

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

***“Análisis de productividad y distribución del tiempo. Consulta Externa.
Primer Nivel de Atención. Área de Salud Tibás-Uruca-Merced.
Clínica Dr. Clorito Picado”***

Liza Ma. Vásquez Umaña

**San José, Costa Rica
Junio, 2008.**



Área de Salud Tíbás Uruca- Merced
Clínica Dr. Clorito Picado

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

MAE. Alan Henderson García
Presidente del tribunal

MSc. Juan Carlos Beckles Araya
Director de Tesina

Dr. Carlos Solano
Examinador designado

Liza María Vásquez Umaña
Sustentante

Agradecimientos

A la C.C.S.S., que me permitió en sus instalaciones formarme como Médico General, más tarde con sus Programas de Postgrado como Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y ahora como Especialista en Gerencia de la Salud...

Al Dr. Douglas Montero Chacón, que como Director Médico, en su momento, autorizó mi participación en este Programa.

A la Msc. Ana Molina por su colaboración.

Dedicatoria

A mi familia por el apoyo incondicional que siempre me han brindado,
muy especialmente a mi hija Mariana, quién nació
mientras cursaba este postgrado.

Resumen Ejecutivo

Se analiza la producción de los once médicos generales responsables de la consulta externa del Primer Nivel de Atención del Área de Salud Tibás Uruca Merced. Se describe el desarrollo teórico y la metodología para el cálculo de la capacidad máxima de producción, la capacidad de producción prevista y la producción real, los cuales buscan medir las características dinámicas de la consulta externa y que puede ser de aplicabilidad fácil y práctica en la institución. Otros indicadores que se calculan son los relacionados con capacidad ociosa, tanto en términos de producción (número de consultas), horas contratadas y costos a nivel individual y general.

Los resultados presentaron diferentes perfiles de utilización del tiempo, que permiten hacer comparaciones entre los médicos, además de detectar situaciones sujetas de cambio para mejorar aspectos de producción. Se concluye que estos indicadores pueden ser útiles en el proceso de administración, evaluación y control de la consulta externa institucional.

Así mismo se describen otras situaciones asociados al buen desarrollo de la Consulta externa, como lo son el Centro de citas por teléfono, el proceso de sustitución de pacientes ausentes, uso de tiempo extraordinario para mejorar el acceso de los usuarios al primer nivel de atención.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
A. Identificación de la institución	2
B. Justificación del estudio	8
C. Objetivos	9
D. Alcances y limitaciones	10
I. MARCO TEORICO	11
1.1 Niveles de atención médica	12
1.2 Dinámica de la Consulta Externa	14
1.3 Indicadores de Gestión	15
II. DISEÑO METODOLÓGICO	24
2.1 Tipo de estudio:	25
2.2 Delimitación del estudio:	25
2.3 Población:	25
2.4 Variables:	25
2.5 Fuentes de información:	26
2.6 Descripción metodológica del estudio:	27
III. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	29
3.1 Diagrama de actividades “proceso otorgamiento citas”:	30
3.2 Central de Citas telefónicas:	31
3.3 Resectorización del Área de Salud:	34
3.4 Análisis variables del personal médico:	37
3.5 Grupos de Trabajo existentes (comisiones):	38
3.6 Análisis de productividad y capacidad ociosa:	40
3.7 Pacientes ausentes y proceso de sustitución:	45
3.8 Diagrama causa- efecto:	47
IV. SOLUCIONES AL PROBLEMA PLANTEADO	48
4.1 Optimizar el tiempo de la Central de Citas:	49
4.2 Proceso de planificación según Resectorización:	50
4.3 Grupos de trabajo (Comisiones)	50
4.4 Aspectos de producción y capacidad ociosa operativa:	51
V. IMPLEMENACIÓN DE LAS SOLUCIONES	53
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFIA	57
APENDICE 1: GLOSARIO	60
ANEXO 1	64
ANEXO 2	65

INTRODUCCIÓN

A. Identificación de la institución

La Clínica Dr. Clorito Picado Twilight (CCP), abrió sus puertas en el año de 1965, está ubicada en la parte norte de la ciudad capital, en Cinco Esquinas de Tibás. Es una de las Clínicas Mayores del gran área metropolitana y conforma el Área de Salud de Tibás Uruca-Merced¹ que comprende los distritos de Colima y Cinco Esquinas pertenecientes al cantón de Tibás y los distritos de Merced y Uruca del cantón central de San José².

También se atiende al sector de San Gabriel el cual pertenece al distrito de Calle Blancos ya que el mismo se encuentra ubicado muy cerca (200 metros este) de la Clínica. En forma más específica, en el cuadro 1 y el gráfico 1 se detallan la distribución territorial del primer nivel de atención (medicina general).

Cuadro 1: Cantones, distritos y comunidades adscritas. Área de Salud Tibás Uruca y Merced. Año 2008.

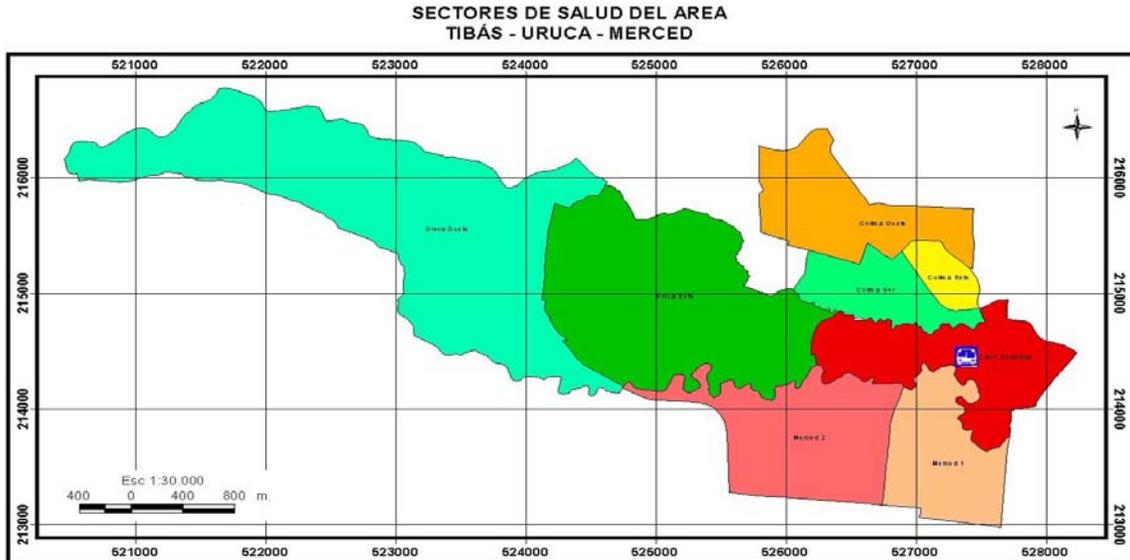
CANTÓN	DISTRITO	Comunidades	Nombre del EBAIS
CENTRAL DE SAN JOSÉ	URUCA	Urb. Rossiter Carballo, Urb. Los Manzanos, Precario Noche Buena, B° El Virilla, Corazón de Jesús, Bajo Los Ledezma, Cristal, Alborada, Jardines de la Autopista.	URUCA OESTE
		La Peregrina, Las Magnolias, Los Gobernantes, Montserrat, Robledal y Esquivel.	URUCA ESTE 1 y 2
	MERCED	B° Amón, Mercado Borbón, B° Unión, Paso de la Vaca, B° México, B° Iglesias Flores, Florida Norte Pitahaya, Mantica, Juárez, Rincón de Cubillos B° Claret, asentamientos: Gloria Bejarano y Progreso Humano.	MERCED 1 y 2
TIBAS	1. COLIMA 2. CINCO ESQUINAS	Cuatro Reinas, Fabiola, El Rey, El Rosal, Almendros, Toñita, Colima, Balsa, Carranza, Las Lilas, Anselmo Alvarado, Manolo Rodríguez, Copey, San Rafael, Montecarlo, Bajo Piuses, San Gabriel, Leiva Urcuyo, Lomas Pinar y Santa Teresa.	CINCO ESQUINAS 1 – 2 y 3 COLIMA ESTE COLIMA OESTE COLIMA SUR

Fuente: Plan de sectorización y ASIS de 2000.

¹ Tipo 3.

² ASIS 2002-2005.

Gráfico 1: Representación gráfica del territorio adscrito al Primer Nivel de Atención. Área de Salud Tibás Uruca y Merced. Año 2008.



La población asignada al primer nivel de atención según el Plan Anual Operativo (PAO) 2008-2009 es de 47.927³ habitantes (cuadros 3 y 4). Esta población está sectorizada en once Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), ocho de los cuales funcionan concentrados en las instalaciones de la Clínica. Los EBAIS de Merced 1 y Merced 2 se encuentran descentralizados y se ubican en el sector de Barrio México.

³ Proyecciones según el INEC y el Censo del 2000.

Cuadro 2: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud.
Área de Salud Tibás Uruca y Merced. Año 2008.

Médico	Nombre del Sector	Ubicación	Población	
			PAO-2008	%
1	Uruca Este 1	CCP	3.490	7,3
2	Uruca Este 2	CCP	3.490	7,3
3	Uruca Oeste	CCP	3.134	8,3
4	Merced 1	Barrio México	9.829	20,5
5	Merced 2	Barrio México	1.852	3,9
6	5 Esquinas	CCP	4.417	9,2
7	5 Esquinas	CCP	4.416	9,2
8	5 Esquinas	CCP	4.416	9,2
9	Colima Sur	CCP	7.265	15,2
10	Colima Este	CCP	1.629	3,4
11	Colima Oeste	CCP	3.989	6,5

Fuente: PAO 2008-2009

Como Clínica tipo 4, tiene la responsabilidad de proporcionar atención exclusivamente ambulatoria de mayor tamaño y complejidad dentro de su clasificación. Además de la consulta de medicina general o primer nivel de atención, proporciona atención médica en las cuatro especialidades básicas⁴ y sub-especialidades (segundo nivel de atención).

La población asignada al segundo nivel es de 141.347 habitantes para el año 2008. Hay médicos especialistas en Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Fisiatría y Rehabilitación, Psiquiatría, Dermatología, Ginecoobstetricia, Perinatología, Radiología e Imágenes Médicas, Otorrinolaringología, Oftalmología, además de apoyo en las áreas de Psicología y de Trabajo Social.

⁴ Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia.

Cuadro 3: Población asignada al primer nivel de atención.
Por grupos de edad. Área de Salud Tibás Uruca y Merced. Año 2008.

