

# Maestría en Economía y Gestión de la Salud

## Trabajo Final de Maestría

Autora: Sofía Schweiger

### **ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA COBERTURA DE AUSENTISMO DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERÍA**

El caso de un institución de salud de alta complejidad correspondiente al sub-sistema de seguridad social en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2017

2019

Directora de Tesis: Mg. Ruth Litmanovich

*Citar como:* Schweiger, S. (2019). *Análisis económico de la cobertura de ausentismo del recurso humano de enfermería: el caso de un institución de salud de alta complejidad correspondiente al sub-sistema de seguridad social en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2017.* [Trabajo Final de maestría, Universidad ISALUD] RID ISALUD.

<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/735>



## **Resumen/Abstract**

El recurso humano de enfermería (RHE) es el personal de salud más amplio y quienes tienen mayor contacto con los pacientes. En la actualidad el RHE se enfrenta a múltiples problemáticas descriptas ampliamente en la bibliografía como la escasez de profesionales, el pluriempleo, el burn-out, el ausentismo y los bajos salarios que perciben estos profesionales.

Esta investigación, focalizó la problemática del ausentismo, analizando puntualmente los costos económicos de la cobertura del mismo en una institución de salud de alta complejidad correspondiente al sub-sistema de Seguridad Social en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El objetivo de la investigación fue analizar desde el punto de vista económico, los costos de las alternativas de cobertura de ausentismo del RHE en una institución de alta complejidad correspondiente al sistema de seguridad social en Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2017. Con este fin se realizó un análisis de las causas de ausentismo del RHE, considerando variables de: turnos, servicios y meses. Luego se indagó sobre la cantidad de horas extras realizadas por el personal, determinando la cantidad y el costo de las horas extras que se realizaron a lo largo del año, durante cada mes y por cada servicio. Para poder comparar la cobertura de ausentismo por medio de horas extras (Alternativa "A") con la alternativa de contratación del personal (Alternativa "B") (hallada en la bibliografía como la opción posible para realizar la cobertura de ausentismo del personal de enfermería), se determinó el total de hora extras realizadas en los distintos meses, según los servicios y turnos de los profesionales para determinar, la cantidad de personal que hubiese sido necesario contratar para poder cubrir el ausentismo de la institución por medio de esta alternativa. A su vez, se calculó el costo total de esta alternativa. Luego de haber realizado un análisis exhaustivo de ambas y obtener el costo tanto de la Alternativa "A" como de la Alternativa "B", se realizó un análisis comparado de las alternativas mencionadas para determinar cuál implicó un menor costo para la institución.

## **Palabras clave**

Recurso Humano de Enfermería – Cobertura de ausentismo- Ausentismo

## Índice

<b>Resumen/Abstract</b> .....	1
<b>Palabras clave</b> .....	1
<b>1. Introducción</b> .....	6
<b>Justificación del Estudio</b> .....	7
<b>2. Planteamiento del Problema</b> .....	8
<b>Formulación del Problema de la Tesis</b> .....	8
<b>Objetivos: General y Específicos</b> .....	8
<b>3. Marco Teórico</b> .....	9
<b>El Recurso Humano de Enfermería en la Argentina</b> .....	9
<b>Gráfico 1: Ciclo de reducción de Personal de Enfermería</b> .....	11
<b>La Escasez del RHE</b> .....	11
<b>Gráfico 2- Personal de Enfermería distribución por cada 1000 hab.</b> .....	12
<b>Tabla 1: Profesionales de la salud en Argentina (2013-2016)</b> .....	13
<b>Gráfico 3- Distribución de ingresantes y egresados del grado y pregrado universitario según tipo de gestión y de región 2014</b> .....	14
<b>La problemática del Ausentismo</b> .....	14
<b>Gráfico 4: Ausentismo por Enfermedad</b> .....	16
<b>Gráfico 5: Causas de Ausentismo Injustificado</b> .....	17
<b>El Ausentismo del RHE en la Argentina</b> .....	19
<b>Horas Extras y Cobertura del Personal</b> .....	19
<b>Servicios y Turnos del RHE</b> .....	21
<b>Causas de Ausentismo del RHE</b> .....	22
<b>Marco Referencial</b> .....	23
<b>Gráfico 7: Índice de Ausentismo</b> .....	23
<b>Hipótesis</b> .....	25
<b>4. Metodología</b> .....	25

<b>Tipo de estudio</b> .....	25
<b>Dimensiones, variables, indicadores</b> .....	25
<b>Universo y características de la muestra</b> .....	27
<b>Fuentes de información y técnicas de recolección de datos</b> .....	28
<b>5. Desarrollo</b> .....	28
<b>La Organización del Sistema de Salud en la Argentina – El subsistema de la seguridad Social</b> .....	28
<b>Gráfico 8: Cobertura de los Subsistemas de salud en Argentina, 2015</b> .....	29
<b>El caso de un Sanatorio de Alta Complejidad perteneciente al sub sistema de la Seguridad Social</b> .....	30
<b>Gráfico 9: Pilares de la gestión del servicio de Enfermería de la institución</b> .....	31
<b>Tabla 2- Personal de Enfermería Servicios de Adultos</b> .....	32
<b>Tabla 3-Personal de Enfermería Servicios de Adultos</b> .....	33
<b>Cobertura de Ausentismo en la Institución</b> .....	34
<b>Tabla 4-Indicadores de ausentismo de enfermería en la institución (2015-2016)</b> .....	34
<b>Análisis del Salario y la remuneración</b> .....	36
<b>Tabla 5: Aportes y contribuciones de la Seguridad Social</b> .....	36
<b>Tabla 6: Conceptos de las Horas Extras</b> .....	37
<b>ART</b> .....	38
<b>Análisis de Costos</b> .....	38
<b>Tabla 7: Características Distintivas de la Evaluación de la Asistencia Sanitaria</b> .....	39
<b>Gráfico 10 -Análisis de alternativas</b> .....	40
<b>Tabla 8: Clasificación Tradicional de los Costes para su Inclusión en una Evaluación Económica de las Intervenciones Sanitarias</b> .....	40
<b>6. Resultados</b> .....	41
<b>Análisis de las causas del ausentismo del personal de enfermería de adultos en el año 2017</b> .....	41
<b>Días de ausentismo por mes a lo largo del 2017 según la causa y según el servicio</b> .....	41
<b>Días de Ausentismo del RHE según las causas</b> .....	42
<b>Días de Ausentismo del RHE según el servicio</b> .....	42
<b>Gráfico 12: Total de días perdido según los servicios en el año 2017</b> .....	43

<b>Días de Ausentismo del RHE según los Meses</b> .....	43
<b>Gráfico 13: Días de Ausentismo según los días del Año</b> .....	43
<b>Estimación de Horas Extras del RHE requeridas en el periodo</b> .....	44
<b>Análisis según el Mes</b> .....	44
<b>Tabla 9: Costo según los meses de Cobertura por Horas extras</b> .....	45
<b>Tabla 10: Costo según los Servicios de Cobertura por Horas extras</b> .....	47
<b>Análisis según el Turno por Mes</b> .....	48
<b>Gráfico 16: Análisis según el Turno en el 2017</b> .....	48
<b>Tabla 11: Costo según los Turnos de Cobertura por Horas extras</b> .....	48
<b>Gráfico 17: Análisis según el Turno y los meses en el 2017</b> .....	49
<b>Estimación del costo de la contratación de RHE para realizar la cobertura de ausentismo en el periodo analizado</b> .....	49
<b>Tabla 12: Personal requerido por Turno y por Mes – Personal de Área Cerrada</b> .....	51
<b>Tabla 13: Personal requerido por Turno y por Mes – Personal NO Área Cerrada</b> .....	51
<b>Tabla 14: Personal requerido por Turno y por Mes y su Capacidad Potencial– Personal de Área Cerrada</b> .....	52
<b>Tabla 15: Personal requerido por Turno y por Mes y su Capacidad Potencial – Personal NO Área Cerrada</b> .....	53
<b>Costo de Contratación</b> .....	53
<b>Tabla 16: Costos de la Contratación del Personal</b> .....	54
<b>Comparación de alternativa de cobertura por medio de horas extra vs alternativa comparación de nuevo personal</b> .....	54
<b>7. Conclusiones</b> .....	55
<b>8. Discusión - Propuestas</b> .....	57
<b>9. Sesgos y Limitaciones</b> .....	59
<b>10. Consideraciones Éticas</b> .....	61
<b>11. Bibliografía</b> .....	62
<b>12. Anexos</b> .....	70
<b>Anexo 1: Actividades, tiempos promedios para cada una y su valor en U.P.E (Unidad de Producción de Enfermería)</b> .....	70
<b>Anexo 2: Salarios de RHE según el Convenio de 2017</b> .....	71

<b>Anexo 3: Tablas - Casusas de Ausentismo del RHE Análisis según mes y según servicio</b> .....	72
<b>Tabla 1: Días de ausentismo según la causa de en cada servicio en el RHE de adultos</b>	72
<b>Tabla 2: Días de ausentismo según la causa en el RHE de adultos</b> .....	76
<b>Tabla 3: Ausentismo total Anual</b> .....	77
<b>Anexo 4: Gráficos - Estimación de Costos de Horas Extras del RHE requeridas en el periodo – Análisis según mes y según servicio</b> .....	78
<b>Anexo 5: Gráficos - Estimación de Costo de Horas Extras del RHE requeridas en el periodo – Análisis según mes y según turno</b> .....	84

## **1. Introducción.**

El Recurso Humano de enfermería (RHE) representa el mayor volumen de agentes de salud, estos se enfrentan en la actualidad a problemáticas como el ausentismo, la escasez de personal, y los bajos salarios. La escasez del personal de enfermería es una preocupación a nivel mundial. El déficit histórico de enfermeros/as y su inapropiada distribución geográfica se ve agravada por la falta de incentivos para ingresar y permanecer en la profesión, lo cual genera repercusiones en este mercado laboral (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Argentina). El pluriempleo es otro de los problemas del RHE, que atañe a toda América Latina, en especial a la Argentina (Novick y Galin, 2003).

Las estadísticas de los últimos cinco años muestran un déficit mundial de 12,9 millones de profesionales de los cuales, según la OMS, aproximadamente 4,3 millones corresponden a médicos y enfermeros (Cassiani, Hoyos, Barreto, Sives, y Da Silva, 2018). Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el ministerio de Salud Nacional han expresado su preocupación debido a la escasez del personal de enfermería presente en el país y en el mundo (Observatorio federal de Recursos Humanos en Salud, 2016).

En lo que refiere al RHE, según la OMS en mayo de 2016 la Argentina contaba con 23.806 enfermeros/as, lo que equivale a una proporción de 0,55 enfermeros/as por cada 1.000 habitantes. En los indicadores Básicos del Ministerio de Salud (2017) incluyendo enfermeros/as profesionales y licenciados en enfermería la Argentina presenta 3,8 enfermeros/as cada 10.000 habitantes. En contraposición a lo que sucede con los médicos donde la relación es de 32,1 médicos 10.000 habitantes.

Sumado a la escasez de RHE, este personal presenta mayor ausentismo que el resto de los profesionales del sector salud. Múltiples investigaciones han indagado en las causas y consecuencias del ausentismo en las organizaciones y los profesionales de la salud. Las causas del ausentismo ampliamente descritas incluyen sobrecarga laboral, bajos salarios, burn-out, falta de jerarquización de las tareas y pluriempleo entre otras. En el caso de las consecuencias del ausentismo, se han abordado relaciones entre un mayor ausentismo y peores estándares de atención a los pacientes, incremento de eventos adversos, hasta un aumento de la mortalidad en ciertas instituciones. Sin embargo, la consecuencia económica de dicho ausentismo no ha sido estudiada en profundidad.

La cobertura del ausentismo, no suele encontrarse dentro de las investigaciones relacionadas con el ausentismo.

Luego de un análisis exhaustivo de la bibliografía pertinente dentro de la disciplina, se ha encontrado una clara deficiencia en lo que respecta a investigaciones en las cuales se analicen variables económicas del ausentismo y su cobertura, tanto en la región como a nivel mundial. En el marco referencial de la investigación se han señalado los escasos estudios que incorporan dichas variables al análisis.

El costo salarial del recurso humano se ha transformado en la mayor parte de los gastos operativos, lo que hace fundamental organizar la fuerza de trabajo de la forma más eficiente posible para reducir los costos asociados y mejorar la satisfacción de los empleados (Smet, Wauters, Mihaylov y Berghe, 2014).

La presente investigación corresponde a un Análisis Económico de la cobertura de ausentismo del RHE, en el caso de una institución de salud de alta complejidad correspondiente al sub-sistema de seguridad social en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el año 2017.

En este proceso se efectuó una descripción del estado actual del RHE, profundizando en el tema la cobertura del ausentismo del RHE. A lo largo del marco teórico se explicó la problemática, definiendo conceptos relevantes y seleccionando distintas investigaciones sobre el tema con sus diferentes aportes. La metodología utilizada incluye la utilización de variables cuantitativas para describir las causas del ausentismo de enfermería y realizar la comparación de la alternativa de cobertura de ausentismo del RHE por medio de horas extras (Alternativa A, actualmente utilizada en la institución) y la alternativa de cobertura de ausentismo del RHE por medio de contratación de personal (Alternativa B).

La pregunta que busca responder esta investigación es ¿Qué alternativa de cobertura de ausentismo de RHE es menos costosa en una institución de alta complejidad correspondiente al sistema de seguridad social en CABA durante el periodo 2017?

La cantidad de enfermeras/os disponibles, la distribución de los mismos y el ausentismo es un fenómeno que dificulta la posibilidad de brindar una correcta atención a los pacientes y se presenta como una problemática en la región, en el país y en la institución analizada. En este sentido, las nuevas investigaciones sobre el RHE que puedan aportar información sobre intervenciones para dichas problemáticas son importantes para el crecimiento y la mejora de la disciplina.

## **Justificación del Estudio**

Como se mencionó anteriormente el personal de enfermería es el grupo más amplio de los profesionales de la salud y representa la mayor proporción de costos en salud. En un país donde las crisis económicas se han presentado en forma cíclica, es fundamental determinar si la gestión de costos se hace en forma efectiva y el análisis presentado busca aportar información sobre la gestión de la cobertura de ausentismo del RHE.

A su vez, como señala la investigación de Kisakye et al. (2016) muchas de las estrategias relacionadas con el ausentismo en el sector salud y su éxito están ampliamente influenciadas por el contexto en el que se aplican. Es por esto que, dado el contexto económico adverso existente en la Argentina y las particularidades de su sistema de salud, es importante contar con estrategias pensadas para optimizar los recursos económicos, sin que esto modifique los niveles de atención. Siendo el ausentismo una problemática existente, descripta ampliamente en la bibliografía, analizar si la metodología de cobertura utilizada es la más efectiva es fundamental. En relación con lo mencionado, las escasas investigaciones que incorporan variables económicas al análisis de ausentismo de enfermería fueron realizados en otros países, siendo importante verificar cuales son los resultados de este tipo de investigaciones en la Argentina con las particularidades de su sistema de salud.

Por otro lado, se menciona en repetidas oportunidades las consecuencias del fenómeno del ausentismo, (por ejemplo, la realizada por Díaz Ávila, Romero y Villegas 2015) pero se ha encontrado escasa información relevante que analice desde una perspectiva económica la cobertura del ausentismo del RHE. En este sentido, la investigación de Drebit, Ngan, Hay y Alamgir (2010) realiza un análisis similar al que se propone en esta investigación, sugiriendo en las conclusiones del estudio utilizar estrategias para alivianar las horas extras y crear más puestos de trabajo a partir de la gran cantidad de horas extra que se trabajan. Sumado a esto, Martsof (2014) sugiere que el incremento del RHE puede implicar un costo neutro y mejorar los resultados. Twigg, Geelhoede, Bremner y Duffield (2013) señalan que el incremento de RHE sería una intervención costo-efectiva pero que no implicaría un ahorro de costos para la institución.

El análisis de esta investigación se realizó siguiendo estos estudios, que señalan la importancia de continuar y profundizar la información existente sobre esta problemática.

## **2. Planteamiento del Problema**

### **Formulación del Problema de la Tesis**

¿Qué alternativa de cobertura de ausentismo de RHE es menos costosa en una institución de alta complejidad correspondiente al sistema de seguridad social en CABA durante el periodo 2017?

### **Objetivos: General y Específicos**

#### **Objetivo General**

Analizar desde el punto de vista económico, los costos de las alternativas de cobertura de ausentismo del RHE en una institución de alta complejidad correspondiente al sistema de seguridad social en Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2017.

## **Objetivos Específicos**

- Analizar las causas del ausentismo del personal de enfermería de adultos en el año 2017.
- Estimar la cantidad de horas extras de enfermería requeridas en el periodo analizado.
- Estimar el costo de la contratación del nuevo personal de enfermería de adultos para realizar la cobertura de ausentismo en el periodo analizado.
- Comparar ambas alternativas de cobertura para determinar cuál de ellas implica un menor costo para la institución analizada en el año 2017.

## **3. Marco Teórico.**

### **El Recurso Humano de Enfermería en la Argentina**

En la actualidad, haciendo referencia al concepto de la administración de los recursos se ha comenzado a utilizar la definición de capital humano, es así que lo que diferencia a una organización o empresa no es su capital financiero como sucedía anteriormente, sino su capital humano. Este capital humano está constituido básicamente por los talentos y competencias de las personas que forman parte de una organización (Chiavenetto, 2008). Las organizaciones actuales tienen el desafío de desarrollar las competencias del capital humano bajo su responsabilidad y aquellas que sean capaces de poner el conocimiento de sus trabajadores en función de los objetivos de la organización obtendrá una ventaja competitiva por sobre otras organizaciones (Castillo, 2012).

El RHE es quien tiene mayor contacto con los pacientes en el sistema sanitario. Las funciones fundamentales de estos profesionales son según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Por otro lado, la WHO en 2002 señala que sus tareas incluyen: Evaluar y manejar tanto la salud física y mental como la enfermedad en los pacientes; Planificación, seguimiento y garantía de la calidad de las intervenciones de atención de salud; Identificar, Abogar y coordinar una variedad de recursos y servicios de los sistemas de atención de salud necesarios para garantizar que las necesidades de salud se encuentren satisfechas y que las mismas sean cumplidas de manera eficiente y rápida; Fomentar la colaboración con otros miembros del equipo de atención médica en un entorno propicio para la curación; Enseñar, brindar asesoramiento y supervisar a personas, familias, comunidades y otros profesionales; Asumir roles de práctica avanzada y de especialización donde otros profesionales no están disponibles; Liderar y participar en proyectos de investigación diseñados para generar evidencia para la práctica y el mejoramiento de políticas. Pueden ser líderes de equipos o formar parte de equipos interdisciplinarios, teniendo un rol fundamental en la atención centrada en la persona (OPS/OMS).

Si bien las tareas fueron definidas como se mencionó anteriormente, el autor Henao (2009) define otros sub-factores no siempre tenidos en cuenta, que incluyen: el trabajo monótono, la falta de autonomía para la toma de decisiones, funciones ambiguas, falta de claridad en el rol, insatisfacción

con las tareas realizadas propias de la profesión que propician mayor desgaste. Además, esta profesión se caracteriza por tener condiciones de trabajo más precarias, salarios más bajos que aquellas no relacionadas con el cuidado y también es una profesión mayoritariamente femenina en la actualidad (Esquivel, 2010).

En lo que respecta a como los enfermeros perciben su trabajo, en el año 2010 se realizó un análisis de la percepción de las condiciones de trabajo tanto en personal de enfermería como en personal de medicina en Latino América, hallando un sesgo positivista en el caso de los enfermeros. En la Argentina se percibieron las condiciones de trabajo como muy buenas/buenas en el 43% de los casos, regulares en el 32% de los casos y únicamente el 24% las percibió como malas o muy malas (OPS., 2012).

La bibliografía existente sobre el tema en Argentina relata una serie de problemas “típicos” de esta ocupación que marcan un nivel significativo de precariedad: salarios bajos, pluriempleo, estrés laboral y falta de equipamiento e infraestructura adecuados, entre algunos de los más relevantes (Pereyra y Micha 2016). El pluriempleo ampliamente descrito en la bibliografía es según Pautassi (2006) consecuencia de la reducción salarial. Contrariamente, como señala Díaz (2011) si dentro de una organización se profesionaliza el recurso enfermería y se organizan los productos enfermeros, se llegará a un mejor nivel de cuidado de los pacientes al cabo de unos años.

La interrelación entre la falta de personal y las condiciones laborales se convierte en un círculo vicioso: no hay suficientes enfermeras/os porque la ocupación resulta poco atractiva debido a la enorme carga física y emocional que requiere, a la intensidad del trabajo y a los bajos salarios; a la vez que esa misma escasez de personal refuerza la intensidad del trabajo, impulsa el pluriempleo y contribuye al desgaste laboral (Aspiazu, 2017). Dotti y Rodríguez (2013) llegan a la conclusión de que la carga horaria a la que la población estudiada se ve sometida debido al plurempleo, modifica la calidad de vida de los enfermeros, incidiendo en su vida diaria provocándole alteraciones del sueño, hábitos alimentarios y generando limitaciones en la vida familiar y social.

Como se mencionó anteriormente, el personal de enfermería es el grupo más amplio de los profesionales de la salud, lo cual genera que el mismo represente la mayor proporción de costos en salud. Como resultado, en momentos de austeridad económica este personal suele reducirse en detrimento de la seguridad del paciente y la calidad del cuidado (International Council of Nurses, 2015). De esta forma, se modifica la organización de enfermería incluyendo cambios en el número y tipo de profesionales de enfermería disponibles para el cuidado de los pacientes, se eliminan tareas que realizaba el personal de enfermería hasta el momento, y se reconfigura el papel de las enfermeras para incluir trabajos que anteriormente efectuaban otros profesionales (Havens, Labov, Faura y Aiken, 2002). Siguiendo este lineamiento, Rajbhandary y Basu (2010) presentan un análisis del ciclo de la reducción del personal de enfermería que es aplicable a cualquier organización.

### Gráfico 1: Ciclo de reducción de Personal de Enfermería

S. Rajbhandary, K. Basu / Health Policy 97 (2010) 152-159

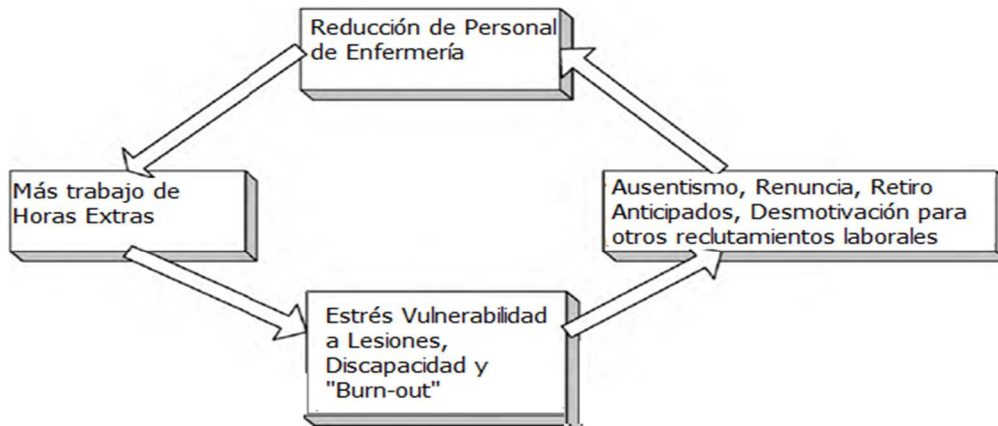


Fig. Ciclo de Reducción del Personal de Enfermería

Fuente: Rajbhandary, S., y Basu, K. (2010). Working conditions of nurses and absen-teeism: Is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. Healthpolicy, 97(2-3), 152-159.

La enfermería es fundamental para la calidad de cuidado provista, la evidencia muestra que los hospitales que presentan mayor relación enfermera-paciente presentan menores tasas de mortalidad (Aiken et al., 2014), demostrando la importancia de su rol en el cuidado de los pacientes. Llevando el cuidado del RHE más allá de sus responsabilidades actuales, los resultados de la revisión realizada por Laurant et al. (2005) señaló que enfermeras/os entrenados en forma apropiada pueden producir similares resultados de salud para los pacientes que los médicos de atención primaria. A su vez, señalaron que la sustitución de médicos por enfermeros/as disminuye la carga laboral médica y permite la reducción de costos. En la actualidad el personal de enfermería juega un rol cada vez más importante al proporcionar cuidados de alta calidad a los pacientes (Stanik-Hutt et al., 2013) que en muchos casos los médicos por su nivel de especialización no brindan.

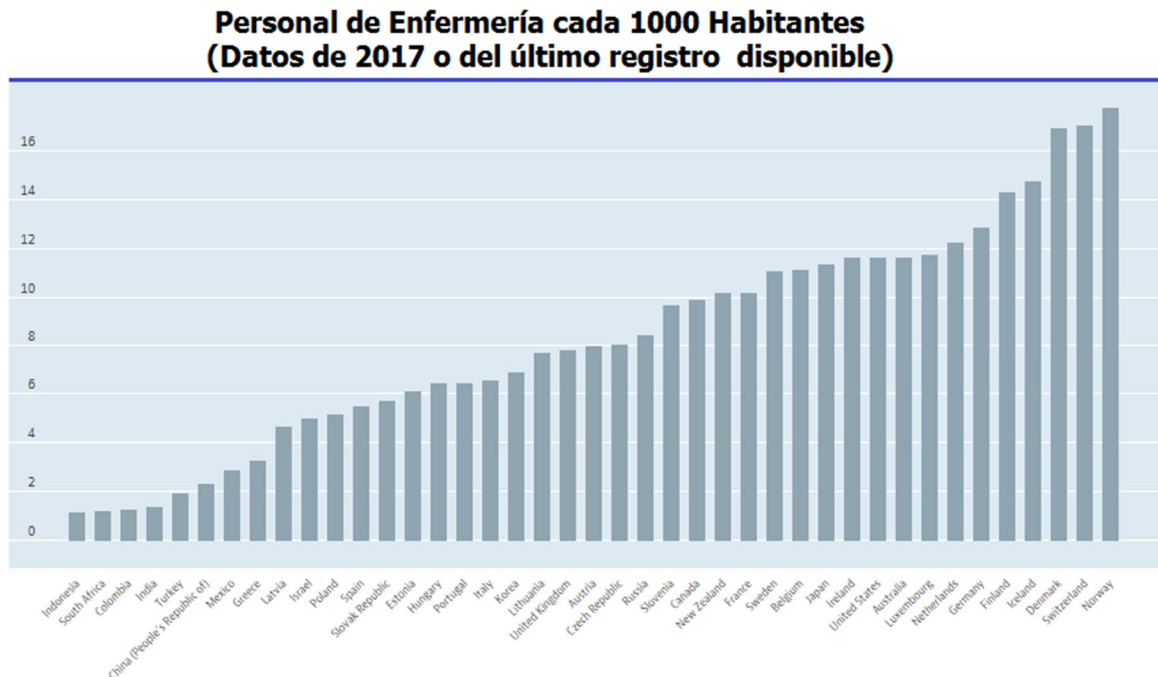
## La Escasez del RHE

Las estadísticas de los últimos cinco años muestran un déficit mundial de 12,9 millones de profesionales de los cuales, según la OMS, aproximadamente 4,3 millones corresponden a médicos y enfermeros (Cassiani et al., 2018). El crecimiento de la escasez del RHE calificado se presenta como un obstáculo serio hacia el cumplimiento de los objetivos de salud a nivel nacional y mundial (WHO, 2002)

Gran cantidad de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) reportaron sobre la escasez de médicos y enfermeras y publicaron proyecciones que sugieren una tendencia similar en el futuro en relación a los trabajadores de la salud (OECD, 2008). Puntualmente en el caso de enfermería tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS)

como el ministerio de Salud Nacional han expresado su preocupación debido a la escasez del personal de enfermería presente en el país y en el mundo (Observatorio federal de Recursos Humanos en Salud, 2016).

