)

Por su parte Fayol, propuso 14 principios esenciales, que aún hoy, son el fundamento de la administración y están dirigidos a aumentar la eficacia del proceso administrativo, estos se resumen en: división del trabajo, autoridad y responsabilidad, unidad de mando, línea de mando, centralización, unidad de dirección, equidad, orden, iniciativa, disciplina, remuneración del personal, estabilidad del personal en el puesto, subordinación de los intereses individuales y espíritu de grupo. (Jones y George, 2006; Newstrom, 2011)

Lo anteriormente expuesto, sucedía en un contexto europeo, el conocimiento de las propuestas francesas y alemanas, dada la barrera del idioma, se da en Estados Unidos finalizando la primera mitad del siglo XX, mientras tanto es latente en América del Norte la preocupación por la motivación, el desempeño y la satisfacción de los trabajadores, como respuesta, surgen teóricos que se inscriben en la teoría de la conducta administrativa, también conocida como escuela de las relaciones humanas, una de ellas fue Mary Parker Follet, quien propone la participación de los empleados en un nivel de decisiones, dado que tienen de primera mano el conocimiento del puesto de trabajo, tejiendo una relación directa entre la autoridad y el conocimiento, toda vez que quien ostente el conocimiento, debería tener el control del procedimiento, así no fueran los supervisores o administradores (Jones y George, 2006). En esta misma línea entre los años 1924 a 1932, se dieron a conocer los estudios de Hawthorne, que indagaron sobre la incidencia en la productividad de las condiciones propias del lugar de trabajo. Los resultados de los estudios dieron amplia

importancia a la conducta y el comportamiento de los trabajadores, esto llevo a buscar respuestas en otras disciplinas, es así como, Elton Mayo reconocido psicólogo de Harvard es consultado, el profesor Mayo ahondó en los estudios de orden conductista hasta concluir que son tan importantes los aspectos técnicos de la tarea, como el comportamiento de los trabajadores y los administradores, se da mayor importancia a las relaciones sociales, los procesos psicológicos y la satisfacción de los trabajadores. (Jones y George, 2006)

Conforme fue avanzando el siglo, posterior a la segunda guerra, fueron mayores los avances investigativos y teóricos, surgieron reconocidos enfoques, es el caso de las teorías X y Y, con ellas Douglas McGregor (Jones y George, 2006), propone diferentes criterios y premisas presentes en la forma de pensar los administradores. Desde la teoría X, los administradores suponen negativamente de los trabajadores, por tal, la función de administrar debe ser la de controlar, vigilar y si es necesario castigar la conducta irresponsable y poco comprometida del trabajador. Contrariamente, la teoría Y, asume una actitud positiva del trabajador, llevando al administrador a generar un ambiente agradable de trabajo, donde se estimule el compromiso, la imaginación y el autocontrol. (Newstrom, 2011)

Finalmente, desde la segunda mitad del siglo XX, hasta hoy, se habla de enfoques contemporáneos de administración, se conocen en este marco, la teoría de la ciencia administrativa y la teoría del entorno organizacional. La primera, es conocida como una “extensión moderna de la administración científica” (Jones y George, 2006, p. 62), al interior de ella se desarrollan varios enfoques o versiones conceptuales y teóricas de orden cualitativo, orientados a generar técnicas para que los administradores alcancen el “máximo provecho de los recurso, al producir bienes y servicios” (Jones y George, 2006, p. 62). Algunas de ellas son: la administración cuantitativa, la

administración de operaciones, la administración total de la calidad y los sistemas de la información administrativa.

La teoría del entorno organizacional, incluyó las influencias del exterior en la forma de administración, es decir, existen fuerzas, relaciones, condiciones y recursos, entre otros, que están por fuera del entorno organizativo, pero que “inciden en la capacidad que tiene un administrador para adquirir y utilizar recursos” (Jones y George, 2006, p. 63). En la década del 60, se afianza la reflexión en torno a cómo los administradores no solo controlan las relaciones internas, sino como integran las condiciones externas. Para esto se desarrollaron los enfoques de la teoría de los sistemas abiertos y la teoría de las contingencias.

Los teóricos Daniel Katz, Robert Kahn y James Thompson (Jones y George, 2006), profundizaron en la explicación de cómo el ambiente externo influye en una organización, ellos plantearon que “una organización en un sistema abierto que toma recursos del exterior y lo convierte en bienes y servicios que devuelve al entorno para ser adquiridos por lo clientes” (Jones y George, 2006, p. 64). Adicionalmente, señalaron las consecuencias de que una organización sea o se convierta en un sistema cerrado, concluyendo que un sistema que no tenga en cuenta o presente las condiciones externas pierde la posibilidad de controlarse, terminando finalmente por acabarse.

Más allá de lo anterior, la teoría de las contingencias (Jones y George, 2006) plantea que, los criterios, estructuras y procedimiento de control establecidos por cada administrador, es decir por cada organización, dependen de las influencias, fuerzas y condiciones del entorno organizacional. Las variaciones de este, generan reacciones de control contingentes, condicionando los resultados eficaces y eficientes a la capacidad de respuesta de la organización

frente a los cambios externos. Desde allí, la organización podría optar por estructuras mecanicistas o estructuras orgánicas, en la primera, es una autoridad centralizada quien determina la estructura, las tareas, las funciones y el control. En la estructura orgánica, si bien existe una autoridad central, esta se descentraliza en las siguientes líneas de mando, permitiendo un control de los problemas, funciones y tareas menos estricto, pretendiendo una mayor fluidez que permita responder de forma ágil ante los cambios y contingencias. (Jones y George, 2006)

En los anteriores párrafos, se realiza una breve contextualización conceptual de la teoría de la administración, resaltando las principales características que permiten hablar hoy de organización como un sistema abierto, en el que las condiciones internas y externas son relevantes, esto dado que, es allí donde se ubican las personas, es el lugar donde el talento humano, los trabajadores desempeñan sus funciones, para el caso concreto, la unidad quirúrgica de la IPS Universitaria, es un servicio perteneciente a una institución de salud, un servicio que si bien, es el único que se dedica a realizar cirugías, está en completa interdependencia con otras áreas de la institución, hasta el punto de verse influenciada en su proceso, por las dinámicas de cumplimiento o incumplimiento de las tareas y funciones de otros procesos de la organización. ¿Pero, qué se entiende por organización?

Fabrica, empresa, lugar de trabajo, institución de salud, son palabras usadas, en ocasiones de forma indistinta para definir la organización. Desde la teoría de la administración y como un concepto heredado de la sociología, se entenderá en el presente informe de investigación, la organización como un sistema social, regido por leyes sociales y psicológicas, por relaciones formales e informales (Newstrom, 2011). Un sistema de actividades, de dos o más personas, que coordinan acciones para la consecución de objetivos que de manera individual, no podrían alcanzarse, es la existencia de cooperación para la realización de acciones. (Chiavenato, 2007)

Los seres humanos encuentran un escenario de desarrollo personal y profesional en la organización, confirmación de ello es la inclusión en la teoría de la administración de condiciones de satisfacción, iluminación, ruido, tiempo, tareas, la corriente de la conducta administrativa así lo abordó, llegando incluso a tener en cuenta el entorno, como factor determinante de la capacidad de administrar, pero más que eso, de la posibilidad de incidir directamente en los resultados organizacionales, hacer bien o no las tareas, producir de forma eficiente, alcanzar mayores niveles de productividad. (Jones y George, 2006)

El asunto de interés se centra en el sujeto individual y en colectividad, en las dimensiones de la realidad que le inciden y en el contexto. Lo organizacional, se integra con el desarrollo y se habla de cómo enfoque de desarrollo humano, ofrece un camino en el que se concibe al sujeto en dos dimensiones: individual y colectiva desde un contexto múltiple ubicado en la organización. Los estudios organizacionales, tal y como lo plantea De la Rosa (2011), se sustentan en la posibilidad de estudiar la realidad organizacional desde diversos elementos, procesos y circunstancias que la componen (De la Rosa, 2011). El potencial de lo organizacional, radica en la posibilidad de analizar y comprender la realidad, ir más allá de la descripción de determinada situación o fenómeno, teniendo en cuenta que en la perspectiva organizacional “se debe entender, entre otros aspectos, que el estudio en cuestión estará enfocado en comprender más que en prescribir o transformar la realidad” (De la Rosa, 2011, p. 6). El enfoque organizacional pretende entender las causas y efectos de las realidades, consulta los actores y los ámbitos contextuales en el marco de una organización como construcción social donde converge de forma casi insoluble lo individual y lo colectivo con un alcance crítico más allá de lo funcional (De la Rosa, 2011).

2.2 Variables humanas desde la Motivación y el Desempeño

Dentro de una organización, el comportamiento del ser humano puede estar condicionado por factores internos y externos. Los factores internos son derivados de características de personalidad, entre ellos se encuentra la capacidad de aprendizaje, de motivación, de percepción del ambiente externo e interno, de actitudes, de emociones, de valores, entre otros; los factores externos son derivados de características empresariales como lo son sistemas de recompensas y castigos, políticas organizacionales, cohesión grupal, entre otros (Chiavenato, 2007).

Las organizaciones contratan personas, personas que son seres integrales pertenecientes a varios sistemas abiertos, es decir, a varias organizaciones, personas con vida institucional (sistema educativo, religión, voluntariado), vida familiar (nuclear y extensa), y vida social (barrio, agencia social, movimientos sociales), entre otros. Esta condición lleva a que el direccionamiento del comportamiento organizacional se vea influenciado, incluso afectado por el comportamiento humano de cada persona que integra la organización. (Newstrom, 2011)

El comportamiento humano al interior de la organización, responde según los autores Cequea y Núñez (2010) a la dimensión psicológica y la dimensión psicosocial del ser humano, esto ya había sido anunciado en el numeral anterior desde la teoría de la administración, al hablar de los estudios liderados por el profesor Mayo o la profesora Parker. Para Cequea y Núñez (2010), la dimensión psicológica involucra las necesidades y expectativas del individuo dentro de la organización, aspectos psicológicos del comportamiento de las personas como: la autoeficacia, la percepción de equidad, la claridad del rol, la sobrecarga de trabajo, la conciencia de resultados, la conciencia de responsabilidad sobre los resultados, la conciencia de significación del trabajo y la percepción de apoyo social. Por otro lado, la dimensión psicosocial se refiere al comportamiento de las personas dentro de un grupo de trabajo donde se busca satisfacer necesidades comunes y donde los procesos psicosociales que desarrolla cada individuo tienen vinculación con el

desempeño grupal y el comportamiento dentro de la organización. Dentro del proceso psicosocial se encuentra el clima organizacional, el liderazgo y la cultura corporativa, el liderazgo, el nivel de desarrollo grupal, la participación, el poder, el conflicto y la toma de decisiones (Cequea & Núñez, 2010).

Partiendo de los mencionados autores, el comportamiento humano, puede agruparse en factores o variables que responden a lo individual, lo grupal y lo organizacional. Lo individual se explica desde la dimensión psicológica, lo social, desde la dimensión psicosocial y lo organizacional corresponde a los procesos, estructura, tareas, funciones provistas por la organización que generan reacciones en las personas bien sea de apoyo, identificación, pertenencia o rechazo. (Cequea & Núñez, 2010).

Las decisiones de administración tomadas en la dimensión organizacional influyen directamente en los resultados de la organización, esta afirmación se sustenta en el fundamento teórico planteado en el numeral anterior en el que se expone con suficiencia, como la administración investigó, pensó, generó cada vez, técnicas, conceptos y cambios que aplicados en los procesos y ejecutados en las personas, generarán mayores resultados de productividad, mayor eficiencia organizacional. Los análisis desde la conducta humana y las relaciones humanas, abren la discusión y ponen la atención en cómo lograr un desempeño de alto nivel de los trabajadores, cómo evitar la alta rotación, la mecanización, el aburrimiento, la despreocupación, se llega entonces a hablar de motivación y desempeño. (Cequea & Núñez, 2010)..

“La motivación es crucial para la administración, porque explica por qué la gente se comporta en la forma en que lo hace en las organizaciones” (Jones y George, 2006, p. 457), los comportamientos humanos en relación con la motivación surgen de dos fuentes diferentes, la

primera es el comportamiento de motivación intrínseca, el cual responde a una “conducta que se realiza por el valor que tiene en si” (Jones y George, 2006, p. 457), es el caso de los deseos que tienen los trabajadores por aportar al logro de las metas organizacionales. El comportamiento de motivación extrínseca, corresponde a la “conducta en que se incurre para adquirir premios materiales o sociales, o bien, para evitar un castigo” (Jones y George, 2006, p. 457).