ÁREA DE SALUD	POBLACION 2008		
	TOTAL	Hombres	Mujeres
Grupos de edad (años)	47.927	24.040	23.887
0	698	350	348
1-5	3414	1713	1701
6-9	2878	1444	1434
10-14	4101	2057	2044
15-19	4.534	2.274	2.260
20-24	4.802	2.409	2.393
25-29	4.785	2.400	2.385
30-34	3.546	1.779	1.768
35-39	3.244	1.628	1.617
40-44	3.285	1.648	1.637
45-49	2.932	1.471	1.462
50-54	2.547	1.277	1.270
55-59	2.019	1.012	1.006
60-64	1.472	738	734
65-69	1.161	582	579
70-74	959	481	478
75-79	532	267	265
80 +	1.019	511	508

Fuente: PAO 2008-2009

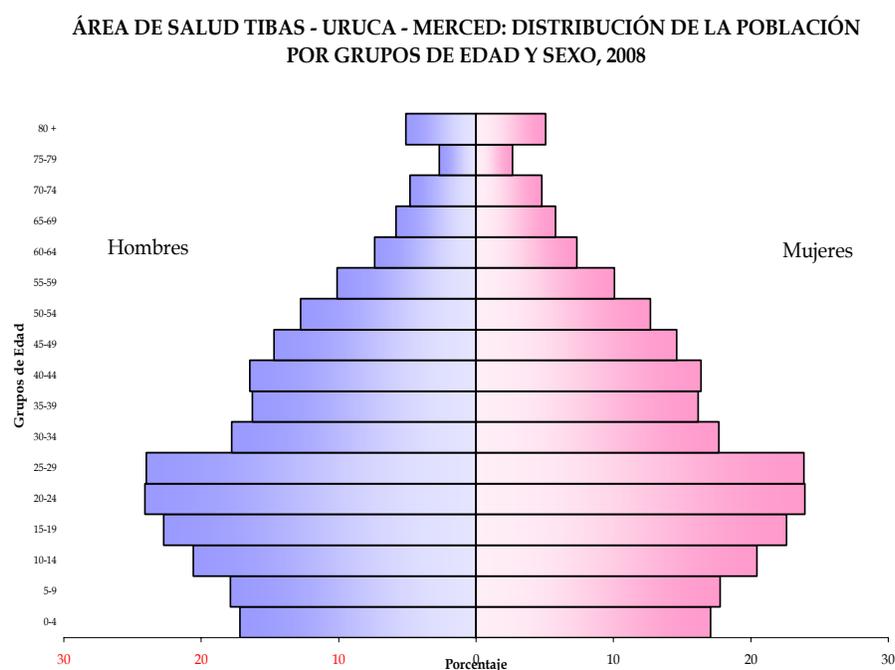
Cuenta con servicios de ayuda diagnóstica, laboratorio clínico, rayos X y tratamiento. Además de la atención médica mantiene la atención odontológica escolar.

Sus acciones están dirigidas al mantenimiento, recuperación, promoción, prevención y rehabilitación de la salud en la población adscrita, familiar y

comunitaria. Brinda también servicios de apoyo a establecimientos de menor capacidad resolutive que se encuentran en el área de atracción⁵.

Al analizar la pirámide poblacional (gráfico 1), esta no se comporta como una “pirámide real”, es decir, con una base más amplia correspondiente a la población más joven (entre 0 y 4 años de edad), que va disminuyendo paulatinamente hasta la cúspide de la pirámide donde se suelen observar ya pocos sobrevivientes, como era lo común en los años sesentas⁶.

Gráfico 2: Pirámide poblacional. Proyección año 2008.



Fuente: PAO 2008-2009.

Por el contrario, su base de sustentación (grupo de 0 a 4 años) es estrecha en comparación con los grupos siguientes, y luego conforme aumentan los grupos de edad, se vuelve más rectangular, siendo el de los grupos entre 15

⁵ Área de Salud La Carpio, León XIII, algunos sectores de Tibás y Santo Domingo.

⁶ Pirámide poblacional. Costa Rica.

y 19, 20 y 24 años y el de 25 a 29 años los más prominentes, representando juntos un 29.5% de la población total. Aunque se mantiene la forma de cúspide, siempre representado por un número menor progresivo entre los mayores de 40 a 64 años, con un aumento en el grupo entre 65 a 69 años y el de 80 años y más, en este último con más mujeres sobrevivientes.

Así, la población adolescente y adulta joven son las que predominan (65.2%), es decir población económicamente activa y en edades reproductivas. Con un aumento significativo de la población adulta mayor, que representa un 7.1% del total de la población, con todas las implicaciones que esto pueda generar, lo cual es acorde con los datos nacionales, tomando en cuenta que Costa Rica, es uno de los países con más elevada expectativa (esperanza de vida al nacer) en América Latina⁷.

⁷ Morales Martínez, Fernando. Temas prácticos en Geriátría y Gerontología: consideraciones demográficas de Costa Rica. UNED. 1999. Páginas de 1 a 6.

B. Justificación del estudio

En la administración de la función pública se tiene la tarea de dirigir, manejar, conducir, cuidar y utilizar los recursos que son otorgados a las organizaciones gubernamentales.

Deben establecerse mecanismos de control que permitan identificar las posibles desviaciones respecto al logro de los objetivos y corregirlas. Su finalidad es garantizar que las actividades reales se ajusten a las actividades proyectadas y poder comparar resultados.

El control se implementa mediante la construcción de indicadores. La evaluación también utiliza indicadores para lograr su propósito, permite una valoración más profunda, en función de los objetivos propuestos. Determina la pertinencia, la efectividad y la congruencia de las actividades realizadas con el interés de los usuarios.

A pesar de que existen 11 profesionales médicos encargados de la atención directa a pacientes, no todo el tiempo contratado lo utilizan para este fin, ya que también deben conformar equipos interdisciplinarios, comisiones etc. Cuando tiempo real utilizan en estas actividades es algo que no se ha estimado objetivamente, intentos previos solo muestran estimaciones de la realidad, por lo que el análisis de indicadores como el de productividad y distribución del tiempo efectivo, resultan útil para este propósito.

La información obtenida con el instrumento diseñado permitirá un mejor control del tiempo y la productividad, así como también permitirá evaluar aspectos de costo del recurso humano. De igual forma facilitará un mejor conocimiento de la producción en función de la capacidad de recurso humano instalada que para efectos de negociación de los Compromisos de Gestión es importante para determinar las diferentes coberturas de los programas.

C. Objetivos

- General

- Evaluar la productividad y la distribución del tiempo en la consulta externa del primer nivel de atención. Área de Salud Tibás Uruca Merced.

- Específicos

- Diseñar una hoja de cálculo que permita cuantificar de manera rápida los indicadores de productividad.
- Determinar el porcentaje utilizado en actividades sustantivas (PUAS) propias de consulta externa, de cada médico general contratado.
- Identificar que porcentaje del tiempo contratado utiliza cada médico en la atención directa a pacientes.
- Calcular la capacidad máxima práctica, la capacidad de producción prevista y la producción real en la consulta externa del primer nivel de atención en términos de número de consultas.
- Determinar la capacidad ociosa anticipada, la capacidad ociosa operativa y la capacidad ociosa total de la consulta externa del primer nivel de atención en términos de número de consultas y costos.

D. Alcances y limitaciones

Este análisis pretende determinar el tiempo efectivo que utilizan los médicos generales para la atención directa a las personas en la consulta externa. De manera individual y general. Con el propósito de conocer el impacto que está generando la participación de los profesionales en medicina en otras actividades no propias de la consulta.

En una primera etapa se procede al cálculo de algunos indicadores de rendimiento de la consulta externa, para poder identificar aquellas situaciones susceptibles de mejora y que permitan optimizar el tiempo contratado de estos profesionales.

Se crea una hoja de cálculo que de manera interactiva y automática permitirá calcular estos indicadores de producción, de aplicabilidad fácil y práctica. Con el propósito que pueda ser utilizada por otros responsables de la administración del tiempo en la Consulta Externa.

Como limitante se encontró que para algunos datos, no se disponía del registro completo, por lo que se utilizaron períodos de recolección, información que después se extrapó, o se utilizaron promedios.

I. MARCO TEORICO

1.1 Niveles de atención médica

A partir de la Reforma del Sector Salud, la atención para las personas se dividió en tres niveles de atención:

A. Primer Nivel de Atención:

Corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad, que se practiquen respecto de la familia en los ámbitos intradomiciliario, de consulta externa o ambulatoria general. Las acciones se orientarán a las personas y a su comportamiento en cuanto a la salud y al ambiente en el cual viven, permanecen, trabajan o se recrean.

Es en este nivel de atención donde se da el primer contacto del paciente con el sistema de salud (es la puerta de entrada). Es el servicio más voluminoso de la atención de salud e implica apertura y uso de expediente individual de salud.

Está conformado por el modelo de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que considera en esencia, la asignación de un grupo de funcionarios en atención primaria⁸ a un sector geográfico, con una población que idealmente oscila entre 2.500 y 6.000 habitantes, definida bajo criterios demográficos, medios de comunicación y accesibilidad, cantidad y tipo del recurso humano disponible, asignación de recursos según necesidades, utilización de infraestructura de menor costo, costo beneficio y economías de escala.

Tiene como funciones el mejoramiento real en el acceso a los servicios de salud, atención con enfoque biosicosocial del proceso salud enfermedad, con

⁸ El EBAIS está conformado por: un Médico General, Auxiliar de Enfermería, Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP) y en algunos casos cuenta con un Técnico de farmacia y un Auxiliar de Registros Médicos.

una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en la promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. Además de una participación activa de la comunidad en el auto cuidado de la salud, ejecución de actividades y en la gestión de los servicios.

Dentro de los servicios y actividades se definen en este nivel la consulta médica general, charlas educativas, vacunación, visitas domiciliarias, atención de programas al niño, adolescente, mujer, adulto, y adulto mayor, actividades en salud a grupos escolares, otros grupos focalizados, entre otros.

Al ser la puerta de entrada al sistema de salud, debe de ser accesible para todos los usuarios cuando así lo requieran, por lo que optimizar el uso del tiempo en este nivel es fundamental.

B. Segundo nivel:

El Segundo Nivel de Atención brinda apoyo al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con grado variable de complejidad y especialidad, tiene la responsabilidad de proporcionar atención exclusivamente ambulatoria de mayor tamaño y complejidad. Proporcionan atención médica en las cuatro especialidades básicas⁹ y algunas sub-especialidades.

Cuenta con servicios de ayuda diagnóstica, laboratorio clínico, rayos X y tratamiento. Además de la atención médica mantiene la atención odontológica escolar.

⁹ Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia.

C. Tercer nivel:

Corresponde a la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia del nivel terciario podrá trascender la del secundario y abarcar el territorio de varias provincias, cantones y distritos. En este nivel se ubican los Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados.

1.2 *Dinámica de la Consulta Externa*

La consulta externa en el primer nivel de atención, es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente debe solicitar la cita con el médico general y esperar a que este lo refiera en caso necesario al especialista si el padecimiento lo amerita o no cuenta en este nivel con los insumos necesarios para un adecuado diagnóstico o tratamiento.

Los estándares de nivel de actividad previsto (NAP), establecen en este nivel de atención un rendimiento de 4 consultas por hora, donde podrían valorarse 4 pacientes subsecuentes, que son aquellos usuarios que ya han sido valorados previamente por el médico o dos pacientes subsecuentes y un paciente nuevo, a este paciente como es la primera vez que consulta, se le debe realizar una historia clínica completa y un examen físico por lo que el médico dispondrá de 30 minutos para atenderlo, a diferencia del paciente subsecuente que dispondrá de 15 minutos.

En el Área de Salud, los pacientes se citan por horas, de tal manera que facilite la sustitución de los pacientes ausentes.