**Gráfico 2- Personal de Enfermería distribución por cada 1000 hab.**



Datos Obtenidos de: OECD <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

La OMS determinó que es necesario un mínimo de 23 médicos, enfermeras y parteras cada 10.000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población.

En América existen 20,7 Médicos y 50.6 enfermeros cada 10.000 habitantes. Sin embargo, esta proporción se distribuyó de forma muy heterogénea en los países de la región. La misma varía desde 25,0 médicos y 106,4 enfermeros cada 10.000 habitantes en Canadá o el caso de Estados Unidos que presenta 26,0 médicos y 111,4 enfermeros cada 10.000 habitantes hasta países como Honduras con 10,0 médicos cada 10.000 habitantes y 3,8 enfermeras cada 10.000 habitantes, o Haití con 2,3 médicos cada 10.000 habitantes. En el caso del cono sur, Chile presenta 21.5 médicos cada 10.000 habitantes, Paraguay presenta 15.8 médicos cada 10.000 habitantes y Uruguay cuenta con 47.9 médicos cada 10.000 habitantes (Etienne, 2017).

La OMS según los datos presentados en el informe de cadena de valor del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas de la Nación, en mayo de 2016 en la Argentina había 23.806 enfermeros/as, lo que equivale a una proporción de 0,55 enfermeros/as por cada 1.000 habitantes. En los indicadores Básicos del Ministerio de Salud (2017) incluyendo enfermeros/as profesionales y licenciados en

enfermería la Argentina presenta 3,8 enfermeros/as cada 10.000 habitantes. En contraposición a lo que sucede con los médicos donde la relación es de 32,1 médicos 10.000 habitantes.

Las diferencias entre la densidad del personal en los países y al interior de los mismo hace referencia al mercado laboral, a la oferta de programas de formación de enfermeros y a que incentivos tanto financieros como no financieros se les ofrecen a los profesionales (Cassiani et al. 2018).

La OMS define cinco pasos para enfrentar los desafíos de esta profesión que incluyen: el desarrollo e implementación de estrategias efectivas de reclutamiento y retención del personal; la estandarización de los requisitos de ingreso para la educación y las calificaciones pre y posgrado; la construcción de una masa crítica de educadores competentes para capacitar a los investigadores y líderes del futuro y el desarrollo de nuevos roles con trayectorias profesionales establecidas desde el inicio de la carrera profesional (OMS, 2018).

Por otro lado, la formación de la población de enfermería en Argentina, en el año 2016 se distribuyó de la siguiente forma: 41,6% eran auxiliares de enfermería, 45,2% eran técnicos en enfermería y el 13,2 % eran licenciados (Observatorio federal de Recursos Humanos en Salud, 2016).

**Tabla 1: Profesionales de la salud en Argentina (2013-2016)**

Profesión		2013	2014	2016
<b>Médicas/os*</b>		<b>166.187</b>		<b>172.502</b>
Enfermeras/os*	Auxiliares	86.073	82.278	82.274
	Técnicas/os	73.373	78.570	87.172
	Licenciadas/os	19.729	21.522	25.383
<b>Enfermería Total</b>		<b>179.175</b>	<b>182.370</b>	<b>192.829</b>

\*Profesionales en edad activa. \*Profesionales en edad activa.

(1) La REFEPS establece cortes cuando cuenta con los 24 registros completos.

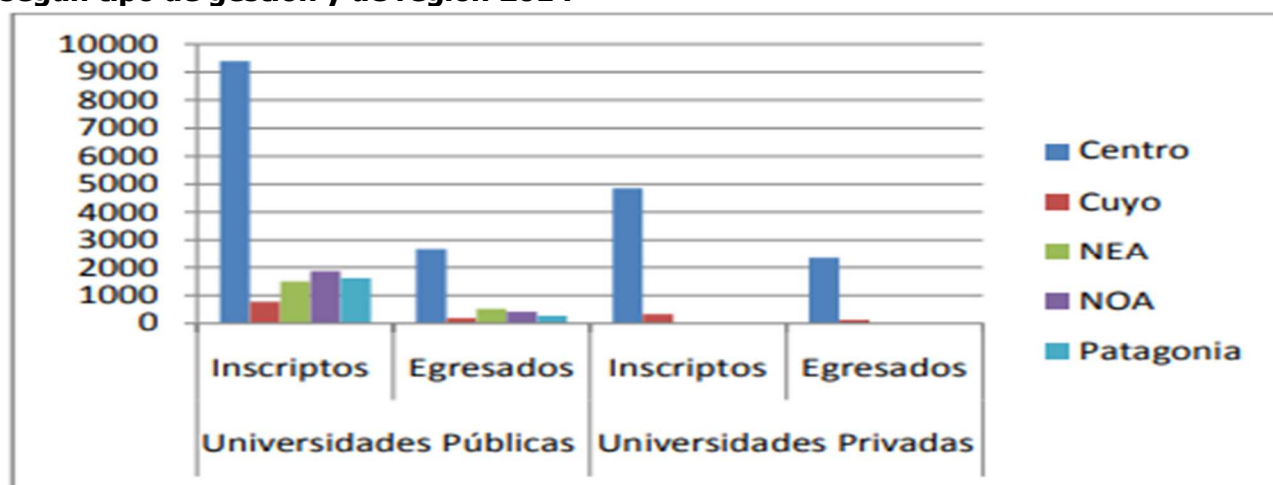
**Fuente:** Elaboración OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud. 2016

La carrera de Enfermería se dicta a nivel técnico y a nivel universitario. La duración del nivel técnico superior y del pregrado universitario es de 3 años con la obtención del título de Enfermero Profesional y/o Enfermero Universitario. Además, quienes estén dispuestos pueden obtener la Licenciatura en Enfermería complementando los 3 primeros años con un ciclo de 2 años que se dicta en las universidades e institutos universitarios (Observatorio Federal de Recursos Humanos, 2016).

Entre el año 2007 y 2013 el número de ingresantes aumentó en un 70% haciendo referencia a la profesionalización de los enfermeros/as que se vuelcan hacia la formación universitaria (Observatorio Federal de Recursos Humanos, 2015).

Existe una diferencia entre quienes se inscribieron y los que efectivamente terminaron egresando. En la formación de enfermería los profesionales tienen títulos intermedios y para sobrellevar los bajos salarios los profesionales suelen tener más de un empleo (Fenómeno de pluriempleo característico de esta profesión). Es así que, quienes decidieron continuar con su formación deben resignar al menos un salario para poder asistir a las actividades académicas. Además, es necesario considerar si los enfermeros estudiaron en instituciones privadas o públicas, si su institución cubrió los costos de la cuota de la universidad, o si ellos debieron incurrir en gastos de transporte o de materiales necesarios para el estudio.

**Gráfico 3- Distribución de ingresantes y egresados del grado y pregrado universitario según tipo de gestión y de región 2014**



Fuente: Elaboración OFERHUS en base a datos proporcionados por la Dirección de Información Universitaria. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación y Deportes. Año 2014.

## La problemática del Ausentismo

El ausentismo es definido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2008) como "la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales y las huelgas". Por otro lado, Samaniego (1998), define el ausentismo como el incumplimiento por parte del empleado de sus obligaciones laborales, faltando al trabajo de forma imprevista cuando debería acudir al mismo, hace referencia a que este es mayor en grupos que tienen menos reconocimiento social y llega incluso a destacar que el mismo podría cumplir ciertas funciones adaptativas, reequilibrando y compensando ciertos problemas creados por los sistemas en los cuales los empleados se encuentran inmersos. El ausentismo analizado

desde la perspectiva psicosocial, constituye un fenómeno que refleja las disfunciones que existen en el seno de las organizaciones (I Grau, Vallejo, Tomás, y Rodríguez, 2005).

La investigación realizada por Mesa y Kaempffer (2004) analiza 30 años de ausentismo laboral en Chile, llegando a la conclusión de que el sector hospitalario presenta mayores tasas de ausentismo (14,3 días de ausentismo por trabajador), al compararlo con el sector minería, industrial, universidades y centros de investigación. Por otra parte, una investigación realizada en un hospital privado de Argentina llegó a la conclusión de que los enfermeros presentaban mayor ausentismo que el resto de los profesionales (Moscoso, Gómez, Montangie y Zenobi, 2010).

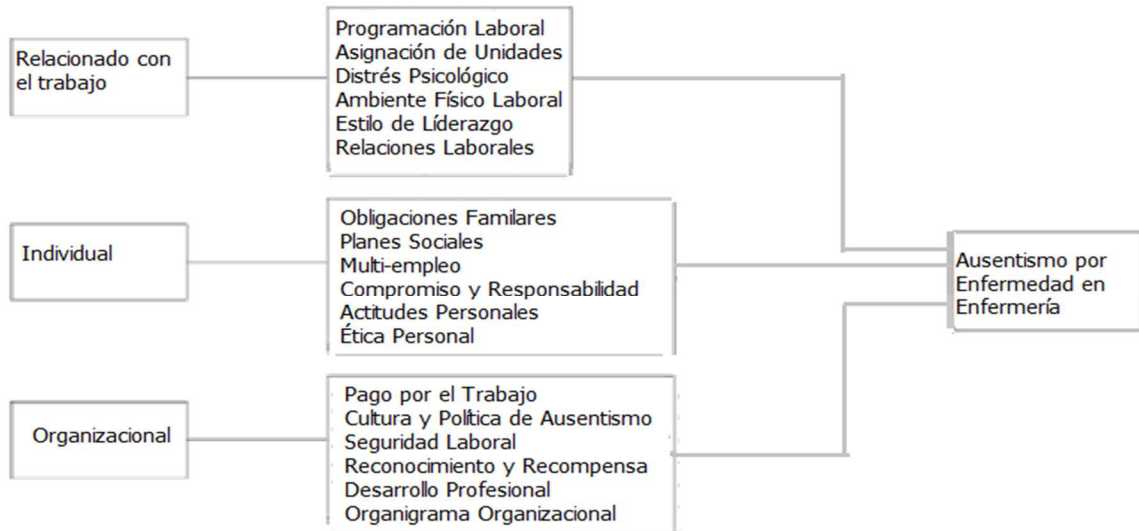
En la bibliografía internacional sobre ausentismo laboral coexisten cuatro modelos explicativos con diferentes enfoques Mesa y Kaempffer, (2004) los describen de la siguiente forma:

1. El modelo económico de ausentismo laboral: El Ausentismo se explica por motivaciones individuales de ausencia de los trabajadores y por cuanto ausencia puede ser tolerada por los trabajadores. Los trabajadores elegirían la cantidad de ausencias que maximicen sus utilidades por medio del análisis de los beneficios y los costos marginales.
2. El modelo psicosocial del ausentismo laboral: La ausencia es una conducta individual dentro de un contexto social y las motivaciones de ausencia estarán regidas por las diferentes culturas de ausencia a las cuales se está expuesto.
3. El modelo médico del ausentismo laboral: Este modelo considera que existen factores demográficos, de satisfacción con el empleo, de características organizacionales, de contenidos del empleo, entre otros que contribuyen a un patrón de ausentismo laboral.
4. El ausentismo laboral y retiro organizacional: Este modelo sostiene que existiría una relación positiva entre ausentismo laboral y retiro organizacional. Los trabajadores que abandonan la organización suelen ser los más jóvenes, mientras que los de mayor edad y mejores posiciones tienen más que arriesgar en términos de los beneficios y las oportunidades que tienen por fuera de la organización, ya que estas son más limitadas.

Entre los factores incidentes en la dimensión problemática del ausentismo se perciben el pluriempleo, la excesiva carga laboral asociada a cuidados especiales y problemas de autoestima profesional mientras que la rotación también es asociada a estas mismas dimensiones (Gómez Marquisio, 2015).

Baydoun, Dumit y Daouk-Öyry (2016), realizaron un análisis del ausentismo por enfermedad desde la perspectiva de la jefatura por medio de una metodología cualitativa. Los resultados de la investigación explicaron el ausentismo en base a tres dominios "relacionado con el trabajo", "individual" y "organizacional".

#### Gráfico 4: Ausentismo por Enfermedad



Baydoun, M., Dumit, N., & Daouk-Öyry, L. (2016). What do nurse managers say about nurses' sickness absenteeism? A new perspective. *Journal of nursingmanagement*, 24(1), 97-104.

El ausentismo de corto plazo es más común que el tipo de ausentismo de largo plazo, los episodios de ausentismo frecuentes traen como consecuencia que la dotación no esté completa. Esto a su vez influye en la eficiencia, la efectividad y el estrés laboral debido a la sobrecarga de trabajo para los enfermeros/as (Schreuder, Roelen, Koopmans, Moen, y Groothoff, 2010). Existe también, una diferenciación entre el ausentismo diario, que se definió como la no concurrencia al establecimiento durante toda la jornada laboral y el ausentismo horario, que se definió como la asistencia al lugar de trabajo, pero con incumplimiento del horario estipulado de trabajo (Schargrotsky, Mera y Weinschelbaum, 2000).

Como señala la imagen a continuación, en el caso de ausentismo injustificado se destacaron como causas, la enfermedad de un familiar, el clima laboral adverso (maltrato de jefe inmediato superior), pases de salida y entrada negadas (aun con aviso oportuno) y la existencia de otro empleo mejor remunerado (cuidado de pacientes particulares).

## Gráfico 5: Causas de Ausentismo Injustificado

Figura 1. Causas de ausentismo percibidas por las enfermeras en grupo de discusión



Fuente: Puc-Valdez M., Rojas-Juarez M., Torres-Alvarez M., Lopez Sanchez G. (2005). Análisis de las causas de ausentismo injustificado con un grupo focal de enfermeras. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 13(3), 141-146.

Las investigaciones relacionadas con el ausentismo en organizaciones en el sector salud lo analizaron desde la dimensión del recurso humano en el cual se profundiza sobre las causas del ausentismo, la satisfacción laboral, el clima laboral y el "burn-out". Wilson et al. (2017) definieron el "burn-out" por una triada que incluye agotamiento emocional (evidenciado por sentimientos de estar sobrepasados y agotados por el trabajo), despersonalización (se describe como respuestas impersonales a los pacientes y falta de sentimientos hacia ellos) y baja percepción de cumplimiento de logros (se sospecha cuando aparece la falta de competencia y logros laborales).

Los niveles de sobrecarga laboral influyen en la aparición y cronicidad del Síndrome de burn-out debido fundamentalmente a su influencia sobre el deterioro emocional del individuo mientras que la auto-eficacia tiene un efecto significativo y positivo sobre los niveles de realización personal en el trabajo, por lo que previene tanto la aparición como el desarrollo del Síndrome de Burn-out (Gilmonte, y García-Juesas, 2008). Es así que, Horrigan, Lightfoot, Larivière, y Jacklin (2013) resaltaron la necesidad de evaluar la salud y la calidad de vida laboral basándose en investigaciones que señalaron que el RHE es el personal que tiene peor salud dentro de los profesionales del sector y que la calidad de los ambientes laborales del RHE contribuye tanto a la falta de salud, como a la discapacidad y el ausentismo presente en el sector.

Existen factores que aumentan el conocido síndrome de “burn-out” entre los cuales se encuentra la realización de jornadas laborales de trabajo extensas (superiores a 9 horas) en una misma unidad o servicio clínico donde el enfermero se encuentra abocado a la atención de pacientes sin posibilidad de un momento de esparcimiento. Sumado a esto en dichas jornadas los enfermeros se exponen al trato con pacientes que implican una carga afectiva significativa, se exponen también a agentes químicos, incorporación de nuevas tecnologías, conocimientos y responsabilidades (Barrios Araya, Arechabala Mantuliz, y Valenzuela Parada, 2012).

Por otro lado, se ha estudiado las consecuencias del ausentismo, por ejemplo, en como la disminución en la cantidad de personal de enfermería genera peor calidad de atención y en esa vertiente se analiza el aumento de los eventos adversos y la disminución en la satisfacción del usuario. La bibliografía demostró que el aumento del personal de enfermería no es solo beneficioso para los pacientes sino también para los enfermeros/as, el aumento de la relación enfermero/a-paciente, disminuye el “burn-out” y aumenta la satisfacción de los pacientes (Maass et al. 2017). Contrariamente menor cantidad de personal de enfermería, mayor carga de trabajo y unidades de enfermería de ambiente inestable se vincularon a resultados negativos para los pacientes que incluyeron caídas y errores de medicación (Duffield et al. 2011). Sumado a esto se encontró una relación entre una mayor carga de trabajo relacionada con el cuidado de los pacientes y mayores ausencias por enfermedad tanto de largo como de corto plazo. (Rauhala, et al., 2007).

Según lo analizado por Díaz Ávila, Romero y Villegas (2015) el ausentismo perjudica económicamente la institución y también en términos de dinámica laboral, porque se debe reorganizar el servicio generando una sobrecarga en otros miembros del equipo, perjudicando las relaciones interpersonales entre el personal afectado y en consecuencia la satisfacción laboral de los implicados.

En la bibliografía existieron múltiples soluciones para aliviar la carga de las horas extras: “auto-programación”, el aumento del premio por horas extras o el aumento de la cantidad de puestos fijos. Esta última propuesta tiene la ventaja de garantizar las horas, los beneficios y la seguridad laboral para el personal, lo que traería como consecuencia una mejora de la satisfacción laboral y una permanencia de los enfermeros en el puesto de trabajo (Drebit, Ngan, Hay y Almgir, 2010).

La “auto-programación” es una forma flexible de programación en donde los enfermeros/as indican el turno preferencial para trabajar. Es así que la programación de los turnos se da bajo ciertas condiciones o parámetros como, por ejemplo, trabajar ciertos turnos durante la semana o durante el fin de semana asegurando que con esos turnos se cubren todos los requerimientos de los pacientes (Russell, Hawkins y Arnold, 2012).

Otra alternativa con buenos resultados pero que aún requiere de una investigación más extensa es la analizada por Blanca-Gutiérrez, et al. (2012) donde se implementó un sistema de turnos rotatorios para determinar cuál es el comportamiento del ausentismo del RHE. Es importante destacar que, el personal participo en el diseño de este sistema, en la distribución horaria, la planificación y

la adjudicación de turnos, obteniendo como resultado una reducción notable en el número de horas de ausencia del RHE.

## **El Ausentismo del RHE en la Argentina**

En el estudio realizado por Schargrotsky, Mera y Weinschelbaum (2000) se analizó el ausentismo del RHE en cuatro instituciones del Gran Buenos Aires por medio de encuestas, siendo este de 32.1%. Al comparar los valores obtenidos en instituciones privadas y aquellos obtenidos en instituciones públicas, es posible observar que los niveles de ausentismo del RHE son significativamente menores en instituciones privadas que en instituciones públicas. A su vez, según lo analizado por Gómez de Marquisio (2015) en instituciones correspondientes al ámbito público, privado y de la seguridad social el ausentismo varía entre 30% y 13%, dependiendo de las características del género, del sector, del agotamiento, del estrés y de las enfermedades profesionales (como las enfermedades musculo esqueléticas) a lo que se agregan en ciertos casos los ausentismos por tareas relacionadas a funciones gremiales.

En Olavarría, Ferraro (2016) realizó una investigación sobre la incidencia del ausentismo laboral y los factores determinantes en el personal de enfermería del hospital zonal "Luciano Fortabat", en la misma se halló un promedio de ausentismo de 31,2%, con mayor incidencia en los meses de junio con 50%, marzo con 37% y noviembre con 37,5%.

En la ciudad de Córdoba la investigación desarrollada por Velásquez, (2011) indagó sobre el ausentismo en el nuevo hospital de San Roque, en donde las entrevistas arrojan que, el ausentismo se compone de 90% ausentismo por enfermedad, le sigue el ausentismo de tipo legal con el 9% de los casos y el 1% ausentismo por patología profesional.

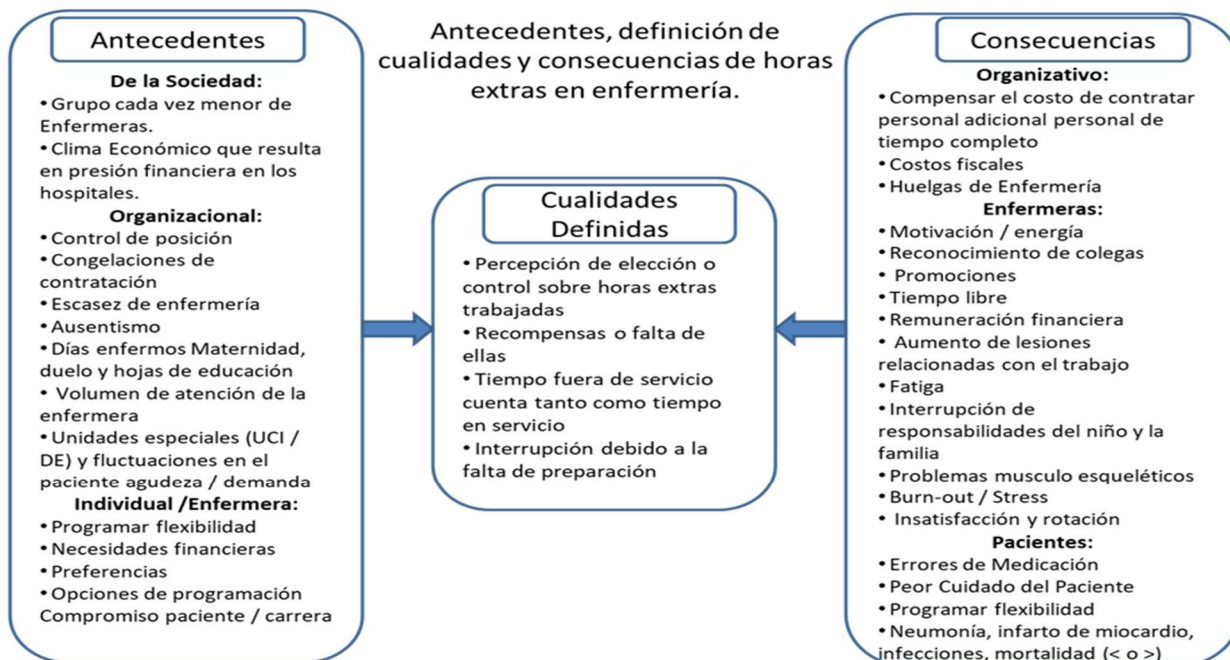
Por otro lado, en un Hospital de Mendoza, Díaz Ávila, et al. (2015) investigaron el ausentismo y su influencia en la dinámica laboral y las relaciones interpersonales, en dicha investigación se llega a la conclusión de que el ausentismo afecta la dinámica laboral generando conflictos entre turnos. A su vez, en una investigación realizada por Cardoso, Mecina y Velarde (2013) en el Área Crítica Quirúrgica de un Hospital Pediátrico de esta provincia, el ausentismo se debió a inconvenientes de salud propia el 61%, problemas de salud familiar 47% y razones particulares 50%.

## **Horas Extras y Cobertura del Personal**

El personal ausente debe ser cubierto para poder brindar atención a los usuarios del sistema de salud y en la institución analizada, la cobertura de ausentismo se produce por medio de la realiza-

ción de horas extras. En reiteradas oportunidades las horas extras son un mecanismo de compensación hacia los bajos salarios percibidos por el sector (Pereyra y Micha, 2016). El concepto de horas extras es multifactorial e incluye las variables de: obligatorio, voluntario o coaccionado, pago o sin goce de sueldo y las mismas deben ser establecidas de manera explícita dependiendo del contexto, como explican los autores Lobo, Fisher, Ploeg, PeaRHEy y Akhtar-Danesh, (2013) en la siguiente figura:

**Gráfico 6: Antecedentes, definición de cualidades y consecuencias de horas extras en enfermería.**



M. Lobo, et al., (2013). *A concept analysis of nursing over time*. Journal of Advanced Nursing

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el personal de enfermería puede llegar a duplicar la cantidad de horas de la jornada laboral a través de los llamados "módulos", que son el equivalente a las horas extras y se pautan en forma de bloques horarios de seis horas cada uno (Pereyra y Micha, 2016).

El fenómeno de cobertura de personal por ausentismo repercute en las organizaciones sanitarias en diferentes niveles:

A nivel organizativo, por la complejidad de conseguir personal dispuesto a cubrir las horas extras. Frente a esta problemática una investigación de Berney y Needelman (2005) hizo referencia a las dificultades reportadas por el personal de jefatura de enfermería en la contratación de enfermeros/as, el personal sentía que realizaba trabajo excesivo, no podía brindar un buen cuidado de salud a sus pacientes y consideraba renunciar a su empleo. A su vez, la falta de licenciados en enfermería

tiene una tendencia creciente que continuará, debido al incremento en la expectativa de vida y al aumento de las personas que viven con enfermedades crónicas (Roelen et al., 2013).

A nivel presupuestario, las organizaciones generalmente incurren en elevados costos con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención de los pacientes cuando ocurre el ausentismo (Gorman, Yu, y Alamgir, 2010).

En el caso de Canadá, la Federación de Unión de Enfermeras (2011) reportó que las enfermeras trabajaron 20.627.800 horas extras en el 2010 a un costo de \$891 millones de dólares, generando interrogantes en relación a la costo-efectividad y la utilidad del gasto (Lobo, Fisher, Ploeg, PearHEy y Akhtar-Danesh 2013). La costo-efectividad, hace referencia a la comparación de los beneficios medidos en unidades naturales o consustanciales al programa o decisión clínica con sus costos (Ortún Rubio, 1992).

Martsof (2014) señaló que el aumento el incremento del RHE puede implicar un costo neutro debido a la disminución de costos asociada a la reducción de eventos adversos y la posibilidad de disminuir la longitud de la estadía de los pacientes; sugiriendo así que el incremento del RHE puede implicar una ganancia de valor, mejorando resultados sin incrementar los costos.

El costo salarial del recurso humano se ha transformado en la mayor parte de los gastos operativos, lo que hace fundamental organizar la fuerza de trabajo de la forma más eficiente posible para reducir los costos asociados y mejorar la satisfacción de los empleados (Smet, Wauters, Mihaylov y Berghe, 2014). De manera consecuente, según los resultados de la investigación realizada por Twigg et al. (2013) el aumento del personal de enfermería es una intervención costo-efectiva de seguridad del paciente. Sus estudios sugieren que el aumento del costo salarial en enfermería se justificaba desde su costo-efectividad pero por otra parte, el aumento del personal no pudo justificarse en términos económicos como un ahorro de costos.

## **Servicios y Turnos del RHE**

A partir de la resolución de la resolución 194/95 del Ministerio de Salud y de Acción Social en el año 1995 se definió que cada servicio de Enfermería debía definir los conceptos que guiarían las acciones de atención de enfermería, considerando los objetivos de la institución y el sistema de organización provisto. Los servicios de enfermería deberían definir: los conceptos de pacientes, los objetivos de la Enfermería, las acciones de Enfermería, los sistemas de Cuidados de Enfermería, los prestadores de Cuidados de Enfermería y las tecnologías de la Enfermería. A su vez fue definido que la categorización de la institución orienta las actividades de los servicios de enfermería que allí se desempeñan. En dicha resolución se determinó que las acciones del servicio de enfermería deben estar orientadas a optimizar los recursos para el logro de los objetivos mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de

las actividades, con la dirección adecuada y en presencia de la permanente supervisión, seguimiento y evaluación de los problemas.

