

# Como realizar el cálculo de plantilla en un servicio de Dermatología.

## *How to make the calculation of template in Dermatology service*

Gabriel E. Ughelli Yampey\*, María Auxiliadora Centurión\*\*, Gloria Galeano de Valdovinos\*\*\*.

\*Servicio de Dermatología - Hospital Militar Central, Asunción, Paraguay.

\*\* Servicio de Dermatología - Hospital Central del IPS.

\*\*\*Cátedra de Dermatología - Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas – UNA.

Email: gabrielughelli@gmail.com

### RESUMEN:

El Hospital Militar presta servicio preferentemente al área sanitaria del departamento Central tanto a pacientes militares y civiles.

Nuestro trabajo está centrado en proyectar y establecer el número de especialistas dermatólogos, enfermeras y auxiliares necesarios para la población que requiere asistencia.

Para una población estimada de 70.000 habitantes se necesita una plantilla mínima de 4 médicos especialistas en dermatología, 1 enfermera y 1 auxiliar a cubrir tanto consultas, quirófanos y hospitalización.

**Palabras claves:** Plantilla. Recursos humanos. Dermatología. Frecuentación.

### SUMMARY

The Military Hospital serves the health area preferably Central department both military and civilian patients. Our work is focused on design and set the number of specialists, dermatologists, nurses and support needed for people requiring assistance.

For an estimated population of 70,000 minimal template 4 specialist dermatologists 1 nurse and 1 auxiliary to cover both queries, operating and hospitalization is needed.

**Key words:** Template. Human Resources. Dermatology. Admissions

## Introducción

El Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HC FF AA) ubicado en la capital del país, tanto por su tamaño como por su cobertura asistencial, necesitaría contar con un servicio de Dermatología hospitalaria de mayor envergadura, basado en su estructura de gestión. Dicho centro es un hospital militar que ofrece cobertura médica a aquellos pertenecientes al Fondo para la salud del personal de las Fuerzas Armadas de la nación (FONSAFAN), organismo encargado de gestionar el régimen especial de la atención en la salud de las Fuerzas Armadas y ciudadanos del área sanitaria preferentemente del departamento Central del Ministerio de Salud.

El Hospital contempla un centro sanitario de alto nivel. Su dotación es de 200 camas, incluidas unidad de terapia intensiva (UTI), con una cartera de servicios y capacidades en relación a la población a cubrir y con varios objetivos: asumir la asistencia de la población de referencia formada por 70.000 habitantes; de los cuales 12.000 pertenecen a militares en servicio activo, 7.000 a funcionarios militares y el resto 51.000 a familiares y cobertura de atención sanitaria de Fuerzas Armadas en Actos de Servicio.

Cuenta con servicios de gran complejidad como son cirugía general, neurocirugía o traumatología, que son de referencia a nivel nacional para cirugías de gran complejidad.

Dada la similitud del HC FF AA de Asunción con el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (HCDGU) de Madrid, España, tanto en tamaño como en cobertura asistencial, sería interesante plantear la estructuración de un Servicio de Dermatología hospitalaria, basado en la experiencia de gestión del mencionado hospital español.

La plantilla de personal sanitario no médico, debemos entenderla según el planteamiento realizado en el resto de hospitales abiertos del Ministerio de Salud como: Nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos especialistas, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y en farmacia.

**Definición del Servicio de Dermatología:** El Servicio de Dermatología es un servicio médico-quirúrgico cuyas funciones fundamentales son el diagnóstico, tratamiento integral y la prevención de todas aquellas

patologías que afecten a la piel, sea cual sea su origen incluyendo las enfermedades de transmisión sexual (venereología).

Actualmente la atención dermatológica se realiza en el área de consultas del HC FF AA. Está compuesto del siguiente equipo humano en su plantilla: dos médicos militares especialistas en dermatología y una dermatóloga civil.

### Ojetivo:

Realizar el cálculo de plantilla necesaria para la cobertura eficaz del Servicio de Dermatología.

### Diseño del Servicio de la Dermatología:

La población de pacientes son aquellos que se reciben en las consultas del HC FF AA. Entre ellos se encuentran aquellos pertenecientes a la FONSAFAN, funcionarios militares y familiares.

En función de esta población determinar los medios humanos necesarios: médicos, enfermeras, auxiliares; medios económicos: recursos y asignación económicos; y medios materiales: físicos como consultorios, despachos, recepción, áreas de salas de espera, servicios sanitarios (cuartos de baño), botiquín, salas de tratamiento, equipos sanitarios (PUVA, UVB-BE, Terapia fotodinámica, etc.)<sup>1</sup>

Las actividades son: citación de pacientes, consultas, pruebas de diagnóstico, pruebas complementarias, tratamientos, atención a internados, interconsultas, urgencias, gestión de historias clínicas, reunión de casos clínicos, revisiones, telemedicina.