1.3 Indicadores de Gestión¹⁰

El seguimiento de la inversión pública requiere información que permita medir el cumplimiento de sus objetivos. Esta información puede obtenerse con:

- Indicadores de seguimiento y evaluación de procesos.
- Programas y/o proyectos de gestión pública.

Estos indicadores son herramientas útiles para la planeación y la gestión en general con el propósito de¹¹:

- generar información útil que permita mejorar el proceso de toma de decisiones.
- dar seguimiento de los diferentes procesos de la gestión al interior de una administración y realizar acciones correctivas que mejoren la eficiencia y la eficacia.
- evaluar el impacto de la gestión en términos del desarrollo nacional y/o el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

¹⁰ Jaramillo Antillón Juan. Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica. 1998.

¹¹ Programa de Capacitación Gerencial Moderna y Gestión del Cambio en Salud. Antología del Curso: La Evaluación. ICAP. 2008.

Capacidad ociosa y capacidad de producción¹²

Definición y conceptos básicos:

A la capacidad ociosa se le conoce como la capacidad de producción no utilizada, es decir, aquella porción de los factores fijos (capacidad instalada) no usada en la producción¹³. También se define como la diferencia entre la capacidad potencial de producción (capacidad máxima práctica) y la producción realmente efectuada (PR).

Al referirse a capacidad ociosa, también se tiene que hablar de capacidad de producción, debido a que la primera resulta de una diferencia en relación con la segunda.

Con respecto a la Capacidad de producción, existen tres posibles datos de referencia:

- Capacidad máxima de producción.
- Capacidad de producción en función del nivel de actividad previsto.
- Producción real

A. Capacidad máxima práctica (CMP)

Corresponde a la capacidad máxima de producción de un determinado centro de producción, sin reconocer ningún nivel de capacidad ociosa¹⁴ (la máxima producción posible con la dotación de recursos existentes).

¹² OPS/OMS. Caso para el desarrollo de destrezas gerenciales: Caso San Juan de los Mares. Evaluación de Servicios de Salud. 2008.

¹³ Zamora Zamora, Carlos. Organización de la Consulta Externa: formas de medición y desarrollo de nuevos indicadores. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc; 1 (1): 29-34, 1993.

¹⁴ Capacidad de producción no utilizada.

B. Capacidad de producción prevista (CPP)

Denominada también producción esperada o producción potencial, está determinada por el nivel de actividad previsto (NAP). La CPP es una herramienta útil para justificar y presupuestar los recursos necesarios para un determinado centro de producción (en función de la producción programada, así como también se constituye en un indicador que permite la evaluación del servicio como parámetro de resultados esperados, adicionalmente es útil para la determinación de la capacidad ociosa.

Puede aplicarse a servicios de hospitalización (egresos potenciales), servicios de consulta ambulatoria (consultas programadas) y también a otro tipo de servicios de apoyo. Conocer este valor es necesario para determinar el grado de cumplimiento de resultados y la capacidad ociosa.

Es este apartado es importante analizar el Nivel de Actividad Previsto (NAP), que consiste en determinar cual será la intensidad del aporte en tiempo o recursos de los disponibles institucionalmente que finalmente se utilizarán en el proceso productivo. Afectan lo que se denomina Capacidad Máxima Práctica de producción (CMP) y al modificarla determina el volumen de producción esperado o metas de producción (capacidad de producción prevista).

Es definido con criterios técnicos, estándares de productividad y análisis de eficiencia de los servicios. En general los estándares o normas de producción conforman el nivel de actividad previsto (NAP) y se utilizan para determinar la producción esperada o metas de producción que a su vez determinan la CPP. En el caso de servicios de consulta ambulatoria lo constituyen el PUAS¹⁵ y la norma de consultas por hora/médico.

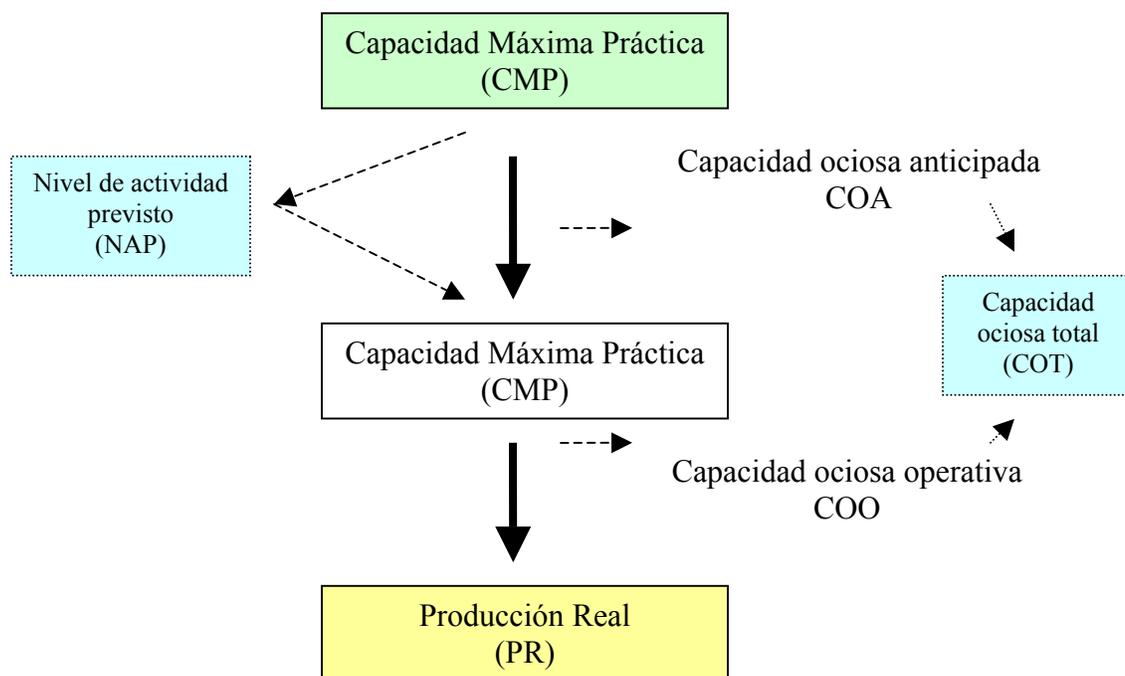
¹⁵ Porcentaje utilizado en actividades sustantivas.

C. Producción real (PR)

Producción real que finalmente tuvo un determinado centro de producción en un determinado momento. Cuando se relaciona el PR con la CMP o con la CPP, se obtiene lo que se denomina: Capacidad Ociosa. Y específicamente la diferencia entre CPP y PR da por resultado la capacidad ociosa operativa (COO).

D. Capacidad Ociosa

A continuación se presenta un diagrama de los conceptos relacionados con Capacidad Ociosa:



Como puede deducirse del diagrama anterior:

$$\text{CMP} - \text{CPP} = \text{COA}$$

$$\text{CPP} - \text{PR} = \text{COO}$$

$$\text{CMP} - \text{PR} = \text{COT}$$

$$\text{COA} - \text{COO} = \text{COT}$$

Finalmente, si la Producción Real iguala a la Capacidad de Producción Prevista, la Capacidad Ociosa Operativa será igual a cero. Esta situación se presenta cuando las metas de producción se logran al 100%.

Existen diferentes enfoques comúnmente utilizados al referirse a capacidad ociosa:

1. Capacidad ociosa anticipada (ociosidad programada, planeada o presupuestada).
 - Capacidad ociosa en términos de producción.
 - Capacidad ociosa en términos de capacidad instalada.
 - Capacidad ociosa en términos de tiempo.

2. Capacidad ociosa operativa o no anticipada:
 - Capacidad ociosa en términos de producción.
 - Capacidad ociosa en términos de capacidad instalada.
 - Capacidad ociosa en términos de tiempo.
 - Capacidad ociosa en términos monetarios.

3. Capacidad ociosa total.

1. Capacidad ociosa anticipada (ociosidad programada, planeada o presupuestada).

Es la que se conoce y define en el momento en que se fija el nivel de producción al que se pretende operar (planificación/programación), y es aquella parte de la capacidad de producción que se decide no utilizar, en el momento de dicha fijación.

Un ejemplo de este concepto es el Porcentaje de Utilización a la Actividad Sustantiva (PUAS), pues al momento de aceptar un PUAS de por ejemplo 70%, influido entre otros aspectos por: vacaciones, cursos de capacitación, tiempos muertos, incapacidades, etc., de hecho se está aceptando como razonable una ociosidad de un 30% en la utilización del recurso humano contratado. El dato de referencia a utilizar para calcular la producción potencial respecto a la dotación de personal será el PUAS. En este caso el PUAS viene a ser el Nivel de Actividad Previsto (NAP) para la dotación de horas médico contratadas.

Cuando se hace referencia a capacidad ociosa en términos de producción, interesando especialmente el cálculo de la Capacidad Ociosa Operativa la siguiente fórmula deberá ser usada:

$$COA = CMP - CPP$$

o

$$COA = \frac{CMP - CPP}{CMP} \times 100$$

COA= capacidad ociosa anticipada. CMP= capacidad máxima práctica. CPP= capacidad producción prevista
--

2. Capacidad Ociosa Operativa (COO) o NO Anticipada:

Resulta de la diferencia entre el nivel de producción realmente alcanzado y el nivel de producción previsto o programado. *Es el que interesa cuantificar*

para fines de evaluación de productividad, surge del desaprovechamiento de los factores fijos de producción (capacidad instalada). Esta ociosidad se llama capacidad ociosa operativa.

Esta capacidad operativa puede expresarse de diversas formas, las más usuales corresponden a: capacidad instalada no utilizada, productos o servicios no producidos, en términos de tiempo de recursos desperdiciados e incluso en términos de costos de la ociosidad.

Existen cuatro formas de expresión para la capacidad ociosa operativa. Desde el punto de vista de déficit en producción la fórmula de capacidad ociosa operativa es la siguiente:

$$\text{COO} = \text{CPP} - \text{PR} \quad \text{opción} \quad \text{COO} = \frac{\text{CPP} - \text{PR}}{\text{CPP}} \times 100$$

COO= capacidad ociosa operativa. CPP= capacidad producción prevista PR= producción real

- a. **Capacidad ociosa operativa en términos de producción:** es el cálculo comúnmente utilizado en procesos de evaluación de resultados. Consiste en relacionar la producción potencial de un determinado Centro de Producción con la producción realmente alcanzada. Este ejercicio puede desarrollarse tanto para Servicios Finales como para servicios de Apoyo, sin embargo es a los primeros a los que usualmente se les aplica. Lo más frecuente es referirse a egresos, consultas o procedimientos quirúrgicos no producidos, expresándolo ya sea en términos absolutos o como un porcentaje de la capacidad potencial esperada.

En el caso particular de servicios de consulta ambulatoria. Referida específicamente a producción de consultas. Corresponde a la diferencia entre consultas programadas o potenciales y consultas reales (producción final reportada por Departamento de Estadística del establecimiento) a fin de determinar el grado de cumplimiento de las metas de producción.