En la Argentina el 80 % de los turnos son fijos y únicamente el 20% del personal presenta turnos rotativos (OPS, 2012).

## **Causas de Ausentismo del RHE**

El análisis de una institución del gran buenos aires, mostró que, dentro de las causas de ausentismo del RHE, se destacaron las causas medicas psiquiátrica (33%), respiratorias (17%), quirúrgicas (17%) y obstetra-ginecológicas (11%), generales o estivales (10%) y osteoartromusculres (6%) (Ferraro, 2016).

En el caso de una institución de Colombia, el ausentismo que presento mayor incidencia fue el ausentismo justificando, dentro de esta categoría, la hora de lactancia materna justifico el 48% de ausentismo, seguido por préstamo de horas que la institución llama "ausencia con permiso" (25%) en el 2011, en el 2012 (23%) por último, las licencias médicas ocupan el 22% (2011) y 21% (2012) (Jiménez, F. 2014). Otra investigación realizada en dicho país, mostró el ausentismo dividido entre un 8,9% en accidente de trabajo y 91,1% en enfermedad general, dentro de esta última categoría la mayor incidencia se encontró en el grupo diagnóstico de traumatismo y envenenamiento seguido por enfermedades osteomusculares, luego enfermedades nerviosas y enfermedades respiratorias (Mazo, y Barrera, 2016).

En una investigación realizada en Quito las causas de ausentismo fueron de tipo médico mayormente agrupadas en la categoría de enfermedad general (99%), dicha categoría incluyó gripe, gastroenteritis, faringitis, amigdalitis, stress, lumbalgia, infección de vías urinarias, coelitis y conjuntivitis (se hace explícita la necesidad de considerar algunas de ellas como enfermedades ocupacionales). A su vez, el ausentismo presentado en dicha universidad fue de 10, 46% (Peralvo Quishpe, y Pérez Pérez, 2018).

En el caso de una investigación realizada en Brasil, se encontró una preponderancia de las enfermedades infecciosas y parasitarias, (entre ellas las intoxicaciones alimentarias bacterianas, las diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso) (4%), seguidas de la dorsalgia (2,8%), la escleritis y episcleritis (2%) y también, se destacó como causa los episodios depresivos (1,8%) (Trindade, Grisa, Ostrovski, Adamy, Ferraz, Amestoy, y Bordignon, 2014).

En una investigación realizada en hospitales de la comunidad Valenciana, las causas de ausentismo por enfermedad fueron mayormente enfermedades del aparato respiratorio, seguidas por envenenamientos, accidentes y lesiones por violencia y luego enfermedades del aparato locomotor (Escribá, Pérez-Hoyos, y Bolumar, 1992).

Por otro lado, en India se indagó sobre la relación existente entre el stress y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas que son causantes de ausentismo, mostrando que los trastornos psicosomáticos como la acidez, el dolor de espalda, la rigidez en el cuello, las fallas en la memoria, la ira y la preocupación aumentaron significativamente en enfermeras con mayor estrés (Kane, 2009).

## Marco Referencial

Como se desarrolló previamente, el estudio del ausentismo del RHE desde una perspectiva económica no ha sido ampliamente profundizado en esta disciplina. Sin embargo, existen investigaciones que presentan una metodología similar a la prevista por esta investigación y que deben de ser señaladas debido al aporte que han realizado a la problemática de esta investigación.

Junkes, y Pessoa, (2010) realizaron una investigación con el objetivo de indagar acerca de cuál es el gasto adicional causado por el ausentismo por enfermedad de profesionales de enfermería y médicos, en dos hospitales públicos de la ciudad Cacoal, en Rondonia. El periodo analizado en esta investigación fue de 2004 a 2007. En dicho estudio al analizar el ausentismo según la profesión, los enfermeros alcanzaron un índice de 83,3%, mientras que los médicos contaron con un índice de 16,7%.

### Gráfico 7: Índice de Ausentismo

$$\text{Índice de absentismo} = \frac{\text{Total de días de las ausencias no previstas al trabajo}}{\text{Nº promedio de funcionarios * Nº de días de trabajo en el período}} \times 100$$

Fuente: Junkes M., Pessoa V. (2010) El gasto financiero causado por las licencias médicas de profesionales de la salud en los hospitales públicos en Rondonia, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (3), 117-124.

El índice de ausentismo fue calculado como el total de días de las ausencias no previstas al trabajo, dividido por el número promedio de funcionarios multiplicado por el número de días de trabajo en el periodo. El gasto adicional debido al ausentismo de los profesionales incluidos en la investigación en el periodo alcanzó 5,2% en los salarios de los profesionales de enfermería y 7,4% de los médicos (Existe una diferencia en el cálculo del gasto adicional en la categoría de médicos y de enfermeros ya que, los médicos estipulan su salario en días trabajados, mientras que los enfermeros lo hacen de acuerdo a las horas trabajadas).

La investigación realizada en Canadá por Drebit et al. en el año 2010 tuvo el objetivo de examinar la cantidad de horas regulares y horas extras trabajadas por las enfermeras de cuidado de pacientes agudos y su respectivo costo por status de trabajo (tiempo completo, medio tiempo o empleo casual) y el servicio en el cual trabajan durante un periodo de cuatro años. Esta investigación

presenta la inclusión de variables económicas que no suelen ser incorporadas en investigaciones similares. Se analizó el periodo de 2005 a 2008 y los resultados demostraron que las horas extras tuvieron un costo de 84 millones de dólares, estas contribuyeron a 10-12% del total de los costos que fueron pagados a los trabajadores. Adicionalmente llegaron a la conclusión de que la cantidad de horas extras trabajadas por los enfermeros está aumentando cada año. La mayor proporción de horas extras trabajadas y en consecuencia la mayor proporción del costo fue realizada por enfermeros de los servicios de urgencias, cuidado intensivo y medica clínica.

A su vez, esta problemática ha sido desarrollada por Calderon Lopez, Jaimes Martinez, Leal Dominguez, Parheco Mutis y Rondon Mendoza (2017) con el objetivo describir las características del ausentismo y determinar los costos del ausentismo del personal de enfermería de esa institución en el año 2015. La investigación se realizó en forma retrospectiva siendo un estudio descriptivo transversal. Se realizó una matriz de recopilación por medio de la cual se procesó las variables dependientes (duración de la ausencia, motivo de la ausencia, época del año de la ausencia) y las variables independientes (edad, genero, área de trabajo, cargo o profesión, jornada laboral). A su vez, se realizó una selección de indicadores para la medición de dichas variables. Los resultados mostraron una mayor cantidad de eventos de ausentismo en los auxiliares de enfermería. Al analizar el sector en el cual se produjo la mayor cantidad de ausencias, el 58% fue presentado por el servicio de hospitalización, siendo 8% correspondiente a quirófano, 2% a UCI de adultos y 14% a urgencias. Las causas de ausentismo fueron 85% ausentismo por enfermedad general, 8% accidentes de trabajo, 4% licencias de maternidad y en último lugar 3% por accidentes de tránsito. Por último, en esta investigación se analizan los diagnósticos que presentaron mayor incidencia en el ausentismo del personal.

Otro ejemplo de la problemática económica del ausentismo en el personal de enfermería es el realizado por Jiménez (2014) con el objetivo de determinar las condiciones que fomentaron el ausentismo laboral justificado e injustificado en el personal de enfermería y su impacto financiero en una Institución de Salud de Alta Complejidad en la ciudad de Bogotá entre 2011 y 2012. Los resultados de dicha investigación mostraron que el ausentismo justificado fue el más alto, el personal Auxiliar de Enfermería es el que más presentó este tipo de ausentismo y también el ausentismo injustificado. En el año 2011 las ausencias se distribuyeron según la causa de la siguiente forma: 48% lactancia materna, 25% ausencias con permiso, 22% incapacidades médicas, 3 % Calamidad, 2% licencia no remunerada, 1% luto. Por otro lado, en el año 2012 las ausencias se distribuyeron según la causa de la siguiente forma: 51% lactancia materna, 23% ausencias con permiso, 21% incapacidades médicas, 2% Calamidad, 2% licencia no remunerada, 1% luto. El ausentismo en los dos años analizados fue mayor en el turno noche (39%), luego en el turno tarde (37%) y por último el menor porcentaje de ausentismo se presentó en el turno mañana (24%). Sumado al análisis de causas, de indicadores de ausentismo, de factores desencadenantes del ausentismo a partir del análisis de encuestas, esta investigación analizó el costo del ausentismo

para la institución. A partir de dicho análisis se llegó a la conclusión de que el ausentismo del personal fue aproximadamente equivalente al sueldo de una persona al mes. A su vez, el ausentismo por incapacidad fue el más significativo tanto para el periodo de 2011 como para el periodo de 2012.

## **Hipótesis**

El pago de horas extras para la cobertura del ausentismo de enfermería no es la única alternativa posible ni la más adecuada en relación a los costos en esta organización de salud.

## **4. Metodología**

### **Tipo de estudio**

El estudio realizado es un estudio cuantitativo de corte transversal y retrospectivo.

Este estudio consideró variables numéricas para incorporar el análisis económico del ausentismo del RHE, llegando a un análisis comparado de costos.

El ausentismo fue evaluado considerando la causa reportada en una base de datos obtenida de recursos humanos. Estas bases de datos se depuraron teniendo en cuenta las causas de ausentismo del personal de enfermería. Se consideró la totalidad de los días de ausentismo por causa y cuáles son las causas con mayor incidencia, según los meses, los servicios y los turnos. Luego, se trabajó nuevamente con bases de datos de recursos humanos para determinar la cantidad de horas extras realizadas a lo largo del periodo, según el concepto, el turno, el servicio y el mes en el cual fueron realizadas, para poder obtener un costo de la cobertura de ausentismo del RHE. Habiendo realizado dicho análisis se trabajó con la misma información, pero en este caso las horas realizadas se analizaron sin su costo, para poder estimar el costo y la naturaleza de la cobertura de ausentismo del RHE por medio de la contratación de nuevo personal. Por último, se compararon ambas alternativas para determinar cual implica un menor costo para la institución.

### **Dimensiones, variables, indicadores.**

En el trabajo realizado se indagó sobre las causas de ausentismo y el costo de la cobertura de ausentismo del RHE en el periodo 2017. El objetivo del estudio fue analizar desde el punto de vista económico las alternativas de cobertura de ausentismo del RHE en una institución de alta complejidad correspondiente al sistema de seguridad social en Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2017.

Para llevar a cabo el análisis se analizará:

- La dimensión “Causas de ausentismo presentadas por el RHE de la institución analizada presentado a lo largo del periodo” se analizó a partir de las variables de cuál fue la causa mencionada por parte del RHE ausente, los días ausente por parte del RHE, en que turno se produjo la ausencia, en qué servicio se desempeñaba la persona ausente, cuál fue la cantidad de horas extra considerando servicio, turno y jornada en que se realiza. En términos de indicador se consideró la duración promedio del ausentismo según la causa de por servicio y la duración de ausentismo según la causa de ausentismo.
- La dimensión “Cantidad de horas extras de enfermería requeridas en el periodo analizado” se estimó a partir de las variables de cantidad de horas, costo de la hora extra por servicio (Considerando el Concepto con el cual fueron liquidadas las horas), mes de trabajo, servicio y turno. Los indicadores de esta dimensión fueron cantidad de horas extra, la cantidad de horas extra por servicio y la cantidad de horas extras de la institución analizada.
- La dimensión “Estimación el costo de la contratación del nuevo personal de enfermería de adultos para realizar la cobertura de ausentismo en el periodo analizado” se estimó a partir de las variables de salario, vacaciones, cargas sociales, servicio, turno y mes de trabajo. Los indicadores para el análisis de esta dimensión fueron Costo de contratación del personal de enfermería, Cantidad de Personal de Enfermería para cubrir el ausentismo y Costo total de contratación del personal.
- La dimensión “Comparar las dos alternativas de cobertura mencionadas para determinar cuál de ellas implica un menor costo para la institución analizada en el año 2017” serán comparadas a partir de las variables de alternativa “A” de cobertura por medio de horas extras y alternativa “B” de cobertura por medio de Incorporación de Personal. En este caso el indicador final fue la alternativa menos costosa.

Las metodologías que fueron comparadas son la alternativa A. “Cobertura de ausentismo del RHE por medio de horas extras” y la alternativa B. “Contratación de nuevo personal para la realización de la cobertura de ausentismo del RHE”.

La alternativa A, es la alternativa que se utiliza en la actualidad en la institución para realizar la cobertura del ausentismo del RHE, para analizar la primera alternativa se utilizó la información existente del RHE del año 2017. En las bases de datos, se analizó la cantidad de horas extras requeridas según los meses del año 2017, los servicios del RHE, los turnos del RHE Y el concepto de la liquidación de las mismas (si se pagaron al 50, 100 o 150%), obteniendo como resultado un costo total de la cobertura por medio de horas extras. Para calcular los costos salariales se utilizó un promedio de los salarios brutos, del año 2017 basado en el convenio colectivo de trabajo de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA) para desligarlo de la liquidación real de los trabajadores de la institución.

La alternativa B, es la alternativa de contratación de personal para la cobertura de horas extras del RHE, está no se llevó a cabo, sino que es una estimación del costo total en el cuál incurriría la institución para cubrir el ausentismo del RHE por medio de contratación de personal. Para desarrollar esta alternativa se trabajó únicamente con la cantidad de horas extra realizados a lo largo del año y el concepto de la liquidación de las mismas (si se pagaron al 50, 100 o 150%). Se diferenció al personal entre aquellos que se desempeñan en área cerrada y quienes trabajan en el resto del sanatorio ya que ambos poseen diferencias salariales, que serán descriptas en el desarrollo. De acuerdo a la distribución propia de la institución se estimó que el RHE contratado no serían licenciados en enfermería ya que, el RHE que realizo las horas extras en el

periodo analizado (2017) fue 92% enfermeros y únicamente el 8% fue personal licenciado en enfermería. Se calculó que cantidad de horas fueron requeridas según el turno del RHE, considerando los días hábiles por cada turno en el periodo, siempre respetando la categoría de personal de área cerrada o personal del resto de la institución. Habiendo calculado la cantidad de horas requeridas por turno se calculó la cantidad de personal necesario para cubrir la totalidad de las horas extras que se realizaron a lo largo del año y el costo total de la contratación de este personal.

Esta alternativa, presenta la limitación de requerir una mayor contratación de personal que la estrictamente necesaria de acuerdo a la distribución del ausentismo, dado que no es posible contratar mayor o menor cantidad de personal de acuerdo con los requerimientos mensuales. Al sueldo de los profesionales, se adicionó el costo correspondiente a los 14 días de vacaciones de dichos empleados y la alícuota de la ART de 0.6 por cada empleado declarado. Se asumió para la estimación de las vacaciones que los empleados percibirán un periodo vacacional de 14 días correspondiente a cuando la antigüedad en el empleo no exceda cinco años, de acuerdo con la ley 20.744, considerando que los profesionales serían contratados con la finalidad de la cobertura y por lo tanto no contarían con antigüedad.

Ambas alternativas fueron comparadas para determinar cuál de ellas implicó un menor costo a la institución en el año 2017.

Es importante destacar que, para ambas alternativas analizadas, las bases de datos que se utilizaron en la investigación no contaban con la información de horas extras correspondiente a los últimos 10 días del mes de diciembre. Para que todos los meses sean comparables y la información del año se encuentre completa, se estimó el costo diario por la cantidad de días hasta el 20 de diciembre, y luego a partir de esto se calculó el costo de los 10 días restantes para ambas alternativas, llegando a una comparación de alternativas que incluye la totalidad del año. Esta información fue utilizada para la comparación de alternativas y para comparar el costo total del mes de diciembre. Sin embargo, en el análisis del ausentismo del RHE según los servicios o turnos la misma no fue considerada, ya que no se contó con la información suficiente para realizar dicha estimación.

Por último, ambas alternativas consideraron el sueldo bruto de los trabajadores y por esta razón no se realizó un mayor análisis de los aportes de los trabajadores. De igual forma, en el caso de las contribuciones de los trabajadores, en caso de sumar el porcentaje de contribuciones del empleador correspondiente al periodo, dicho porcentaje debería adicionarse tanto en la alternativa "A" como en la alternativa "B". Siendo así, este porcentaje no fue añadido ya que, sería incrementar proporcionalmente a ambas alternativas sin aportar información a la comparación.

## **Universo y características de la muestra**

Se analizó la dotación de Enfermería de adultos de la institución analizada. La cohorte incluye enfermero/as de turno mañana, tarde, noche y SADOFE. Los servicios en los cuales se desempeñó

el personal son: Internación de adultos del pronto Socorro, Demanda Espontanea, Terapia intensiva, Terapia intermedia, Unidad coronaria, Quirófano y los tres pisos de internación con sus respectivas particularidades. El periodo a analizar fue el año 2017.

## **Fuentes de información y técnicas de recolección de datos**

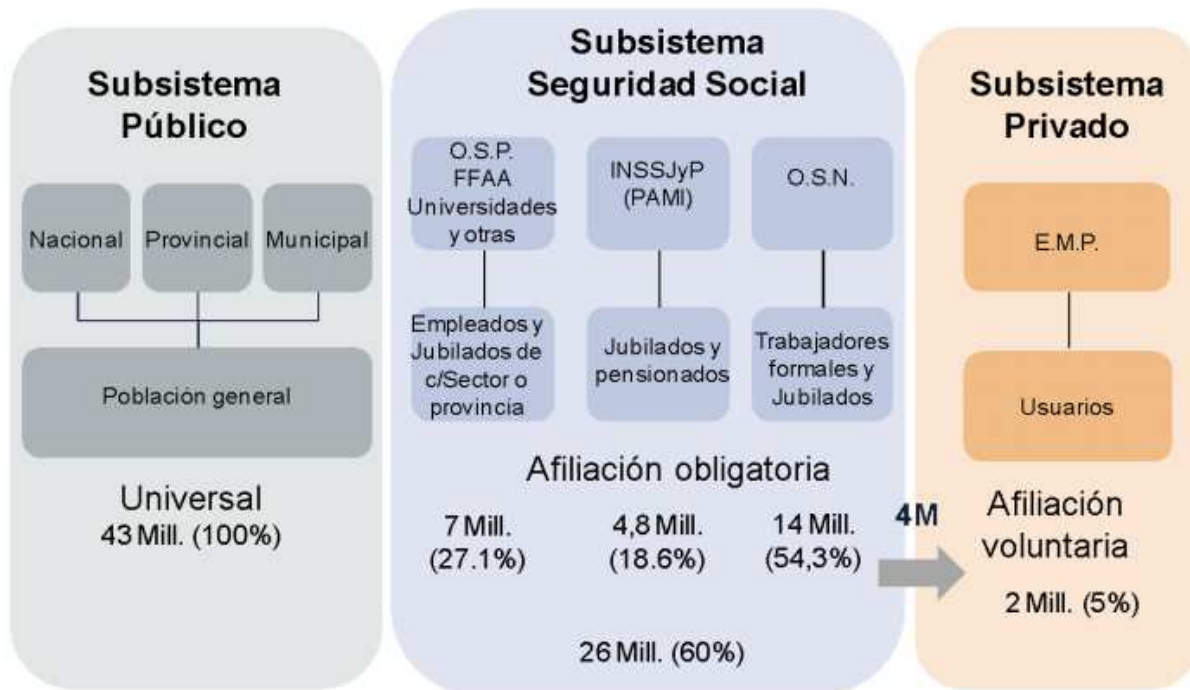
Las fuentes de información para el análisis cuantitativo fue un conjunto de bases de datos con información salarial y de ausentismo que fue brindada por el sector de recursos humanos de la organización. A partir de esta información se obtienen las variables numéricas y se realiza la comparación de las alternativas planteadas.

## **5. Desarrollo**

### **La Organización del Sistema de Salud en la Argentina – El subsistema de la seguridad Social**

El sistema de salud argentino tiene tres subsectores: el subsistema privado; el subsistema de las obras sociales o de la seguridad social y el subsistema público, en estos subsistemas las fuentes de financiamiento, los fondos que se destinan, los proveedores y los beneficiarios varían, siendo la Argentina uno de los sistemas de salud más segmentados y fragmentados existentes (Giedion, 2014). Como se puede observar a continuación el subsistema público debería contar con una cobertura universal, a la cual puede acceder el 100% de la población, el subsistema de la seguridad social con afiliación obligatoria con una cobertura del 60% de la población (26 millones) y el subsistema privado es de afiliación voluntaria cubriendo a un 5% de la población (2 millones).

**Gráfico 8: Cobertura de los Subsistemas de salud en Argentina, 2015**



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit (2018) sobre la base de proyecciones poblacionales de INDEC, datos del INSSJyP, superintendencia de servicios de salud y COSSPRA.

El subsistema público brinda salud de forma gratuita a beneficiarios sin cobertura, se encuentra integrado por ministerios nacionales y provinciales, a partir de centros y hospitales mayormente provinciales y solo una mínima parte con dependencia nacional (cadena de valor, 2016).

El subsistema privado es un sistema voluntario que brinda salud a través de empresas de medicina prepaga (EMP), sus afiliados pueden decidir contratar la EMP en forma directa o como sucede con una porción de la población se encuentran en una situación de dependencia de la EMP por estar afiliados a una obra social que estableció un convenio de atención de su cartera con una cierta empresa de medicina prepaga (Clavero, 2011). En este subsistema también se incluyen un gran número de mutuales y cooperativas que no operan como lo hacen las obras sociales o las prepagas (Cadena de Valor, 2016).

El subsistema de seguridad social está compuesto por las 292 obras sociales nacionales, otros regímenes como especiales como las obras sociales del personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI (Cetrángolo y Goldshmit, 2018). Las obras sociales que son organizaciones de aseguramiento de la cobertura de servicios de salud y también proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores y sus familias organizados según la rama de actividad (Cadena de Valor, 2016). Las obras sociales nacionales dan cobertura a trabajadores del sector privado (en el mercado formal) y a trabajadores del sector público nacional como a sus familias y están regulados por la superintendencia de salud mientras que los trabajadores del sector público provincial se encuentra cubierto por las obras sociales provinciales y sus

familias (son organizaciones autárquicas) (Báscolo, 2008). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como Pami forma parte del subsistema de seguridad social, otorgando cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias, su financiamiento proviene de: los aportes de los trabajadores en actividad, el aporte de los pasivos, que varía según estos superen o no el haber mínimo, y contribuciones del Tesoro Nacional (Maceira, 2006). El Pami está presente en todo el país y cuenta con más de 4.800.0000 afiliados incluyendo jubilados y su familias, pensionados, discapacitados y veteranos de Malvinas. (Cadena de valor, 2016).

Las obras sociales sindicales son entidades que corresponden a las asociaciones sindicales de trabajadores con personería gremial, signatarias de los convenios colectivos de trabajo (art. 1º, inc. a, ley 23.660). Para que una obra social pueda ser considerada, la entidad que le dé origen –deberá ser sindicato de primer grado, organización sindical de segundo o tercer grado– debe tener personería gremial otorgada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación; y debe haber celebrado convenio colectivo de trabajo con la organización empresarial representativa y que dicho convenio debe ser homologado por dicho Ministerio de Trabajo (Garay recuperado en: DELS). El convenio colectivo de trabajo es una fuente normativa que regula tanto los derechos como los deberes de la relación entre empleador y trabajador. Según lo mencionado por la federación de asociaciones de trabajadores de la sanidad, las condiciones que establecen los convenios colectivos de trabajo son las condiciones mínimas, en las que deberán entablarse las relaciones laborales, de tal forma que el contrato que suscriba cada trabajador puede mejorarlas, pero no empeorarlas. A partir de lo dictaminado en la ley 23660 las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud, aun que deberán brindar otras prestaciones sociales.

### **El caso de un Sanatorio de Alta Complejidad perteneciente al sub sistema de la Seguridad Social.**

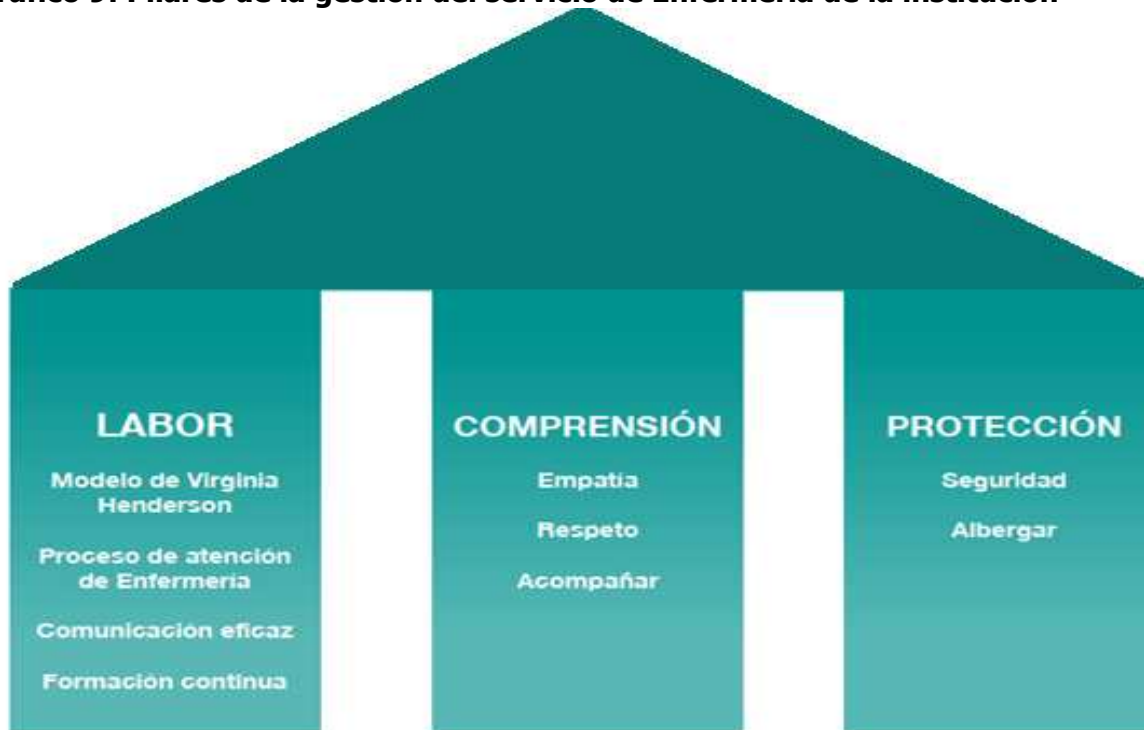
La institución analizada pertenece a una obra social dentro del subsistema de seguridad social, esta obra social está presente en todo el país y brinda servicios de salud a 2.081.179 beneficiarios. Posee una totalidad de 680 camas propias con una ocupación diaria de 1600 camas al día. La institución analizada, es un centro de alta complejidad de uso exclusivo para afiliados, ubicado en la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. Esta institución cuenta con 234 camas en los servicios de internación de adultos (Tres pisos ordenados por cuidados progresivos), internación Pediátrica, Unidad Intensiva de Adultos (UTIA), Unidad Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidad Coronaria (UCO), Cuidados Intermedios de adultos y de Pediatría, Quirófano (Qx), Pre y Post Cirugía, Internación en el Pronto Socorro (PRS) tanto en adultos como en pediatría.