Existen varios factores que influyen en la posibilidad de que un trabajador este motivado intrínseca y/o extrínsecamente (Jones y George, 2006), estos dependen principalmente de: 1. Las características individuales de los trabajadores; 2. La naturaleza del puesto de trabajo y 3. La naturaleza de la organización. La unión de estos factores genera la posibilidad de un resultado, que en la lógica administrativa debería ser alto, positivo, de productividad. Según Gareth R. Jones y Jennifer M. George, (2006) en su libro Administración Contemporánea, los trabajadores, quienes son miembros de la organización realizan su aporte en:

Educación

Experiencia

Conocimiento

Habilidades

Tiempo

Conductas de trabajo

Esfuerzo

A cambio, existen por parte de la organización unos resultados para todos sus miembros, estos se resumen en:

Satisfacción en el trabajo

Sentimiento de logro

Pago

Placer de tener un trabajo interesante

Vacaciones

Seguridad

Autonomía (Jones y George, 2006)

El control sobre los anteriores factores o variables, generará empleados motivados y como consecuencia, mayores resultados organizacionales, varias teorías que serán revisadas a continuación, realizan aportes y generan directrices que dan cuenta de cómo debe ser orientada la administración.

Teoría de las expectativas: En la década del 60, Víctor H. Vroom, planteó una ecuación compuesta por: recursos, desempeño y resultados, desde allí afirmó que “los miembros de una organización están motivados a realizar un alto nivel de esfuerzo sólo si creen que al hacerlo obtendrán un alto desempeño” (Jones y George, 2006, p. 460). Altos niveles de esfuerzo, generan altos niveles de desempeño, dando como resultado una alta motivación.

Teoría de las necesidades (Jones y George, 2006): un alto desempeño genera resultados para la organización, quién a su vez genera resultados para el trabajador y con ellos podrá satisfacer

sus necesidades. Entendida la necesidad como una “condición para la supervivencia y el bienestar” (Jones y George, 2006, p. 464). Al interior de esta teoría varios autores, descritos por Jones y George (2011), plantearon diversas necesidades que las personas buscan satisfacer en el trabajo y al desempeñarse de forma adecuada las logra, además de aportarle a la organización.

Abraham Maslow, citado por Jones y George (2006): planteó con la jerarquía de las necesidades, que las personas tienen 5 necesidades básicas que pretenden satisfacer en el trabajo: psicológicas, de seguridad, de pertenencia, de estima y autorrealización. La teoría propone que primero se deben satisfacer las necesidades más básicas, para dar lugar a las superiores. La conclusión para la administración gira en torno a identificar en los trabajadores cuales necesidades desean satisfacer y garantizar resultados que les permitan dar respuesta a ellas, partiendo obviamente, del cumplimiento de un alto desempeño y el logro de resultados.

Clayton Alderfer, citado por Jones y George (2006): plantea desde la teoría Erc, 3 necesidades fundamentales que motivan la conducta: la existencia, la relación y el crecimiento. Pueden ser cumplidas al mismo tiempo y generar excelentes resultados en la medida del nivel de satisfacción.

Frederick Herzberg, citado por Jones y George (2006): retoma la importancia del comportamiento desde lo intrínseco y lo extrínseco y formula la teoría de la motivación e higiene, desde la motivación existen unas necesidades propias de la naturaleza del trabajo, relacionadas con la autonomía, el crecimiento, el logro. Por otra parte, existen unas necesidades de higiene, orientadas al “contexto físico y psicológico en que se desarrolla el trabajo. Se satisfacen las necesidades de higiene por los resultados, condiciones de trabajo agradables y cómodas, el

sueldo...” (Jones y George, 2006, p. 467). Esta teoría llamó la atención en torno a las condiciones del puesto de trabajo y los factores intrínsecos.

David McClelland, citado por Jones y George (2006): propuso el logro, la afiliación y el poder como necesidades. En la primera, las personas desean desempeñarse bien, por un alto estándar de excelencia personal. Las segundas, llevan a las personas a preocuparse por lograr adecuadas relaciones con otros, finalmente, la necesidad de poder, se orienta al deseo de influir o controlar una situación. Estas 3 necesidades dependerán de la ubicación de las personas al interior de la organización y de las tareas que desempeña. (Jones y George, 2006)

Teoría de la equidad: Propuesta en los años 60 por J. Stacy Adams, se fundamenta en la percepción que tienen los trabajadores “sobre la equidad de los resultados en relación con su aportación al trabajo, o en proporción con ellos. (Jones y George, 2006, p. 469). La equidad o inequidad existe respecto a la comparación de aporte y resultado de una persona frente a un referente en igualdad o similares condiciones. Desde esta teoría es posible que existan altos niveles de motivación si las personas perciben que existe equidad en la organización y que los resultados distribuidos son proporcionales al aporte individual y el desempeño. (Jones y George, 2006)

Teoría de la fijación de metas: Ed Locke y Gary Latham, citado por Jones y George (2006), proponen que para que exista una alta motivación, deben establecerse metas específicas y difíciles, el logro de estas generará en los trabajadores un mayor desempeño, aprovechamiento de los recursos y motivación para cumplir con lo establecido, aportando a las metas generales de la organización. Debe existir un alto nivel de compromiso, acompañamiento y retroalimentación.

Teorías del aprendizaje (Jones y George, 2006): Conformadas por la teoría del condicionamiento operante y la teoría de aprendizaje social, plantean posibilidades de motivar

altamente a los trabajadores partiendo de la vinculación de los resultados de los comportamientos deseados con la consecución de metas de la organización. En estas teorías se incluyen los conceptos de: reforzamiento positivo: reconocer los resultados positivos. Reforzamiento negativo: resaltar las conductas indeseadas, esperando que mejoren y cuando esto suceda, convertirlo en positivo. Extinción: responde a la necesidad de eliminar o suprimir conductas que se consideran perjudiciales para el desempeño. Castigo: cuando la extinción no es suficiente y se hace necesario sancionar una conducta que atenta contra el mismo trabajador o su entorno. Finalmente, el aprendizaje social, da lugar a la motivación que se logra en los trabajadores cuando estos observan los actos de otros e identifican en ellos un alto desempeño, con recompensas o altos resultados. (Jones y George, 2006)

Conforme las teorías inmediatamente expuestas, la alta motivación lleva a un alto desempeño, arrojando como consecuencia altos resultados organizacionales, el comportamiento humano en el trabajo se ve influenciado por la motivación que hará que la actitud es decir “los sentimientos y creencias que determinan en gran parte la forma en que los empleados perciben su ambiente, su compromiso con las acciones que se pretenden y, en última instancia, su comportamiento” (Davis y Newstrom, 2003, p. 246), genere resultados altos y productivos para la organización.

2.3 La Productividad, consecuencia del alto Desempeño y la alta Motivación

Según Cequea, Rodríguez y Núñez (2010), si las organizaciones desean alcanzar sus objetivos estratégicos deberán generar un impacto sobre las personas que la conforman, es decir, habrán altos resultados en la productividad si el comportamiento humano se ve orientado

positivamente por altas motivaciones organizacionales. La palabra productividad es utilizada indistintamente para dar cuenta de buenos resultados, eficiencia, eficacia, producción, pero para David J. Sumanth (1990) en el libro *ingeniería y administración de la productividad* la productividad “se refiere a la utilización eficiente de los recursos (insumos) al producir bienes y/o servicios (productos)” (p. 4). En esta misma línea Newstrom (2011), propone que la productividad “es una medida valiosa de la eficiencia con que se usan los recursos en la sociedad” (p. 13).

Para Sumanth (1990), existen 3 tipos básicos de productividad. 1. La productividad parcial: que es “la razón entre la cantidad producida y un solo tipo de insumo” (p. 7). 2. La productividad de factor total: que es “la razón de la producción neta con la suma asociada con los insumos de mano de obra y capital” (p.7); y la 3. Productividad total, que es “la razón entre la producción total y la suma de todos los factores de insumo”. (p.7), independiente de cual sea el campo donde se hable de productividad los 3 tipos descritos dan cuenta del logro del objetivo organizacional fundamentado en la optimización de los insumos, la mano de obra y el capital. En lo relacionado con el comportamiento humano y comportamiento organizacional se hace referencia a asuntos humanos, sociales, económicos, políticos, en los que se habla de resultados eficaces y procesos eficientes.

2.3.1 Eficacia y eficiencia

Para Chiavenato en el libro *Administración de recursos humanos* (2007), la eficacia “es una medida normativa del logro de resultados, mientras que eficiencia es una medida normativa de la utilización de los recursos en los procesos” (p. 24)

Para Jones y George (2006) en *Administración Contemporánea*, existe eficiencia en la medida que, menos insumos se requieran para generar un producto, está relacionado a la forma

como una organización utiliza sus recursos, en este punto son medidas las contribuciones de los insumos, es decir, la mano de obra se evalúa, mide y controla por horas laboradas, es decir, en tiempo, los materiales, se miden por consumo o resistencia o versatilidad. Para llegar a medir, se hace necesario convertir todos los valores a unidades comunes, que permitan evidenciar la eficiencia de los mismos. Esto lo confirma Chiavenato (2007) al mencionar que la eficiencia “se preocupa de los medios, métodos, y procedimientos más indicados que sean debidamente planeados y organizados, a fin de asegurar la utilización óptima de los recursos disponibles” (p. 24).

Por su parte la eficacia, da cuenta del aporte de los insumos, al logro general de los resultados, es la “capacidad de satisfacer una necesidad de la sociedad mediante productos (bienes o servicios) que proporciona” (Chiavenato, 2007, p. 24). En el ámbito organizacional, son los trabajadores quienes desde sus roles dan uso a los insumos o recursos, Besanko, Dranove y Sahanley (1996) a partir de los adelantos de Mintzberg (1973) replantean la necesidad de adecuar los roles de trabajo para lograr de esta manera una mejor utilización de los recursos y por ende un mayor grado de cumplimiento organizacional en términos de productos y tiempos.

Estos diversos roles que interactúan simultáneamente en la organización implican cierta aproximación a la reciprocidad, relaciones de poder y expresión afectiva de los individuos (Bronfenbrenner, 1987) lo que involucra necesariamente la incorporación de las dimensiones ética y emocional de las personas como fuente del comportamiento humano (Calori, 1998), puesto que los principios de las acciones productivas pueden estar dadas en gran medida por la forma en que los individuos expresan sus emociones en términos de autopercepción, motivación e interacción con sus congéneres y con el medio. Es posible, con base en la relación que se acaba de exponer, establecer una articulación entre motivación, desempeño y productividad, se convierten en una

ecuación dialéctica mediada por las teorías de las motivaciones, que desencadenan en un eficiente uso del tiempo, el esfuerzo, el descanso, el ausentismo, los recursos, entre otros.

2.3.2 Productividad y sector salud

En el sector salud, y específicamente en el modelo de aseguramiento colombiano, existen limitaciones de recursos e insumos, la gestión hospitalaria debe ir encaminada, así como en los demás sectores económicos hacia procesos eficientes, que generen resultados eficaces, es decir, altos niveles de productividad, con el fin de generar una prestación de servicios con calidad (Vargas & Hernández, 2007). De acuerdo a lo anterior, la administración de centros asistenciales, demanda la generación de control y supervisión mediante indicadores de gestión hospitalaria que permitan una oportuna toma de decisiones.

Dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran indicadores sobre uso de capacidad instalada, costos operativos e indicadores de actividad, específicamente como indicadores de producción, se encuentran la cantidad de consultas, indicadores de ingresos y egresos, rotación de camas, entre otros (Vargas & Hernández, 2007).

Los indicadores de productividad hospitalarios no solo se deben medir en función del recurso cama, sino también en recurso humano, donde para definir la productividad de éste se ha de medir su rendimiento, donde el rendimiento médico asistencial es definido como el tiempo empleado por el personal médico asistencial para el desarrollo de actividades asistenciales frente al tiempo total disponible (Vargas & Hernández, 2007).

Calderón (2004), indica que la productividad integra recursos tecnológicos y humanos, donde el uso de la tecnología correcta combinada con capital humano y una capacidad gerencial para interrelacionarlos puede sacar un mayor beneficio para la productividad. De la misma manera,

Mejía, Jaramillo y Bravo (2006) indican que el capital humano se convierte en factor de producción para la obtención de conocimiento productivo o innovación y éste debe convertirse en la principal estrategia para el desarrollo de empresas sostenibles, dado que finalmente el conocimiento se convierte en la base de la innovación y productividad. Estos autores consideran que “el desarrollo de las competencias en los empleados conduce un incremento en la productividad laboral a través de la innovación y el mejoramiento de los procesos” (Mejía, 2006, p. 7).

Fundamentar el presente marco teórico desde la teoría de la administración, las variables humanas y la productividad, pretende cimentar el posterior análisis de resultados en torno a la participación de las variables humanas en los procesos productivos de los quirófanos de la “IPS Universitaria” - Clínica León XIII, para ello es necesario conocer, diferenciar y comprender los conceptos abordados con el fin de evidenciar relaciones, semejanzas y diferencias derivadas del estudio cuantitativo de las variables humanas propias de los procesos, actividades y procedimientos que se desarrollan en la unidad quirúrgica elegida como caso de estudio.

3. Memoria Metodológica

El recorrido realizado en el desarrollo de la investigación “Variables humanas que afectan los procesos productivos de los quirófanos de la “IPS Universitaria” - Clínica León XIII”, corresponde a la aplicación de la metodología que orientó el proceso, partiendo del planteamiento del problema hasta la formulación de conclusiones.