Fórmula:

$$\text{Capacidad Ociosa operativa} = \frac{\text{consultas potenciales} - \text{consultas reales}}{\text{Consultas reales}} \times 100$$

- b. **Capacidad ociosa operativa en términos de capacidad instalada:** denota por ejemplo en Servicios de hospitalización, el uso de las camas o índice ocupacional.
- c. **Capacidad ociosa operativa en términos de horas de recurso humano contratado:** denota cual porcentaje del las horas contratadas, se laboran propiamente en alguna actividad prevista, es decir horas laboradas de las horas programadas, puede utilizarse en horas de consulta externa, horas quirófano disponibles, programadas y utilizadas.
- d. **Capacidad ociosa en términos del costo:** permite tener un estimado del costo de la capacidad ociosa anticipada, la capacidad ociosa operativa, y de esta manera tener una idea del gasto de los recursos en qué áreas.

3. Capacidad ociosa total (COT):

Será la suma de la capacidad ociosa anticipada y la capacidad ociosa operativa. Será el porcentaje que se ocupa en otras actividades que no favorecen la producción real.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio:

Descriptivo transversal de tipo cuantitativo.

2.2 Delimitación del estudio:

El nivel de análisis está representado por el universo completo de todos los profesionales en medicina general nombrados en la consulta externa durante el primer trimestre del 2008 en la Clínica Dr. Clorito Picado T.

2.3 Población:

Se incluyeron los 11 médicos generalistas responsables de la consulta externa del primer nivel de atención. No se tomaron en cuenta médicos especialistas.

2.4 Variables:

Básicamente son de tipo numéricas y nominales, que se utilizaron para el cálculo de la productividad y análisis del tiempo efectivo (Cuadro 5).

Cuadro 4. Grupo de variables utilizadas.

Variable	Definición	Tipo
Sexo	Masculino (M) Femenino (F)	Nominal
Horas contratadas	Horas contratadas para laborar	Numérica
Días feriados	Días que no se laboran	Numérica
Días vacaciones	Días que no laboran por vacaciones	Numérica
Días capacitaciones y/o congresos	Días que asisten a capacitaciones y/o congresos.	Numérica
Horas alimentación	Tiempo utilizado para alimentación	Numérica
Horas equipo interdisciplinario	Tiempo dedicado al trabajo con otro grupos de profesionales	Numérica
Horas docencia en Clínica Clorito Picado	Horas que se emplean en capacitación médica continua dentro de las instalaciones de la Clínica	Numérica
Horas reunión administrativa	Tiempo destinado a reuniones con jefatura del Primer Nivel	Numérica
Horas permisos	Horas permisos personales permanentes. Ej.: lactancia materna.	Numérica

2.5 Fuentes de información:

Para la recolección de la información se utilizaron fuentes primarias y secundarias:

- Fuentes primarias:
 - Base de datos Medisys¹⁶, proporcionó de todas las consultas registradas durante el primer trimestre del 2008, el índice de ausentismo y de sustitución de usuarios de la consulta externa.
 - Departamento Recursos Humanos facilitó los términos de contratación de cada funcionario, promedio de incapacidades y salario bruto.

- Fuentes secundarias: constan de artículos de revistas, consulta de textos y búsquedas sistemáticas en Internet.

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó la hoja de cálculo Excel, donde se desarrollo una tabla de cálculo dinámica que incluyeran todas las variables numéricas y que facilitara el cálculo de la producción según horas contratadas.

¹⁶ Sistema informatico operativo utilizado en el Área de Salud para el registro de las consultas.

2.6 Descripción metodológica del estudio:

Se recolectaron los datos necesarios en relación a las variables a utilizar, tanto de los médicos de consulta externa como de otros servicios que también se analizan como el Centro de Citas telefónicas. Para esto fue muy útil la información suministrada por el Departamento de Recursos Humanos y la Unidad de Informática.

Se diseñó una hoja de cálculo en programa Excel®, que después de ingresar algunas variables, permitiera el cálculo individual de los indicadores de productividad necesario par el análisis. Se trató que fuera de aplicabilidad fácil y práctica para el servicio.

Para los criterios a evaluar se utilizaron:

- H. vacaciones: son las horas que el médico no labora por disfrute de vacaciones. Esto varía según los años de antigüedad con la institución.
- H. feriados: contempla las horas que no se labora por ser día feriado, para el año 2008 se consideraron 10 días, equivalentes a 78 horas.
- H. Congresos: se refiere al tiempo que el profesional asiste a capacitaciones y/o congresos, fuera de las instalaciones de la Clínica. Generalmente son 4 semanas al año.
- H. Docencia en la CCP: es el tiempo que utiliza el médico en asistir a capacitaciones dentro de las instalaciones de la clínica.

- H. Comisiones u otras actividades: el tiempo que el médico trabaja en otras actividades no propias de la consulta externa (Ej.: comisiones etc.).

A continuación se muestra como es su formato electrónico:

Criterios	horas			UPC	%
	SEMANA	MES	AÑO		
H.Vacaciones	6,0		234,0	936,0	11,5
H.Feridos			78,0	312,0	3,8
H.Congreso			78,0	312,0	3,8
H.Incapacidades			78,0	312,0	3,8
TOTAL no PUAS (COA)	12,0		468,0	1872,0	23,1
H.Docen CCP	2,0		80,0	320,0	5,1
H.Docen MF y C	3,0		120,0	480,0	7,7
H.Comis Incapacidades	1,0		40,0	160,0	2,6
H. Unión Médica	2,0		80,0	320,0	5,1
H.Reunión Administrativa	0,5	2,0	18,5	73,9	1,2
H. Carrera Profesional	0,9	4,0	37,0	147,8	2,4
TOTAL COO			375,4	1501,7	24,1
H. TOTAL CE real			1184,6	4738,3	
H. TOTAL CMP	39,0		2028,0	8112,0	100,0
TOTAL horas PUAS			1560,0	6240,0	76,9
Total horas contratadas			2028,0	8112,0	
Total horas COA			468,0	1872,0	23,1
Total horas COO			375,4	1501,7	18,5
Total horas CE real			1184,6	4738,3	58,4
Total HORAS CMP			2028,0	8112,0	100

III. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

A continuación se describen una serie de situaciones propias de la consulta externa, que evidencian la situación actual y permiten a la vez plantear la problemática en aspectos de producción (número de consultas) y utilización del tiempo en la atención directa de los usuarios.

3.1 Diagrama de actividades “proceso otorgamiento citas”:

En la Clínica existen dos formas para la asignación de las citas en medicina general, una es la modalidad de la “cita programada” y la otra es la “cita a demanda”.

a) Citas programadas: funcionan cuando el usuario por su condición de riesgo requiere de citas controles cada cierto tiempo de manera regular. En esta modalidad se agrupan los pacientes con:

- Enfermedades crónicas (hipertensión arterial y/o diabetes mellitus).
- Estado de embarazo (se valoran mensualmente).
- Niños y niñas menores de 1 año (idealmente se valoran al menos 5 veces en el primer año de vida).

A estos usuarios se les programa la futura cita de forma anticipada, en las plataformas de servicios, al salir de la consulta.

b) Citas a demanda: funciona para el resto de los usuarios, quienes deben de llamar al Centro de Citas, el día antes para obtener una cita para el día siguiente.

Todo el sistema de agendas médicas se encuentra computarizado a través del Programa Medisys®¹⁷, específicamente las agendas de los médicos

¹⁷ Programa de Cómputo.

generales están diseñadas para que aproximadamente el 50% de los cupos disponibles se llenen con citas programadas, garantizando que el restante 50% de los cupos sean para las citas a demanda. De esta manera se garantiza una oferta para los usuarios que así lo requieran.

3.2 Central de Citas telefónicas:

La modalidad de citas por teléfono inició en junio del 2007. Actualmente opera de las 12:00 m.d hasta las 9:00 p.m. Es atendido por 3 funcionarios que reciben las llamadas y otorgan las citas.

En esta Central telefónica, se encargan de dar las citas para:

- Medicina General (incluye planificación familiar y toma de papanicolaos)
- Odontología General.
- Pediatría

Analizando el informe de gestión del primer cuatrimestre del 2008, se reporta un promedio general de 980 personas que no consiguieron cita. El sector de Merced es el que tiene el mayor número de personas que no consiguen cita, mensualmente en promedio este grupo es de 358 personas. El resto de los sectores ronda entre 140 y 180 usuarios mensuales (Cuadro #).

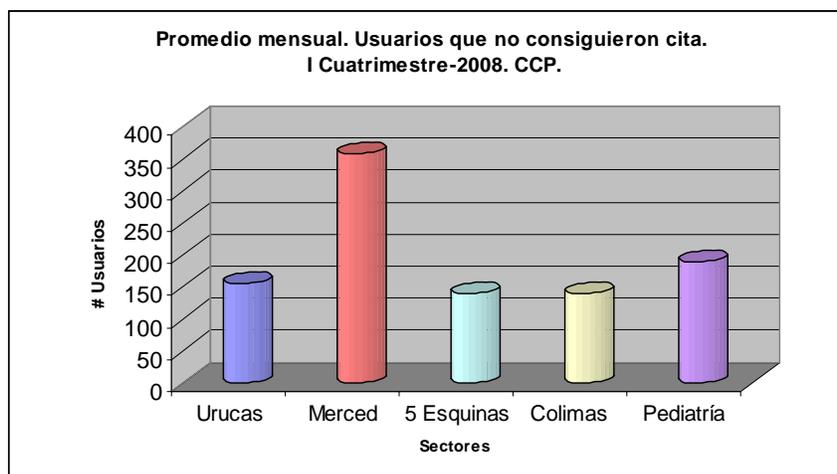
Cuadro 5: Registro de usuarios sin cita por servicio y sector.
Clínica Dr. Clorito Picado. I cuatrimestre-2008.

Servicio	Sector	Mes				Promedio mensual
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	
Medicina General	Urucas	152	290	100	80	155,5
	Merced	427	550	222	235	358,5
	5 Esquinas	91	289	121	59	140,0
	Colimas	92	290	98	75	138,8
Pediatría	Agrupados	112	296	255	89	188,0
Total		874	1715	796	538	980,8

Fuente: Departamento Registros Médicos. Central de Citas.

Se incluye en el cuadro anterior, el Servicio de Pediatría, ya que en su mayoría los niños utilizan este servicio a demanda, igual que Medicina General. Excepto en el sector de Merced, donde los Médicos Generales atienden tanto a los niños como a los adultos que así lo demanden.

Gráfico # 3: Promedio mensual. Número de usuarios sin cita.
I Cuatrimestre-2008. CCP



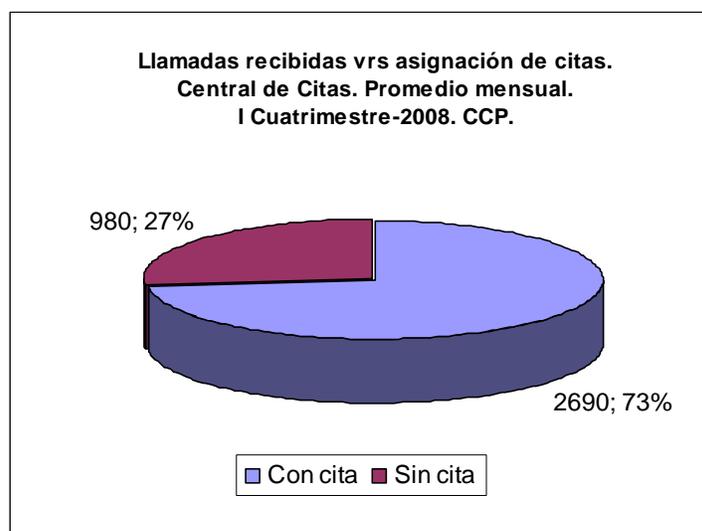
Fuente: Cuadro #5.