Verificación de resultados obtenidos: la valoración se realiza en base a la memoria anual.

### Planificación y cálculo de recursos hospitalarios:

La planificación de los recursos se hace atendiendo a las siguientes preguntas: ¿En qué medida una nueva actividad afecta al número de recursos, hay posibilidad de sustituir tareas o personal con una mayor productividad, y cómo mantener la calidad de cuidados y servicios con los recursos de la organización, o los que están disponibles en el mercado?<sup>2,3</sup>

También preguntarse si es posible con los recursos actuales producir los servicios necesarios y satisfacer las necesidades de salud.

**Factores que intervienen:** Entre ellos se encuentra la productividad, mejora tecnológica, modificaciones de la estructura organizativa, modificaciones en las condiciones de empleo. La eficacia potencial, valor de su recurso para alcanzar resultados de salud. Empleo, separando la parte ocupada, no ocupada. Accesibilidad;

la disponibilidad, la comodidad, la accesibilidad económica, la aceptabilidad.<sup>4,5</sup>

**Hospitalización:** hay que tener en cuenta en primer lugar; conocer el número de habitantes y agruparlo por edades, para poder establecer la frecuentación que significa el número de ingresos por mil habitantes, luego concretar el porcentaje o índice de ocupación y asignar el promedio de estancia por paciente.<sup>6</sup>

**Consultas externas y urgencias:** Tener en cuenta que por cada ingreso suelen producirse en consultas externas, 2 primeras visitas y por cada primera visita se realizan 2 a 3 sucesivas.<sup>7</sup>

**La frecuentación** en urgencias se sitúa alrededor de 280 por 1000 habitantes y por cada enfermo hospitalizado se atienden 3 urgencias de los cuales suelen ingresar entre el 12 y el 14%.<sup>8,9</sup>

**Otros parámetros de cálculo son:** El índice de ocupación, aunque varía para la tipología de pacientes y especialidad, en el conjunto de un hospital terciario se puede estimar adecuado como el 85%, ya que permite tener el hospital suficientemente ocupado y una reserva para posible aumento de la demanda por vía de las Urgencias.<sup>10,11</sup>

La estancia media varía con la tipología de Hospitales y Case-mix tratado. Tiende a la disminución pero para un hospital terciario una estancia media de 8 días puede ser razonable.<sup>12</sup>

La planificación de los recursos humanos: nos tendríamos que preguntar: ¿qué personas necesitamos, para hacer qué y cuál será su coste?<sup>13</sup>

**Cálculo de plantillas:** Se precisa determinar

- La actividad: hospitalización, consultas externas, urgencias y servicios centrales.
- El tiempo necesario por cada actividad en cada servicio y en el conjunto del hospital. *Tabla 1.*
- Asignar tiempo de actividad asistencial.<sup>14,15</sup>

**Tabla 1.** Distribución del tiempo médico. Datos publicados por el Hospital Gómez Ulla Madrid - España.

	Asistencia	Gestión	Docencia e investigación
Jefe de Servicio	50%	30%	20%
Jefe de sección	60%	15%	25%
Adjunto	80%	5%	15%

**Servicio de dermatología:** Frecuentación: 0,053  
 Ratio consultas primeras/sucesivas: 0,9  
 Hospitalización: 3 camas

Tabla 2. Primeros 6 meses de 2012 HCDGU.

Datos publicados por el Hospital Gómez Ulla Madrid - España.	
Total de consultas	5640 personas
ISFAS (Militares) primeras consultas	539 personas
SERMAS (Civiles) primeras consultas	2276 personas

**Cálculo de actividad asistencial cobertura a una población de 70.000 habitantes:**

Cálculo de primeras consultas por año del Servicio de dermatología:

**Población x frecuentación = número de primeras consultas por año.**

$70.000 \times 0,053 = 3.710$  primeras consultas por año.

**Relación con consultas sucesivas:**

Por cada primera visita se generan 2 consultas sucesivas.

Total de consultas sucesivas estimadas para el año = Total de primeras consultas x 2

$3.710 \times 2 = 7.420$  total de consultas sucesivas estimadas para el año.