El problema de investigación identificado, fue hallado como un vacío de conocimiento susceptible de ser objeto de indagación que permitiera concluir, mediante el estudio de los quirófanos de la “IPS Universitaria” - Clínica León XIII”, las variables humanas que afectan los procesos productivos que allí se desarrollan. Una vez definido el problema y formuladas las preguntas de investigación, expuestas en el numeral 1 del presente informe, se procedió a plantear el problema construido, al interior de un marco conceptual, este, proporcionó “definiciones, proposiciones generales, proposiciones específicas, resultados de investigación afines y de preguntas de investigación aún no resueltas” (Briones, 1996), que permitieron la descripción y comprensión teórica de la necesidad de conocimiento.

Lo conceptual partió como ya ha sido mencionado, desde la teoría de la administración, desde allí se fundamenta en términos generales el problema de investigación, toda vez que conocer y describir el devenir histórico de la administración permite elementos de descripción y análisis de las variables humanas que se fundamentan en el comportamiento humano (Jones y George, 2006. Newstrom, 2011, Chiavenato, 2007) y afectan en el desarrollo de los objetivos de las organizaciones los procesos productivos, que son la materialización de la productividad (Sumanth, 1990. Jones y George, 2006. Newstrom, 2011, Chiavenato, 2007).

Una vez realizada la elaboración conceptual, en la que se propuso para esta investigación los conceptos, supuestos y relaciones que permitirían un cruce de información para el análisis posterior de resultados, se dio una etapa de reconocimiento y toma de decisiones, en la que fue definido un diseño observacional bajo un modelo prospectivo transversal, en consecuencia, un procedimiento y técnicas que permitieran dar respuesta a las preguntas planteadas y al vacío de conocimiento identificado.

Es no experimental, toda vez que, “el investigador no tiene el control sobre la variable independiente... En estas investigaciones, la variable independiente ya ha ocurrido cuando el investigador hace el estudio” (Briones, 1996). Es la información cuantificable, derivada de la aplicación de técnicas, la que permite “describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia” (Briones, 1996) por esto su interés es de orden explicativo.

El diseño de investigación definido, permitió dar cumplimiento, tal como fue planteado en el numeral 1 del presente informe, al objetivo de establecer las variables humanas que afectan los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín, durante el año 2013, a partir de la estructuración de los procesos productivos, el conocimiento de los roles de cada actor dentro del proceso y la medición de los tiempos de ejecución de los mismos, para diagnosticar las debilidades y proponer estrategias de mejoramiento de la productividad de los quirófanos de las salas de cirugía.

Para ello, en el orden de lo específico, se procedió así:

Documentación de los procesos no clínicos (No se incluye procedimiento quirúrgico en el paciente, ver Anexo A) en los que participan el talento humano asistencial de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín. Fueron documentadas las operaciones

directas e indirectas necesarias para la preparación de los quirófanos antes y después de la cirugía, para lo cual se acudió a la documentación existente en la institución y de ahí fueron levantados sólo las que involucraban participación del talento humano asistencial. (Anexo A Procesos Institucionales)

Luego de obtenidos los diagramas de los procesos donde exclusivamente participa el talento humano asistencial, se procedió a identificar dentro de estos, las actuaciones humanas que afectan los procesos productivos de la unidad de cirugía, con sus respectivos cargos, pues así es posible ubicar a las personas en cada parte del proceso y definir su rol dentro de él. (Véase Anexo C. Tabla Tiempos)

Posteriormente se describieron las actividades de cada puesto de trabajo para soportar el diagrama del flujo de procesos productivos y la secuencia operacional correspondiente al proceso de cirugía desde que se recibe un paciente hasta que sale de la zona de quirófanos.

En esta etapa se acudió a los manuales de funciones de los funcionarios que participan en estos procesos, los cuales fueron suministrados por la empresa Fedosalud, agremiación que gerencia el talento humano de la IPS Universitaria. (Anexo B. Perfiles de cargos)

Se hizo la identificación de los momentos de los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Univeristaria – Clinica León XIII de la ciudad de Medellín que en los que interviene el talento humano. (Véase Anexo C. Tabla de tiempos).

Se hizo la identificación de los cargos responsables de cada uno de esos momentos. (Véase Anexo D Tabla de Cargos)

Se tomó el tiempo normal esperado para cada actividad del estudio de RPA Consulting (Véase Anexo C Tabla de tiempos).

En esta etapa fue realizado el estudio de tiempos, para calcular el tiempo utilizado por el recurso humano en cada una de las operaciones directas en el proceso de preparación de quirófanos y definir la capacidad productiva.

Se partió del diseño del instrumento de medición que se adjunta como anexo E, en el cual fueron incluidas las variables relevantes para la medición y el nivel de confianza esperado en el estudio. Se definieron rangos de cada muestra y la prueba piloto para ajustar el instrumento, con base en lo siguiente:

Selección y cálculo de los tiempos suplementarios y complementarios para cada puesto de trabajo en la preparación de quirófanos. (Véase Anexo E Tabla de Suplementos)

Recolección de la información partiendo de la medición de tiempos normales en las operaciones productivas seleccionadas en el proceso de preparación de los quirófanos, digitalización y cálculo de los tiempos estándar (SAM - Standard Allowed Minutes). (Véase Anexo C Tabla de tiempos Columna K)

Análisis de los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos y generación de conclusiones que permitan dar cuenta de las variables humanas en los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.

En ella se identificaron las desviaciones de los tiempos ejecutados con relación a los tiempos estándar, los que permite tener información suficiente para la toma de decisiones respecto

a la programación del talento humano y el modelo de contratación que mejor se ajusta a estas variables (Véase Anexo C Tabla de tiempos)

3.1 Definición de Población para el Estudio

Fue seleccionado, como ya fue mencionado, el servicio de cirugía de la “IPS Universitaria” Clínica León XIII, el interés que llevó a definir este servicio al interior de la institución de servicios de salud, obedece a un análisis, fundamentado en:

El servicio es cirugía es el que produce el mayor nivel de venta de servicios en un hospital (facturación).

El servicio de cirugía es el que alimenta los demás servicios hospitalarios grandes como los son hospitalización, cuidados intensivos y especiales.

El servicio de cirugía presenta el mayor nivel de interacción con los demás servicios institucionales.

Los servicios de cirugía presentan el más alto nivel de reclamación por eventos adversos a nivel hospitalario.

En el servicio de cirugía, se tomaron 1000 cirugías realizadas durante el año 2013 y 3 momentos al interior del proceso en los cuales serían aplicados los instrumentos, a saber: 1. Ingreso (cirugía ambulatoria, desde hospitalización, desde urgencias con espera, desde urgencias sin espera); 2. Cirugía (farmacia, proceso de enfermería, instrumentos) y 3. Postcirugía (desmonte, aseo, facturación, paso a hospitalización, sala de paz, ambulatoria). Los procedimientos

quirúrgicos, correspondieron a la siguiente distribución, la cual coincide con la asignación de quirófanos al interior de la unidad quirúrgica definida así:

- Cirugía general
- Urgencias
- Cirugía de tórax y otorrinolaringología y plástica y de vez en cuando infantil
- Cardiovascular y también plástica e infantil
- Ginecooncología, urología, plástica y vascular
- Urología y plástica
- Plástica y a veces otorrino y oftalmología
- Trasplante y patobiliar y vascular
- Neurocirugía y trasplante
- Máxilo facial y ortopedia y urología
- Ortopedia urgencias
- Ortopedia
- Ortopedia
- Ortopedia y urología

3.2 Descripción de los instrumentos – Referenciación Estudio RPA Consulting Group

Se tuvo acceso a un estudio contratado con la firma RPA Consulting Group, de este estudio se obtuvieron algunos datos, los cuales son señalados y citados al interior del texto, que complementaron el estudio. A continuación se describen los instrumentos de medición empleados y referenciados de RPA:

Medición de tiempos (suplementarios, complementarios, normales, estándar, curvas de aprendizaje) (Véase Anexo E Tabla de suplementos)

Evaluación de la capacidad productiva (capacidad teórica y disponible, definición de eficiencia y rendimiento meta) (Anexo G Capacidad Productiva)

Calculo de productividad (meta, necesidad de la demanda) (Véase Anexo G Capacidad Productiva)

3.3 Fuentes de Información

Las fuentes de información utilizadas en el estudio fueron primarias y secundarias:

Primarias: información suministrada directamente por los grupos de Anestesia, Instrumentación Quirúrgica y profesionales en enfermería, con los cuales se aplicó la técnica **Dofa**.
Mediante entrevistas semiestructuradas

Secundarias: se utilizó como fuente básica en este trabajo los resultados del estudio realizado por la empresa rpa Consulting, documentación institucional sobre los procesos adelantados en la Unidad de Cirugía, suministrados por la IPS Universitaria Clínica León XIII. – revisión documental y estudios previos relacionados con productividad en Unidad Quirúrgicas e instituciones de salud.

3.4 Técnicas de Recolección de Información

Observación: va más allá del sentido de la vista (Hernández et al., 2010), permitió explorar, describir, identificar y permitir la comprensión de datos, actividades, relaciones, dinámicas y

fuerzas, entre otros, generados en la cotidianidad del quirófano de la IPS Universitaria Clínica León XIII. La observación se apoyó en la información recolectada en los grupos de trabajo realizados para implementar la técnica Dofa.

Entrevistas semiestructuradas: se configuraron como un espacio para intercambiar información y hablar de un tema con personas identificadas al interior de los quirófanos que mediante preguntas y respuestas complementan la construcción de significados (Hernández et al., 2010). Se propuso como semiestructurada toda vez que existió una guía de preguntas previamente elaborada, pero se dio la libertad para realizar preguntas adicionales con el fin de concretar o precisar conceptos y/o situaciones sobre los temas abordados. Este instrumento fue aplicado a personajes clave identificados como expertos, en los grupos de Anestesia, Instrumentación Quirúrgica y profesionales en enfermería. Con la técnica Dofa, además se dio lugar a escuchar la opinión de actores expertos y conocedores vivenciales de las prácticas en el servicio quirúrgico.

Revisión Documental: se acudió a la información documental entregada por la IPS Universitaria relacionada con su constitución y procesos institucionales, específicamente los relacionados con la Unidad de Cirugía. Así mismo se tuvo como fuente secundaria el estudio realizado por la firma Rpa Consulting en la misma unidad de cirugía, concretamente en lo relacionado con procesos que involucran talento humano.

3.5 Fases de la investigación Desarrolladas

La investigación fue desarrollada en 5 fases secuenciales, en 18 meses calendario, que permitieron alcanzar los objetivos comprometidos y el cumplimiento de actividades,

procedimientos y técnicas necesarias para la recolección, organización, análisis de la información y derivación de resultados.

Fase 1: planeación: generación de condiciones académicas, conceptuales y operativas de la investigación. Se concibió la definición y formalización de aspectos administrativos y académicos, formulación del proyecto de investigación, elaboración del plan de acción, cronograma e instrumentos.

Definición de criterios identificación documentación y fuentes de información;

Diseño de plan de acción para trabajo de campo

Diseño y definición de instrumentos de investigación;

Fase 2: construcción teórica. Implica el diseño, elaboración y definición del marco teórico basado en las categorías conceptuales definidas, la revisión bibliográfica proporcionó los contenidos para la elaboración del marco.

Identificación y revisión de bibliografía temática.

Construcción marco teórico.

Fase 3: trabajo de campo. Partió de la planeación del trabajo de campo, hasta el procesamiento de la información.

Consulta a documentación e información

Observaciones

Aplicación de **Dofa**

Procesamiento de la información

Fase 4. Análisis. Revisión y análisis de la información derivada de los datos, entrevistas, observaciones, documentos y las categorías teóricas definidas.

Plan de análisis de resultados

Generación de resultados de la investigación

Fase 5. Elaboración del informe final

Elaboración del informe técnico de investigación

4. Resultados de investigación

Tal como fue propuesto, el objetivo de la investigación fue identificar las variables humanas que afectan la gestión de la unidad quirúrgica en la “IPS Universitaria” y la forma en la que estas variables inciden en la productividad de la unidad.

Los resultados investigativos que se presentan en este capítulo, dan cuenta de las etapas de aplicación de instrumentos que se enuncian y la afectación que estas variables humanas hacen sobre los procesos de la unidad de cirugía, retrasando, anticipando o alterando el desarrollo.

Se determinan las variables humanas que de intervenirse mejorarían los procesos productivos, la oportunidad y eficiencia en la atención de los usuarios que requieren servicios quirúrgicos, y de esta manera la productividad en términos económicos de la institución.

Estos resultados se presentan en tres ítem, respondiendo a cada uno de los objetivos planteados.

4.1 Procesos no clínicos en la unidad de cirugía de la IPS Universitaria – Clinica León XIII de la ciudad de Medellín

En primer lugar fueron identificados en la documentación institucional entregada, los procedimientos que correspondían al levantamiento de los procesos no clínicos, es decir, las operaciones directas e indirectas necesarias para la preparación de los quirófanos antes y después de la cirugía, orientando el interés sólo a la documentación que involucraba participación del talento humano asistencial. (Anexo A Procesos Institucionales).

Posteriormente fue retomada la descripción de actividades de cada puesto de trabajo para estructurar el diagrama del flujo de procesos productivos y la secuencia operacional correspondiente al proceso de cirugía desde que se recibe un paciente hasta que sale de la zona de quirófanos.