Del total de llamadas recibidas para Medicina General y Pediatría, se le asigna cita a un 73.3% (promedio de 3670 citas mensuales) y se quedan sin cita un 26.7%¹⁸ de los usuarios que llaman.

Como dato adicional el porcentaje de usuarios que consiguen cita en el Servicio de Odontología es de 52,5%. Aproximadamente un promedio de 589 pacientes por mes no consiguen campo para ser atendidos (ver anexos). En total el Centro de Citas recibe un promedio de 5.500 llamadas mensuales.

Los usuarios que no logran una cita tienen dos opciones, llamar nuevamente al día siguiente o si lo consideran ser valorados el mismo día pero en el Servicio de Urgencias que funciona a demanda de lunes a viernes de 6 a.m. a 10 p.m., sábados, domingos y días feriados de 8 a.m. a 10 p.m.

Gráfico #4: Llamadas recibidas vrs asignación de cita. Central de Citas. Promedio mensual. I Cuatrimestre-2008. CCP.



Fuente: Central de Citas.

¹⁸ Informe mensual Central de Citas telefónicas. Departamento Registros Médicos.

Se trató de analizar la hora promedio en que se agotaba el cupo para las citas médicas, se le llamó a este período “hora de cierre”, posterior a lo cual, el personal del Centro de Citas continuaba atendiendo las llamadas pero sin generar ninguna cita. Después de este momento, deben atender a usuarios muy molestos que no consiguen cupo.

La “hora de cierre” para los usuarios de los EBAIS ubicados en la Clínica fue aproximadamente a las 16:20 horas, es decir el servicio se mantuvo otorgando citas durante 6 horas, a diferencia del sector de Merced, que prácticamente a la hora de estar recibiendo llamadas ya se agotaban los cupos. Esto significa que tienen mayor posibilidad de acceder a un cupo los usuarios de sectores ubicados en la Clínica ya que hay más oferta para esta población, a diferencia de Merced donde solamente dos médicos deben asumir la atención. Creando un problema de inequidad en el acceso a los servicios.

Cuadro 6: Registro de hora promedio de cierre. Central de Citas. Clínica Dr. Clorito Picado. I cuatrimestre-2008.

Servicio	Sector	Hora promedio de cierre				Promedio mensual
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	
Medicina General	Urucas	16:03	16:48	16:12	16:12	16:20
	Merced	13:30	12:59	13:10	13:19	13:15
	5 Esquinas	16:03	16:48	16:12	16:12	16:20
	Colimas	16:03	16:48	16:12	16:12	16:20
Pediatría	Agrupados	16:26	16:18	15:11	15:07	15:20

Fuente: Informe de gestión. Central de Citas.

3.3 Resectorización del Área de Salud:

A finales del año 2007, se desarrolla todo un proceso de resectorización del Área de Salud con el propósito de conocer con mayor exactitud la población real adscrita. Hasta ese momento la información obtenida a través de las fichas

familiares era deficiente e incompleta en muchos sectores, principalmente por la escasez de Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPS).

Se utilizaron los mismos segmentos censales que el INEC¹⁹ demarcó para el Censo del año 2000, uno a uno se fueron agrupando para los diferentes sectores del Área de Salud. Con la ayuda de la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, se logró proyectar para cada uno de estos segmentos censales la población proyectada para el año 2008, encontrándose diferencias significativas con los datos que se manejan hasta ese momento.

Después de este análisis se encontró que la población asignada para el primer nivel de atención era de 59.922 personas, 11.995 más de las proyectadas en el PAO 2008-2009.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Cuadro 7: Proyección de EBAIS según Resectorización.
Área de Salud Tibás Uruca Merced.

Médico	Actual	Proyección	PAO-2008	Resectorización 2008 proyectada
1	Uruca Este	Uruca 1	6.980	4.166
2	Uruca Oeste	Uruca 2	3.134	4.308
3	Uruca Este	Uruca 3		4.386
		Uruca 4		4.571
		Uruca 5		5.728
4	Merced 1	Merced 1	9.829	3.977
5	Merced 2	Merced 2	1.852	4.300
		Merced 3		4.258
6	5 Esquinas	5 Esquina 1	4.417	4.482
7	5 Esquinas	5 Esquinas 2	4.416	3.606
8	5 Esquinas	5 Esquina 3	4.416	1.800 ²⁰
9	Colima Sur	Colima 1	7.265	3.585
10	Colima Este	Colima 2	1.629	3.585
11	Colima Oeste	Colima 3	3.989	3.585
		Colima 4		3.585
TOTAL			47.927	59.922
			Diferencia	11.995

Plan de resectorización 2008.

Se agruparon en sectores tratando de mantener una relación de 1 EBAIS por cada 4.000 habitantes, y se encontró que para suplir esta demanda hacen falta cuatro equipos completos. Los sectores de la Uruca se proyectan para 5 EBAIS, y actualmente funcionan tres, donde como se verá más adelante medio tiempo de uno de los médicos se dedica a otras actividades también necesarias. Para el sector de Merced se contempla un EBAIS adicional e igualmente para el área de Colimas.

²⁰ Pendiente incorporar población de San Gabriel de Calle Blancos (segmentos sensales #10 y #75), además población que habita en el Precario de Solidaridad y el sector denominado “otros sectores”.

3.4 Análisis variables del personal médico:

Actualmente se disponen de 11 códigos para medicina general, todos son contratos para laborar tiempo completo, es decir 44 horas semanales. Cinco de estos profesionales son varones y seis son mujeres. Uno tiene 3 años de laborar para la CCSS²¹, dos tienen 6 años, dos tienen 18 y 19 años, el restante personal médico tienen una antigüedad de más de 20 años en la institución, lo cual determina el tiempo de vacaciones al cual tienen derecho. Así, funcionarios con menos de 5 años disfrutan 15 días, entre 5 y 10 años 22 días hábiles y con 10 años y más 30 días de vacaciones. Dato importante para poder calcular aspectos de producción. En promedio los años de servicio son 19 años, y el tiempo de vacaciones 27 días.

Cuadro 8: Médicos asignados al primer nivel de atención según algunas variables de contratación. Área de Salud Tibás Uruca Merced. Año 2008.

Médico	Sexo	Años de servicio	Días de vacaciones por año	Horas semanales contratadas	Salario mensual Bruto	Días de incapacidad 2007
1	M	21	30	44	1.394.477,00	2
2	F	28	30	44	1.674.720,00	52
3	M	3	15	44	726.098,00	0
4	M	30	30	44	1.692.796,00	2
5	F	6	22	44	839.371,00	192
6	M	19	30	44	1.339.878,00	7
7	F	25	30	44	1.605.219,00	5
8	F	18	30	44	1.326.780,00	53
9	F	25	30	44	1.529.870,00	20
10	F	32	30	44	1.884.093,00	11
11	M	6	22	44	888.557,00	8
TOTAL			299	484	14.901.859,00	352
Promedio		19	27,2	44	1.354.714,45	32

Fuente: Oficina de Recursos Humanos.

²¹ Caja Costarricense del Seguro Social.

Entre mayor es el tiempo de servicio, se paga un incentivo salarial de antigüedad, de ahí la diferencia en los salarios mensuales reportados, los cuales oscilan entre ¢726.098,00 el más bajo, hasta ¢1.884.093,00 el más alto. Representando un gasto mensual bajo este concepto de ¢14.901.859,00, en promedio ¢1.354.714,45.

El número de días de incapacidad promedio registrado fue de 32 días. Un médico no presentó incapacidades, cinco médicos registraron menos de 10 días, sin embargo se presentaron dos casos inesperados de enfermedad, que elevaron este indicador el año pasado, uno de ellos fue un problema de tuberculosis laringea y el otro un trauma importante de rodilla que ameritó período de rehabilitación. En total se registraron durante el año 2007 un total de 352 días de incapacidad.

3.5 Grupos de Trabajo existentes (comisiones):

El Área de Salud además de prestar servicios de atención médica directa, tiene la responsabilidad de desarrollar programas de prevención y promoción de la salud, así como también atender otras situaciones de índole administrativo que son necesarias para el buen desempeño de la gestión. Es así como actualmente están conformados 28 grupos de trabajo o Comisiones, donde participan como mínimo 3 funcionarios de la Clínica, quienes deben sacar tiempo de su jornada laboral para integrar estos grupos.

En el 50% de estas Comisiones al menos un médico general participa, lo cual implica que se debe separar de la consulta médica durante el tiempo que duren las reuniones. Los horarios de reunión van desde todas las semanas, de manera quincenal o mensual, entre 2 hasta 5 horas dependiendo de las actividades a desarrollar.

A continuación se detallan los grupos de trabajo existentes, y en cuáles de estos participa personal médico de la consulta externa.

Cuadro 9: Comisiones de trabajo existentes.
Área de Salud Tibás Uruca y Merced. Año 2008.

Comisión	Número de médicos generales participantes	Comisión	Número de médicos generales participantes
1. Desastres y Emergencias	1	15. Comunicación y Calidez	0
2. Desechos Sólidos	1	16. Consejo Académico	0
3. Calidad del expediente	1	17. Control del Gasto	0
4. Farmacoterapia	1	18. Control Interno	0
5. GAT ²²	0	19. Cuidados Paliativos y Dolor	0
6. Incapacidades	1	20. Déficit Atencional	1
7. Infecciones nosocomiales	0	21. Consejería Esterilización y parto	1
8. Mortalidad Infantil y Niño agredido	0	22. Relaciones Laborales	0
9. Prevención y tratamiento úlceras por presión	1	23. Radiológica	0
10. Promoción de la Salud	1	24. Salud Mental	0
11. Salud adolescente	1	25. Salud Ocupacional	1
12. Bioética	1	26. Selección de personal (EIS)	1
13. Discapacitados	0	27. Técnica para Compras	0
14. Carrera Profesional	2	28. Vigilancia Epidemiológica	0

Fuente: Dirección Médica. CCP.

²² Grupo de Apoyo Técnico para la Prevención y Resolución de Conflictos Laborales.

3.6 Análisis de productividad y capacidad ociosa:

En este apartado se pretenden describir algunos parámetros de rendimiento con el propósito de caracterizar un perfil de desempeño en términos de producción. Lo cual permitirá tener una base cuantitativa, objetiva y verificable para el control del tiempo y para la rendición de cuentas, así como también costear resultados de producción.

Se emplea el concepto de capacidad ociosa, en términos concretos a la capacidad de producción no utilizada para la atención directa de las personas.

3.6.1 Capacidad ociosa en términos de producción de consultas

La capacidad máxima práctica (CMP), es decir la máxima producción posible con la dotación de recurso existente (11 médicos de tiempo completo), se determinó en 8.112 consultas al año para cada médico. La CMP total es de 89.232 consultas.