La atención centrada en la persona es el modelo de atención que caracteriza a este centro de alta complejidad. Es un modelo de atención sanitaria en donde el centro del sistema es el paciente, se incorpora el punto de vista del usuario y se exige que se respeten necesidades, creencias y preferencias de las personas. Como parte del mismo se trabaja con mayor información y apoyo tanto a pacientes como a los cuidadores en la toma de decisiones de salud (OMS, 2016).

El servicio de enfermería de esta institución se crea en el año 2010 y está basado en cuatro sentidos del término cuidar: la posibilidad de ponerse en lugar del otro, solidarizándose con él, hacer por otros lo que ellos no pueden hacer por sí mismos, hacerse cargo del problema del otro y finalmente poner todos los recursos personales y técnicos y llevar a cabo con esmero todos los procedimientos al servicio del paciente (Del Carmen Martínez, 2010).

La atención del servicio de enfermería se basa en el modelo de Virginia Henderson (1961), es así que considera que la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

### Gráfico 9: Pilares de la gestión del servicio de Enfermería de la institución



Fuente: Del Carmen Martínez, M., (2010). Pilares del modelo de atención de enfermería.

Como se ejemplifica en la figura se estableció la filosofía de enfermería de la institución a partir del modelo de Virginia Henderson (1961), se asentaron la labor, la comprensión y la protección como los pilares fundamentales de la filosofía del servicio. La labor implica realizar un buen trabajo dando importancia a los detalles, con respeto a los demás, trabajando orientados por la teoría y con una metodología científica. A su vez dentro de este pilar se encuentra el proceso de la atención en enfermería, la comunicación eficaz durante todo el proceso de atención y la formación continua referida tanto a los profesionales como a los pacientes en un proceso recursivo de salud. El segundo pilar es la comprensión, que contiene la empatía, el respeto y el acompañamiento. La comprensión será posible en la medida que se observe de manera correcta para entender el contexto del paciente, las reacciones, inquietudes y variables como la luz, la temperatura, los ruidos entre otros detalles. La empatía es la capacidad de que el enfermero muestre al paciente que le interesa y puede ponerse en su lugar. El acompañamiento también estará muy relacionado a la comunicación durante el proceso de atención de enfermería para poder conocer la experiencia de la enfermedad para ese paciente en particular. El respeto consiste en tratar al paciente y a su familia como a nosotros nos gustaría ser tratados, con todos sus derechos como ser humano y como sujeto de su propia vida. El tercer pilar establecido es la protección que incluye la seguridad y la posibilidad de

albergar. La seguridad está dada por la protección al paciente de eventos que en el transcurso de su atención pudieran perjudicarlo, toda técnica o procedimiento que se realiza de un modo seguro implica un cuidado para el paciente. Por último, en la dimensión de albergar se debe intentar crear un ambiente lo más tolerable y agradable posible, construyendo un ambiente cálido y agradable para el paciente (Ibíd.).

La dotación total de Enfermería de la institución en el periodo analizado contó con un promedio de 334 enfermeros/as, siendo la dotación máxima 347 y la dotación mínima fue de 324 enfermeros/as. Esa dotación tuvo una variación de 23 empleados analizando la cantidad de dotación mensual del año 2017. Debido a que el plantel de enfermería pediátrica no se encuentra completo, el ausentismo y la cobertura de las horas para este servicio no serán analizados concentrándose el análisis en la dotación de enfermería de adultos.

La disposición horaria se organiza en turnos divididos en turno mañana (TM), turno tarde (TT), Turno noche A (TN A), Turno noche B (TN B) y personal de sábados, domingos y feriados (SADOFE). El turno mañana trabaja de 07 a 14 horas (hs), el turno tarde trabaja de 14 a 21hs, el turno noche A y turno noche B trabaja en noches no consecutivas desde las 21 hasta las 07 hs. Es importante mencionar, que el personal que trabaja en horario nocturno (de 21 a las 07.) percibe un 10 % más de su salario básico por las horas trabajadas en ese lapso; Este beneficio es tanto para el personal que trabaja habitualmente en este turno como aquel que lo realiza en forma esporádica (Convenio Colectivo 122/75). El personal de SADOFE cubre los días: sábado, domingo y feriado desde las 08 hasta las 21 hs.

Las categorías de enfermería según el convenio colectivo 122/75 son: a) Principal (Caba enfermera), b) Enfermera de cuidados intensivos, c) Enfermera de cirugía, d) Enfermera de cuidados medios (sala y/o consultorio) e) Instrumentadora. Mientras que la/el auxiliar de enfermería podrá ser: a) Auxiliar de cuidados intensivos y/o cirugía b) Auxiliar de cuidados medios (sala y/o consultorio) D) Crease la categoría de ayudante de servicio que podrá ser: a) Ayudante de servicio de cuidados intensivos b) Ayudante de servicio de cuidados medios (sala y/o consultorio).

La dotación de enfermería de adultos presentó la siguiente distribución mensual en el año 2017:

**Tabla 2- Personal de Enfermería Servicios de Adultos**

Personal de Enfermería Servicios de Adultos						
	TM	TT	A	B	SADOFE	Total
ENERO	62	53	41	41	52	249
FEBRERO	62	55	43	43	50	253
MARZO	59	54	44	41	48	246
ABRIL	61	53	40	40	44	238
MAYO	64	54	40	41	51	250
JUNIO	64	54	40	41	51	250
JULIO	59	53	42	41	52	247
AGOSTO	52	46	40	38	47	223
SEPTIEMBRE	62	56	43	41	56	258
OCTUBRE	62	56	43	41	56	258
NOVIEMBRE	62	56	43	41	56	258
DICIEMBRE	62	56	43	41	56	258

Fuente: Datos obtenidos de Área de Recursos Humanos en abril -2018

**Tabla 3-Personal de Enfermería Servicios de Adultos**

Personal de Enfermería Servicios de Adultos						
	TM	TT	A	B	SADOFE	Total
Dotación Promedio	61	54	42	41	52	249
Dotación Máxima	64	56	44	43	56	258
Dotación Mínima	52	46	40	38	44	223
Variación de la dotación	12	10	4	5	12	35

Fuente: Datos obtenidos de Área de Recursos Humanos en abril -2018

Sin considerar el plantel de pediatría, la dotación de Enfermería de adultos de la institución en el periodo analizado contó con una dotación promedio de 249 enfermeros/as, siendo la dotación máxima 258 y la dotación mínima fue de 223 enfermeros/as. Esa dotación tuvo una variación de 35 empleados analizando la cantidad de dotación mensual del año 2017.

La organización de la dotación de enfermería se realizó en base a la Resolución Ministerial Nro. 195 del Ministerio de Salud de la Nación del año 1995. A partir de la misma se realizó una consideración del marco referencial, marco conceptual, estructura del servicio en función a la carga de trabajo medida por unidades de producción de enfermería que requeridas por los pacientes.

La función de la enfermera de piso es el suministro de medicamentos indicados, higiene del enfermo, curaciones y tareas afines, pudiendo asignarse a cada enfermera hasta doce camas para su atención, en los turnos mañana y tarde, y hasta catorce camas para su atención en el turno noche (Convenio Colectivo 122/75).

La asignación de personal de enfermería en los servicios (sin incluir las áreas cerradas conformadas por personal de terapia intensiva y unidad coronaria) del sanatorio se realizó a partir del cálculo de las unidades de producción de enfermería (U.P.E) requeridas según la complejidad de los pacientes de cada servicio y las tareas asignadas a los mismos.

En la resolución Ministerial Nro. 194 del Ministerio de Salud de la Nación del año 1995 se mencionó un trabajo realizado en la Ciudad de Rosario en el cual se cronometró durante diez años una serie de tareas básicas de enfermería definiendo las U.P.E s con un tiempo promedio para cada una de ellas. A partir de la designación de las U.P.E s se estableció también, el tiempo de procedimientos de enfermería que requieran varias actividades clínicas (Ej. Traqueotomía). En base a dicha información se realizó un cálculo para establecer la cantidad de personal necesaria por servicio. (Ver Anexo 1).

En las áreas cerradas la cantidad asignada por turno se calculó a partir de un puntaje llamado NAS por sus siglas en inglés "Nursing Activities Score". Este puntaje tiene como objetivo definir la carga de trabajo y permite ponderar estas actividades para que el puntaje describa el promedio del consumo de tiempo de cada enfermero en dichas áreas (Miranda, Nap, De Rijk, Schaufeli y Iapichino, 2003).

Según lo señalado en el convenio colectivo 122/75, el personal especializado en terapia intensiva o unidad coronaria (áreas cerradas), deberá atender hasta cuatro camas y cuándo trabaje en dichas secciones ocho horas diarias percibirá un 20% de aumento sobre el sueldo básico estipulado para ese personal.

### **Cobertura de Ausentismo en la Institución**

Como se mencionó previamente, el ausentismo en la profesión de enfermería es un problema en nuestro país, las licencias por problemas de salud relacionados con el exceso de trabajo, y particularmente las licencias psiquiátricas han sostenido la idea de la enfermería como ocupación insalubre (Pereyra y Micha, 2015).

En el caso del Sanatorio de alta complejidad analizado la cobertura de horas de ausentismo del RHE se realizaba a cargo de un empleado de recursos humanos quien, por medio de un seguimiento verifica que la dotación cubra permanentemente las horas necesarias en los distintos servicios y realiza un seguimiento de las licencias extendidas. De igual manera, el personal de jefatura revisaba el ausentismo, sugiriendo que enfermero/a puede realizar la cobertura de los ausentes. De manera conjunta el personal de jefatura con los distintos jefes de piso, analizaban tanto las causas como la duración del ausentismo de todo el personal. Estas medidas se toman para disminuir la incertidumbre, imprevisibilidad y desperdicio que representa este fenómeno para las organizaciones (Chiaveneato, 2008). Es importante señalar que esta metodología de cobertura se utilizó para todo el personal de enfermería y en el caso de los médicos únicamente para aquellos que asisten a la guardia.

A su vez, el personal de enfermería percibía un premio al presentismo que, cuando se realizó la recolección de datos era trimestral. El premio al presentismo es el 25% del salario bruto y se le otorgaba al personal que durante el trimestre no registraba ninguna inasistencia, el 80 % del premio anterior se le otorgaba al personal que registre hasta 1 inasistencia en el trimestre y el 50% del primer premio se le otorgaba al personal que registre hasta 2 inasistencias en el trimestre. No era posible percibir el premio si el personal presentaba ausencia de sanciones por faltas graves en el trimestre. A su vez, las inasistencias motivadas por nacimiento, casamiento, fallecimiento de familiares directos, vacaciones, o licencia por examen (exclusivamente el día del examen) no eran consideradas para evaluar si el personal recibe el premio.

En el sanatorio analizado el ausentismo de enfermería presentó una tendencia descendente desde el año 2015 hasta la actualidad. En el año 2015 el promedio total de ausentismo del personal de enfermería fue de 5.174 horas, disminuyendo a un promedio total de 4.123 horas en el año 2016. De la misma manera, el promedio de ausentismo fue de 11,91 % en el año 2015 y 9,37% en el año 2016 y el promedio de las horas extras descendió desde 4.579,5 horas en 2015 a 3.721, 3 horas en el año 2016.

**Tabla 4-Indicadores de ausentismo de enfermería en la institución (2015-2016)**

Indicadores	2015	2016
-------------	------	------

<b>Promedio horas ausentes</b>	5.174hs	4.123hs
<b>Promedio % ausentismo</b>	11,91	9,37%
<b>Promedio horas extras</b>	4.579,5hs	3.721,3hs

Fuente: Datos obtenidos de Área del Área de Enfermería en marzo-2018

El descenso en el promedio de ausentismo mencionado anteriormente es el resultado del trabajo realizado por el personal de jefatura de enfermería en conjunto con otros sectores de la institución. Durante los últimos años se realizó un seguimiento del ausentismo, en el cual se realizaron intervenciones para lograr disminuir el promedio de ausentismo del personal de enfermería.

En primer lugar, se incorporó un “premio al compromiso” de carácter económico para el personal que no presentaba ausencias o que tenía un número reducido de ausentes (fijado de manera conjunta por el personal de jefatura de enfermería y el personal de recursos humanos). De esta forma dependiendo del número de ausencias el personal puede cobrar la totalidad del “premio al compromiso” o un porcentaje del mismo.

Paralelamente, se seleccionó un grupo de enfermeros/as comprometidos y con un bajo número de ausencias a los cuales se ofreció el reintegro del pago de la Licenciatura de Enfermería en una Universidad de Capital Federal a modo de incentivo académico.

Se trabajó de manera conjunta con el personal de medicina laboral y de recursos humanos para obtener registros actualizados de manera diaria o semanal sobre el estado del ausentismo del personal y se comenzó a auditar los certificados médicos que eran presentados para justificar las ausencias. Es así que, el personal de jefatura comenzó a tener información sobre la duración de las ausencias y la causa de las mismas. El seguimiento permitió la comunicación con el personal en los casos en los cuales los enfermeros/as se aproximaban a una licencia prolongada (mayor a seis meses) o cuando la justificación de la ausencia era “personal” en reiteradas oportunidades.

A su vez, se decidió que el RHE debía notificar de la ausencia al menos dos horas antes y de no cumplir con este requisito la ausencia se registra como ausencia no justificada sin pago asociado a la misma.

Finalmente, gracias al seguimiento conjunto de medicina laboral y recursos humanos el personal de jefatura trabajo con aquellos enfermeros/as que solían tener más ausencias por medio de la comunicación, el seguimiento con el objetivo de motivarlos y evitar ausencias reiteradas.

No obstante haber descendido, el ausentismo es un fenómeno que no puede anularse, aún luego de los incentivos y las intervenciones que se realizan en distintas instituciones es fundamental que se trabaje está problemática. El análisis de la metodología adecuada para realizar la cobertura de horas por ausentismo, suele ser relegando y no deja de ser un aspecto clave considerando la significancia económica para las instituciones.

Es así que, la cantidad de enfermeros disponibles, la distribución de los mismos y el ausentismo como fenómeno que dificulta la posibilidad de brindar la atención y el cuidado correspondiente a los pacientes se presenta como una problemática en la región y en la institución analizada. La presente investigación tiene como objetivo analizar puntualmente el problema de la cobertura de las horas por ausentismo desde una perspectiva económica.

## Análisis del Salario y la remuneración

La remuneración, es un elemento esencial del contrato de trabajo y se define como la contraprestación que debe percibir el trabajador como consecuencia del contrato de trabajo (art. 103, LCT). Puede ser medida por unidad de tiempo (horas, días, semanas, meses) o por unidad de resultado (por pieza o medida), puede consistir en una comisión individual o colectiva, habilitación, premios, participación en las utilidades, propina. (Ministerio Nacional de Producción y Trabajo).

Como se observa en la imagen a continuación en la Argentina, existen los aportes y contribuciones: los primeros a cargo de trabajadores independientes -autónomos- y trabajadores en relación de dependencia, los segundos a cargo de empleadores (Olivieri, y Noizeux, 2010). Como se puede ver en la imagen las cargas sociales incluyen: Jubilación, PAMI, Obra Social, Seguro de vida y ART entre otros.

**Tabla 5: Aportes y contribuciones de la Seguridad Social**

<b>Tabla de Aportes y Contribuciones - Seguridad Social</b>		
<b>Contribuciones</b>	<b>Empleador</b>	<b>Trabajador</b>
Jubilación	16%	11%
PAMI	2%	3%
Obra Social	5%	3%
Asignaciones familiares	7,5%	-
Fondo Nacional de Empleo	1,5%	-
Seguro de Vida Obligatorio	0,03%	-
ART	(lo que cotice la ART)	-

Fuente: Gobierno Argentino. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/buscastrabajo/salario#1>

En el contexto de las obras sociales, a partir de la ley 23660, se entiende por remuneración la definida por las normas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia. La remuneración no podrá ser inferior a la fijada en disposiciones legales

o convenios colectivos de trabajo o a la retribución normal de la actividad de que se trate, cuando se establecen los aportes y contribuciones de los trabajadores. Para este fin, los aportes y contribuciones deben ser calculados para los casos de jornadas reducidas de trabajo, sobre una base mínima igual a ocho horas diarias de labor calculadas conforme a la categoría laboral del beneficiario titular y en base al convenio colectivo de trabajo de la actividad de que se trate, aplicándose sobre veintidós (22) días mensuales de dicha jornada mínima, para el personal jornalizado. Para el personal mensualizado, los aportes y contribuciones mínimos serán calculados sobre las remuneraciones establecidas en los convenios colectivos de trabajo para la actividad y de acuerdo a la categoría laboral del trabajador, en base a la cantidad de doscientas horas mensuales, salvo autorización legal o convención colectiva de trabajo que permita al empleador abonar una retribución menor.

Las vacaciones de los profesionales se calculan a partir de según el artículo 155 de la ley de contrato de trabajo (Ley 20.744) el trabajador percibirá retribución durante el período de vacaciones, la que se determinará en los trabajos remunerados con sueldo mensual, dividiendo por veinticinco el importe del sueldo que perciba en el momento de su otorgamiento.

Las horas extras en la institución analizada se abonaron de acuerdo a que personal es remplazado y cuando se hace el reemplazo. Esto se debe a que aquellas personas que realizaron una hora extra durante el turno no RHE recibirán un pago mayor al que obtendrían al hacer una hora extra durante el turno mañana o tarde. El recargo de la hora extra puede ser del 50 %, del 100% o del 150% según corresponda.

**Tabla 6: Conceptos de las Horas Extras**

Personal de Turno	Que Hace Horas extras en:		Recargo
	Turno	Días	
MAÑANA	Tarde	Lunes a Viernes	50%
	Noche	Lunes a Jueves	50%
	Noche	Viernes	100%
	Noche	SADOFE	150%
	Mañana	SADOFE	100%
	Tarde	SADOFE	100%
TARDE	Noche	Lunes a Viernes	50%
	Mañana	Lunes a Viernes	50%
	Noche	SADOFE	150%
	Mañana	SADOFE	100%
	Tarde	SADOFE	100%
NOCHE	Mañana	Lunes a Viernes	50%

	Tarde	Lunes a Viernes	50%
	Noche	Lunes a Viernes o SADOFE	150%
	Mañana	SADOFE	100%
	Tarde	SADOFE	100%
SADOFE	Mañana	Lunes a Viernes	100%
	Tarde	Lunes a Viernes	100%
	Noche	Lunes a Viernes	150%
	Noche	SADOFE o Viernes	Prohibido

Fuente: Recuperado de la página de internet de la institución.

Luego se continuará el análisis determinando las horas extras requeridas a partir de los días ausentismo y que personal realiza la cobertura.

## ART

Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) son definidas en la página del gobierno argentino como empresas privadas contratadas por los empleadores para asesorarlos en las medidas de prevención y para reparar los daños en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. A su vez define que las obligaciones de las ART son: brindar todas las prestaciones que fija la ley (preventivas, dinerarias, sociales y de salud), Evaluar la verosimilitud de los riesgos que declare el empleador, realizar la evaluación periódica de los riesgos existentes en las empresas afiliadas y su evolución, efectuar los exámenes médicos periódicos para vigilar la salud de los trabajadores expuestos a riesgo, entre otros (ART, Argentina Gobierno).

La cuota de la ART se compone por: una alícuota de suma fija por cada trabajador, una alícuota variable que se calcula por medio de un porcentaje del salario bruto y por un importe fijo con destino al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales, multiplicado por cada uno de los trabajadores.

## Análisis de Costos

Al indagar en la metodología de gestión utilizada para la cobertura de las horas por ausentismo, se realizó un análisis comparado de alternativas de cobertura de horas debido al ausentismo del personal por medio de un análisis económico llamado análisis de costo-minimización.

La evaluación económica se definió como el análisis comparativo de cursos alternativos de acción basándose en sus costes y sus consecuencias (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart, y Torrance, 2015). El caso específico del análisis de costo-minimización es definido por Drummond M. (2001), como "un análisis de costo-Efectividad en que las consecuencias de los tratamientos alternativos comparados resultan ser equivalentes". Es el método más simple, y sólo debe utilizarse

cuando se demuestra que no existen diferencias entre los efectos de las opciones comparadas, en cuyo caso se seleccionaría la de menor costo (Hidalgo, Vega, Corugedo de las Cuevas, y Llano Señarís, 2005).

**Tabla 7: Características Distintivas de la Evaluación de la Asistencia Sanitaria**

¿Se examinan tanto los costes (Inputs) como las consecuencias (Outputs) de las alternativas examinadas?

	NO		SI
NO	Se examinan las Consecuencias	Se examinan solo los Costes	2. Evaluación Completa
	1. A	1. B	
	Evaluación Parcial		
	Descripción del Resultado	Descripción del Coste	Descripción del Coste-Resultado
SI	3. A	3. B	4. Evaluación Económica Completa
	Evaluación Parcial		Análisis de Minimización del coste
	Evaluación de la Eficacia o de la efectividad	Análisis de Coste	Análisis de Costo-Efectividad
			Análisis Coste-Utilidad
			Análisis Coste-Beneficio

¿Hay Comparación entre dos o más alternativas?

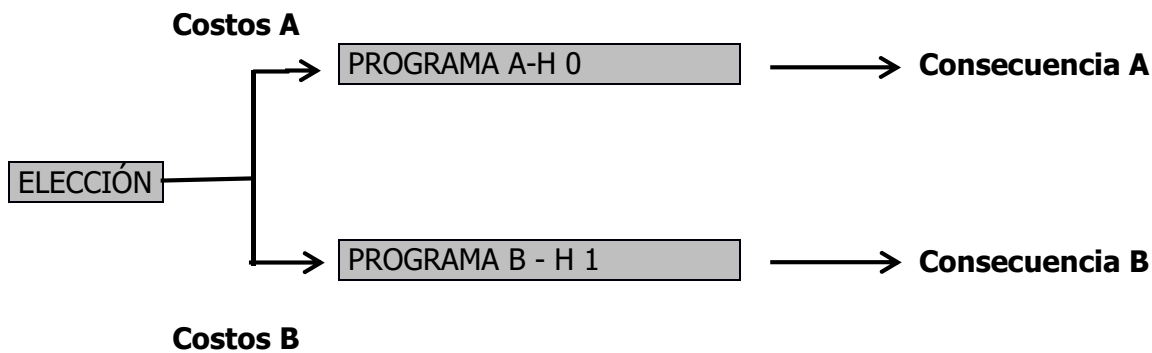
Fuente: Drummond M. (2001), Conceptos Básicos de la Evaluación Económica. Pág 12.

En este caso las consecuencias del análisis fueron equivalente en el sentido de que en ambos casos el resultado es la cobertura de horas, más allá de si se realizaron por medio de la contratación de horas extras del personal existente o la contratación de nuevo personal.

Dada la complejidad de la problemática existente tanto a nivel nacional como internacional en términos de escasez de personal, pluriempleo y ausentismo del personal de enfermería esta investigación aportó información sobre un abordaje económico que podrá ser replicable para instituciones similares donde la cantidad de horas extras y el costo de las mismas se incrementa constantemente, forzando a gestores y tomadores de decisión a la realización de análisis más profundos y complejos para sobrellevar el ausentismo de los enfermeros/as. Si bien el abordaje es puramente económico, esta perspectiva se presenta como innovadora en la región, ya que, exceptuando los estudios mencionados anteriormente, sobre todo los análisis realizados en Canadá la bibliografía no cuenta con investigaciones relacionadas con el impacto económico del ausentismo en enfermería.

Las alternativas analizadas fueron H0 (Alternativa 1) continuar con la cobertura del ausentismo del RHE por medio de horas extras y la H1 (Alternativa 2) la cobertura ausentismo del RHE por medio de la incorporación de nuevos puestos de trabajo.

### Gráfico 10 -Análisis de alternativas



Fuente: Drummond M. (2001). Conceptos Básicos de Evaluación Económica. Pág 11.

Según lo presentado por Prieto et al. (2004) los costos que se analizarán para la evaluación económica son costos sanitarios directos y la decisión de qué costos se incluyen en el presente trabajo está basada en la perspectiva de la investigación que es la del profesional sanitario. El costo del recurso humano es un costo directo que varía en función de la producción y de las características particulares de los pacientes atendidos.

**Tabla 8: Clasificación Tradicional de los Costes para su Inclusión en una Evaluación Económica de las Intervenciones Sanitarias**

	<b>Sanitarios</b>	<b>No Sanitarios</b>
<b>Directos</b>	Cuidados Hospitalarios, tratamiento farmacológico, etc.	Gastos de desplazamiento del paciente, cuidados en casa, etc.
<b>Indirectos</b>	Consumo de Servicios Sanitarios a lo largo de los años de vida ganados como consecuencia de la intervención sanitaria, entre otros.	Pérdida de Productividad; Coste de Oportunidad del Tiempo Invertido en el Tratamiento, etc.

Fuente: Prieto L, Sacristán J. A., Pinto J. L., Badiac X., Antoñanzas F, y Del Llano J., (2004). Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. *Medicina Clínica* (Barc), 122:423-9.

El salario percibido por el personal de enfermería de adultos, a partir del cual se realiza la evaluación económica es el salario regido según el acuerdo de Acuerdo de FATSAs, Argentina vigente a Julio de 2017. (Ver anexo 1)

## **6. Resultados**

### **Análisis de las causas del ausentismo del personal de enfermería de adultos en el año 2017**

#### **Días de ausentismo por mes a lo largo del 2017 según la causa y según el servicio**

El análisis realizado en la Tabla 1 del Anexo 3. Muestra la cantidad de días de ausentismo por mes a lo largo del 2017 según la causa y según el servicio.

En primer lugar, es fundamental destacar que, debido a las bases de datos obtenidas de recursos humanos las vacaciones están contenidas como causas de ausentismo, pero las mismas no serán consideradas como causas de ausentismo. A su vez, por falta de detalle en la información analizada dentro de las causas se considerarán ausencias con y sin aviso como categorías.