Al hacer el levantamiento de los procesos que se siguen antes y después de cada cirugía, se concluye lo siguiente:

La Institución tiene definidos unos procesos para la Unidad de Cirugía que incluyen actividades administrativas y asistenciales.

Estos procesos han sido estructurados por cada área independiente de las demás, es decir, farmacia estructura su proceso de administración del servicio farmacéutico independiente de la participación de las demás áreas, de la misma manera programación de cirugía levanta su proceso sin articularlo con pisos hospitalarios, Uce ó Uci.

Se encontró que varios procesos repiten actividades que están desarrolladas en otros, tales como preparación, y recuperación, que también están incluidas en el proceso de atención quirúrgica, lo que hace que no haya claridad en funciones sobre quién es el titular de la responsabilidad.

Existen procesos que no se enlazan con otros, es decir donde no se evidencia que la cadena de atención sea consecutiva, tales como el de recuperación con el de atención hospitalaria, el de consulta prequirúrgica con el de programación.

Existen indicadores de gestión asociados con los resultados del proceso integral de cirugía, no para cada proceso que se tiene documentado.

No hay asociación entre los procesos existentes con los manuales de funciones de las personas que los ejecutan.

Los procesos documentados tienen última actualización superior a 3 tres años, por tanto, pueden no corresponder a la forma como se ejecutan actualmente, por ello se debió hacer primero un ajuste a los mismos para poder pasar a desarrollar el segundo objetivo.

El acceso al conocimiento de estos procesos es libre para quienes dirigen la operación pero no para la mayoría del recurso humano que los ejecuta.

El recurso humano manifiesta que no han recibido socialización de los procesos existentes en la unidad de cirugía, su participación en los mismos se hace empíricamente de acuerdo con el rol del cargo.

Al hacer el levantamiento y ajuste con los coordinadores de la institución se dejó un producto actualizado que ya puede ser socializado y sobre los mismos se pueden ajustar los indicadores.

4.2 Variables humanas y su participación en los procesos productivos de la unidad de Cirugía

Luego de tener actualizados los procesos sobre los cuales se desarrolló el trabajo (ver anexo A), se hizo la identificación de los cargos responsables de cada uno de esos momentos. (Véase Anexo D Tabla de Cargos). Se definió como variable el Tiempo, encontrando las desviaciones entre el estándar y la medición (Véase Anexo C Tabla de tiempos).

En las sesiones de grupo realizadas, se encontraron otras variables que afectan el comportamiento de los funcionarios de la unidad de cirugía y que impactan los procesos

productivos, las cuales no fueron objeto de medición pero si se enuncian dada su importancia: Conocimiento del proceso, tiempo de experiencia en la actividad, modalidad de contratación, conocimiento de los procesos de otras áreas con las que interactúa y liderazgo del jefe.

En ella se identificó la recurrencia, tendencia, estacionalidad, horas de mayor volumen, que permite tener información suficiente para la toma de decisiones respecto a la programación del talento humano y el modelo de contratación que mejor se ajusta a estas variables

Las principales desviaciones estándar encontradas son:

El resultado que arrojó mayor desviación es el correspondiente al tiempo esperado para el traslado del paciente al quirófano para el inicio de procedimiento.

En segundo lugar se encontró el retardo por parte de los médicos especialistas, tanto para presentarse en el quirófano al inicio de la cirugía como por parte del anestesiólogo para el inicio de entrevista previa.

Aumento del tiempo de traslado entre recuperación y hospitalización.

Aumento en el tiempo esperado desde la terminación de la cirugía y el paso a recuperación.

Inexistencia de un proceso estandarizado para suplir las cancelaciones de cirugía con otros pacientes en espera de cirugía hospitalizados en pisos.

Comunicación inoportuna entre pisos y preparación del paciente.

Demora en alistamiento de la cama luego de dado de alta un paciente, lo que imposibilita el traslado de pacientes operados hacia hospitalización.

Inoportunidad en la entrega de medicamentos desde la farmacia hacia la unidad de cirugía.

Inoportunidad para el suministro del paquete de insumos para la cirugía del paciente.

Demora en el alistamiento del paciente en los pisos.

Tal como fue enunciado en el numeral anterior fueron identificados y retomados, los diferentes procesos que se llevan a cabo en las unidades quirúrgicas de la IPS Universitaria (Véase Anexo A Procesos Institucionales), esto se hizo con mapas de procesos, lo que permitió obtener una visión global de cada uno, la ubicación específica de cada actividad y la interrelación de los procesos entre sí.

En el Anexo A Procesos Institucionales, se incluyó la información de cada proceso: objetivo, actividades, responsables y personas que intervienen, lo que permitió fácil interpretación de los mapas.

Con la medición de la participación del recurso humano y la capacidad de la organización, se aplicó el instrumento para determinar la eficiencia y el rendimiento meta de las unidades de cirugía, dada la metodología propuesta y con el fin de profundizar en los datos derivados de la observación e instrumentos, se aplicó el instrumento DOFA con 3 grupos de talento humano que interactúan en los quirófanos así: grupo 1. Los especialistas, grupo 2. Los instrumentadores quirúrgicos, grupo 3. Enfermería. Como resultado de estos ejercicios, realizados durante 4 semanas se encontró:

Tabla 2. Fortalezas y Debilidades

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Complejidad del servicio.	Carencia de empoderamiento dentro de los integrantes del grupo.
Trabajo del personal por módulos quirúrgicos.	La falta de compromiso con el grupo de trabajo.
La buena preparación y técnica del equipo humano.	Desconocimiento de los procesos de calidad del área de quirúrgica y clínico.
Continuidad del personal en el servicio.	Tiempos interquirurgicos muy prolongados.
Motivación para el aprendizaje.	Poco compromiso del personal de enfermería.
Tecnología e insumos.	Parqueadero.
Intercambio académico.	Radicalidad de decisiones.
Servicio de apoyo externo a cx.	Sistemas de salud.
Ambiente laboral.	La política.
Capacitaciones continuas.	La falta de liderazgo por parte de enfermería.
Apoyo logístico: mantenimiento, surtidos.	Tramitología administrativa.
Personal calificado.	Incumplimiento de horarios por los profesionales.
Espacios para la discusión.	Inseguridad: robos continuos.
Tener oportunidad en la atención y la programación de pacientes.	Maltrato de especialistas.
La capacitación dirigida al personal para la optimización de las funciones.	Locación
Apoyo psicológico.	Falta de compromiso en la atención integral del paciente.
Recreación.	Equipo de dotación en mal estado e incómodo.
Alianzas estratégicas de FEDSALUD.	Coordinación entre los grupos y los servicios.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
La proyección de crecimiento.	Complejidad administrativa en cuanto a los insumos.
Sistemas de información frente a los usuarios.	

Fuente de datos. Elaboración propia

A nivel externo, los grupos de talento humano coinciden en que la inseguridad jurídica, inestabilidad del sector y deuda económica afectan gravemente la productividad y estabilidad, toda vez que la contratación con las EPS no es la mejor, el pago es atrasado y la constante posibilidad de la reforma se comporta como una amenaza latente.

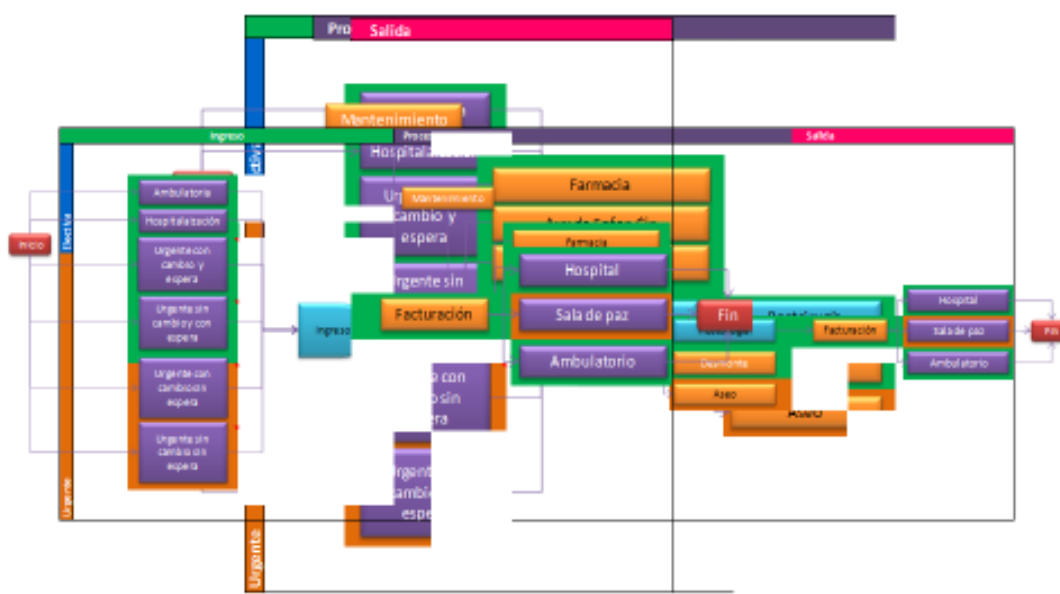
Tabla 3. Amenazas y Fortalezas

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
La intimidación laboral.	La academia
La reforma a la salud.	El “GOOD WILL” de ser y día (IPS)
El miedo a infección por parte de pacientes con bacterias.	Mejorar las instalaciones.
La política de negociación y competencia.	Trabajo de alta complejidad en el personal competente.
Pagos EPS.	Banco de sangre
Parqueadero.	El reconocimiento de la IPS a nivel local y nacional como una institución de adecuada gestión.
Vinculación.	Convenios interinstitucionales con las universidades.

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Radicalidad en la toma de decisiones.	La relación en el entorno académico y político administrativo.

Una vez revisada la capacidad disponible de los quirófanos con relación a las necesidades de producción, determinando la productividad esperada y la capacidad necesaria para esa meta y la aplicación de la técnica Dofa como elemento para profundizar los hallazgos de instrumentos y observación se procedió a la verificación de los procesos ya identificados, la siguiente figura, ilustra lo hallado.

Figura 2. Gráfico Mapa general del Proceso



Elaboración: Rpa Consulting, 2013

Para la elaboración del mapeo se realizó un levantamiento del proceso general de cirugía buscando encontrar la relación que se genera entre actividades, procesos y operaciones. De ello surgió el mapa que puede observarse en la gráfica 2, donde se observan no sólo las operaciones,

sino también las conexiones entre las operaciones y se identifican los clientes internos y externos que están involucrados en la ejecución de las operaciones.

NOMBRE: Postcirugía - Hospitalización VERSIÓN:

CÓDIGO: OBSERVACIONES:

FECHA:

No.	In			Áreas Cirugía	Encargado del proceso	Out			Complemento Observaciones
	Entrada	Proveedor	Requisitos			Salida	Requisitos	Recibe	
				Inicio					
1	Paciente saliendo de cirugía	Anestesiólogo y Auxiliar de enfermería	Paciente estabilizado	Transporte del paciente	Anestesiólogo y enfermero auxiliar	Paciente en la sala de recuperación	NA	Auxiliar de enfermería de la sala de recuperación	
2	Monitores e insumos necesarios para conectar	NA	Paciente estabilizado	Conectar a los monitores	Auxiliar de enfermería de la sala de recuperación	Paciente conectado a los monitores	NA	Auxiliar de enfermería de la sala de recuperación	
3	Paciente saliendo de cirugía	Anestesiólogo y Auxiliar de enfermería	NA	Recibir información del paciente	Auxiliar de enfermería de la sala de recuperación	Información del paciente recibida	NA	Auxiliar de enfermería de la sala de recuperación	
4	NA	NA	NA	¿Se debe aumentar la temperatura del paciente?	NA	NA	NA	NA	
5	Síntomas del paciente	Paciente	NA	Poner calentador y cobija	Auxiliar de enfermería de la sala de recuperación	Paciente estabilizado	NA	NA	

Figura 3. Procesos Institucionales

Elaboración: Rpa Consulting, 2013

Así mismo se identifican los procesos conexos con el principal así:

Preingreso hospitalizados

Preanestesia

Programación

Ingreso – Ambulatorio

Ingreso – Hospitalizado

Ingreso – Urgencias canillazo

Insumos farmacia

Auxiliares de enfermería

Cirugía

Desmontaje de Cirugía

Aseo Terminal Aux – Enfermería

Aseo Ordinario

Aseo Terminal

Facturación

Recuperación

Aseo cambio de líquidos

Dado que en la unidad de cirugía de la institución se cuenta con 12 quirófanos y cada uno tiene una orientación específica, en la mayoría de ellos por razones de equipamiento, se tiene una destinación diferente que corresponde a:

4.2.1 Especialidad de cada quirófano

Cirugía general

Urgencias

Cirugía de tórax, otorrinolaringología, plástica

Cardiovascular, plástica, infantil

Ginecología , urología, plástica, vascular

Urología, plástica

Plástica, otorrinolaringología, oftalmología

Trasplantes, Hepatobiliar y vascular

Trasplantes, neurocirugía

Maxilofacial, ortopedia, cirugía

Ortopedia Urgencias

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia y urología

Esta utilización de quirófanos es útil para este estudio dado que la especialidad de los procedimientos que se desarrollan en cada uno determinan estándares y procesos de recurso humano diferentes.