Considerando el tiempo dedicado a vacaciones, tiempos muertos (días feriados), capacitaciones e incapacidades, se logró determinar un porcentaje de capacidad ociosa anticipada entre el 17 al 23%, según la antigüedad de cada profesional, lo que representa aproximadamente entre 1.404 y 1.872 consultas por año por médico, que solo se podrían suplir si estos médicos son sustituidos en estos períodos. El porcentaje utilizado en actividades sustantivas (PUAS) propias de la consulta estuvo entre el 77 y 83%.

Cuadro # 10: Análisis de producción en términos de número de consultas.
Primer Nivel de Atención. Área de Salud Tibás Uruca Merced. Período 2008.

Médico	Capacidad Ociosa Anticipada (COA)		Capacidad ociosa operativa (COO)		Producción Real (PR)		Capacidad Máxima de Producción (CMP)	
	# consultas	%	# consultas	%	# consultas	%	# consultas	%
1	1.872	23,1%	1.502	18,5%	4.738	58,4%	8.112	100%
2	1.872	23,0%	1.133	14,0%	5.107	63,0%	8.112	100%
3	1.404	17,3%	4.379	54,0%	2.329	28,7%	8.112	100%
4	1.872	23,1%	542	6,7%	5.698	70,2%	8.112	100%
5	1.560	19,2%	569	7,0%	5.983	73,8%	8.112	100%
6	1.872	23,1%	973	12,0%	5.267	64,9%	8.112	100%
7	1.872	23,1%	1.699	20,9%	4.541	56,0%	8.112	100%
8	1.872	23,1%	394	4,9%	5.846	72,0%	8.112	100%
9	1.872	23,1%	1.674	20,6%	4.566	56,3%	8.112	100%
10	1.872	23,1%	874	10,8%	5.366	66,1%	8.112	100%
11	1.560	19,2%	1.719	21,2%	4.833	59,6%	8.112	100%
TOTAL	19.500		15.458		54.274		89.232	
Promedio	1.773	22	1.405	17,3	4.934	60,8	8.112	100,0

Fuente: Cálculo individual por médico. Anexo 2.

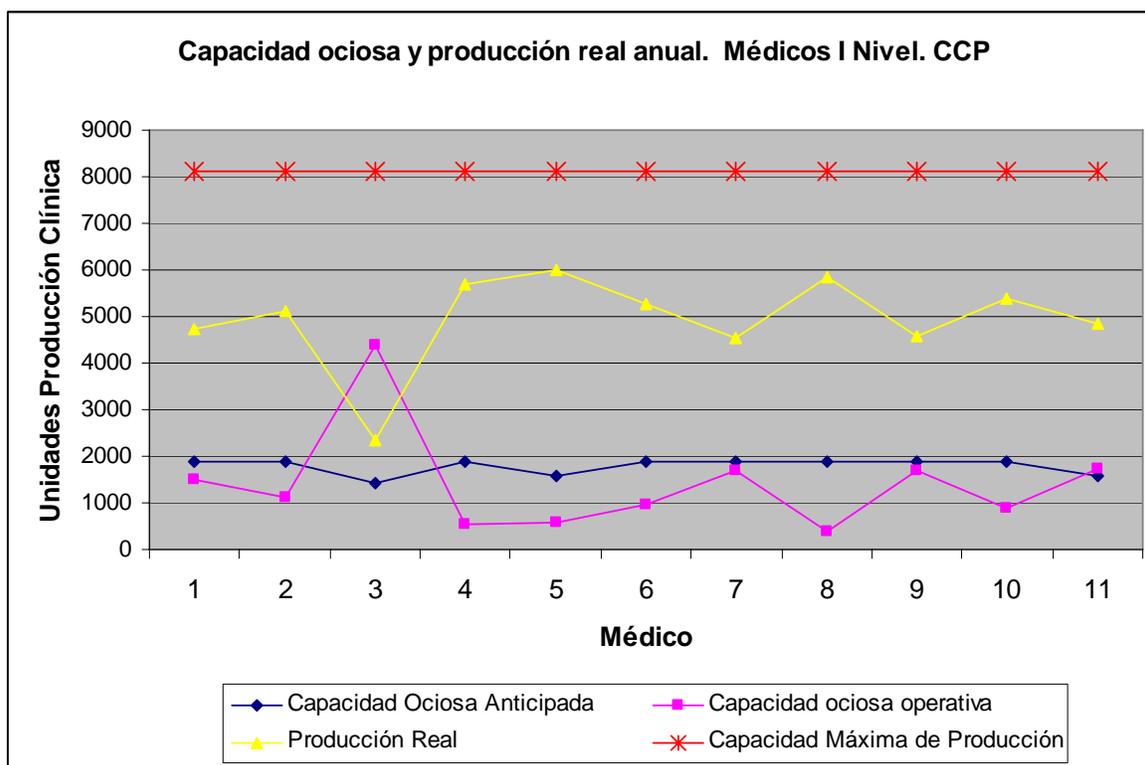
Sin embargo, como se explicaba anteriormente, a pesar de que los médicos, están ubicados en el Servicio de Consulta Externa, este porcentaje de tiempo que queda después de restar el porcentaje de COA, el PUAS, no se destina en su totalidad a la atención directa, algunos de los médicos deben integrar 1 o varias comisiones que también son necesarias, este aspecto se conoce como capacidad ociosa operativa (COO), el cual fue variable entre los profesionales.

Así por ejemplo el médico con el porcentaje más bajo de COO, fue el número 8, con un 4.9%, que en términos de número de consultas, representan aproximadamente 394 consultas en un año, le siguen los médicos 6 y 7 con 7% que significan unas 550 consultas anuales.

Los médicos 7 y 9, rondan el 20% de COO, unas 1650 consultas por año. Pero el que tiene el mayor porcentaje de COO es el médico 3 con 54%, lo que significa que su producción real por año es de 2.329 consultas un 28.7% del tiempo contratado lo dedica a la atención directa de pacientes. Su capacidad ociosa total representa un 71.3% del tiempo contratado.

En el siguiente gráfico se representan de manera conjunta la capacidad máxima de producción (CMP) y la producción real (PR), la cual está determinada entonces por la suma de la COA y la COO, ambas representadas por la capacidad ociosa total (COT).

Gráfico #5: Capacidad ociosa y producción real anual.
Médicos Primer Nivel de Atención. CCP.



Fuente: Cuadro #10.

3.6.2 Capacidad ociosa operativa en términos de horas de recurso humano.

El servicio de Consulta externa, del primer nivel de atención, cuenta entonces con 11 médicos dedicados a tiempo completo. Laborando de lunes a viernes, 44 horas semanales, lo cual corresponde a un total de 22.308 horas/médico contratados al año. El nivel de actividad previsto (NAP) calculado para uso de esas horas (PUAS) se determinó en 78% promedio²³, lo cual implica la programación para el 2008 de 17.400 horas para la consulta externa, sin embargo si se mantienen estos tiempos, al final del período las horas efectivas de trabajo sumarán únicamente 13.569 horas/médico. Las horas/médico operativas dedicadas a otras actividades (comisiones, etc.) serán de 3.864 (COO), que representa el 22,2% de las horas médico programadas.

Cuadro 11: Análisis de producción en términos de horas de recurso humano. Primer Nivel de Atención. Área de Salud Tibás Uruca Merced. Período 2008.

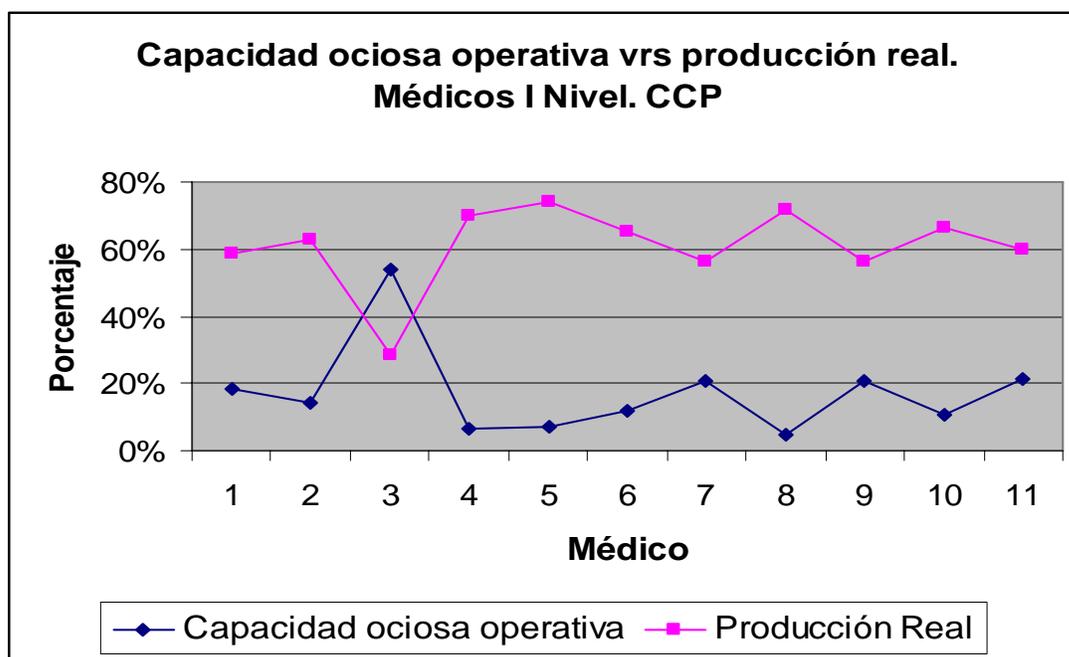
Médico	Capacidad Ociosa Anticipada (COA)		Capacidad ociosa operativa (COO)		Producción Real (PR)		Capacidad Máxima de Producción (CMP)	
	# horas año	%	# horas año	%	# horas año	%	# horas año	%
1	468	23,1%	375	18,5%	1.185	58,4%	2.028	100%
2	468	23,0%	283	14,0%	1.277	63,0%	2.028	100%
3	351	17,3%	1.095	54,0%	582	28,7%	2.028	100%
4	468	23,1%	135	6,7%	1.425	70,2%	2.028	100%
5	390	19,2%	142	7,0%	1.496	73,8%	2.028	100%
6	468	23,1%	243	12,0%	1.317	64,9%	2.028	100%
7	468	23,1%	425	20,9%	1.135	56,0%	2.028	100%
8	468	23,1%	99	4,9%	1.462	72,0%	2.028	100%
9	468	23,1%	419	20,6%	1.142	56,3%	2.028	100%
10	468	23,1%	219	10,8%	1.342	66,1%	2.028	100%
11	390	19,2%	430	21,2%	1.208	59,6%	2.028	100%
TOTAL	4.875		3.864		13.569		22.308	
Promedio	443	22	351	17,3	1.234	60,8	2.028	100,0

Fuente: Cálculo individual por médico. Anexo 2.

²³ A nivel institucional se ha determinado un PUAS de un 70%.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de capacidad ociosa operativa (COO) en relación al porcentaje de producción real (PR), conforme el primero aumenta el segundo disminuye, esto es más evidente con el médico 3, el cual como se ha comentado previamente, es el profesional con el mayor porcentaje de capacidad ociosa operativa en términos de consulta externa.