**Cálculo de cuantos médicos se necesitan para atender la demanda de esta población:**

**3.710 (20%) alrededor del 20% de la población corresponde a la cantidad de horas totales trabajadas por médico al año dando como resultado:**

1.533 horas totales trabajadas en total por médico al año, siendo las efectivas en alrededor de un 80% de la labor asistencial quedando como sigue:

1.226 horas efectivas de trabajo.

$3.710$  primeras consultas x  $0,5 = 1.855$  horas dedicadas por el médico.

$7.420$  consultas sucesivas x  $0,5 = 3.710$  horas dedicadas por el médico.

$1.855 + 3.710 = 5.565$  horas totales dedicadas por el médico.

$5.565 / 1.226 = 4,5$

Se necesitan 4 médicos para cubrir la demanda.

**Cálculo de enfermera necesaria para la población Diana en consultas:** Siguiendo la relación que por cada una enfermera, 2 auxiliares.

**Cálculo de cantidad de médicos para cubrir quirófano dermatológico:**

60 intervenciones año x 1,5 horas = 90 horas

90 horas/27 intervenciones en los primeros 6 meses del 2011 = 3,3

Se necesitan 4 médicos

**Cálculo de plantilla de enfermería para una unidad de hospitalización de dermatología:**

**Nº de camas: 03**

$3 \times 0,9 = 2,7$  camas ocupadas;  $2,7 \times 2,66 = 7,18$  camas ocupadas x horas de atención/paciente

$7,18 \times 0,6 = 4,3$  enfermería

$7,18 \times 0,4 = 2,87$  auxiliar

$4,3 \times 0,5/7 = 0,3$  puestos de enfermera/mañana

$4,3 \times 0,3/7 = 0,2$  puestos de enfermera/tarde

$4,3 \times 0,2 \times 2/7 = 0,2$  puestos de enfermera/noche

$0,3 + 0,2 + 0,2 = 0,7$  ————— 1 enfermera

$2,87 \times 0,5/7 = 0,2$  puestos de auxiliar/mañana

$2,87 \times 0,3/7 = 0,14$  puestos de auxiliar/tarde

$2,87 \times 0,2 \times 2/7 = 0,16$  puestos de auxiliar/noche

$0,2 + 0,14 + 0,16 = 0,5$  ————— 1 auxiliar

**Conclusiones:**

Para una población total a cubrir de 70.000 habitantes (FONSAFAN 19.000 y a familiares 51.000) con una frecuentación de 0,053, un ratio de consultas primeras/sucesivas de 0,9 siendo vistos los primeros 6 meses del 2012 un total de 3.710 pacientes en primera consulta, se necesitaría para cubrir tanto consultas, quirófanos y hospitalización una plantilla mínima de: 4 médicos especialistas en dermatología, 1 enfermera y 1 auxiliar.

**Bibliografía**

- 1- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assesment. Ann Arbor, Mich: Regent of the University of Michigan. 1980. Edición en castellano: La Calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984; p.3-8.
- 2- Llorca M. Gestión empresarial de un consultorio dermatológico. 1a ed. Ediciones Mayo. Barcelona: 2005; p.76-81.
- 3- Nuevas orientaciones en el marketing de servicios. Biblioteca de manuales prácticos de marketing. Madrid: Díaz de Santos, 1990; p.109-112.
- 4- Martí E. Entre todos hemos conseguido pervertir el sistema sanitario catalán. Revista Economía de la Salud 2008; 5(5): p.249-252.
- 5- De Llano J. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1997; p.52-6.
- 6- Jiménez J. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. 2ª edición. Ediciones Díaz de Santos; 2000.p.301-351.
- 7- Moreno-Luque C. Sociedades para profesionales liberales. Barcelona: JM Boch editor, 1994; p.1325-1331.
- 8- Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores Clave del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud. España. 2010; p.13-16.
- 9- Muller C. Las personas en primer lugar. Time Management International Scandinavian Service School, 1992; p.188-198.
- 10- Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, Editorial Díaz de Santos S. A. 1993; p.216-23.
- 11- Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Consell de Collegis de Metges de Catalunya. Editorial Glosa SL. 1997; p.342-4.
- 12- World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhagen: OMS 1985. (Euro Reports and Studies Series: nº 94); p.36-40.
- 13- Huete L. Revitalizando los servicios. Barcelona: Folio SA. Biblioteca IESE, 1997; p.127-134.
- 14- Pereira F, Ballarín E, Rosanas J, Vázquez C. Contabilidad para dirección. Barcelona: IESE, 1991; p.190-192.
- 15- Campanella J. Principles of quality costs. Principles, implementation and Use. ASQC Quality Press. Milwaukee, Wisconsin: 1990. Edición en castellano: Principios de los costes de la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; p.342-4.