4.2.2 Ruta crítica

Luego de definidos los procesos, se procedió a retomar la ruta crítica señalada por el estudio de Rpa Consulting, esto es, la secuencia de operaciones que llevaría al resultado de la manera más corta, es decir, donde no existen retrasos que afecten el resultado. Esta definición de ruta crítica se tomó del mencionado estudio, quien utilizó el método estadounidense llamado **Cpm** (Critical Path Method) creado en 1957 por un centro de investigación de operaciones para las firmas Dupont y Remington Ran (Sánchez, 2010), el método se basa en tiempos reales para determinar el tiempo en el que se ejecutará un proyecto, proceso o actividad.

Pueden existir variaciones en la ruta crítica dependiendo del tipo de cirugía e inclusive decisiones del cirujano. El resultado de la medición de esta ruta crítica permitió concluir entonces cuales son las afectaciones, reprocesos o ineficiencias en las que incurre el talento humano y que determinan la eficiencia o ineficiencia del proceso, permitiendo dar cuenta de los objetivos de la presente investigación, orientados a la identificación de las variables humanas que afectan los procesos productivos de la unidad de cirugía de la IPS Univeristaria – Clinica León XIII de la ciudad de Medellín y la participación de las variables humanas identificadas en los procesos.

Como se mencionó anteriormente, el estudio de métodos y tiempos es la técnica principal para ajustar la cantidad de trabajo, manuales de funciones, identificar ineficiencias, espacios

ociosos, desplazamientos, procedimientos, validaciones innecesarias, decisiones del talento humano, desarticulación ente procesos, con el fin de eliminarlos o sustituirlos por otros más eficientes.

La medición del trabajo, se empleó para identificar, reducir y finalmente modificar las variables que conducen a improductividad, es decir, el tiempo durante el cual no se ejecuta trabajo productivo, o no se hace dentro de los estándares esperados, por cualquier causa que sea. Permitted determinar la forma y la medida del tiempo que se invierte en ejecutar una operación o una serie de operaciones de tal forma que las conductas humanas o el tiempo improductivo se reflejen y sea posible establecer acciones de mejora. De esta manera fue determinada la existencia, naturaleza e importancia de estas ineficiencias, que antes estaban ocultas dentro del proceso total.

Los resultados de la medición del trabajo permiten visibilizar la posibilidad de generar esquemas de remuneración que reconozcan el buen desempeño de un individuo dentro del proceso, de tal manera que se vincule directamente al talento humano en el logro de los objetivos institucionales y comprometerlo en un desempeño más transversal de su función, de tal manera que se ocupe de advertir de aquellos factores que aunque no pertenecen a su función, pueden quedar descubiertos e impactar negativamente el resultado final.

De la misma manera, en cuanto al talento humano, permitió visibilizar la posibilidad de establecer normas sobre desempeño, usos de equipos e insumos, jornadas laborales, controles y costos fijos y variables de mano de obra.

Se establece entonces que la medición del trabajo proporcionó información básica necesaria para llegar a organizar y controlar las actividades del talento humano y de la empresa en que impactan la eficiencia, en este caso particular en las unidades de cirugía.

4.2.3 El perfil del Trabajador

Dentro de una unidad de cirugía concurre talento humano con diferentes niveles de formación y experiencia, desde la más básica correspondiente a auxiliares de enfermería hasta la más avanzada de los médicos especialistas y subespecialistas, adicionalmente se encuentran personas con experiencia de 20 años y más en la labor, como también estudiantes que apenas inician su actividad formativa y cuya labor se restringe a actividades tangenciales o de soporte. Sin embargo, para efectos de este estudio, fue considerado como "trabajador calificado" a aquel que tiene la experiencia, los conocimientos y otras cualidades necesarias para efectuar el trabajo en curso según normas satisfactorias de seguridad, cantidad y calidad.

4.2.3.1 Ritmo tipo y desempeño tipo

Estudiar el ritmo de trabajo de un individuo es comparar la cantidad de su aporte real al proceso contra el patrón que el observador, el medio o la institución se han formado mentalmente al ver cómo trabajan naturalmente los trabajadores calificados cuando utilizan el método que corresponde. Ese es el ritmo tipo al que se atribuirá el valor 100 en la escala de valoración recomendada. Se supone entonces que un trabajador que mantenga el ritmo tipo y descanse de modo apropiado tendrá un desempeño tipo durante la jornada o el turno.

Desempeño tipo es el rendimiento que obtienen naturalmente y sin forzarse los trabajadores calificados, como promedio de la jornada o turno, siempre que conozcan y respeten el método especificado y que se los haya motivado para aplicarse. A ese desempeño corresponde el valor 100 en las escalas de valoración del ritmo y del desempeño.

Contrastados los desempeños tipo con los observados en el estudio, se procedió a identificar las variables humanas que impiden alcanzar esos tiempos tipo y que intervenidas contribuirían a mejorar la eficiencia de las unidades de cirugía.

El contenido de trabajo en las tareas estudiadas es la sumatoria del tiempo básico, el suplemento por descanso y un suplemento por trabajo adicional, o sea la parte del suplemento por contingencias que representa trabajo.

4.2.3.2 Suplementos

Aunque se tienen unos procesos claramente definidos, con un desempeño tipo, se requiere considerar en las tareas el tiempo para compensar la fatiga del talento humano, para que los afiliados – empleados realicen sus actividades personales y otras contingencias, estos son los suplementos que hacen parte del contenido del trabajo y requieren ser considerados, como un margen de tolerancia de los procesos sino en su justa medida como un factor real que incide en el desempeño.

- **Suplementos por descanso**

Tiempo necesario para que el trabajador reponga del cansancio físico y psicológico derivado de la ejecución de la labor, así mismo para que atienda sus necesidades personales. Está relacionado con la naturaleza del trabajo.

- **Otros suplementos**

Se presentan en los servicios de salud otros tipos de suplementos tales como las contingencias, correspondientes al margen que se incluye en el tiempo tipo para prever actividades necesarias conexas con la actividad, tales como los cambios de turno. Existen otros suplementos específicos de algunas organizaciones, conocidos como política de la empresa que son particularmente otorgados por una organización. Finalmente los suplementos especiales, que normalmente no forman parte del ciclo de trabajo, pero sin los cuales éste no se podría efectuar debidamente.

4.2.3.3 Tiempo tipo

Una tarea cuyo tiempo total de ejecución se realiza al ritmo tipo, es decir, incluye los tiempos tipo de todos los elementos que la componen, habida cuenta de la frecuencia con que se presenta cada elemento, más el suplemento por contingencias (con su añadido por descanso).

4.2.4 Capacidad y Utilización

Para efectos del presente trabajo se considera capacidad como el número total de cirugías que pueden realizarse en los quirófanos de la IPS Universitaria en una unidad de tiempo. Para determinar esta capacidad debieron tenerse en cuenta tanto la entrada de recurso (tiempo

quirófanos disponibles) como la salida del producto (cirugías realizadas), de esta manera la capacidad dependerá de lo que se va a producir y del potencial que se tenga de producir más.

4.2.4.1 Tipos de capacidad

El total de horas quirófano de la IPS Universitaria, disponibles para realizar procedimientos, cuando se está en condiciones ideales corresponde a la capacidad diseñada o teórica, Sin embargo, no todos los quirófanos se encontraron en forma permanente en capacidad de operar, por razones logísticas, de equipamiento, de recurso humano, etc., lo que nos lleva a considerar la capacidad disponible, utilizada o efectiva, la que nos arroja a un dato más real del volumen de producción que se logra en la unidad de tiempo.

Si las unidades de cirugía operaran las 24 horas al día 7 días a la semana se estaría en presencia de la capacidad máxima, lo que realmente no corresponde con las posibilidades institucionales actuales, de la IPS ni de ninguna otra en el país, por razones culturales y de costos dados los recargos laborales de los trabajadores al laborar en la noche.

En ocasiones se requiere optimizar al máximo la producción de las unidades de cirugía, caso por ejemplo de represa de procedimientos o contrataciones especiales con aseguradores, situaciones en las cuales se toman medidas para el aumento transitorio (horas extra, personal de apoyo...). Este tipo de capacidad pico sólo puede ser utilizada de manera puntual porque no puede sostenerse indefinidamente en el tiempo.

Al ser revisado el histórico de producción de las unidades de cirugía, el cual incluye los períodos de alta y baja producción, tenemos la capacidad demostrada de producción. Desde la administración de la institución y luego de evaluadas las condiciones de contratación, se puede

definir la capacidad requerida, desde la cual se presupuesta la operación y proyectar el talento humano necesario para cumplir con esa meta.

De acuerdo con la programación, las obligaciones contractuales con aseguradores y equilibrio financiero de la institución, puede definirse la productividad, eficiencia y rendimiento esperados.

Para esto, se acudió a los históricos del año 2013, de donde se deriva la capacidad instalada utilizada y ociosa de los quirófanos de la Clínica León XIII – IPS Universitaria durante el año 2013:

Las dos graficas siguientes evidencian como la utilización de los quirófanos tiende a ser similar a excepción de los quirofanos 1, 2 y 11, situación que se corresponde con el porcentaje de cirugías por unidad de quirófano, las cuales se encuentran en mayor nivel en los mismos quirófanos, si se relaciona esto con la destinación de cirugías podría afirmarse que cirugía general, urgencias y ortopedia urgencias son los procedimientos que más se realizan.

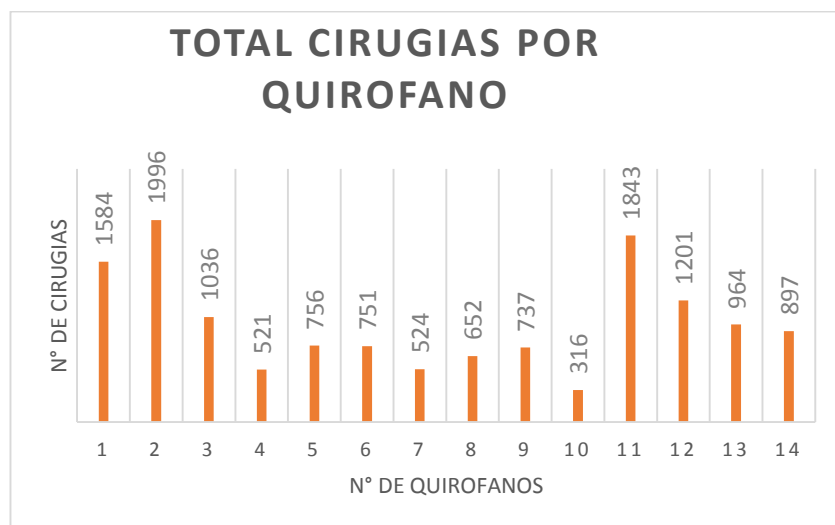


Figura 4. Gráfico Total cirugías por quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

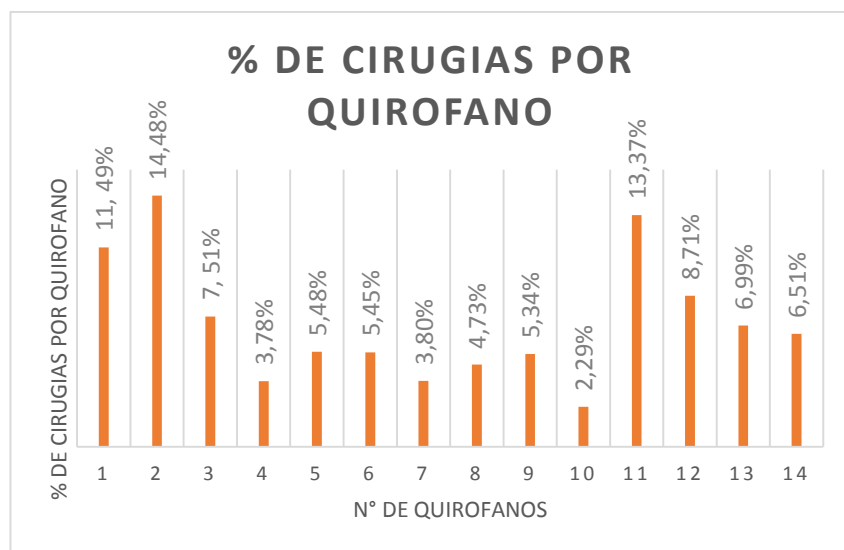


Figura 5. Gráfico Porcentaje de cirugías por quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

La constante de urgente de los quirófanos que más uso tuvieron en el mencionado periodo, lleva también a revisar que la variable tiempo urgente es relevante, toda vez que algunos procedimientos por la gravedad no pueden ser planeadamente realizados, requieren oportunidad y celeridad.

Los quirófanos, como ya fue expuesto, tienen una potencial utilización de 365 días, 24 horas diarias, aún así, el tipo de contratación con las EPS, la demanda y oferta de especialidades y los trámites administrativos determinan un mayor uso diurno 7am – 7pm, la siguiente grafica evidencia el porcentaje ampliamente mayor del uso diurno.