Gráfico #6: Capacidad Ociosa operativa vrs producción real.
Médicos Primer Nivel de Atención. CCP.



Fuente: Cuadro #11.

3.6.3 Capacidad ociosa en términos del costo

La jornada laboral contratada para los 11 médicos de consulta externa, representan 22.308 horas anuales, para un total de 1.859 horas/médico contratadas al mes, por dicho concepto el Área de Salud factura anualmente un monto de 193.724.167,00 (mano de obra personal médico).

Considerando un nivel de actividad previsto (NAP)²⁴ en 78% promedio, las 17.400 horas programadas para el 2008 representarán un costo de aproximadamente 150 millones de colones por consulta externa, pero si se mantienen los mismo tiempos en otras actividades diferentes, el costo de esta capacidad ociosa operativa será de 30.225.038,56

Cuadro 12: Análisis de producción en términos del costo. Primer Nivel de Atención. Área de Salud Tibás Uruca Merced. Período 2008.

Médico	Capacidad Ociosa Anticipada (COA)		Capacidad ociosa operativa (COO)		Producción Real (PR)		Capacidad Máxima de Producción (CMP)	
	Costo anual	%	Costo anual	%	Costo anual	%	Costo anual	%
1	¢4.187.614,4	23,1%	¢3.353.717,2	18,5%	¢10.586.869,4	58,4%	¢18.128.201,00	100%
2	¢5.007.412,8	23,0%	¢3.047.990,4	14,0%	¢13.715.956,8	63,0%	¢21.771.360,00	100%
3	¢1.632.994,4	17,3%	¢5.097.208,0	54,0%	¢2.709.071,6	28,7%	¢9.439.274,00	100%
4	¢5.083.466,4	23,1%	¢1.474.425,3	6,7%	¢15.448.456,3	70,2%	¢22.006.348,00	100%
5	¢2.095.070,0	19,2%	¢763.827,6	7,0%	¢8.052.925,4	73,8%	¢10.911.823,00	100%
6	¢4.023.653,6	23,1%	¢2.090.209,7	12,0%	¢11.304.550,7	64,9%	¢17.418.414,00	100%
7	¢4.820.472,7	23,1%	¢4.361.380,0	20,9%	¢11.685.994,3	56,0%	¢20.867.847,00	100%
8	¢3.984.320,3	23,1%	¢845.158,9	4,9%	¢12.418.660,8	72,0%	¢17.248.140,00	100%
9	¢4.594.199,6	23,1%	¢4.096.991,9	20,6%	¢11.197.118,5	56,3%	¢19.888.310,00	100%
10	¢5.657.931,3	23,1%	¢2.645.266,6	10,8%	¢16.190.011,1	66,1%	¢24.493.209,00	100%
11	¢2.217.838,3	19,2%	¢2.448.863,1	21,2%	¢6.884.539,6	59,6%	¢11.551.241,00	100%
TOTAL	¢43.304.973,83		¢30.225.038,56		¢120.194.154,61		¢193.724.167,00	100%
Promedio	¢3.936.815,80	22	¢2.747.730,78	16	¢10.926.741,33	62,0	¢17.611.287,91	

Fuente: cálculo individual por médico. Anexo 2.

3.7 Pacientes ausentes y proceso de sustitución:

La programación de la consulta externa se realiza por horas, el rendimiento estándar esperado es de 4 consultas por hora programada, que pueden ser 4 consultas de pacientes subsecuentes, o un paciente nuevo y dos

²⁴ PUAS

subsecuentes. A la hora marcada, la persona responsable de la plataforma (secretaria), debe verificar si los pacientes citados a esa hora están presentes o no. Debe marcar como ausente aquel que no se haya presentado e inmediatamente después iniciar el proceso de sustitución de la cita, de esta manera garantizar el rendimiento de las consultas.

Generalmente hay personas en espera de estos cupos, y como en el Área de Salud existe un Servicio de Urgencias, donde suelen haber pacientes esperando ser atendidos, en teoría el proceso de sustitución debiera ser ágil y efectivo.

Se revisó el comportamiento de las agendas durante 4 semanas, encontrándose que por médico en promedio, quedaban sin sustituir 2 cupos diariamente, esto representa, un promedio individual mensual de 33 cupos, para un total de 400 consultas por año. Si se consideran a los 11 médicos generales esto representa 367 consultas mensuales y aproximadamente 4.400 consultas por año. Las horas en que menos se sustituye son las horas de la tarde.

Cuadro 13: Cupos de pacientes ausentes no sustituidos.
Consulta Externa. Primer Nivel de Atención.
Área de Salud Tibás Uruca y Merced.

Período	Promedio de cupos libres no sustituidos	
	1 Medico	11 Médicos
Día	2,0	22,0
Semana	10,0	110,0
Mes	33,3	366,7
Año	400,0	4.400,0

Fuente: Sistema Medisys. Agendas médicas.

3.8 Diagrama causa- efecto:

El siguiente diagrama pretende resumir algunas de las causas descritas anteriormente, que condicionan un faltante de cupos para los usuarios del primer nivel de atención.

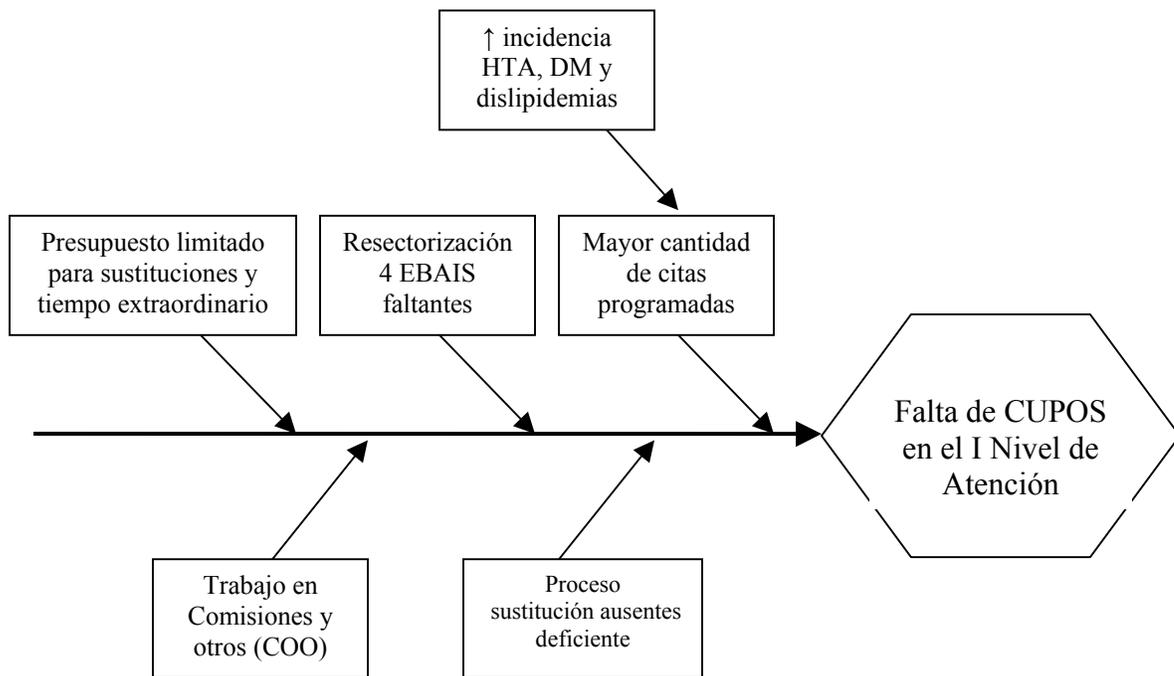


Diagrama causa- efecto

IV. SOLUCIONES AL PROBLEMA PLANTEADO

Las soluciones que se proponen a continuación tienen como fin mejorar el acceso de las personas al primer nivel de atención. Es importante que la institución invierta en esfuerzos que garanticen la accesibilidad de las personas al sistema de salud principalmente en lo que al primer nivel de atención se trata, se debe recordar que este nivel es el mayor responsable de garantizar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

4.1 Optimizar el tiempo de la Central de Citas:

Que se evidenció el Centro de Citas tiene un flujo de llamadas que van cesando después de las 16: 00 horas, por lo que se podrían realizar otras actividades como:

- Recordatorio de citas, principalmente aquellas que son de Especialidades Médicas, los pacientes ausentes en la Especialidades son más difíciles de sustituir, por lo que la puntualidad en las citas sería beneficioso.
- Reprogramar citas de pacientes que estuvieron ausentes, principalmente aquellos con citas programadas, donde la concentración en el programa es importante para el control adecuado de la enfermedad. Eje: pacientes hipertensos, diabéticos, mujeres en condición de embarazo, niños menores de 1 año.
- Fomentar la cultura del cambio de citas por circunstancias especiales, esto facilitaría que otras personas puedan acceder los cupos que se liberan.
- Localización y seguimiento de pacientes con pruebas de laboratorio y/o gabinete alteradas, que requieren se valorados prontamente.

4.2 Proceso de planificación según Resectorización:

Después de finalizado el proceso de Resectorización, fue evidente la necesidad de habilitar al menos 4 Equipos Básicos de Integral en Salud, en este momento el Área de Salud no cuenta con la infraestructura necesaria para ubicarlos, sin embargo es necesaria la planificación de recursos con este propósito.

Actualmente se está trabajando en la posible compra de un edificio a escasos 4 Km. de las instalaciones actuales, que permitiría albergar inicialmente los 5 EBAIS proyectados para el sector de la Uruca. Lo que mejoraría el acceso a los servicios, de aproximadamente 23.000 personas, un 38,6 % de la población adscrita.

4.3 Grupos de trabajo (Comisiones)

Es importante que la Dirección Médica y las Jefaturas de Consulta Externa tengan una supervisión estrecha de la labor que realizan estos grupos de trabajo, principalmente porque son responsables del tiempo que se deja de invertir en la atención directa a las personas.

Evaluar la necesidad de las reuniones semanales, quincenales o mensuales. Que se tengan planes de trabajo acordes con los objetivos y donde la participación sea equitativa para los funcionarios de todos los servicios del Área de Salud.

Ya se inició un cambio concreto con la agenda del Médico 3, quien tenía el mayor porcentaje de capacidad ociosa operativa, un 65,3%. Con algunos ajustes a su agenda se logró disminuir su COO a un 49.5%, lo que se traduce en un aumento de 1.032 consultas más por año.

4.4 Aspectos de producción y capacidad ociosa operativa:

A. Médico con perfil de “médico supernumerario”:

Este profesional no tendría la responsabilidad de un sector específico, sino básicamente sustituir a los médicos cuando estos se ausentan de la consulta para realizar otras actividades. Se disminuiría el porcentaje de capacidad ociosa, aumentando el número de consultas en 529 mensuales. No habría problema de infraestructura ya que se ocuparían los consultorios en los tiempos que el médico propietario no está (aprovechamiento de la capacidad instalada).

De acuerdo con el cuadro siguiente, este profesional tendría un costo mensual por concepto de salario de 730.000,00 y anualmente 9.490.000,00.

Cuadro # 14 : Médico supernumerario según salario y número de consultas. Área de Salud Tibás Uruca y Merced.
Año 2008.