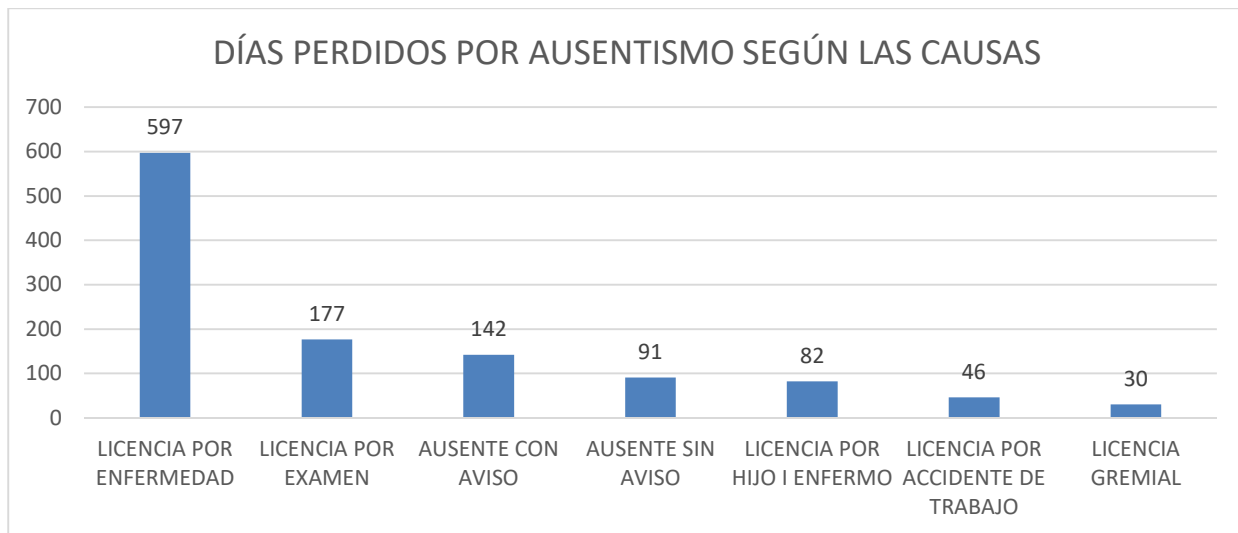
En el servicio de Cuidado de Pacientes la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (55), seguido de jornada de capacitación (14) y se presentaron (10) ausencias sin aviso. En el servicio de Cuidado Coronarios la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (80), seguido de licencia por examen (40) y se presentaron (23) ausencias sin aviso. En el servicio de Cuidado de Pacientes Emergencias la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (132), seguido de ausencia con aviso (33) y luego de licencia por hijo enfermo (23). En el servicio de Cuidado de pacientes - internación General cuarto Piso la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (59), seguido de ausencias con aviso (34) y luego licencia por hijo enfermo (16). En el servicio de Cuidado de pacientes - internación General quinto Piso la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (54), seguido de licencia por examen (8) y luego licencia por hijo enfermo (16). En el servicio de Cuidado de pacientes - internación General cuarto sexto Piso la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (65), seguido de licencia por examen (32) y luego licencia gremial (22). En el servicio de Cuidado de Pacientes Intensivo, la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (118), seguido de ausencia con aviso (29) y luego de licencia por examen (23). En el servicio de Cuidado de Pacientes Intermedios o Moderados la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por examen (7) y seguido de licencia por enfermedad (4). En el servicio de Cuidado de

Pacientes de recuperación anestésica la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (9), seguido por licencia de accidentes de trabajo (5) y luego de licencia por hijo enfermo (2). En el servicio de Cuidado de Pacientes de Trasplante la mayor cantidad de días de ausentismo se dio debido a licencia por enfermedad (18), seguido de licencia por examen (10) y seguido por ausencia con aviso (4).

### Días de Ausentismo del RHE según las causas

La Tabla 2. Del anexo 3 presenta el análisis de los días de ausentismo por cada causa. Los datos de las causas que ocasionaron mayores días de ausentismo fueron representados en el gráfico. La causa de licencia por enfermedad ocasionó la mayor cantidad de días perdidos por ausentismo (597), seguida por licencia de examen (177), ausente con aviso (142), ausente sin aviso (91), licencia por hijo enfermo (82), licencia por accidente de trabajo (46) y licencia gremial (30).

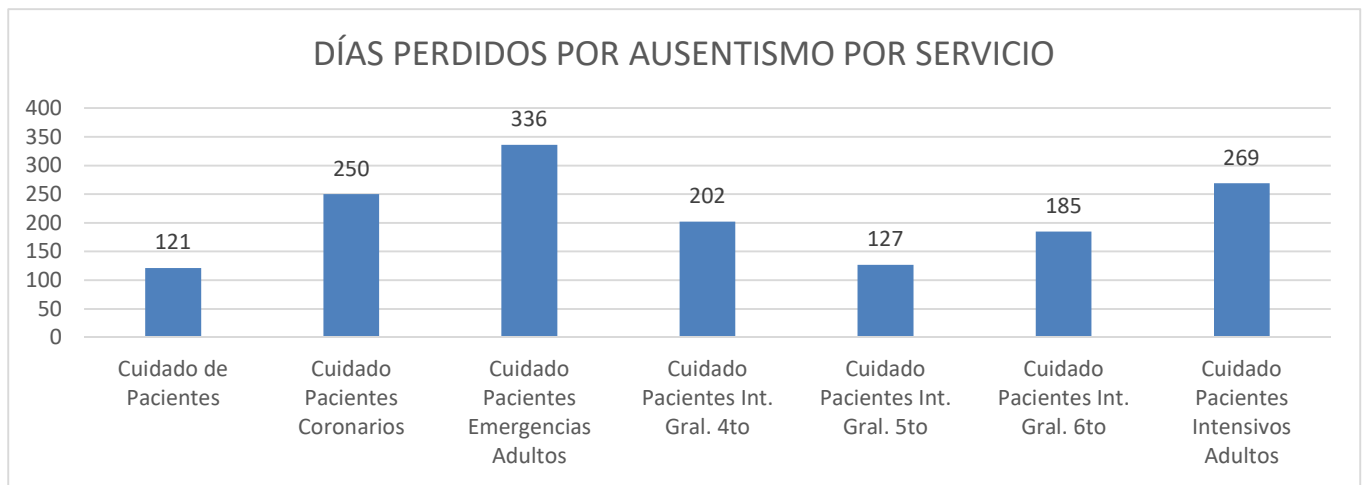
**Gráfico 11: Total de días perdido según las causas en el año 2017.**



### Días de Ausentismo del RHE según el servicio

La Tabla 3. Del anexo 3 analiza los días de ausentismo por cada servicio. Los datos de los servicios que ocasionaron mayores días de ausentismo fueron representados en el gráfico 4. El servicio que presentó mayor ausentismo en el periodo fue emergencias (336), seguido por cuidados de pacientes intensivos (269), luego el servicio de pacientes coronarios, (250), cuidado de pacientes cuarto piso (202), cuidado de paciente sexto piso (185), cuidado de pacientes quinto piso y luego por cuidado de pacientes (121).

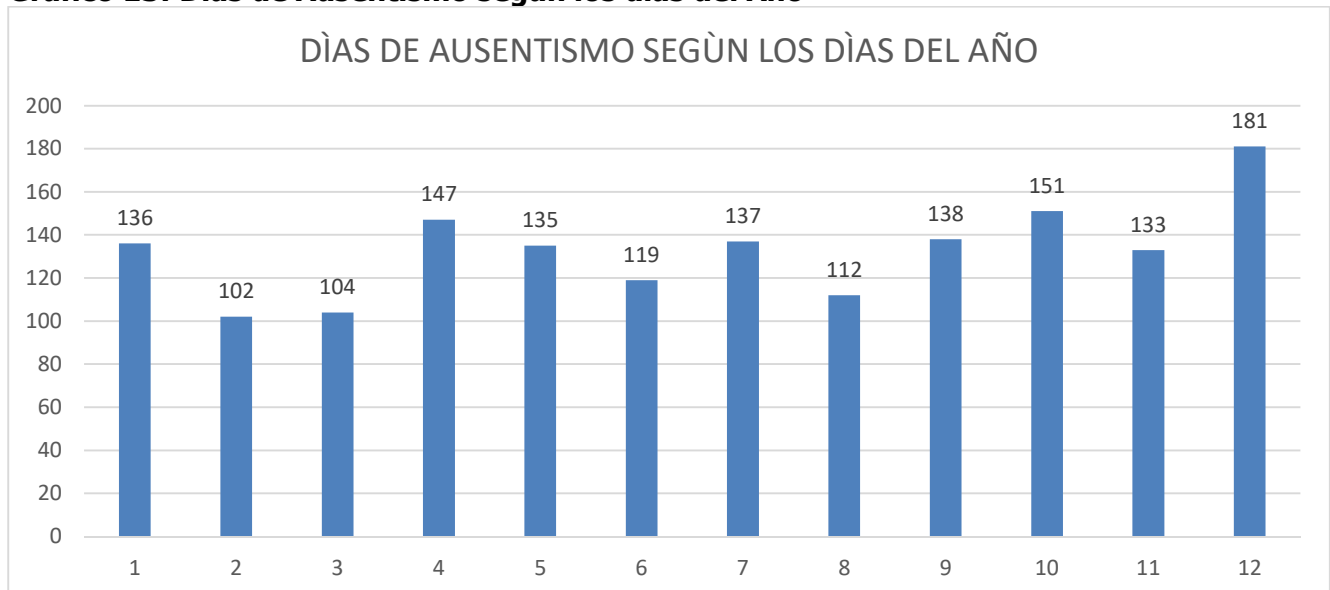
**Gráfico 12: Total de días perdido según los servicios en el año 2017**



### Días de Ausentismo del RHE según los Meses

En este caso el análisis corresponde a que meses presentaron mayores días perdidos por ausentismo. El mes que presentó mayor cantidad de días perdidos fue diciembre (181), seguido por octubre (151), abril (147), septiembre (138), julio (137), enero (136), mayo (135), noviembre (133), junio (119), agosto (112), marzo (104) y febrero (102).

**Gráfico 13: Días de Ausentismo según los días del Año**



Fuente: Elaboración Propia

## Estimación de Horas Extras del RHE requeridas en el periodo

En términos de la cobertura del RHE de enfermería por medio del pago de horas extras al personal se realizó un análisis diferenciado considerando variable del mes en el cual se realizó la cobertura para determinar si hubo una estacionalidad de dicha cobertura, variable del servicio en el cual se realizó el servicio y el turno.

## Análisis según el Mes

**Gráfico 14: Costo total de horas extras Según los Meses**



Fuente: elaboración propia.

El análisis anual de la cobertura del ausentismo del RHE según los meses analizó cual fue el costo de las horas extras del RHE de enfermería en el año 2017. El mes que implicó un costo mayor para la institución fue el mes de Julio con un costo de 1.047.093,13\$ seguido por el mes de febrero con un costo de 1.026.030,24\$ y luego por el mes de agosto con un costo de 1.019.303,07\$. Los meses

de menor costo para la institución fueron: junio con un costo de 665.328,05\$, el de marzo con un costo de 704.079,79\$ y noviembre con un costo de 716.999,25\$. Como se mencionó previamente la información de diciembre se encontraba incompleta en la base de datos, por esta razón se utilizó la información de los 20 primeros días disponible en la base de datos, y se estimaron los costos de los últimos 10 días por medio de una ponderación. El hecho de ponderar el resto de los días y no poseer la información real, no permitió determinar cuál fue el verdadero comportamiento del ausentismo y su costo a lo largo de este mes, obteniendo un resultado según la distribución del resto de los meses.

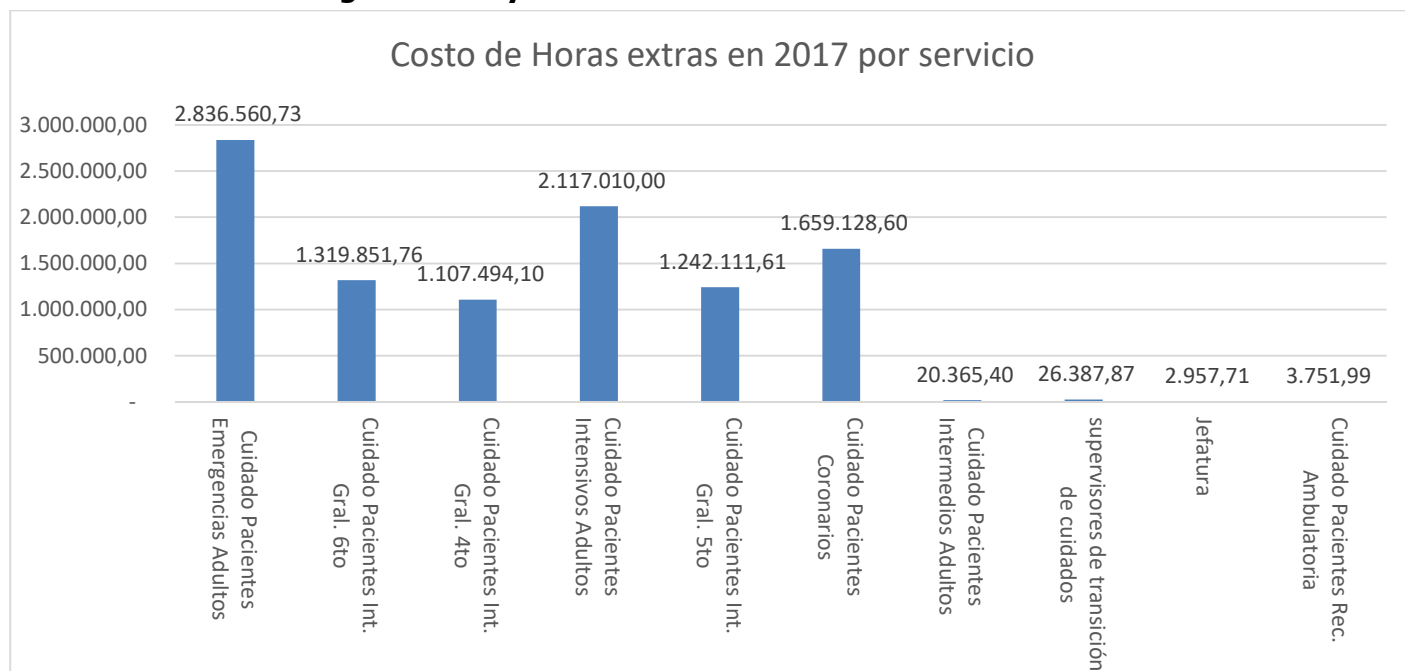
**Tabla 9: Costo según los meses de Cobertura por Horas extras**

Meses	Costo total por Horas extras
Enero	984.676,41
Febrero	1.026.030,24
Marzo	704.079,79
Abril	843.347,89
Mayo	807.073,90
Junio	665.328,05
Julio	1.047.093,13
Agosto	1.019.303,07
Septiembre	998.744,42
Octubre	914.626,52
Noviembre	716.999,25
Diciembre	926.172,94

<b>Costo Total Anual</b>	10.656.683,63
--------------------------	---------------

Fuente: Elaboración propia

### Gráfico 15: Análisis Según el Mes y los Servicios



Fuente: elaboración propia.

El análisis anual de la cobertura del ausentismo del RHE según los servicios analizó cual fue el costo de las horas extras del RHE de enfermería en el año 2017, puntualizando cuales implicaron mayor y menor costo para la institución. Para este análisis detallado no se utilizó la ponderación del mes de diciembre ya que no era posible estimar la distribución del ausentismo según los servicios.

El servicio que implicó un costo mayor para la institución fue Cuidado Pacientes Emergencias Adultos con un costo de 2.836.560,73 \$ seguido por Cuidado Pacientes Intensivos Adultos con un costo de 2.117.010,00 \$ y luego por el servicio de cuidados coronarios con un costo de 1.659.128,60 \$. Los servicios de menor costo para la institución fueron Jefatura con un costo de 2.957,71 \$, el de Cuidado Pacientes Recuperación Ambulatoria con un costo de 3.751,99 \$ y Cuidado Pacientes Intermedios Adultos con un costo de 20.365,40 \$. Es importante destacar que estos tres servicios estuvieron compuestos con menor personal que el resto de los servicios y el caso de cuidado de pacientes intermedios adultos es una situación excepcional ya que el requerimiento de personal varía según la estacionalidad y variables externas como cantidad de pacientes en terapia intensiva y cantidad de pacientes en pediatría.

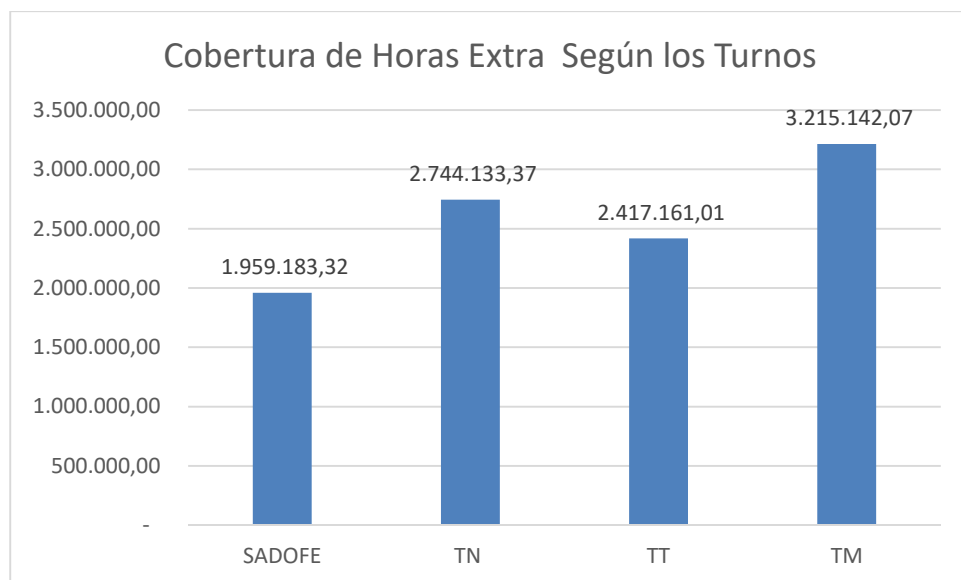
**Tabla 10: Costo según los Servicios de Cobertura por Horas extras**

<b>Servicio</b>	<b>Total</b>
Cuidado Pacientes Emergencias Adultos	2.836.560,73
Cuidado Pacientes Int. Gral. 6to	1.319.851,76
Cuidado Pacientes Int. Gral. 4to	1.107.494,10
Cuidado Pacientes Intensivos Adultos	2.117.010,00
Cuidado Pacientes Int. Gral. 5to	1.242.111,61
Cuidado Pacientes Coronarios	1.659.128,60
Cuidado Pacientes Intermedios Adultos	20.365,40
supervisores de transición de cuidados	26.387,87
Jefatura	2.957,71
Cuidado Pacientes Rec. Ambulatoria	3.751,99
<b>Total</b>	<b>10.335.619,77</b>

Fuente: Elaboración Propia.

## Análisis según el Turno por Mes

**Gráfico 16: Análisis según el Turno en el 2017**



Fuente: elaboración propia.

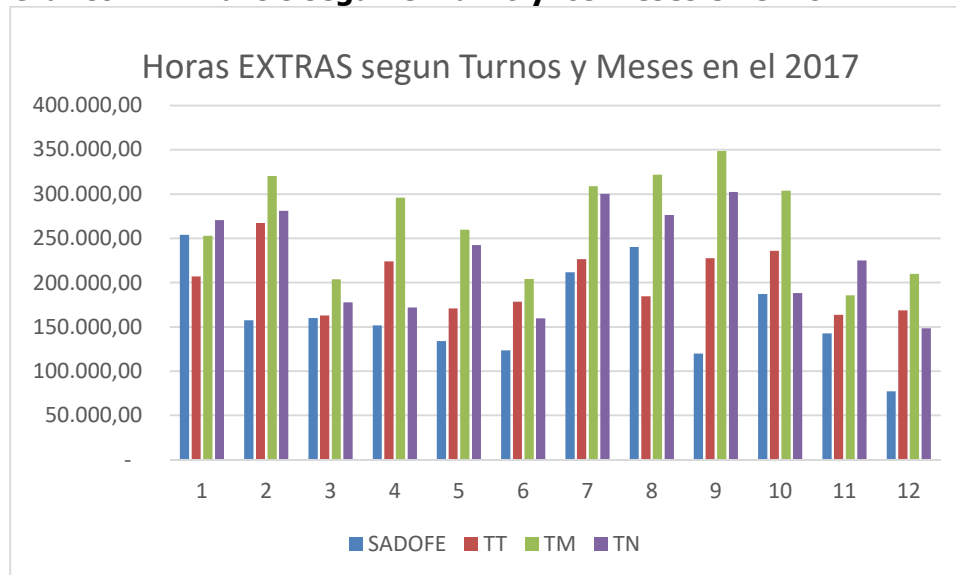
**Tabla 11: Costo según los Turnos de Cobertura por Horas extras**

<b>TURNO</b>	<b>COSTO</b>
SADOFE	1.959.183,32
TN	2.744.133,37
TT	2.417.161,01
TM	3.215.142,07
<b>TOTAL</b>	<b>10.335.619,77</b>

Fuente: Elaboración propia

El análisis según turnos consideró en que turnos se realizaron las horas extras a lo largo de la totalidad del periodo. Para este análisis detallado no se utilizó la ponderación del mes de diciembre ya que no fue posible estimar la distribución del ausentismo según los turnos. El turno que obtuvo la mayor cantidad de horas extras realizadas fue el turno noche con un costo de 5.532.276,19\$, el horario en que se desarrollaron dichas horas extras fue de 21 a 07 am. Este turno tiene la particularidad de dividir el personal en forma alternante en personal de noche A y noche B que trabajan alternadamente a lo largo de los siete días de la semana. Le siguió el turno de SADOFE con un costo de 1.743.017,85 \$ en este caso el turno abarca el horario de 07 am a 21, el turno tarde que abarca el horario de 14 a 21 horas y en este se realizaron horas extras por un costo de 844.633,39\$ y por último se ubica el turno mañana que abarca el horario de 07am a 14 horas en el que se realizaron horas extras por un costo de 578.316,65\$.

**Gráfico 17: Análisis según el Turno y los meses en el 2017**



Fuente: elaboración propia.

## Estimación del costo de la contratación de RHE para realizar la cobertura de ausentismo en el periodo analizado

Al efectuar la estimación de la contratación del RHE para determinar la cobertura de ausentismo en el periodo analizado se consideró el promedio del salario establecido por el convenio salarial de FATSA correspondiente al año 2017. Habiendo realizado el promedio se calculó el salario de los empleados, considerando el plus salarial que perciben trabajadores de áreas cerradas (unidad coronaria y terapia intensiva) y los trabajadores del turno noche.

El objetivo del análisis fue determinar si la cobertura de ausentismo del RHE podría realizarse a partir de la contratación de personal y por esta razón la variable a considerar fue la cantidad de horas realizadas y no el extra salarial abonado por trabajar fuera de su turno laboral. De esta forma, se utilizaron las horas extras que realizó el RHE, sin considerar el concepto con el cual se abonaron dichas horas (si las horas se liquidaron al 50%, 100% o 150%).

Para poder desarrollar un análisis que corresponda a la realidad de los trabajadores y de la institución se separó a los profesionales de acuerdo a si trabajaban en áreas cerradas o si trabajaban en otras áreas de la institución. Es así, que se consideró la cantidad de horas y los costos de todo el personal, diferenciando dos grupos (personal de área cerrada y personal del resto de la institución) ya que el personal de área cerrado percibe un salario mayor. Para el análisis se utilizó el supuesto de que ese personal sobre capacitado no realizaría horas en el resto del sanatorio.

La investigación presentó una perspectiva económica de ahorro de costos para la institución, por esta razón se consideró que el nuevo personal contratado para realizar la cobertura de horas de enfermería sería enfermero, pero no licenciado ya que eso implicaría un plus salarial que aumentaría el costo de los mismos, y no representaría la tendencia de la institución. El personal que realizó las horas extras en el periodo analizado (2017) fue 92% enfermeros y únicamente el 8% fue personal licenciado en enfermería.

De esta forma, se prosiguió a sumar la cantidad de horas extras realizadas en el periodo, considerando servicios y turnos para obtener la cantidad de horas extras realizadas a lo largo de todos los meses del año 2017. Luego, se calculó la totalidad de horas trabajadas por mes considerando dos variables que modifican el salario percibido, siendo estas el área donde se desempeñan (Variable binaria de área cerrada si/no) y el turno (Variable binaria de turno noche si/no). La cantidad de horas trabajadas se dividió por la cantidad de horas que deben trabajar los profesionales en cada turno, siendo 14 horas en el turno SADOFE, 10 horas en el turno noche y 7 horas para el turno mañana y turno tarde. Luego esa cantidad de horas por mes fueron divididas por los días en los cuales debió trabajar el personal en cada mes. De esta forma, en el caso del turno SADOFE se consideró los fines de semana y los feriados correspondientes a cada mes a lo largo del año y en el caso de los turnos noche, turno tarde y turno mañana se consideraron los días de semana laborales para cada mes. Esto nos permitió determinar cuántos turnos debían realizarse y por ende cuanto personal contratado podría haber cubierto las horas extras requeridas por el ausentismo del RHE. Para ese fin se realizó una aproximación positiva, redondeando los resultados de dicha división para que los mismos fuesen siempre números enteros (Correspondientes al personal contratado) que puedan cubrir las necesidades de cobertura por ausentismo del RHE. Se calculó cuanto personal debió contratarse por turno para realizar la cobertura, para el personal de área cerrada y para el personal que no se desempeña en áreas cerradas.

**Tabla 12: Personal requerido por Turno y por Mes – Personal de Área Cerrada**

	SDF	TN	TT	TM
1	1	4	2	2
2	3	5	2	2
3	3	3	1	1
4	3	4	1	1
5	2	3	1	1
6	2	3	1	1
7	2	4	1	1
8	3	3	1	1
9	2	3	1	1
10	2	3	1	2
11	1	2	1	1
12	2	3	1	1
MAX	3	5	2	2

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 13: Personal requerido por Turno y por Mes – Personal NO Área Cerrada**

	SDF	TN	TT	TM
1	3	6	3	2
2	6	6	2	2
3	3	4	3	1
4	3	5	3	2
5	3	5	2	3
6	2	5	3	1
7	3	7	3	2
8	4	8	2	2
9	4	8	1	3
10	4	6	3	2
11	4	6	2	2
12	2	5	1	2
MAX	6	8	3	3

Fuente: elaboración propia.

Esta metodología tuvo como consecuencia un porcentaje de “potencialidad” del personal, es decir, las necesidades varían mes a mes según el ausentismo que se haya presentado y para cubrir todo el personal se debió utilizar la máxima cantidad de personal contratado. En aquellos meses donde el ausentismo fue menor y por ende el requerimiento de personal es menor, la institución contará con personal que no tenga un requerimiento claro asignado de acuerdo al requerimiento de tareas. Sin embargo, de acuerdo al análisis realizado se estimó que este nuevo personal contratado para realizar la cobertura de ausentismo también contará con ausentismo. Para poder realizar la cobertura de ausentismo del nuevo personal contratado se utilizaron datos históricos de la institución analizados anteriormente. Se realizó un promedio del porcentaje de ausentismo presentado en la institución en el año 2015, donde el ausentismo del RHE fue de 11,91% y del porcentaje de ausentismo presentado en el año 2016 donde el ausentismo del RHE fue de 9,37%, obteniendo como resultado un promedio del ausentismo para el año 2017 de 10,64 % de ausentismo. A partir de dicha información, se analizó el porcentaje “potencial” por parte de los trabajadores contratados y en todos los meses salvo en el mes de febrero para los trabajadores de área cerrada, el mismo fue mayor que 10,64 % pudiendo cubrir entre los nuevos profesionales contratados su propio ausentismo. Será importante considerar que a pesar de que en dicho mes el personal contratado no contará con capacidad “potencial”, se podría soslayar el ausentismo en dicho mes, tanto a través del personal contratado como por medio del seguimiento del resto del ausentismo del personal de área cerrada de la institución.