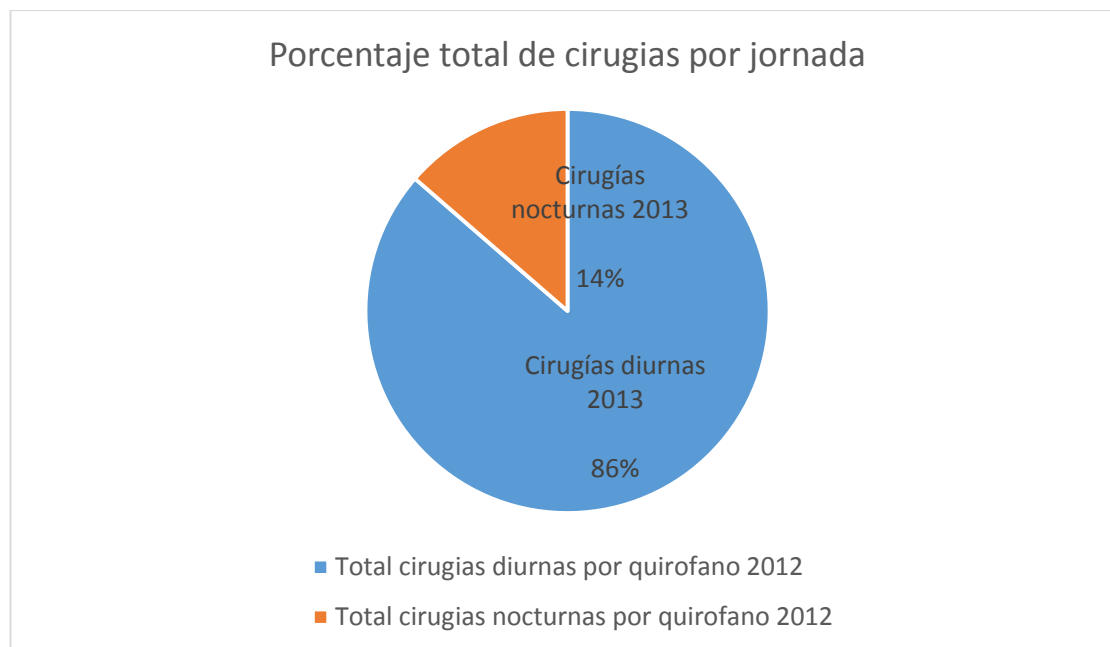


Figura 6. Gráfico Total Cirugías por Jornada

Fuente de datos: elaboración propia

Al revisar los datos de uso nocturno por quirófano, es posible evidenciar que los mencionados quirófanos 1, 2 y 11, aportan el mayor número de cirugías nocturnas, se resalta de nuevo la variable urgente y gravedad, que lleva a usarlos en la noche.

Lo anterior lo reafirma la siguiente gráfica, que demuestra como la programación de 9 quirófanos no urgentes, es decir electivos, representan solo 10% más de actos quirúrgicos que los 3 quirófanos urgentes.

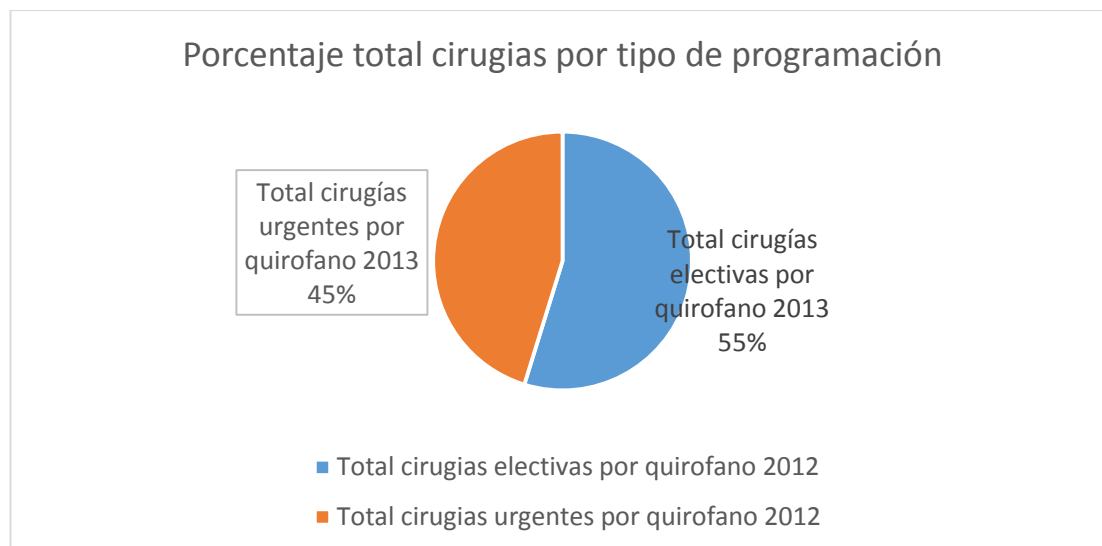


Figura 7. Gráfico Total Cirugías por tipo de Programación

Fuente de datos: elaboración propia

4.2.4.2 Porcentaje de productividad Meta

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, (OIT, 2010, pág. 4), la productividad meta es “la relación entre producción e insumo”, para el caso, el número de cirugía que se realizan en la IPS Universitaria respecto a las que se podrían realizar, lo cual, acompañado del rendimiento meta y la eficiencia meta, indica el nivel de aprovechamiento de los recursos (equipos, instalaciones, insumos, mano de obra, materia prima).

Para efectos de cálculo de la productividad en este trabajo, se emplea la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, en donde se utilizan la Eficiencia y el Rendimiento como factores que denotan la utilización de los recursos y en la entrega adecuada del producto final, sin embargo el rendimiento meta y la eficiencia meta, resultan de objetivos de planeación, por ende las ecuaciones son útiles, al momento de generar el plan de producción.

La siguiente grafica permite evidenciar la caracterización de tiempos de duración de los actos quirúrgicos, producto de la implementación de la medición de tiempo

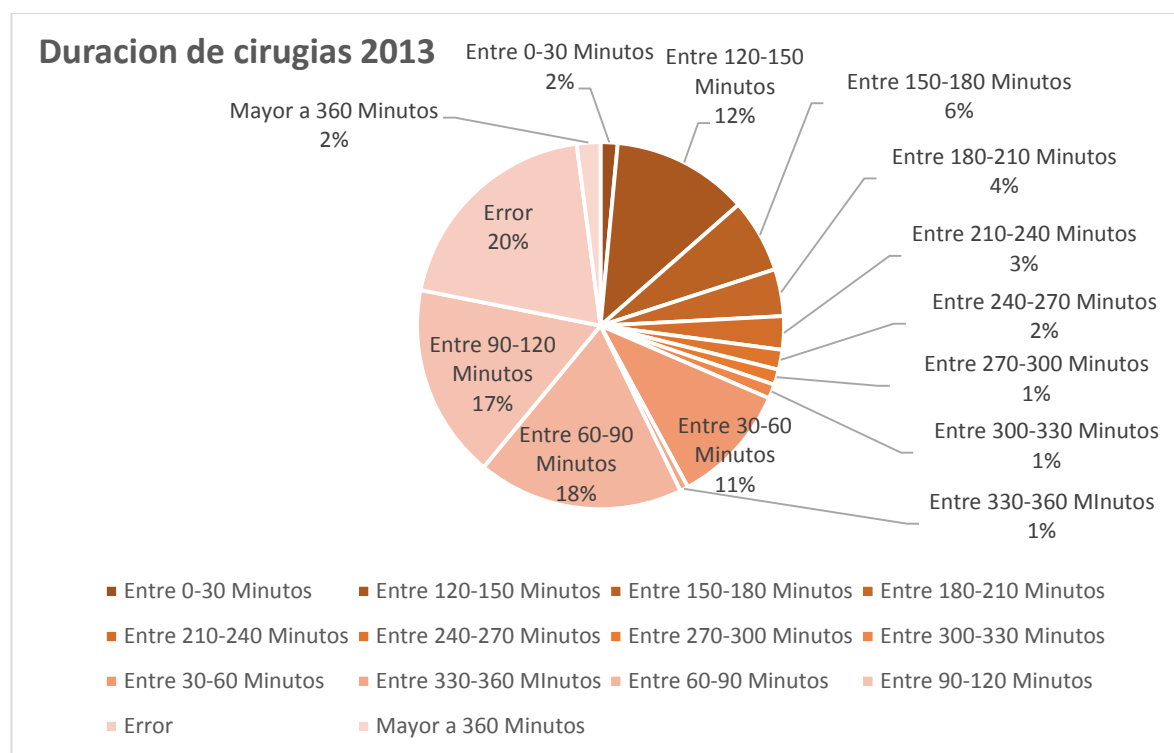


Figura 8. Gráfico Duración de cirugías 2013

Fuente de datos: elaboración propia

4.2.5 Toma de Tiempos

En la Etapa II – Estudio de Métodos y Tiempos del trabajo de campo, se retomó el cálculo de los afiliados - empleados requeridos para realizar las operaciones críticas, de acuerdo a la capacidad disponible en el sistema, para efectos de proyección en el estudio de Rpa Consulting, fue calculado, el número de operarios que se utilizarán en el futuro teniendo en cuenta el aumento del porcentaje productividad.

El porcentaje de productividad, se define como “la relación entre producción e insumo” (OIT, 2010, pág. 4) y se utiliza a menudo como indicador para ver el nivel de aprovechamiento de los recursos, si se usa con ese fin debe estar acompañado de otros indicadores como el rendimiento y la eficiencia, pues por sí sólo no tiene los elementos necesarios para determinar dónde se están produciendo los fallos y por qué. Para efectos de cálculo de la productividad en un estudio de tiempos se emplea la ecuación en donde se utilizan la Eficiencia y el Rendimiento como factores que denotan la utilización de los recursos y en la entrega adecuada del producto final.

Una vez aplicadas las ecuaciones y levantados los formatos fueron identificados los siguientes procesos y procedimientos:

Tabla 4. Proceso Ingreso-Hospitalizado

Llevar camilla
Recepción de paciente
Cambio de camilla
Revisión de papelería
Firma de consentimiento
Entrevista con el paciente
Medición de signos vitales
Ingreso de los datos del paciente en el sistema
Impresión de rótulo de la camilla
Reclamar paquete e insumos necesarios para el paciente
Canalizar la vena
Poner medicamento

Revisión del estado del paciente
Revisión y contacto con el anesthesiólogo
Espera para traslado al quirófano
Verificar la firma del consentimiento
Transporte al quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 5. Proceso Ingreso- Ambulatorio

Recepción de paciente
Vestir paciente
Revisión de papelería y Firma del consentimiento
Ingresar en el sistema todos los datos del paciente
Imprimir el rótulo de la camilla
Reclamar paquete e insumos ingresados en el sistema
Canalizar vena y poner medicamento
Entrevista con el paciente
Tomar signos vitales
Revisión y contacto con el anesthesiólogo
Verificar la firma del consentimiento
Espera para traslado al quirófano
Transporte al quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 6. Proceso Ingreso Urgencias/Hospitalización

Recepción de paciente
Firma del consentimiento
Cambio de camilla
Revisión de papelería
Entrevista con el paciente
Medición de signos vitales
Ingresar en el sistema todos los datos del paciente
Imprimir el rótulo de la camilla
Reclamar paquete e insumos ingresados en el sistema
Canalizar vena y poner medicamento
Revisar estado de paciente y toma de signos vitales
Revisión y contacto con el anestesiólogo
Revisión y contacto con el médico
Verificar la firma del consentimiento
Espera para traslado al quirófano
Transporte al quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 7. Proceso Urgencias con cambio de camilla y con Espera

Cambio de camilla
Espera para traslado al quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 8. Proceso urgencias con cambio de camilla y sin espera

Cambio de camilla

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 9. Proceso urgencias sin cambio de camilla y con espera

Espera para traslado a quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 10. Proceso de urgencias sin cambio de camilla y sin espera

Recepción de paciente
Trasporte al quirófano
Cambio de camilla en el quirófano

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 11. Proceso de recuperación hospitalizado.