Criterio	Mes	Año
Salario	¢730.000,00	¢9.490.000,00
Horas producción real	131,5	1577,8
Número consultas	525,9	6311,2
Costo x consulta		¢ 1.503,68

Fuente: Oficina de Recursos Humanos.

B. Aumentar de 6 a 12 horas el tiempo vespertino:

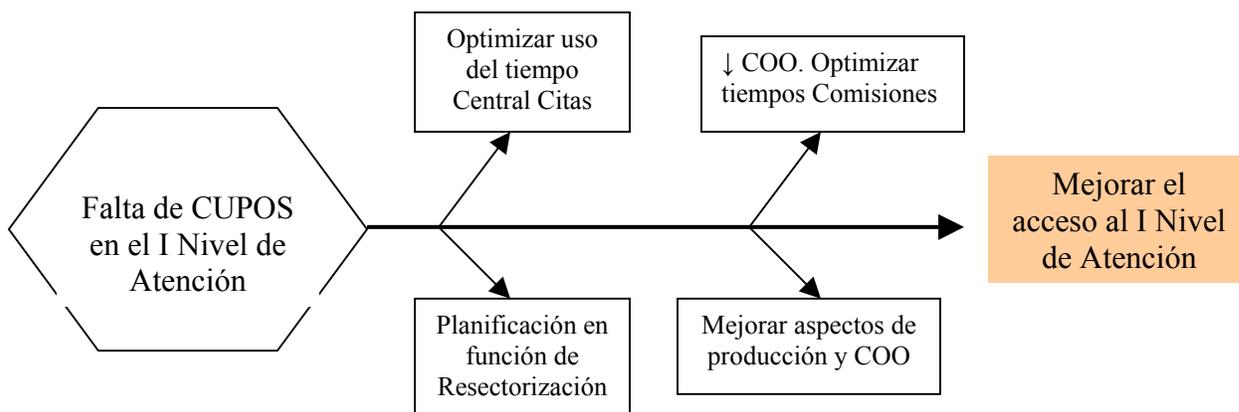
Actualmente se pagan por concepto de tiempo vespertino en medicina general 6 horas diarias, de lunes a viernes, las cuales generan un rendimiento de 519 consultas por mes y 6.120 consultas por año. El costo por consulta en tiempo vespertino es de ¢2.383,30 en comparación con ¢ 1.503,68 que costaría con un médico de planta.

Cuadro #15: Cálculo de costo por tiempo extraordinario.

Criterio	Día	Semana	Mes	Año
6 horas/día tiempo extra	¢ 57.199,23	¢ 285.996,15	¢ 1.238.363,33	¢ 14.585.803,65
Número de consultas	24	120	519,6	6120
Costo x consulta				¢ 2.383,30

Fuente: Departamento de Recursos Humanos.

A pesar de que es más costoso, aumentar en 6 horas más el tiempo vespertino por día, representarían 519 consultas más por mes, lo que permitiría acceder al servicio más usuarios, y en horarios no tradicionales, que resultan más atractivos para las personas que laboran durante el día.



V. IMPLEMENACIÓN DE LAS SOLUCIONES

El estudio tenía como propósito fundamental desarrollar una hoja de cálculo que permitiera un diagnóstico de la situación actual en aspectos de producción y uso del tiempo.

Permitió evidenciar a través de indicadores muy útiles situaciones propias de cuestionamiento y mejoramientos. Ya se están implementando algunos cambios en agendas, como fue el del médico 3, que mejorará la capacidad de producción real.

También se está habilitando un tercer consultorio en el EBAIS de Barrio México, ya que fue muy notoria la dificultad que están teniendo los usuarios de este sector para acceder al servicio. Otros planteamientos como aumento del tiempo extraordinario están sujetos a consideración por la Dirección Médica y la Administración.

Con respecto a los funcionarios del Centro de Citas telefónicas se les está dando otras responsabilidades que se habían sugerido previamente, todo con el fin de mejorar el acceso al primer nivel de atención.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Como administradores en la función pública tenemos la tarea de dirigir, manejar, conducir y utilizar los recursos de manera óptima y así mismo garantizar la utilización de los mismos de la mejor forma posible.
- Deben implementarse mecanismos de control que permitan identificar las posibles desviaciones respecto al logro de los objetivos y corregirlas. Con el fin de que las actividades reales se ajusten a las actividades proyectadas y de igual forma poder comparar resultados.
- Existen indicadores que permiten una evaluación más profunda, en función de los objetivos, como son la capacidad máxima de producción, la capacidad máxima prevista y la producción real, los cuales ayudan a determinar la pertinencia, la efectividad y la congruencia de las actividades realizadas con el interés en este caso particular que es el desempeño de la consulta externa.
- La capacidad ociosa es otro indicador útil, que brinda información para el control del tiempo y la productividad, en términos de número de consultas, tiempo contratado y de los costos del recurso humano.
- Es importante la socialización del instrumento diseñado, con el propósito de que pueda ser una herramienta útil para el análisis objetivo en aspectos de producción. Así como también, la socialización de los resultados que facilitan la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFIA

- Morales Martínez, Fernando. Temas prácticos en Geriatría y Gerontología: consideraciones demográficas de Costa Rica. UNED. 1999. Páginas de 1 a 6.
- Jaramillo Antillón Juan. Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica. 1998.
- Programa de Capacitación Gerencial Moderna y Gestión del Cambio en Salud. Antología del Curso: La Evaluación. ICAP. 2008.
- OPS/OMS. Caso para el desarrollo de destrezas gerenciales: Caso San Juan de los Mares. Evaluación de Servicios de Salud. 2008.
- Zamora Zamora, Carlos. Organización de la Consulta Externa: formas de medición y desarrollo de nuevos indicadores. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc; 1 (1): 29-34, 1993.
- Curso Especial de Postgrado en Gestión Local en Salud. Módulo 1: Fundamentos Conceptuales y Operativos del Sistema Nacional de Salud y el Modelo de Atención a la Salud. CENDEISS/CCSS. Universidad de Costa Rica. 2003.
- Gerencia Financiera (Antología del Curso). Programa de Capacitación Gerencia Moderna y Gestión el Cambio en Salud. 2007-2008.
- OPS/ OMS/MS. Gasto y financiamiento de la Salud en Costa Rica: Situación Actual, tendencias y retos. San José, Costa Rica. 2003.

- Investigación Administrativa en el Área de la Salud. (Antología base) .
Programa de Capacitación Gerencia Moderna y Gestión el Cambio en Salud. 2007-2008.

APENDICE 1: GLOSARIO

- Atención de Urgencia: se define como "urgencia" toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, ya que de acuerdo con el sentir del paciente o de sus acompañantes o del médico que lo refiere, está en serio peligro su vida o integridad física. El afectado no tiene que pedir cita, acude y se le atiende; en algunas clínicas y áreas, este servicio no funciona las 24 horas del día ni todos los días de la semana.
- Consultante: es cada una de las personas que busca la atención de un profesional calificado en los servicios de consulta externa de un establecimiento o área determinada. Por lo tanto se le registra sólo una vez en el período estudiado (consulta de primera vez). Es el denominador de los indicadores de concentración y cobertura; y el numerador de la cobertura global del establecimiento. Para poder conocerlo es necesario introducir varias definiciones en los registros estadísticos de la Consulta Externa (6 a 9).
- Consulta de primera vez en la vida: es la que hace el paciente por primera vez en su vida a determinado establecimiento de salud, lo cual implica que debe pasar por los trámites de identificación, apertura de expediente, etc. Las consultas de primera vez en la vida permiten medir el crecimiento del archivo y de la demanda de los servicios de apoyo. Para determinar coberturas no es suficiente conocer las consultas totales y las de primera vez en la vida, pues estos son una pequeña porción de los consultantes. Las consultas de primera vez en la vida son parte de las

consultas de primera vez en el año y algunas son también de primera vez en la especialidad.

- Consulta de primera vez en el año: es la primera consulta que hace un paciente durante el año calendario en el establecimiento respectivo, por lo que al inicio del año la mayoría de las consultas serán de este tipo. Si no se están registrando las consultas de primera vez en la vida por separado, las consultas de primera vez en el año indicarán el número de consultantes o personas que han demandado algún servicio del establecimiento en el período considerado. Si las de primera vez en la vida se registran por separado, deberán sumarse a las de primera vez en el año para obtener el mismo dato, que es el número absoluto de consultantes o personas atendidas en un año, para calcular las coberturas globales del centro.
- Consulta subsecuente: toda consulta que reciba cierto paciente después de la consulta de primera vez en el año al mismo establecimiento; una parte de ellas será también de primera vez en la especialidad.
- Consulta de primera vez en la especialidad: paciente que por primera vez en el año recibe en ese establecimiento atención en una especialidad determinada, aunque ya lo haya hecho en otra o en medicina general en el mismo año (subsecuente en el establecimiento). El registrar este dato aparte del total de consultas subsecuentes, permite completar el numerador para medir cobertura y concentración de las especialidades médicas; pero debe excluirse en el cálculo de las coberturas globales del centro, para evitar duplicaciones.

- Especialidad: en el contexto de los servicios de salud, se entiende por Especialidad la rama de la Medicina que se dedica al estudio del diagnóstico y tratamiento de grupos de enfermedades (psiquiatría, infectología, oncología) o enfermedades que afectan un área específica del cuerpo humano (neumología, nefrología, cardiología) o que afectan determinado grupo de edad (neonatología, pediatría, geriatría, medicina interna).

ANEXO 1

Cuadro 13: Población asignada al primer nivel de atención. Por años de edad.
Área de Salud Tibás Uruca y Merced. Año 2008.

ÁREA DE SALUD	POBLACION 2008		
	TOTAL	Hombres	Mujeres
Total	47.927	24.040	23.887
0	698	350	348
1	688	345	343
2	682	342	340
3	679	341	338
4	680	341	339
5	685	344	341
6	694	348	346
7	708	355	353
8	727	365	362
9	749	376	373
10	775	389	386
11	800	401	399
12	823	413	410
13	843	423	420
14	860	431	429
15-19	4.534	2.274	2.260
20-24	4.802	2.409	2.393
25-29	4.785	2.400	2.385
30-34	3.546	1.779	1.768
35-39	3.244	1.628	1.617
40-44	3.285	1.648	1.637
45-49	2.932	1.471	1.462
50-54	2.547	1.277	1.270
55-59	2.019	1.012	1.006
60-64	1.472	738	734
65-69	1.161	582	579
70-74	959	481	478
75-79	532	267	265
80 +	1.019	511	508

Cuadro 14: Registro de usuarios sin cita. Servicio de Odontología.
Clínica Dr. Clorito Picado. I cuatrimestre-2008.

Servicio	Sector	Mes				Promedio mensual
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	
Odontología	Sede CCP	582	791	372	299	511
	Sede Merced	112	126	24	50	78
Total		694	917	396	349	589

Servicio	Sector	Mes				Promedio mensual
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	
Odontología	Sede CCP	13:31	12:55	12:40	13:30	13:00
	Sede Merced	15:57	15:05	17:15	18:07	16:45

ANEXO 2

Se incluyen a continuación el cálculo de la producción y capacidad ociosa por cada uno de los médicos generales de la consulta externa del primer nivel de atención.