**Tabla 14: Personal requerido por Turno y por Mes y su Capacidad Potencial– Personal de Área Cerrada**

	SDF	TN	TT	TM	TOTAL	Capacidad Potencial
1	1	4	2	2	<b>9</b>	-25,00%
2	3	5	2	2	<b>12</b>	0,00%
3	3	3	1	1	<b>8</b>	-33,33%
4	3	4	1	1	<b>9</b>	-25,00%
5	2	3	1	1	<b>7</b>	-41,67%
6	2	3	1	1	<b>7</b>	-41,67%
7	2	4	1	1	<b>8</b>	-33,33%
8	3	3	1	1	<b>8</b>	-33,33%
9	2	3	1	1	<b>7</b>	-41,67%
10	2	3	1	2	<b>8</b>	-33,33%
11	1	2	1	1	<b>5</b>	-58,33%
12	2	3	1	1	<b>7</b>	-41,67%
MAX	3	5	2	2	<b>12</b>	

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 15: Personal requerido por Turno y por Mes y su Capacidad Potencial – Personal NO Área Cerrada**

	SDF	TN	TT	TM	TOTAL	Capacidad Potencial
1	3	6	3	2	<b>14</b>	-30,00%
2	6	6	2	2	<b>16</b>	-20,00%
3	3	4	3	1	<b>11</b>	-45,00%
4	3	5	3	2	<b>13</b>	-35,00%
5	3	5	2	3	<b>13</b>	-35,00%
6	2	5	3	1	<b>11</b>	-45,00%
7	3	7	3	2	<b>15</b>	-25,00%
8	4	8	2	2	<b>16</b>	-20,00%
9	4	8	1	3	<b>16</b>	-20,00%
10	4	6	3	2	<b>15</b>	-25,00%
11	4	6	2	2	<b>14</b>	-30,00%
12	2	5	1	2	<b>10</b>	-50,00%
<b>MAX</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	

Fuente: elaboración propia.

El análisis realizado considera los 13 salarios anuales, ya que los trabajadores percibirán el 50% de su mejor salario en el mes de junio y el otro 50% será percibido en el mes de diciembre, correspondiente al aguinaldo. En este esquema de organización de la cobertura no fue necesario estimar cuál será el mejor salario del personal, ya que el esquema no contempla la realización de horas extras. A su vez, en este análisis se incluye la alícuota de la ART de 0,6 correspondiente a cada trabajador y los 14 días naturales de vacaciones de cada uno de ellos. El ejercicio teórico que se desarrolló el sueldo total se realizó en base a un promedio de lo acordado por convenio de FATSA a lo largo del año y por esta razón se consideró al aguinaldo un sueldo más de aquel que se preestablece de acuerdo a este análisis.

### Costo de Contratación

Frente a la contratación de nuevo personal se propone la contratación de la mayor cantidad de personal requerido según la necesidad por turno. Esto implicaría un costo mayor al real por parte de la organización, pero permitiría considerar dentro de los costos, el ausentismo del mismo personal contratado. A su vez, habiendo analizado la institución en profundidad se considera que hacer contrataciones mensuales únicamente para la cobertura del ausentismo del RHE implicaría una

discordancia con los valores, misión y visión de la institución ya que el personal contratado provisoriamente difícilmente pueda incorporar dichos valores, misión y visión debido a la brevedad de su trabajo y no llegará al nivel de excelencia buscado por la institución.

**Tabla 16: Costos de la Contratación del Personal**

	SDF	TN	TT	TM	COSTO TOTAL
<b>AREA CERRADA</b>					
Personal Contratado	3	5	3	2	
Costo Anual	\$ 797.924,90	\$ 1.440.694,67	\$ 797.924,90	\$ 531.949,93	\$ 3.568.494,40
<b>RESTO DEL PERSONAL</b>					
Personal Contratado	6	8	3	3	
Costo Anual	\$ 1.595.849,79	\$ 1.950.487,61	\$ 664.940,95	\$ 664.940,95	\$ 4.876.219,30

Fuente: elaboración propia.

## Comparación de alternativa de cobertura por medio de horas extra vs alternativa comparación de nuevo personal

La alternativa de cobertura del personal por medio de horas extra (Alternativa "A") es una metodología ampliamente utilizada para el RHE, la institución analizada presenta este tipo de cobertura y el análisis realizado tuvo como objetivo determinar en si esta metodología se presenta como la mejor alternativa para realizar la cobertura por ausentismo del RHE de la institución en el año 2017.

La segunda alternativa planteada fue la contratación de nuevo personal para que dichas personas realicen la cobertura de ausentismo de la institución. Esta alternativa se analizó a partir de la información de ausentismo obtenida de todo el año 2017. Considerando en ambas alternativas el salario del personal en 13 meses, incorporando el plus salarial por área cerrada, plus nocturno y el concepto con el cual se liquidaron las horas extras según corresponda (Horas al 50%, 100% y 150%).

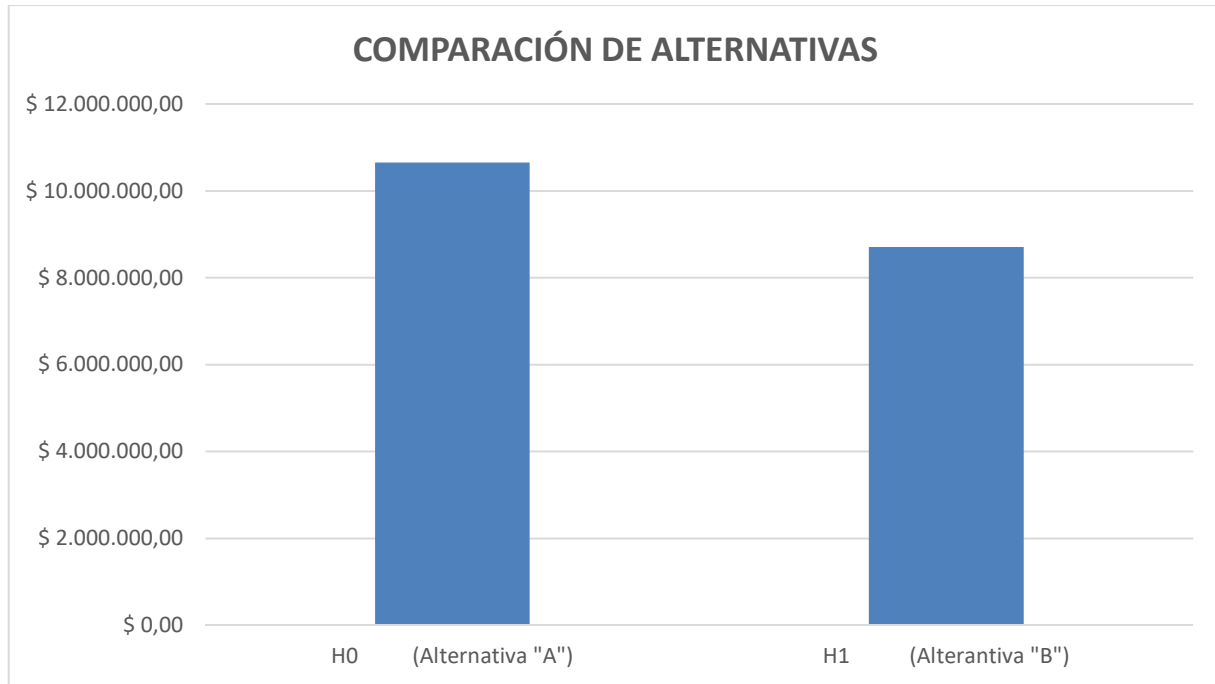
La segunda alternativa que propone la contratación de nuevo personal para la cobertura de ausentismo de RHE, fue para el periodo analizado la alternativa de menor costo teniendo una diferencia de \$ 1.948.820,21 con la alternativa utilizada en la actualidad en la institución.

**Tabla 17: Comparación de Alternativas para la Cobertura de Ausentismo del RHE.**

COMPARACIÓN DE ALTERNATIVAS	
H0 (Alternativa "A")	\$ 10.656.683,63
H1 (Alternativa "B")	\$ 8.707.863,42

Fuente: Elaboración Propia

**Gráfico 18: Comparación de Alternativas para la cobertura de ausentismo del RHE.**



Fuente: Elaboración Propia

De esta forma, la alternativa de contratación de personal para realizar la cobertura de ausentismo del RHE permite una reducción del 18% del costo destinado a la cobertura de ausentismo del RHE.

## 7. Conclusiones

A partir de los objetivos planteados al comienzo de la investigación se puede concluir que:

1. La causa que ocasiono la mayor cantidad de días de ausentismo fue el ausentismo por enfermedad, seguido por la licencia por día de examen. La preponderancia del ausentismo por enfermedad hallada a la institución, está presente en la bibliografía (Velásquez, 2011; Escribá et al. 1992; Calderon Lopez et al. 2017; Peralvo et al. 2018). De la misma forma como se citó en el artículo de relevancia de Mesa y kampfer (2004), el ausentismo laboral se justifica mediante certificados médicos, sin embargo, esto no significa que las ausencias sean exclusivamente por causas médicas. En este sentido en la institución analizada se han incorporado intervenciones para realizar un seguimiento exhaustivo y el análisis realizado sobre la cobertura de ausentismo no pretende reemplazar las intervenciones que están siendo efectivas para la institución. Los servicios que han presentado mayor ausentismo en

el año 2017 han sido el servicio de emergencias, el servicio de terapia intensiva y el servicio de unidad coronaria, caracterizándose los mismos por contar con una intensa demanda ya sea por la seriedad de los pacientes atendidos o por la urgencia presentados por los mismos. Teniendo en cuenta el modelo médico del ausentismo laboral, podría considerarse, si hay variables de satisfacción del empleo o propias del empleo como podrían ser las cuestiones relacionadas a la presión de estos servicios que generan un mayor ausentismo laboral, para esto se sugiere un análisis detallado del ausentismo en dichos servicios. En términos de los meses que presentaron mayor ausentismo, diciembre fue el mes que presentó mayor ausentismo con una diferencia de 30 a días al mes siguiente en cantidad de días perdidos por ausentismo que fue el de octubre. Hace falta realizar un análisis más acabado para conocer qué factores influyeron en dicha diferencia o realizar un análisis comparativo con otros años para verificar si, hay posibles acciones preventivas para realizar en el personal que eviten un ausentismo tan elevado en dicho mes. La falta de información de costos sobre ese mes, imposibilitan un análisis más profundo de como impactaron estos días de ausentismo en los costos.

2. Considerando las horas extras realizadas a lo largo del periodo, se observó que el turno que presento mayor costo de horas extras para realizar la cobertura del ausentismo fue el turno mañana seguido por el turno noche, donde se hace presente una diferencia fundamental, ya que las horas extras cubiertas son liquidadas con un plus nocturno de acuerdo a la pautado en el convenio colectivo de trabajo 122/75. Los servicios que implicaron un mayor costo para la institución fueron: Cuidado Pacientes Emergencias Adultos, seguido por Cuidado Pacientes Intensivos Adultos y luego por el servicio de cuidados coronarios. Como fue señalado en la investigación de Drebit et al., (2010) tanto las enfermeras que trabajan medio turno como aquellas que trabajan turno completo están realizando una cantidad creciente de horas extras, a pesar de esto, es llamativo que esta cantidad creciente de horas extra es más significativa en algunos servicios que en otros. Este mismo patrón puede observarse en la institución analizada y es necesario verificar en que forma pueden optimizarse los recursos en estos servicios. El mes con mayor costo ocasionado por la cobertura del ausentismo del RHE fue el mes de Julio. En el caso de los meses se presentan incongruencias, al realizar una comparación de los resultados del objetivo 1 (Causas) y el objetivo en cuestión 3 (Costos). En primer lugar, debido a una deficiencia de la información ya que en el mes de diciembre se obtuvo únicamente la cantidad de horas extra a los primeros veinte días y por lo tanto no se pudo correlacionar las causas de ausentismo con los costos de las horas extra. Por segundo lugar, la calidad de los datos con los cuales se trabajó impidió una correlación más directa entre el concepto de la hora extra realizada y las características del personal que finalmente realiza la cobertura, sin poder llegar a estimar un costo total de cada causa de ausentismo.
3. El objetivo tres se basa en la contratación de nuevo personal para realizar la cobertura de horas por ausentismo del RHE. En dicho análisis se dividió el personal de áreas cerradas y

del resto de los servicios del sanatorio, haciéndose necesario contratar 12 profesionales de área cerrada (3 del turno SADOFE, 5 del turno noche, 2 del turno tarde y 2 del turno mañana) y 20 profesionales dentro del resto de los servicios del sanatorio (6 del turno SADOFE, Turno noche 8, Turno Tarde 3 y 3 turno mañana). La contratación de dicho personal permitió que los mismos puedan realizar la cobertura del ausentismo de 10,64 % (Promedio del porcentaje de ausentismo de la institución en los periodos 2016 y 2017) esperable para ese año en la institución y coherente con los datos de ausentismo analizados en la Argentina. Estas incorporaciones no solo implicarían una solución para la cobertura de ausentismo, sino que, contando con información bibliográfica que demuestra que el aumento del personal de enfermería no es solo beneficioso para los pacientes sino también para los enfermeros/as (Maass et al. 2017), traería otros beneficios para pacientes y enfermeros de la institución analizada.

4. Al comparar los costos de la alternativa de cobertura del ausentismo del RHE y de la alternativa de contratación de personal, esta última se presentó como una alternativa de menor costo para la institución analizada. De esta forma la alternativa permitió una reducción del 18%, ya que la alternativa "A" (Cobertura de ausentismo de RHE por medio de horas extra) implicó un costo de \$ 10.656.683,63 para la institución, mientras que la alternativa "B" (Cobertura de ausentismo por medio de contratación de personal) implicaría un costo de \$ 8.707.863,42. Se esperaría que estos resultados, como mencionó Martsof (2014), brindarían a la institución beneficios en reducción de eventos adversos y reducción de estadías de los pacientes.

## 8. Discusión - Propuestas

El análisis realizado busca aportar información desde la perspectiva de costos a la cobertura de ausentismo del RHE. En este sentido se sugiere que futuros análisis incluyan variables cualitativas de satisfacción laboral y burn-out para determinar en qué medida las mismas influyen, incrementan o determinan el ausentismo. De igual forma, sería interesante incluir variables socio-demográficas que no pudieron ser tenidas en cuenta como la edad del personal, el estado civil y otras como los años de antigüedad en la organización.

La alternativa "B" de contratación de personal, hizo necesaria la contratación de la mayor cantidad de personal para poder realizar la cobertura total de los servicios y de los turnos, pero es necesario realizar un análisis exhaustivo para determinar si es posible realizar contratación únicamente en algunos servicios o una cobertura mixta entre nuevo personal para realizar la cobertura y pago de horas extras dependiendo del mes y del servicio implicado. En este sentido, la capacidad potencial de trabajo que podría presentarse en los meses de menor ausentismo permite que el personal pueda realizar capacitaciones propias del sector de enfermería, comenzar a interiorizarse en tareas de docencia, educación al alta, prevención de infecciones, transición de cuidados para generar una

cobertura de esos puestos a partir del mismo personal contratado. Esto aumentaría la excelencia del cuidado a los pacientes (Valor fundamental para la institución) y permitiría hacer una optimización de los recursos económicos destinados a la cobertura del ausentismo del RHE.

La cobertura de ausentismo por medio de horas extras implicó mayor cantidad de trabajo para los mismos profesionales. Dada la relación existente entre una mayor carga de trabajo relacionada con el cuidado de los pacientes y mayores ausencias por enfermedad tanto de largo como de corto plazo (Rauhala, et al., 2007), sumada a la relación entre un incremento del burn-out y las jornadas laborales extensas (Barrios Araya, et al. 2012), la alternativa de contratación de personal para realizar la cobertura se presenta como una posibilidad que podría tener consecuencias en el ausentismo de la institución y en la salud de sus trabajadores. Sin embargo, es muy apresurado hablar de burn-out de estos trabajadores ya que hasta el momento no se han realizado evaluaciones de este síndrome en la institución. Otros resultados positivos de aumentar el personal de enfermería fue la reducción de eventos adversos y la longitud de la estadía de los pacientes (Martsolf et al. 2014) este tipo de beneficios deberán evaluarse en detalle para determinar si en este contexto se obtienen los mismos resultados.

Es importante destacar que, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el personal de enfermería puede llegar a duplicar la cantidad de horas de la jornada laboral (Pereyra y Micha, 2016), en este sentido la imposibilidad de realizar horas extras para el personal implica una pérdida salarial. Siguiendo con este razonamiento, es importante que existan políticas públicas que incentiven este tipo de medidas para incentivar un trabajo regulado en forma fija. Esto sin desconocer la problemática de los bajos salarios que impulsa al RHE a realizar extensas jornadas laborales, al pluriempleo y muchas veces al desarrollo del síndrome de burn-out. Es por eso que a la hora de desarrollar políticas de salud pública es importante trabajar con este tipo de problemáticas en forma holísticas entendiendo la complejidad de las mismas.

## 9. Sesgos y Limitaciones

El ausentismo se presentó como un fenómeno complejo, como se menciona en la fundamentación teórica, esta investigación se desarrolla desde la perspectiva económica. Esto implica que las dos alternativas de cobertura analizadas fueron consideradas como consecuencias equivalentes sin incorporar al análisis las variables cualitativas de las consecuencias. El hecho de no haber realizado una etapa experimental que ponga a prueba la incorporación del nuevo personal para la realización de la cobertura del ausentismo del RHE no permitió comprender el comportamiento de dicha metodología en la institución y de su contexto.

En este sentido, las posibles implicancias del aumento de personal en la calidad del cuidado y la seguridad del paciente (Repercusión en los eventos adversos de la institución) no fueron consideradas en el análisis. De la misma forma, no se evaluaron qué consecuencias tendrá el aumento del personal en los aspectos motivacionales y de comportamiento que en una instancia de aplicación podría generar una modificación del ausentismo presentado en el 2017.

En el caso de pensarse la aplicación de la alternativa "B", las consecuencias podrían ser positivas, ya que al presentarse el aumento del personal podría reducirse el "burn-out" y esto generar mayor presentismo en la dotación de enfermería de adultos. Otra posibilidad sería que al existir una dotación ampliada para realizar la cobertura del ausentismo se genere un sentido de competencia, dado que el puesto fijo en el sector de trabajo puede ser reemplazado por otro empleado de mejor desempeño y esto llevar a un aumento de presentismo.

También podría pensarse consecuencias negativas de la incorporación del personal, considerando que al tener una dotación ampliada el personal existente puede aumentar la cantidad de ausencias, debido a que podría pensarse que el ausentismo no genera una complicación para la institución ni para el resto de sus compañeros. En relación a esta limitación es importante señalar que todas las intervenciones incorporadas para disminuir el ausentismo que se desarrollaron en los últimos años de la institución se mantendrían en caso de modificar la cobertura de horas por medio de la incorporación del personal. Si bien estas perspectivas de análisis son factibles, no serán analizadas en el presente trabajo ya que la bibliografía no fue suficiente para respaldar las posiciones y se considera que estas variables deberían estudiarse en investigaciones futuras.

Es importante destacar que el supuesto implícito adoptado en el análisis fue que desde una perspectiva de minimización de costos para la cobertura del personal de enfermería tanto

licenciados como enfermeros brindan prestaciones de igual calidad. Este supuesto se sostiene en la cantidad de enfermeros que realizaron horas extras en el periodo (92%) y la cantidad de licenciados en enfermería (8%) que realizaron dicha cobertura.

La falta de una dotación completa de personal de enfermería pediátrica se presentó como una limitación, dado que las consecuencias y el análisis no serán extrapolables a la totalidad de la dotación del personal de enfermería si no únicamente al RHE de adultos.

Las bases de datos, se mostraron como un desafío a lo largo de toda la realización de la tesis, generando el obstáculo de una información restringida en el mes de diciembre conteniendo esta información desde el día 01 al día 20 de dicho mes. Además, en términos de los costos de la cobertura del ausentismo por medio de horas extras, mayor información podría haber permitido un nexo más claro entre las causas de ausentismo y los costos correspondientes a cada una de ellas.

A la hora de analizar la información se buscó separar los datos de facturación de la institución con los datos del estudio, utilizando la información salarial del convenio colectivo de trabajo. Por esta razón no se calculó en el salario del personal que realizó las horas extra (Alternativa "A") el proporcional de 1.1% anual correspondiente a la antigüedad en el caso de. Si bien esto no da un reflejo exacto de la facturación de la institución permite que la información sea extrapolable a otras instituciones ya que el porcentaje de personal que posee antigüedad varía en las instituciones y no fue posible realizar un análisis preciso de personal con antigüedad y sin antigüedad.

## **10. Consideraciones Éticas**

Declaro bajo juramento conocer y respetar las normas legales y éticas internacionales, nacionales y provinciales: Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas Internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de CIOMS/OMS; las Pautas Internacionales para la evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos CIOMS/OMS, las Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan protocolos de la OMS 2000, la Declaración de Derechos Humanos y Bioética UNESCO del 2005 y las normas nacionales vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.

La investigación se realizó con un fin académico sin contar con un financiamiento. Mi rol dentro de la institución era de "residente de gestión" por esta razón pude participar en todos los procesos de los distintos servicios de la organización. En el trabajo conjunto con los profesionales de enfermería surge el interés por comprender los aspectos económicos de la cobertura de ausentismo. Los resultados no serán utilizados en la institución con fines prácticos.

## 11. Bibliografía

- Aiken L., Sloane D., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., ... Sermeus W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931): 1824 – 1830.
- Argentina gobierno. Que son las ART. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/srt/art/funcion-de-las-art-ea> 06-jun-2019.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, (28), 11-35.
- Blanca-Gutiérrez, J., Jiménez-Díaz, M., y Escalera-Franco, L. (2013). Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 545-551.
- Blanca-Gutiérrez, J., del Rosal González, A., González Ábalos, M., Aceituno Herrera, A., de Rivera, M., Carlos, J., y Arjona González, A. (2012). Efecto de la implantación de turnos de enfermería a demanda sobre las horas de absentismo. *Gaceta Sanitaria*, 26, 480-482.
- Barrios Araya, S., Arechabala Mantuliz, M., y Valenzuela Parada, V. (2012). Relación entre carga laboral y burn-out en enfermeras de unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 15(1), 46-55.
- Báscolo, E. (2008). *Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Baydoun, M., Dumit, N., y Daouk-Öyry, L. (2016). What do nurse managers say about nurses' sickness absenteeism? A new perspective. *Journal of nursing management*, 24(1), 97-104.
- Berney, B., y Needleman, J. (2005). Trends in nurse overtime, 1995-2002. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6, 183-190.
- Ministerio de hacienda. (2016). Cadena de Valor en salud: Salud Farmacia y Equipamiento Médico. Año 1. N° 21. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Canadian Nurses Association. (2010). *Nursing education in Canada statistics, 2008-2009: Registered nurse workforce, Canadian production: Potential new supply*. CNA/CASN: Ottawa.
- Calderon Lopez, O., Jaimes Martinez, C., Leal Dominguez, E., Parheco Mutis, P., y Rondon Mendoza, E. (2017). Características y costos del ausentismo laboral en el personal de enfermería de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga en el año 2015 (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Bucaramanga-CES, Bucaramanga
- Cardoso M., Mecina R. y Velarde N. (2013). Ausentismo y su relación con la satisfacción laboral en enfermería (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Cassiani S., Hoyos C., Barreto M., Sives K., y Da Silva F. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de la Salud Publica*. 42 (72), 1-10. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>
- Castillo, R. (2012). *Desarrollo del capital humano en las organizaciones*. 1. 1era. Ed: Estado de México, Tlalnepantla.
- Cetrángolo y Goldschmit (2018). *Obras sociales en Argentina: Origen y situación actual de un Sistema altamente desigual*. Argentina: Cece.
- Chiavenetto, I., (2008). *Administración de recursos humanos; El capital humano*. Mexico: Mcgraw-hill/interamericana.

- Clavero M. (2011). Análisis competitivo del sector de la medicina prepaga. (Tesis) Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2018). La definición de Enfermería. Recuperado en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Convenio Colectivo de Trabajo, 122/1975. Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina. Recuperado en: <http://www.trabajo.gba.gov.ar/documentos/convenios/c122-75.pdf>
- Del Carmen Martínez, M., (2010). Pilares del modelo de atención de enfermería.
- Díaz C. (2011) *La Empresa Sanitaria Moderna 2. Como crear tu propia Bestia Sistemica en el Siglo XXI*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Díaz Ávila, Romero y Villegas (2015). Ausentismo y su influencia en dinámica laboral y relaciones interpersonales de enfermería. (Tesis). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Dotti, G., y Rodríguez, C. (2013). El multiempleo, ¿trae consecuencias en la calidad de vida del equipo de Enfermería que trabaja en unidades de Cuidados Intensivos? *Revista Uruguaya de Enfermería*, 8 (2).
- Drebit, S., Ngan, K., Hay, M., y Alamgir, H. (2010). Trends and costs of overtime among nurses in Canada. *Healthpolicy*, 96(1), 28-35.
- Drummond M. (2001) Métodos para la evaluación económica de programas de asistencia sanitaria. Vol. 1. 2ª Edición. España: Ed. Díaz de Santos.
- Drummond, M., Sculpher, M., Claxton, K., Stoddart, G., y Torrance, G. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (4th ed.) Oxford: Oxford university press.
- Duffield C., Diers D, O'Brien Pallas L, Aisbett C, Roche M., King M, y Aisbett K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *AppliedNursingResearch*, vol.24, issue 4 pp. 244-255.
- Esquivel, V. (2010). Care workers in Argentina: At the crossroads of labour market institutions and careservices. *International Labour Review*, Vol. 149, No. 4.
- Escribá, V., Pérez-Hoyos, S., y Bolumar, F. (1992). Absentismo laboral del personal de enfermería de los hospitales valencianos. *Gaceta Sanitaria*, 6(33), 239-244.
- Etienne, C. (2017). Indicadores básicos - Situación de Salud en las Américas. OPS/OMS.
- Ferraro C., (2016). Incidencia de ausentismo laboral y factores determinantes en el personal de enfermería del hospital Zonal especializado en Oncología "Luciano Fortabat" De olavarria (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Rosario.
- Garay, O. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). Obras sociales sindicales. Recuperado en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales>
- Giedon U., Bitrán R. y Tristao I. (Eds). (2014) *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. BID.

- Gil-Monte, P., y García-Jueas, J. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burn-out). Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de psicología*, 25(2), 329-337.
- Gómez Marquisio M. (2015). Análisis de la situación del capital humano enfermero en relación a las políticas orientadas al sector y las principales problemáticas de este talento humano en Argentina. *Revista Isalud*, Vol (10) No. 50. Pag 47-60.
- Gorman, E., Yu, S., y Alamgir, H. (2010). When healthcare workers get sick: exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work*, 35(2), 117-123.
- Havens, D., Labov, T., Faura, T., y Aiken, L. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 12(1), 13-21.
- Henao Robledo, F. (2009). *Condiciones de trabajo y salud: Diagnóstico integral*. Bogotá: Ecoediciones.
- Hidalgo Vega, Á., Corugedo de las Cuevas, I., y Llano Señarís, J. (2005). *Economía de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Horrigan, J., Lightfoot, N., Larivière, M., y Jacklin, K. (2013). Evaluating and Improving Nurses' Health and Quality of Work Life: A Cross-Sectional Study of Korean Blue Collar Workers Employed by Small Businesses. *Workplace Health & Safety*, 61(4), 173–181.
- I Grau, J., de Diego Vallejo, R., Tomás, E., y Rodríguez, M. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17(2), 212-218.
- Indicadores Básicos Argentina (2017). Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Recuperado en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34386/indicadores\\_basicos\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34386/indicadores_basicos_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- International Council of Nurses (2015) Nurses a Force for Change: Care effective, Cost effective. *International Council of Nurses*, Geneva.
- Jiménez, F. (2014). Condiciones que fomentan el ausentismo laboral en el personal de enfermería y su impacto financiero en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Bogotá entre los años 2011 y 2012 (Tesis de Maestría). Universidad Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Bogotá.
- Junkes M., Pessoa V., (2010) El gasto financiero causado por las licencias médicas de profesionales de la salud en los hospitales públicos en Rondonia, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (3), 117-124.
- Kane, P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of occupational and environmental medicine*, 13(1), 28.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., y Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane database Syst rev*, 2(2), CD001271.
- Ley 23660, Ley de Obras Sociales, 23/12/1988.