Transporte del paciente
Conectar a los monitores
Recibir información del paciente
Poner calentador y cobija
Consultar al médico si el paciente presenta síntomas negativos
Solicitar medicamentos
Reclamar medicamentos
Hacer correctivos
Revisar papelería
Llenar formato personal
Llenar post operatorio
Llamar al familiar e informar el estado del paciente
Revisar el transopertorio del médico los medicamentos suministrados e ingresar en el sistema
Espera del paciente en la sala de recuperación
Preguntar al médico si el paciente puede salir de recuperación
Llamar para que se envíe a la auxiliar para recoger el paciente
Desconectar
Transporte
Cambio de camilla
Reporte verbal, entrega de documentos y ayudas diagnósticas

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 12. Proceso de recuperación ambulatorio

Transporte del paciente
Conectar a los monitores
Recibir información del paciente
Poner calentador y cobija
Consultar al médico si el paciente presenta síntomas negativos
Solicitar medicamentos
Reclamar medicamentos
Hacer correctivos
Revisar papelería
Llamar al acompañante
Llenar formato personal
Llenar post operatorio
Revisar el transopertorio del médico los medicamentos suministrados e ingresar en el sistema
Espera del paciente en la sala de recuperación
Preguntar al médico si da de alta al paciente
Llamar para que se envíe al familiar por el paciente
Desconectar
Transporte
Reporte verbal, entrega de documentos y ayudas diagnósticas
Cambio de ropa

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 13. Proceso de recuperación sala de paz

Retirar todos agentes invasivos
Desconectar
Cubrir con sábana el cuerpo
Llamar a sala de paz para recoger el cuerpo
Espera
Transporte del cuerpo
Cambio de camilla
Recibir reporte verbal
Poner cobertor negro al cuerpo

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 14. Proceso de aseo terminal Auxiliar de Enfermería

Preparar los materiales necesarias para el aseo y poner guantes, delantal y tapa bocas
Transporte de materiales al quirófano
Limpiar los equipos con jabón
Limpiar los equipos con agua
Limpiar los equipos con alcohol
Limpiar con el papel grueso el mesón , mesas y sillas
Limpiar con el papel grueso y alcohol la camilla

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 15. Proceso de cirugía

Anestesiólogo
Mirar programación
Preparar máquina
Preparar medicamentos para anestesiar
Reclamar paciente en la sala de ingreso
Transporte del paciente al quirófano
Conectar al paciente a la máquina y poner electrodos
Revisar signos vitales del paciente
Poner medicamento al paciente
Entubar al paciente
Hacer nota del paciente y supervisar sus signos vitales
Poner medicamento para estabilizar al paciente
Despertar paciente y retirar tubos
Transporte del paciente a la sala de recuperación
Dar indicaciones del paciente a la auxiliar de enfermería de recuperación
Médico
Mirar programación
Lavar manos y desinfectarlas
Secar las manos
Esperar a que le pongan los guantes y el delantal
Realizar el procedimiento
Esperar que el paciente se estabilice
Dar indicaciones del paciente al instrumentador y al anestesiólogo

Quitar guantes y delantal
Lavar manos y desinfectarlas
Hacer nota del paciente
Instrumentador
Revisar la programación
Reclamar o armar el paquete de acuerdo a la cirugía
Verificar que el paquete esté completo
Reportar
Reclamar o armar paquete de material en cohan
Transportar paquetes al quirófano en una mesa de riñón
Acomodar paquetes
Lavar y desinfectar manos
Poner guantes desechables
Abrir paquete de sabanas y extenderlas sobre la mesa de riñón
Abrir paquete de instrumentos
Retirar los guantes quirúrgicos de la bolsa
Lavar y desinfectar manos
Ingresar al quirófano y secar las manos con un trapo limpio
Poner delantal y guantes quirúrgicos
Amarrar delantal
Organizar instrumental y material en la mesa de riñón
Hacer entrega de trapo y delantal al médico
Amarrar delantal
Poner guantes quirúrgicos al médico

Poner sábanas al paciente descubriendo sólo la zona a realizar el procedimiento
Entregar y recibir instrumentos
Recibir instrucciones del médico
Limpiar paciente y poner apósitos
Organizar la mesa de riñón y quitar trapos
Llamar al instrumental para esterilización
Entregar instrumentos
Transportar material sin utilizar a cohan
Entregar material
Hacer nota del paciente
Auxiliar de Enfermería 1
Mirar programación
Reclamar paciente en la sala de ingreso
Transporte del paciente al quirófano
Cambiar de camilla al paciente
Apoyar al Anestesiólogo
Amarrar delantal al Instrumentador
Amarrar delantal al médico
Hacer nota al paciente del medicamento
Asistir al anestesiólogo
Cambiar camilla
Transporte del paciente a la sala de recuperación
Auxiliar de Enfermería 2
Mirar programación

Reclamar o armar el paquete de acuerdo a la cirugía
Transportar paquetes al quirófano en una mesa
Preparar material y medicamentos
Cambiar de camilla al paciente
Apoyar al Anestesiólogo
Entregar medicamento y apoyar al Anestesiólogo
Lavar zona del paciente
Pasar medicamento al médico
Pasar medicamento al anestesiólogo
Apoyar al instrumentador
Lavar manos y desinfectarlas
Organizar material y medicamento

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 16. Proceso de Auxiliar de Enfermería Cirugía

Montar sábanas en el quirófano
Transportar paquete al quirófano
Abrir paquete
Organizar paquete
Montar aspiradoras
Preparar antibiótico
Poner antibiótico
Preparar Medicamento
Montar camilla

Medir signos vitales
Completar el paquete de medicamentos
Traer equipos que hagan falta
Montar equipos que hagan falta

Fuente de datos: elaboración propia

Tabla 17. Proceso de Desmonte

Arreglar camilla del paciente
Cambiar de camilla al paciente
Depositar desechos en la basura
Traslado del paciente a recuperación
Limpiar camilla del quirófano
Limpiar monitor y otros equipos
Eliminar los recolectores líquidos
Limpiar la valva
Organizar quirófano
Transportar paquete utilizado a cohan
Entregar paquete a cohan

Fuente de datos: elaboración propia

5. Discusión de los Resultados

En el marco teórico se plantearon las categorías: Variables Humanas y Productividad y se desarrollaron conceptos como eficiencia, eficacia, las cual se confrontan en este capítulo con los resultados obtenidos.

Con fundamento en los procesos de referencia y la medición de los tiempos utilizados por el talento humano en su ejecución, se procede al análisis de las variables humanas en los procesos productivos de los quirófanos de la IPS Universitaria – Clínica León XIII, para posteriormente presentar las recomendaciones pertinentes.

De acuerdo con lo evidenciado en las sesiones de trabajo, citadas en el numeral anterior, con los colaboradores del área de cirugía, el recurso humano involucrado en los procesos percibe la importancia de su aporte dentro de la unidad de cirugía, pero no se ocupa en atender las interfaces entre su trabajo y el de quien lo precede o recibe. Esto implica una conciencia del resultado individual sin comprensión del resultado general del proceso. Esto evidencia un vacío en la administración del proceso y más específicamente en el direccionamiento pues las teorías administrativas indican la necesidad de concebir el proceso en relación con el resultado, no como una cadena de eventos concatenadas sin importar el resultado.

No hay evidencia en el servicio de cirugía de una pedagogía de la importancia del resultado global, así mismo, la entidad responsable del pago de estos funcionarios no cuenta con una política de reconocimientos por resultados de grupo.

Siendo las variables humanas un elemento fundamental de proceso productivo, es fundamental la formación de las personas, así mismo, fortalecer el elemento remuneración como consecuencia lógica del trabajo humano en favor de un tercero, pero concebido no como una retribución estática, sin consideración con el aporte de trabajo, sino como la compensación del esfuerzo humano proporcional con el aporte al proceso productivo.

Una de las mediciones con mayor distorsión respecto a la medida estándar es la demora al inicio de una cirugía (Anexo C Tabla de tiempos), debido a que los pacientes no están en la unidad en el momento en que se necesitan. El personal de hospitalización cumple con su labor de estar al cuidado del paciente, pero no está al tanto de la programación de cirugía para informar al camillero sobre el traslado del paciente a la unidad, de la misma manera el personal de cirugía está concentrado en su actividad asistencial y no en el traslado de los pacientes desde los pisos a cirugía pues entienden esto como responsabilidad del recurso humano de los pisos.

Las teorías de la administración enunciadas en el marco teórico nos llevan necesariamente a que en un proceso productivo, la medición y conservación de los tiempos estándar son vitales en los resultados, y en esa medida, las desviaciones a los tiempos estándar encontradas en este trabajo afectan la productividad.

El mayor flujo de pacientes que llega a cirugía proviene de la Uci, Uce y los pisos, (Ver gráfica 9), representando alrededor del 60% de todos los pacientes que se intervienen en los quirófanos, y no existen acciones pedagógicas y correctivas sobre los actores de estas dos unidades, que podrían incidir en su articulación para el mejoramiento de los atrasos al inicio de las cirugías.

Las actividades de limpieza, montaje y desmonte de quirófanos tienen unos procesos documentados e iguales para todos los quirófanos, sin embargo, de la observación se deriva que no están estandarizados y cada persona lo hace de manera diferente, lo que a su vez se evidencia en las mediciones de tiempos que arrojan valores distintos en cada unidad e inclusive en la misma unidad cuando es realizado por diferentes personas. (Ver Anexo C. Tabla de tiempos)

Dado que no se cuenta con una estandarización de tiempos quirúrgicos, las personas encargadas de la programación la ordenan en el orden en que llegan las solicitudes sin consideración de la distribución de estas por quirófanos, de tal manera que no existan tiempos ociosos y se brinde mayor oportunidad quirúrgica.

De acuerdo con lo mostrado en la Gráfica 6, el 45% de las cirugías son urgentes, por esto, la estandarización del recurso humano necesario y la programación de los tiempos quirúrgicos tienen altas variaciones, lo cual se ha subsanado con una contratación del recurso humano mediante modelos flexibles.

El 50% de los pacientes que se operan provienen de los pisos de la Clínica y el 77% de los que salen de cirugía van a los pisos de la clínica (Véase anexo G), por tanto, la articulación de las personas intervinientes en los procesos que integran la unidad de cirugía y los pisos, UCE ó UCI, deben ser plena, no hay razón de peso para la generación de “cuellos de botella” que se presentan el ingreso o egreso de la unidad, la eficiencia de estos procesos depende única y exclusivamente del personal de la clínica.

El 86% de las cirugías se realiza en el día, (Véase Gráfica 8), teniendo una capacidad instalada ociosa en la noche del 95%. No existe programa en la institución para optimizar este tiempo con los pacientes hospitalizados que requieran cirugía. De acuerdo con estudio realizado

por Edwin Álvarez (2014) en los mismos quirófanos para terminar las variables que afectan los ingresos monetarios, de concluyó que “bajo las condiciones actuales, se puede prescindir de cinco quirófanos sin afectar los resultados en materia de ocupación, el número de intervenciones o el ingreso monetario”.

Existen dos quirófanos denominados “urgentes”, no existe una razón técnica para que estas salas sean exclusivas, pues al llegar una urgencia podría ser atendida en cualquiera de los quirófanos electivos que esté disponibles, con lo cual se optimiza la utilización del recurso.

Se calculó el valor esperado de la duración de las cirugías (Véase Gráfica 10), con la información histórica en las bases de datos de la IPS Universitaria y los tiempos estándar definidos (Anexo C Tabla de tiempos). Con estos valores esperados se calculó el porcentaje de utilización de los quirófanos (también esperado) en 4 escenarios:

Lunes a viernes 12 horas de trabajo.

Lunes a sábado 12 horas de trabajo.

Lunes a Lunes 12 horas de trabajo.

Lunes a viernes 24 horas de trabajo. Caso hipotético de utilizar al 100% la capacidad disponible.

Si se considera sólo como tiempo productivo de quirófano del 7am a 7pm de lunes a viernes, tendríamos una capacidad instalada ociosa del 40%. y si se toman los sábados y domingos en el mismo horario, este resultado es del 48%.

Descontados los tiempos en que los quirófanos no están produciendo por razones de aseo, mantenimiento, daños, desinfección, el tiempo de ocio calculado es del 32,8% en 2013 y del 31,1%

en 2014, (Gráficas 7 y 8) de acuerdo a ello, existe una gran cantidad de tiempo ocioso que indica la posibilidad de una mayor oferta a las entidades responsables de pago y unos modelos de incentivos al talento humano que labore en jornadas nocturnas y de fines de semana.

El ciclo Phva indica la necesidad lógica de que se haga una planeación técnica de los servicios y en esa medida, la oferta de servicios quirúrgicos debe corresponderse con demanda de los mismos, razón por la cual, no debería presentarse un indicador tan alto de tiempo ocioso en las unidades de cirugía, sino, una adecuación de esta capacidad instalada a las verdaderas posibilidades de venta de servicios.

Consultadas las políticas institucionales de remuneración, no existe un incentivo en la remuneración u otras compensaciones para retribuir al talento humano cuando se comprueba que las variables controlables por las personas mejoran y así los tiempos productivos.

Al confrontar los manuales de funciones de los profesionales en enfermería con lo observado en la ejecución de los procesos, se encuentra que existen responsabilidades cruzadas en su trabajo, las que muchas veces se solapan y confunden a las personas en la ejecución de la tarea, además de generar costos innecesarios. (Ver Anexo B. Perfiles de Cargos)

La distribución del trabajo es una concepción administrativa necesaria para mejorar la especialidad, productividad y calidad, sin embargo, para que sea aplicable, el recurso humano debe conocer claramente sus funciones, las cuales deben así mismo estar diferenciadas de las que hacen los demás.

Se encuentra que los manuales de funciones, en casos como profesionales de enfermería en cargos de coordinación, no son acordes con la función que desempeñan. Muchas funciones

desempeñadas por los profesionales y auxiliares en enfermería son administrativas, no corresponden a su perfil profesional. (Ver anexo B. Perfiles de Cargos)

Aunque existen protocolos y procedimientos escritos, no existen mecanismos para que en la práctica se estandaricen las operaciones estandarizables como: el aseo, el desmonte, la programación, la comunicación de la unidad de cirugía con los pisos, esto se evidencia en la brecha que existe entre lo programado y lo real.

Se evidenció en las visitas que fueron realizadas a las áreas de cirugía que existe un alto tiempo de abandono de los quirófanos por parte del recurso humano, tanto especializado como de soporte. De la misma manera se observó en los cambios de turno llegadas tarde por parte principalmente de médicos, lo que retarda el inicio de la jornada.

De los resultados de la medición de tiempos se deriva que las principales demoras se evidencian en el traslado de los pacientes hospitalizados hacia la unidad de cirugía y desde esta hacia los pisos. (Ver Anexo C. Tabla de tiempos)

Como se deriva de la medición, se encuentra una alta demora en la solicitud y abastecimiento de los medicamentos, lo que en parte se ocasiona porque el recurso humano encargado no lo hace en forma oportuna y en ocasiones por razones atribuibles al software de la clínica. (Ver Anexo C. Tabla de tiempos)

Dentro de la medición participaron dos pacientes aislados por condiciones médicas, estos casos especiales exigen la variación completa de los procesos, generando condiciones muy especiales que impiden la utilización del quirófano para otras cirugías en forma inmediata.

La institución no cuenta con estandarización de procesos y tiempos, lo que no nos permite un referente propio para determinar brechas en la planeación y ejecución de los mismos, hay que hacerlo con referentes externos y la medición propia del estudio de RPA Consulting.

La alteración de los tiempos esperados con respecto a los ejecutados es influenciada también por factores de salud ocupacional que afectan al talento humano interviniente, tales como, actividades de fuerza, trabajo de pié, calor, humedad, así como el rotulamiento de actividades como aburridas, esto puede evidenciarse en la matriz Dofa que se levantó con el recurso humano y que fue incluida en este trabajo.

Como se evidencia en los documentos derivados de las sesiones con los grupos de trabajo, existe un queja generalizada respecto a la lentitud del software y la misma no ha sido atendida por la institución.

Las principales desviaciones estándar en los traslados de los pacientes hacia la sala de cirugía se producen en los casos de urgencias por demora en las cirugías anteriores. (Ver Anexo C. Tabla de tiempos)

El resultado de demora en la asignación de la cama tiene una alteración en las mediciones, afectando gravemente la rotación de pacientes en cirugía, pues se aumenta el tiempo en recuperación. (Ver Anexo C. Tabla de tiempos)

Existen unos pacientes quirúrgicos que requieren medicamentos especiales, los cuales no están bien estandarizados, lo que hace que la auxiliar circulante esté saliendo constantemente en solicitar los insumos, aumentando los tiempos quirúrgicos.

El servicio de recuperación es crítico en la eficiencia de las salas de cirugía, pues cuando este servicio está al 100% de la ocupación, no es posible ingresar nuevos pacientes a operar, pues al no existir cama en recuperación, los pacientes operados se quedan esperando en el quirófano. Este es el principal cuello de botella evidenciado en la medición (Anexo C. Tabla de tiempos)

Los resultados nos arrojan un incremento en la espera de cama hospitalaria, pues el 70% de los pacientes operados quedan hospitalizados y no en este mismo porcentaje se liberan camas.

En ese sentido, a pesar de evidenciar tiempo ocioso en cirugía, no habría disponibilidad de camas hospitalarias para un incremento en pacientes operados. De acuerdo con estudio de Edwin Álvarez (2014), "por cada 5% que se disminuya la estancia hospitalaria (pre y pos quirúrgica), en promedio el servicio de cirugía de la IPS Universitaria tendría a disposición, en el horizonte de planeación, ocho camas de piso quirúrgico, una de Uce y media cama Uci.

Se pueden plantear diferentes estrategias en el recurso humano para mejorar la eficiencia de las salas de cirugía, sin embargo, existe una variable externa al servicio que tiene una limitante y que consiste en la disponibilidad de camas.

6. Conclusiones y Recomendaciones

Si bien hay muchos avances en la documentación de procesos, en la práctica se deben estandarizar.

Dado el tiempo ocioso existente en las unidades de cirugía, se podrían concentrar las cirugías en unos quirófanos específicos y cerrar las salas con baja utilización.

Se recomienda realizar una caracterización de los pacientes de la institución, el hecho de que no lo estén, genera ausencia de procedimientos estándar para generar respuestas ante situaciones similares y determinadas.

El montaje de un programa de reinducción al recurso humano permitiría recordar sus funciones y además, conocer la interacción de sus tareas con las de las demás personas de las otras áreas institucionales y así crear conciencia de la importancia de resultados globales.

De mayor impacto aún que la toma de los tiempos en los procesos, es fijar procedimientos estándar en el flujo de pacientes, dado que estos afecta directamente la oportunidad en el inicio y fin de cada proceso.

Puede ser de alta utilidad realizar la planeación desde las variables conocidas como lo es la cirugía programada, pues se observa que en ocasiones la alta demanda de urgencia sacrifica la realización de cirugías electivas por escasez de recurso humano, lo que sugiere la necesidad de modelos de contratación flexibles para estas variaciones no previsibles de la producción.

Aunque el trabajo quirúrgico electivo sólo en el día es costumbre de todo el sector hospitalario, se sugiere plantear modelos de trabajo que permitan optimizar tiempos quirúrgicos en la noche, optimizando la capacidad instalada y el recurso humano disponible. Debe tenerse

presente que muchos pacientes a operar se encuentran hospitalizados en la institución y por tanto están permanentemente disponibles para ser operados. Podría extenderse la jornada diurna hasta las 10 pm.

Un indicador de tiempo ocioso superior al 30% no permite pensar en que las enfermeras de piso pueden tener un plan de sustitución de pacientes cancelados en cirugía, o que por alguna razón no se pueden operar, teniendo pacientes listos en los pisos a ser operados cuando surja un tiempo quirúrgico ocioso.

Se sugiere establecer una política de compensación que remunere la productividad, con planes de incentivos para resultados globales de las unidades de cirugía, de tal manera que el recurso humano sea fuente de motivación para sus propios compañeros en pro del logro de resultados de equipo, más que de tareas individuales.

El establecimiento de indicadores, con metas de productividad estimula al talento humano para solucionar problemas de ocio, podrían revisarse las políticas de estímulos, no siempre económicos, que se lograrían el cumplimiento de esas metas, esto implica implementar un sistema de medición de forma correcta la eficiencia de cada afiliado - empleado de acuerdo a sus responsabilidades.

Se deben reevaluar algunos cargos y funciones, tomando en cuenta indicadores de trabajo y procesos que ya no requieren de ese recurso ó ese nivel de formación.

El recurso humano recibió muy bien los grupos de trabajo que se hicieron durante la realización del estudio, se sugiere hacer un programa de focus group para que la institución reciba la retroalimentación del personal y simultáneamente se intervengan ruidos en la comunicación.

Deben afinarse las políticas laborales y su esquema disciplinario, principalmente para la puntualidad en la asistencia a laborar, tanto para recurso de enfermería como especialistas, así mismo que agilicen la oportunidad de respuesta de los camilleros.

La institución puede adoptar políticas de programación quirúrgica que permitan el menor tiempo ocioso y la optimización del talento humano disponible. Es importante que el recurso humano rote por los diferentes tipos de cirugía para evitar el caos que se genera con incapacidades o novedades de algunos funcionarios que son los únicos que conocen determinado proceso.

Crear un sistema de control para traslados. Los resultados arrojaron distorsiones en los tiempos de traslados que afectan el inicio de los procedimientos quirúrgicos.

Los resultados también nos reflejan ineficiencias por falta de consentimientos informados o diligenciamiento incompleto. El médico es el responsable de este documento y debe estar completo desde las consultas prequirúrgica y preanestésica, se deben hacer capacitaciones para generar conciencia de la importancia de este documento y las pérdidas institucionales y para los pacientes por no tenerlo.

Deben hacerse ajustes en el software que subsanen las dificultades que manifiestan las personas, lo cual genera demoras, inconsistencias y molestias en las personas que interactúan con él.

Evaluar la posibilidad de tener quirófanos sólo para pacientes aislados, podría incidir positivamente en la optimización del tiempo que tardan los montajes, ya que existirían estandarizaciones de procesos orientados al cuidado del aislado.

Para intervenir el cuello de botella que se presenta en el servicio de recuperación, se sugiere intervenir la cadena de recurso humano desde este servicio hasta los servicios hospitalarios, Uci, Uce, con el fin de estructurar estrategias para aumentar la rotación de cama hospitalaria y así la disponibilidad para recibir pacientes provenientes del servicio de cirugía.

Dado que uno de los cuellos de botella para aumentar las cirugías realizadas es la deficiencia de cama hospitalaria, podrían utilizarse los tiempos de quirófano ocioso realizando cirugías ambulatorias, lo cual implica un programa de capacitación al recurso humano de programación quirúrgica y una estrategia de articulación muy oportuno entre programación y pisos hospitalarios.

7. Referencias Bibliográficas

Aignerren, M. (1998). *Diseño y análisis de información cuantificable en la investigación social*.

Universidad de Antioquia. Medellín.

Alonso, M. (1982). *Enciclopedia del idioma* (1a. ed.). Madrid: Aguilar

Besanko, D., Dranove, D. y Shanley, M. (1996). *Economics of strategy*. New York: John Wiley & Sons.

Briones, G. (1996) *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá:

ARFO Editores e impresores Ltda.

Briones, G. (2009) *Teoría de las ciencias sociales y de la educación epistemológica*. Eda ed.

México: Trillas.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Calderón, G. (2004) Lo estratégico y lo humano en la dirección de las personas. En: *Pensamiento*

& gestión, 16. Universidad del Norte, 158-176, 2004

Calori, R. (1998). Essai: Philosophizing on Strategic Management Models. *Organization Studies*,

19 (2), 281-306.

Cequea, M. y Núñez, M. (2010) La productividad desde una perspectiva humana: Dimensiones y

factores. En: *Intangible Capital*. Consultado el 10 de noviembre de 2013 en

<http://dx.doi.org/10.3926/ic.2011.v7n2.p549-584>

Chiavenato, I. (2007). *Administración de recursos humanos* (8a ed.). México: McGraw-Hill.

Corominas, J. y Pascual J. A. (1984). *Diccionario crítico etimológico*. Madrid: Gredos

Davis, K. y Newstrom, J. (2003) *Comportamiento humano en el trabajo*. Mexico: McGraw-Hill.

De la Rosa, A. (2011). *Entre la Teoría de la Organización y los Estudios Organizacionales: una aproximación al esclarecimiento del término 'organizacional'*. Ponencia en el congreso nacional de ciencias sociales sujetos y espacios, retos locales, globales y regionales.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*.

México D.F.: MacGraw-Hill Interamericana, 5ta edición.

Departamento Nacional de Planeación. (2002). *Documento CONPES 3204 Consejo Nacional de Política Social y Económica*. Recuperado el 8 de agosto de 2013, En línea: <https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes/3204.pdf>

Echeverry, J. (2003). *Política fiscal para la equidad*. Recuperado el 8 de agosto de 2013 de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CE4QFjAE&url=http%3A%2F%2Feconomicolombiana.uniandes.edu.co%2Fdiapositivas%2Fclase8-2003.ppt&ei=jaosUumiBY3q8ASb5oG4Cw&usg=AFQjCNG3M-RkAWpkZ0McSKj0z5MMFjAwbQ&bvm=bv.51773540,d.eWU>

IPS UNIVERSITARIA. (2013). *Informe de responsabilidad social empresarial*. Documento interno.

Jones, G. y George, J. (2006). *Administración Contemporánea*. México D.F.: MacGraw-Hill Interamericana, 4ta edición.

López, C. (julio 23 de 2012). Verdades sobre la crisis de la salud. En: *revista portafolio*.

- Mejía A, Jaramillo M, Bravo M. (2006). Formación del talento humano: factor estratégico para el desarrollo de la productividad y la competitividad sostenibles en las organizaciones. *Revista científica Guillermo de Ockham*. 4 (1).
- Ministerio de Salud (2010). Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva. *Cendex*.
- Newstrom, J. (2011). *Comportamiento humano en el trabajo*. (2ª ed.) México: McGraw-Hill.
- Peláez, J. (2011). *El negocio de la salud: Una ecuación Desigual*. Bogotá: Editorial Contraloría General de la Nación, 362 p
- Pinto D, Muñoz A.L. (Junio de 2010). *Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Estrategia del BID 2011 – 2014. BID Nota técnica. IDB – TN – 246.
- RPA Consulting Group. (2013). Informe productividad en quirófanos. Informe entregado a Fedisalud.
- Sumanth, D. (1990). *Ingeniería y administración de la productividad*. México: Mc GRAW-HILL Technologies, F. N. (2001). *Feedback Networks Technologies*. Recuperado el 1 de 10 de 2011, de <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.html>
- Thomson, I. (2011). *Portal de Mercadotecnia*. Recuperado el 18 de 11 de 2011, de Definición de Demanda: <http://www.promonegocios.net/demanda/definicion-demanda.html>
- Vargas, V & Hernández, E (2007). Indicadores de gestión hospitalaria. En: *Revista de Ciencias Sociales*. 13 (3).

Anexos

Anexo A. Procesos institucionales

Anexo B. Perfiles de cargos

Anexo C. Tabla de tiempos

Anexo D. Tabla de cargos

Anexo E. Tabla de suplementos

Anexo F. Tamaño de la muestra

Anexo G. Capacidad productiva