- Ley 20.744, Ley de Contrato de trabajo 11/09/1974.
- Kisakye, A., Tweheyo, R., Ssenkooba, F., Pariyo, G. W., Rutebemberwa, E., y Kiwanuka, S. (2016). Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. *Journal of healthcare leadership*, 8, 81.
- Lobo V., Fisher A., Ploeg J., Peachey G., Akhtar-Danesh N. (2013). A concept analysis of nursing overtime. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2401–2412.
- Maass, K., Liu, B., Daskin, M., Duck, M., Wang, Z., Mwenesi, R., y Schapiro, H. (2017). Incorporating nurse absenteeism into staffing with demand uncertainty. *Health care management science*, 20(1), 141-155.
- Maceira, D. (2006). Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino. En Flood, C. *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*. Buenos Aires: Editorial La Colmena.
- Martsof, G., Auerbach, D., Benevent, R., Stocks, C., Jiang, H., Pearson, M., ... y Gibson, T. (2014). Examining the value of inpatient nurse staffing: an assessment of quality and patient care costs. *Medical care*, 52(11), 982-988.
- Mazo, D. y Barrera, L. (2016). Factores relacionados con el absentismo laboral por causa médica en el personal de enfermería, Fundación Clínica del Norte, 2013–2014. *Revista CES salud pública*, 7(1), 3-16.
- Moscoso, N., Gómez, P., Montangie, P., y Zenobi, B. (2010). Absentismo en el sector enfermería: estudio de caso en un hospital privado de Argentina. *Rev Tesela*.
- Ministerio de Producción y Trabajo. Trabajo y Empleo – Salario. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/buscastrabajo/salario#1>.
- Mesa, F., y Kaempffer, A. (2004). 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Revista médica de Chile*, 132(9), 1100-1108.
- Miranda, D., Nap, R., De Rijk, A., Schaufeli, W., y Iapichino, G. (2003). Nursingactivities score. *Critical care medicine*, 31(2), 374-382.
- Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K., y Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *HealthAffairs*, 25(1), 204-211.
- Novick, M. y Galín P. (2003). Flexibilización del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. *En Representación OPS/OMS la Argentina: Observatorio de recursos humanos en salud en la Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones*. 58, Buenos Aires.
- Olivieri, I., y Noizeux, A. (2010). *Acerca de la naturaleza jurídica de aportes y contribuciones destinados a la seguridad social y sus implicancias*. Cuadernos del Instituto AFIP- C16.

- Organization for Economic Cooperation and Development. (2008). The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond? *Organisation for Economic Cooperation and Development*.
- OECD (2018), Nurses (indicador). doi: 10.1787/283e64de-en. Recuperado en: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2016). Indicadores de RHUS. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Recuperado en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/indicadores-de-rrhh>
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2016). Indicadores de RHUS. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Recuperado en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/enfermeria/2017/001-0524-Evolucion\\_de\\_ingresantes\\_y\\_egresados\\_segun\\_sistema\\_formador.\\_Total\\_pais.\\_Anos\\_2013-2016.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/enfermeria/2017/001-0524-Evolucion_de_ingresantes_y_egresados_segun_sistema_formador._Total_pais._Anos_2013-2016.pdf)
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2016). Informe Enfermería. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Recuperado en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/enfermeria/2017/informe-enfermeria\\_sept-2016-visto-enero-2017.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/enfermeria/2017/informe-enfermeria_sept-2016-visto-enero-2017.pdf)
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2016). Enfermería. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Recuperado en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php?option=com\\_content&view=article&id=296:enfermeria&catid=5:destacados-individuales296](http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php?option=com_content&view=article&id=296:enfermeria&catid=5:destacados-individuales296)
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2015). Los Recursos Humanos de Salud en Argentina. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Recuperado en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_fuerza\\_trabajo/RHuS\\_ARG\\_2015.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/RHuS_ARG_2015.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: informe de la Secretaría (No. EB138/37).
- OPS/OMS Recuperado en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11170%3Aabout-nursing&catid=8186%3Anursing&Itemid=41045&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11170%3Aabout-nursing&catid=8186%3Anursing&Itemid=41045&lang=es).
- Organización Panamericana de la Salud (2018). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.
- OPS (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington, D.C. Recuperado en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-Cond-Trab-RHS2012.pdf>
- Ortún Rubio, V. (1992). *La economía en sanidad y medicina*. Instrumentos y limitaciones. Barcelona: Ed. EUGE.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI.
- Pautassi L. (2006) El empleo en salud en la Argentina: La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención. En: Rico MN, Marco f, (coord). *Mujer y empleo: La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

- Peralvo Quishpe, A. y Pérez Pérez, E. (2018). Ausentismo laboral en el personal profesional de Enfermería del Hospital Carlos Andrade Marín en la ciudad de Quito, octubre 2017-marzo 2018 (Tesis de maestría). Quito: UCE.
- Pereyra, F. y Micha, A. (2015). Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires. *12º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Buenos Aires: ASET.
- Pereyra, F., y Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud colectiva*, 12, 221-238.
- Prieto L, Sacristán J., Pinto J., Badiac X., Antoñanzas F, y Del Llano J. (2004). Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. *Medicina Clínica (Barc)*, 122:423–9
- Puc-Valdez M., Rojas-Juarez M., Torres-Alvarez M., Lopez Sanchez G. (2005). Análisis de las causas de ausentismo injustificado con un grupo focal de enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 13(3), 141-146.
- Rajbhandary, S., y Basu, K. (2010). Working conditions of nurses and absenteeism: Is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Healthpolicy*, 97(2-3), 152-159.
- Rauhala, A., Kivimäki, M., Fagerström, L., Elovainio, M., Virtanen, M., Vahtera, J., ... y Kinnunen, J. (2007). What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 286-295.
- Resolución Ministerial 194 – 95 (1995). Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Resoluciones%20de%20Organismos%20Nacionales/Resolucion%20194-95%20del%20Ministro%20de%20Salud%20y%20Accion%20Social.pdf>
- Roelen, C., Mageroy, N., Van Rhenen, W., Groothoff, J., Van der Klink, J., Pallesen, S., ... y Moen, B. (2013). Low job satisfaction does not identify nurses at risk of future sickness absence: Results from a Norwegian cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 366-373.
- Russell, E., Hawkins, J., y Arnold, K. (2012). Guidelines for successful self-sRHEduling on nursing units. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 408-409.
- Samaniego, C. (1998). Ausentismo, rotación y productividad. En A. Rodríguez (Coords.): *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Madrid: Pirámide. (pp. 247-258).
- Schargrodsky, E., Mera, J. y Weinschelbaum, F. (2000). Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos de América Latina. Buenos Aires: Red de centros de investigación del departamento de investigación banco interamericano de desarrollo.
- Schreuder, J., Roelen, C., Koopmans, P., Moen, B., y Groothoff, J. (2010). Effort–reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 47(5), 569-576.
- Smet, P., Wauters, T., Mihaylov, M., y Berghe, G. (2014). The shift minimization personnel task scheduling problem: A new hybrid approach and computational insights. *Omega*, 46, 64-73.

- Stanik-Hutt, J., Newhouse, R., White, K., Johantgen, M., Bass, E., Zangaro, G., ... y Weiner, J. (2013). The quality and effectiveness of care provided by nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(8), 492-500.
- Trindade, L., Grisa, C., Ostrovski, V., Adamy, E., Ferraz, L., Amestoy, S., y Bordignon, M. (2014). Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario. *Enfermería Global*, 13(36), 138-146.
- Twigg D., Geelhoede E., Bremner A., y Duffield C. (2013) The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2253–2261.
- Velásquez, C. (2011) Características del Ausentismo y la Satisfacción Laboral en el Personal de Enfermería (Tesis). Universidad Nacional de Córdoba. Cordoba.
- World Health Organization (2014). World Health Statistics 2014. Recuperado en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2002). Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Geneve. Recuperado en: [https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/strategic\\_directions\\_en.pdf](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/strategic_directions_en.pdf)
- Wilson, W., Raj, J., Narayan, G., Ghiya, M., Murty, S., y Joseph, B. (2017). Quantifying burn-out among emergency medicine professionals. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 10(4), 199.



## 12. Anexos

### Anexo 1: Actividades, tiempos promedios para cada una y su valor en U.P.E (Unidad de Producción de Enfermería)

ACTIVIDADES	TIEMPO	U.P.E.
Entrevista al paciente	15'	5
Control de temperatura	6'	2
Control de Tensión Arterial	6'	2
Control de pulso	3'	1
Control de respiración	3'	1
Perímetros	3'	1
Curación simple	6'	2
Curación compleja	15'	5
Curación de escara	21'	7
Vendaje simple	3'	1
Vendaje elástico	3'	1
Faja de cuerpo	6'	2
Pruebas cualitativas en sangre	3'	1
Pruebas cualitativas en orina	3'	1
Pruebas cualitativas en materia fecal	3'	1
Medicación vía oral	3'	1
Medicación ocular	3'	1
Medicación ótica	3'	1
Medicación nasal	3'	1
Medicación sublingual	3'	1
Balance hidroelectrolítico	9'	3
Lavado de boca	3'	1
Confección de Kardex o tarjetero	6'	2
Confección de report	6'	2
Medicación intramuscular	6'	2
Medicación intravenosa	9'	3
Medicación subcutánea	6'	2
Medicación intradérmica	3'	1
Medicación cutánea	3'	1
Medicación rectal	6'	2
Medicación vaginal	6'	2
Medicación por tubuladura	3'	1
Venoclisis	18'	6
Control de goteo	3'	1
Control de permeabilidad del catéter	3'	1
Cambio de frasco	3'	1
Lavado de oído	9'	3
Control de peso	3'	1
Control de talla	3'	1
Asistencia en examen	9'	3
Nebulizaciones	9'	3
Proetz	12'	4
Asistencia en procedimientos invasivos	9'	3
Información al paciente	3'	1
Confección de registros	3'	1
Control de Presión Venosa Central	3'	1
Baño de cama	30'	10

Fuente: Resolución Ministerial 195

## Anexo 2: Salarios de RHE según el Convenio de 2017

<b>CONVENIO COLECTIVO DE TRABAJO N°122/75</b>			
<b>CATEGORIAS</b>	<b>DICIEMBRE 2016</b>	<b>JULIO 2017</b>	<b>OCTUBRE 2017</b>
Enfermeros/as de Cirugía y personal de esterilización	<b>15433,79</b>	<b>17440,18</b>	<b>18829,22</b>
Enfermeros/as de Piso o consultorio externos	<b>15009,29</b>	<b>16950,50</b>	<b>18311,33</b>
Personal Especializado en Terapia intensiva, Clímax, Unidad Coronaria, Nursey, Foniatría y Riñón artificial	<b>15009,29</b>	<b>16950,50</b>	<b>18311,33</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de Convenio 122/75 año 2016-año 2017

### Anexo 3: Tablas - Casusas de Ausentismo del RHE Análisis según mes y según servicio

Tabla 1: Días de ausentismo según la causa de en cada servicio en el RHE de adultos

Ser- vi- cio	CAUSA DE AUSENTISMO	MESES DEL AÑO 2017												To- tal de Días de Au- sen- tism o por Cau- sa
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
CUIDADO DE PACIENTES	JORNADA DE CAPACITACION						8			2		4		14
	AUSENTE CON AVISO												1	1
	AUSENTE SIN AVISO				8							1	1	10
	LICENCIA POR CONYUGE EN- FERMO				1									1
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	6	1	7	2	6	9	7	9	3	3		2	55
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO						1							1
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO	1						1		2				4
	LICENCIA POR VACACIONES	12	5	4	1					2	2	4	5	35
	Total	19	6	11	12	6	18	8	9	9	5	9	9	121
CUIDADO DE PACIENTES CORONARIOS	AUSENTE CON AVISO		1		2	4			1	2	3	1	8	22
	AUSENTE SIN AVISO				14			1	2			1	5	23
	LICENCIA DIA DE ESTUDIO											1		1
	LICENCIA GREMIAL		1					2	1	2		1	1	8
	LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO	3							1	2				6
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	1	1	2	1	6	6	8	14	9	8	5	9	80
	LICENCIA POR EXAMEN			2	1	1	2	7	1	3	8	6	9	40
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO												1	1
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO				3	1			2	2		3	2	13
	LICENCIA POR MADRE EN- FERMA							1						1
	LICENCIA POR MUDANZA		1							1				2
	LICENCIA POR VACACIONES	8	12	8	3	2	1			2	8	3	5	52
	SUSPENSION						1							1

	Total	12	16	12	24	14	10	19	22	3	27	20	41	250
CUIDADO PACIENTES EMERGENCIAS ADULTOS	AUSENTE CON AVISO			2	2	3	4	4	3	3	6	2	4	33
	AUSENTE SIN AVISO				13		1		1		1	3	3	22
	EXCEDENCIA						1							1
	LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO	1	3	4	2			3	4	1		3	3	24
	LICENCIA POR CITACION JUDICIAL	1												1
	LICENCIA POR CONYUGE ENFERMO										2			2
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	6	6	7	4	9	17	8	10	5	18	15	17	132
	LICENCIA POR EXAMEN					9	2	3		2	2	2	4	24
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO			1							1		1	3
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO	1		2	4	4	1	4		2	3	2	2	25
	LICENCIA POR HIJO II ENFERMO								1	1			1	3
	LICENCIA POR MATERNIDAD		2									1		3
	LICENCIA POR MUDANZA	1		1								1		3
	LICENCIA POR VACACIONES	10	10	7	3	4	1		1	6	4	5	8	59
	SUSPENSION										1			1
	Total	20	21	24	28	29	27	22	20	3	38	34	43	336
CUIDADO PACIENTES INT. GRAL 4. TO	JORNADA DE CAPACITACION											1		1
	AUSENTE CON AVISO	3	1	1	1	5	2	3	4	1	4	3	6	34
	AUSENTE SIN AVISO				6						1	2	2	11
	LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO			1								1		2
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	7	2	3	8	5	4	9	10	3	5	2	1	59
	LICENCIA POR EXAMEN			1		8	3	8	5		3	4		32
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO					1							1	2
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO		2	2			2	1		2	3	2	2	16
	LICENCIA POR NACIMIENTO												1	1
	LICENCIA POR VACACIONES	9	8	7	3	5		1		1	1	3	5	43
SUSPENSION							1						1	
	Total	19	13	15	18	24	11	23	19	7	17	18	18	202
CUIDADO PA- CIENCIAS INT.	AUSENTE CON AVISO						3		2			2		7
	AUSENTE SIN AVISO				4									4
	LICENCIA POR DONACION DE SANGRE							1						1
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	5		2	1	1	4	9	4	1	0	2	7	54

	LICENCIA POR EXAMEN							1		1	3	3		8	
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO			1			1							2	
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO	2			3						1	1		7	
	LICENCIA POR MATERNIDAD										1			1	
	LICENCIA POR VACACIONES	9	8	3	3	3		2		5	2	2	6	43	
	Total	14	10	6	11	4	8	13	6	1	6	9	15	15	127
CUIDADO PACIENTES INT. GRAL 6. TO	JORNADA DE CAPACITACION							1		1	3		1	6	
	AUSENTE CON AVISO	1	1			2	1			2	1	2		10	
	AUSENTE SIN AVISO	1		1	3								2	7	
	LICENCIA GREMIAL		2	2	2	2	1	3	1	3	1	2	3	22	
	LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO								3	1				4	
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	9	2	5	6	6	10	3	3	3	13	1	4	65	
	LICENCIA POR EXAMEN			1		7	2	8	1		4	6	3	32	
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO				1		1							2	
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO					1		2		1			1	5	
	LICENCIA POR MUDANZA							1						1	
	LICENCIA POR NACIMIENTO					1								1	
	LICENCIA POR VACACIONES	9	5	5	2	1					1	1	5	29	
	RESERVA DE PUESTO							1						1	
Total	20	10	14	14	20	16	18	8	1	2	23	11	19	185	
CUIDADO DE PACIENTES INTENSIVOS ADULTOS	AUSENTE CON AVISO	1	3		5	2	3	1		6	3	1	4	29	
	AUSENTE SIN AVISO				6						1	2	1	10	
	LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO	1	3	2	4		2						5	17	
	LICENCIA POR CONYUGE ENFERMO								1	1				2	
	LICENCIA POR DONACION DE SANGRE											1		1	
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	9	8	7	6	11	10	22	14	2	7	4	8	118	
	LICENCIA POR EXAMEN			2			1	1	2	1	4	9	3	23	
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO					2								2	
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO				1	2	4							7	
	LICENCIA POR HIJO II ENFERMO							2						2	
	LICENCIA POR MADRE ENFERMA		1									1		2	
	LICENCIA POR MUDANZA		1		1									2	
	LICENCIA POR NACIMIENTO												1	1	
LICENCIA POR VACACIONES	15	4	7	7	3		1		1	2	2	11	53		

	Total	26	20	18	30	20	22	25	17	2	1	18	19	33	269
CIUDADOS PA- CIUDAD DE MADRID	AUSENTE CON AVISO									1	1				2
	AUSENTE SIN AVISO	1			1										2
	LICENCIA POR ENFERMEDAD			1	1	1	1								4
	LICENCIA POR EXAMEN					1		1	1			1	3		7
	LICENCIA POR VACACIONES		2								1			1	4
	Total	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	3	1		19
CUIDADO DE PACIENTES DE DELEGACIÓN AMBULATORIO	AUSENTE SIN AVISO				2										2
	LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO								3	4	5				12
	LICENCIA POR CONYUGE ENFERMO						1								1
	LICENCIA POR ENFERMEDAD				1								2		3
	LICENCIA POR EXAMEN					1									1
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO					1									1
	LICENCIA POR VACACIONES	1	2											1	4
	Total	1	2		3	2	1		3	4	5	3			24
CUIDADO DE PA- CIUDAD DE DE	LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO								3		1	1			5
	LICENCIA POR ENFERMEDAD				1			3	4	1					9
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO			1										1	2
	LICENCIA POR VACACIONES	1	1		1						2		1		6
	Total	1	1	1	2	0	0	3	7	1	3	1	2		22
CIUDADOS DE PA- CIUDAD DE TAMO	AUSENTE CON AVISO		1	1	1	1									4
	LICENCIA POR ENFERMEDAD	1		1		9	2	2		1	2				18
	LICENCIA POR EXAMEN				1	4	2	3							10
	LICENCIA POR FALLECIMIENTO										1				1
	LICENCIA POR HIJO I ENFERMO						1			1					2
	LICENCIA POR VACACIONES	2			1					1	1				5
	Total	3	1	2	3	14	5	5		3	4				40
<b>TOTAL</b>										1					
	<b>Total Mensual</b>	13	10	10	14	13	11	13		3	15	13	18		159
		6	2	4	7	5	9	7	112	8	1	3	1		5

**Tabla 2: Días de ausentismo según la causa en el RHE de adultos**

CAUSAS DEL AUSENTISMO	MESES DEL AÑO 2017												Total general
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
JORNADA DE CAPACITACION						9			3	3	5	1	21
AUSENTE CON AVISO	5	7	4	11	17	13	8	10	15	18	11	23	142
AUSENTE SIN AVISO	2		1	57		1	1	3		3	9	14	91
EXCEDENCIA						1							1
LICENCIA DIA DE ESTUDIO												1	1
LICENCIA GREMIAL		3	2	2	2	1	5	2	5	1	3	4	30
LICENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO	5	6	7	6		2	3	14	8	6	5	8	46
LICENCIA POR CITACION JUDICIAL	1												1
LICENCIA POR CONYUGE ENFERMO				1		1		1	1	2			6
LICENCIA POR DONACION DE SANGRE							1				1		2
LICENCIA POR ENFERMEDAD	44	20	35	31	54	63	71	68	67	58	36	50	597
LICENCIA POR EXAMEN			6	2	31	12	32	10	7	25	33	19	177
LICENCIA POR FALLECIMIENTO			2	1	3	3				2		3	14
LICENCIA POR HIJO I ENFERMO	2	4	5	11	9	8	8	2	10	7	8	8	82
LICENCIA POR HIJO II ENFERMO						2		1	1			1	5
LICENCIA POR MADRE ENFERMA		1					1			1			3
LICENCIA POR MATERNIDAD		2								1	1		4
LICENCIA POR MUDANZA	1	2	1	1			1		1		1		8
LICENCIA POR NACIMIENTO					1							2	3
LICENCIA POR VACACIONES	76	57	41	24	18	2	4	1	20	23	20	47	333
RESERVA DE PUESTO							1						1
SUSPENSION						1	1			1			3
Total general	13	10	10	14	13	11	13	11	13	15	13	18	159
	6	2	4	7	5	9	7	2	8	1	3	1	5

Fuente Elaboración Propia.

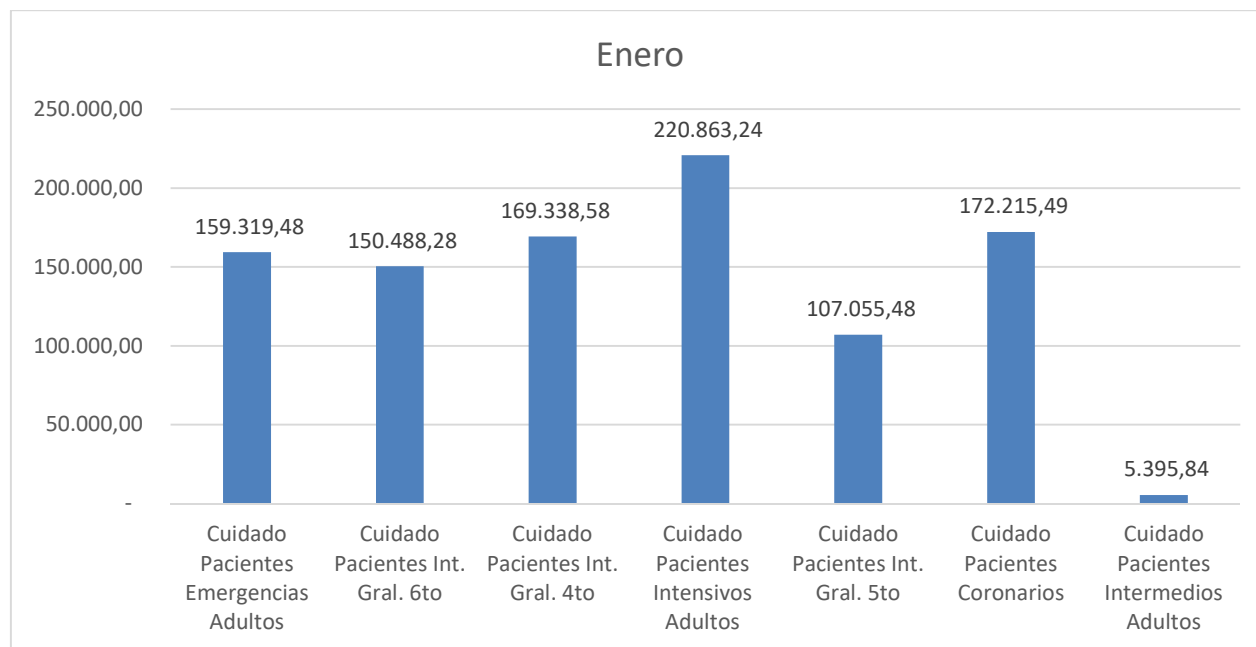
**Tabla 3: Ausentismo total Anual**

SERVICIOS	MESES DEL AÑO 2017												Total general
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Cuidado de Pacientes	19	6	11	12	6	18	8	9	9	5	9	9	121
Cuidado Pacientes Coronarios	12	16	12	24	14	10	19	22	33	27	20	41	250
Cuidado Pacientes Emergencias Adultos	20	21	24	28	29	27	22	20	30	38	34	43	336
Cuidado Pacientes Int. Gral. 4to	19	13	15	18	24	11	23	19	7	17	18	18	202
Cuidado Pacientes Int. Gral. 5to	14	10	6	11	4	8	13	6	16	9	15	15	127
Cuidado Pacientes Int. Gral. 6to	20	10	14	14	20	16	18	8	12	23	11	19	185
Cuidado Pacientes Intensivos Adultos	26	20	18	30	20	22	25	17	21	18	19	33	269
Cuidado Pacientes Moderados	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	3	1	19
Cuidado Pacientes Rec. Ambulatoria	1	2		3	2	1		3	4	5	3		24
Cuidado Pacientes Rec. Anestésica	1	1	1	2			3	7	1	3	1	2	22
Cuidado Pacientes TAMO	3	1	2	3	14	5	5		3	4			40
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>159</b>
	6	2	4	7	5	9	7	2	8	1	3	1	5

Fuente: Elaboración propia.

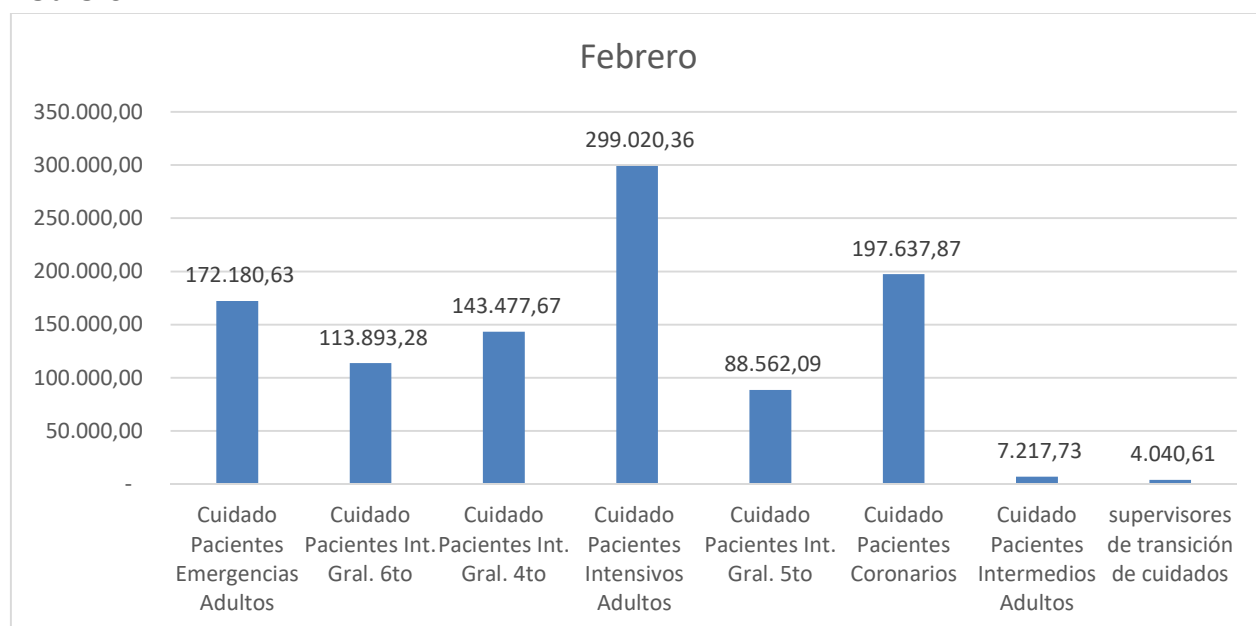
## Anexo 4: Gráficos - Estimación de Costos de Horas Extras del RHE requeridas en el periodo – Análisis según mes y según servicio

### Enero



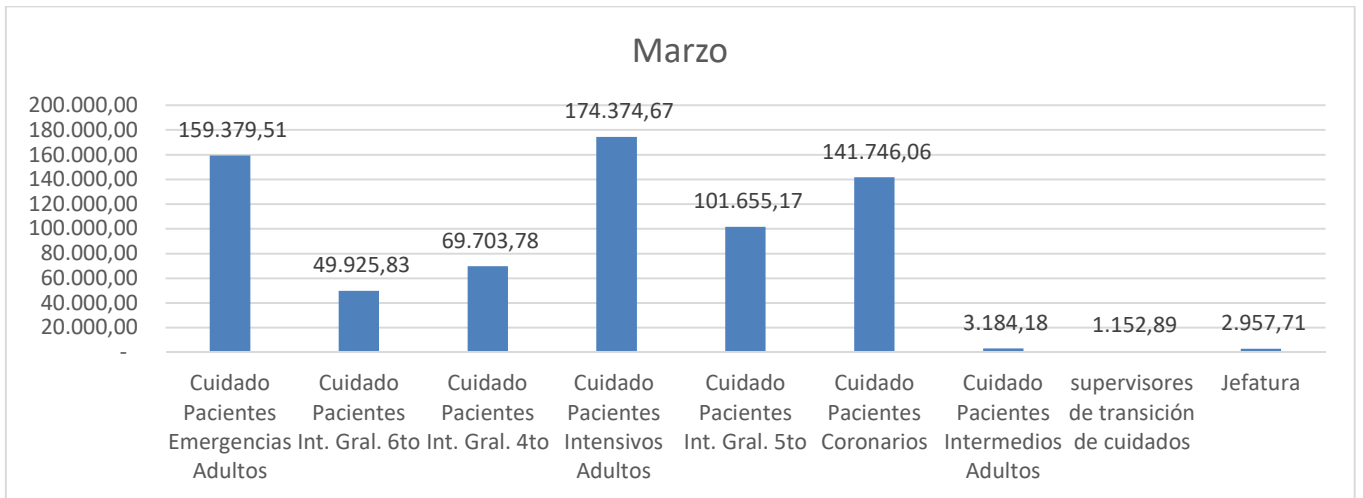
Fuente: elaboración propia.

### Febrero



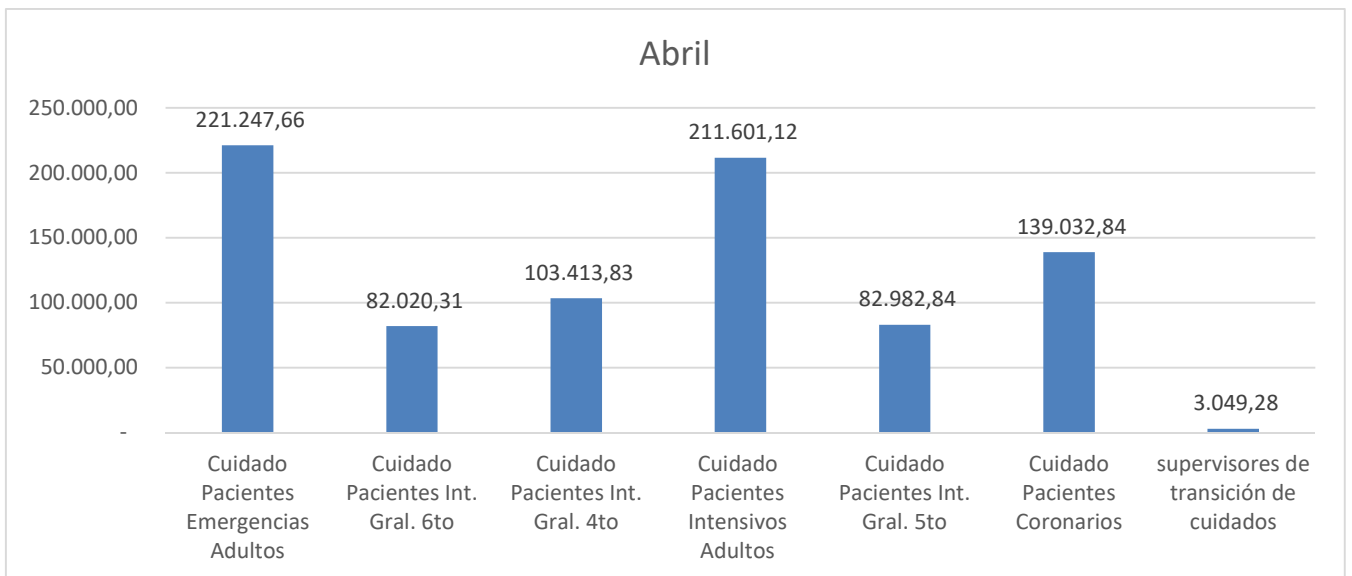
Fuente: elaboración propia.

## Marzo



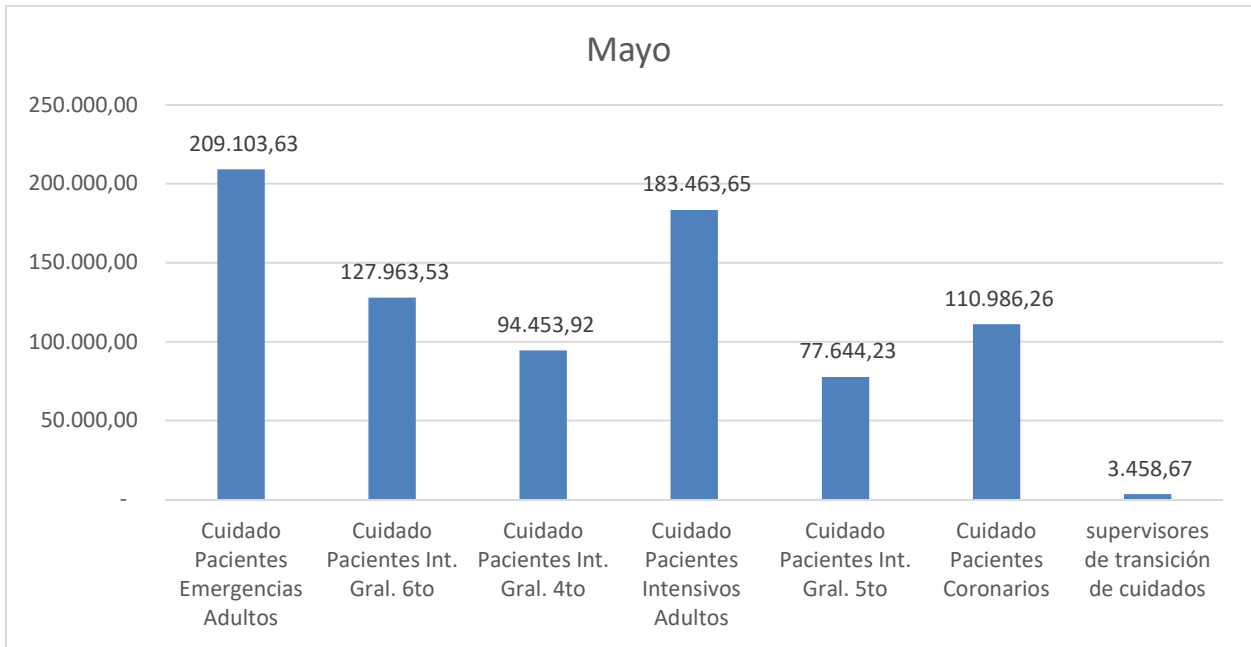
Fuente: elaboración propia.

## Abril



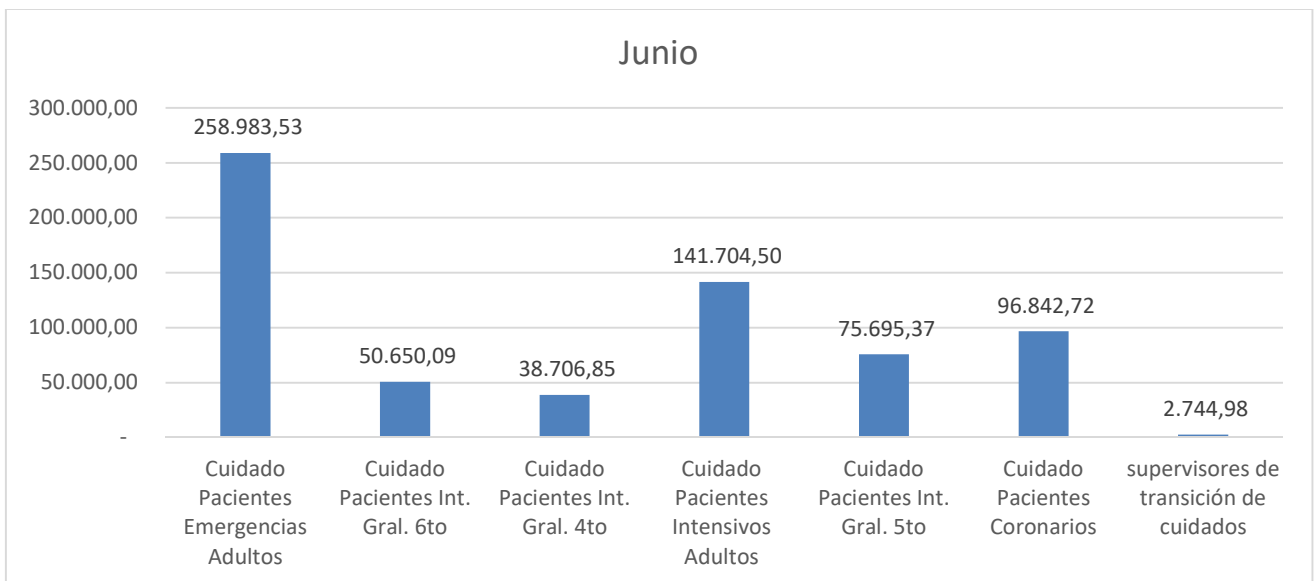
Fuente: elaboración propia.

## Mayo



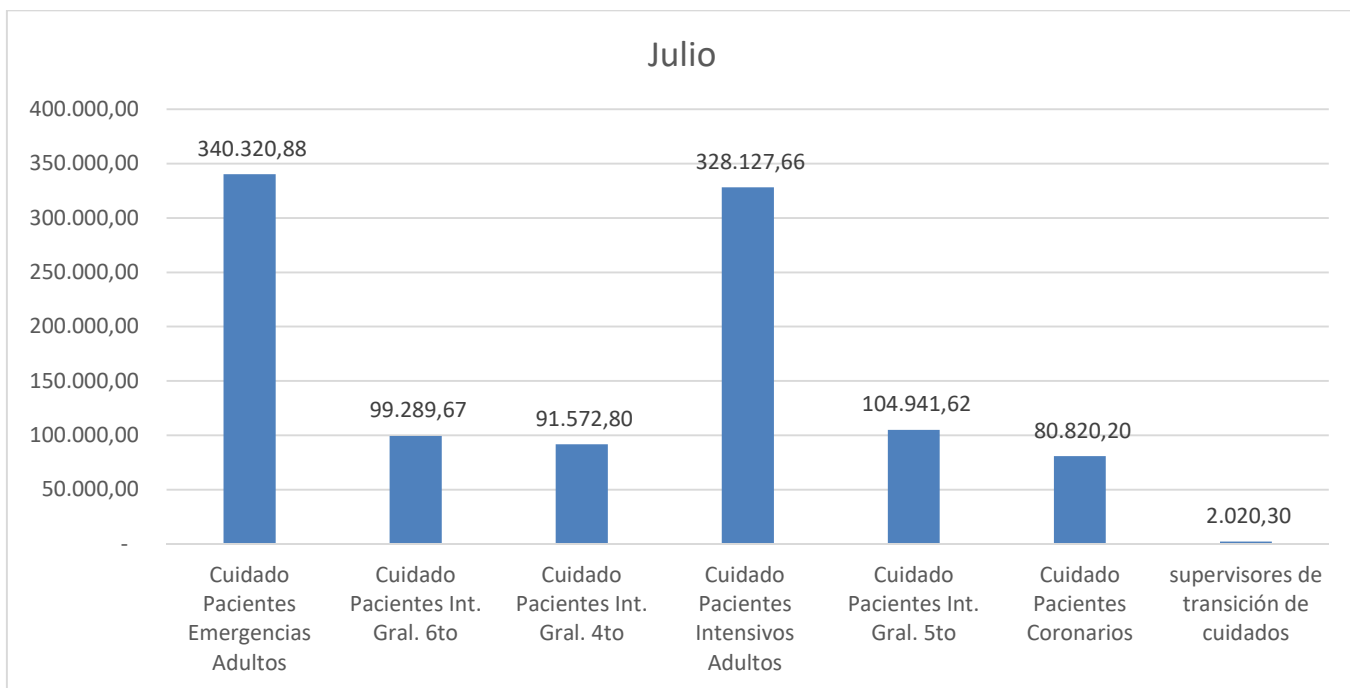
Fuente: elaboración propia.

### Junio



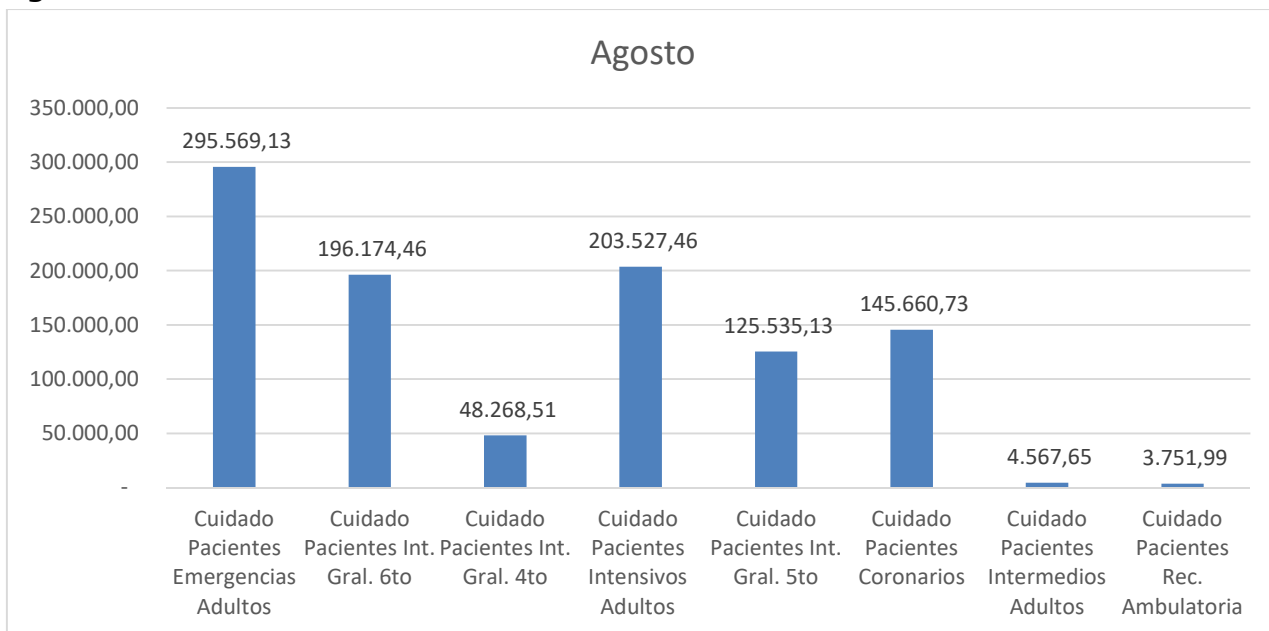
Fuente: elaboración propia.

## Julio



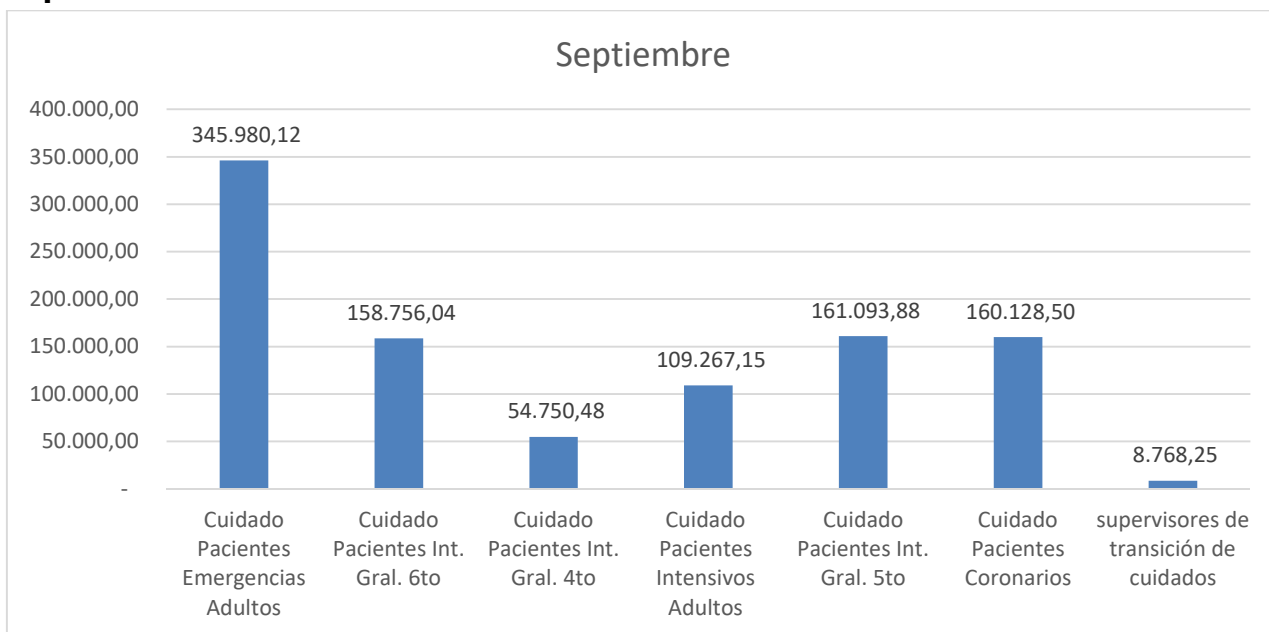
Fuente: elaboración propia.

## Agosto



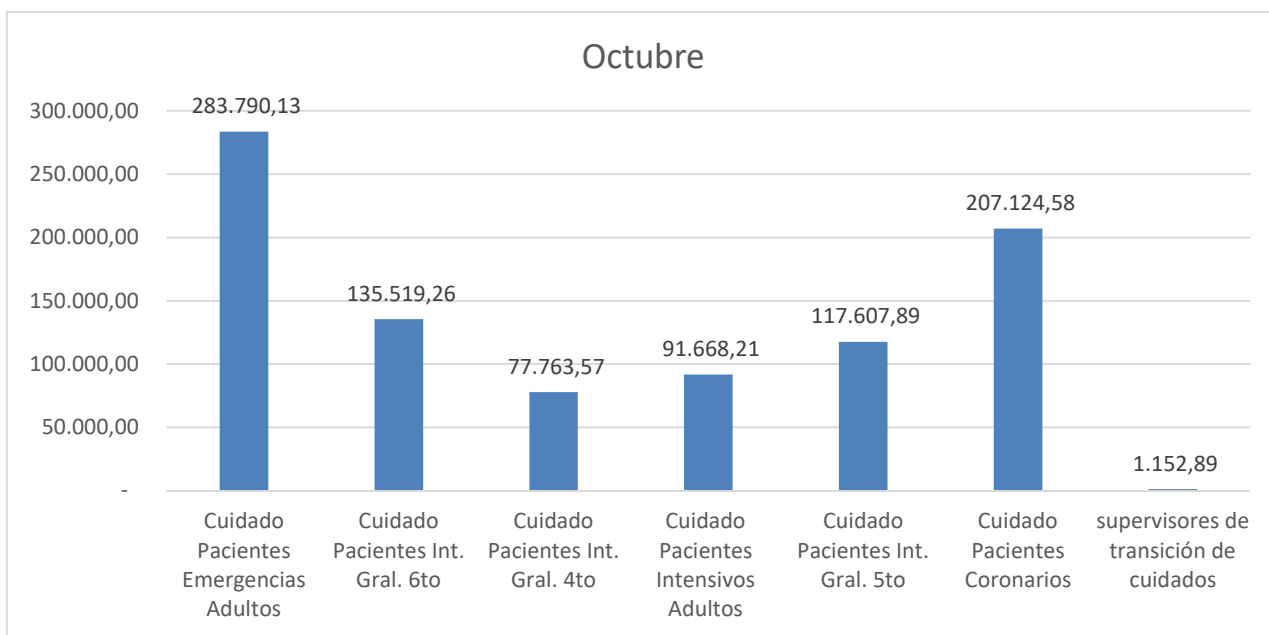
Fuente: elaboración propia.

## Septiembre



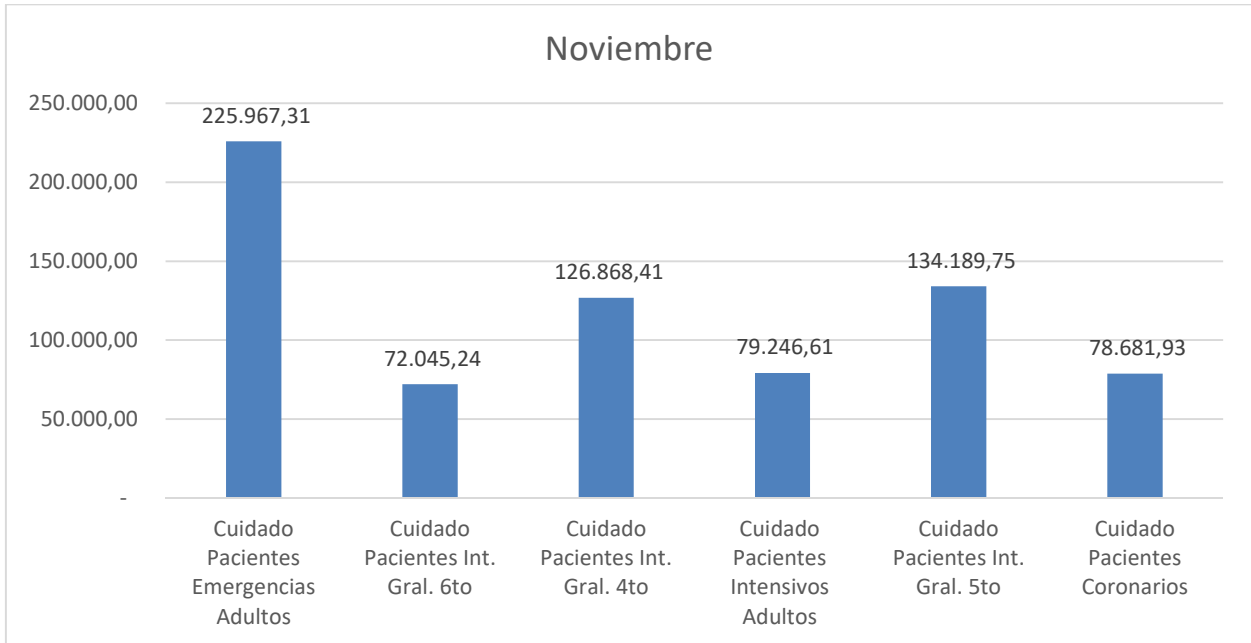
Fuente: elaboración propia.

## Octubre



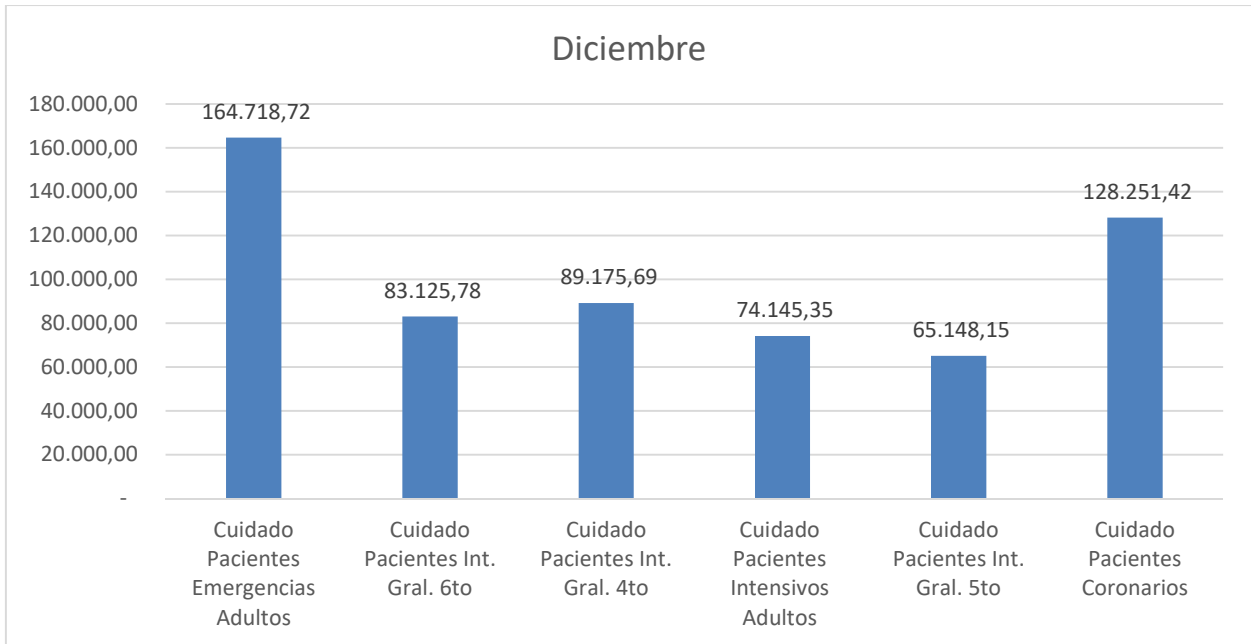
Fuente: elaboración propia.

## Noviembre



Fuente: elaboración propia.

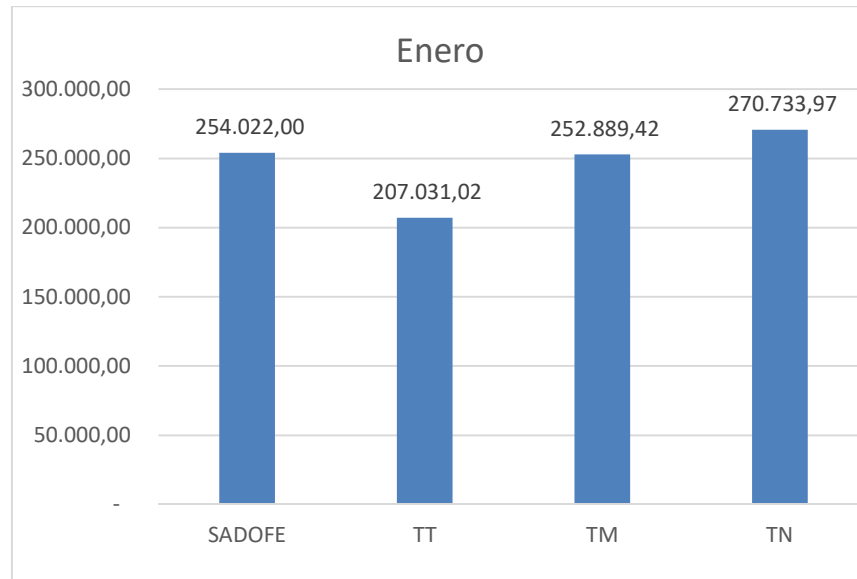
## Diciembre



Fuente: elaboración propia.

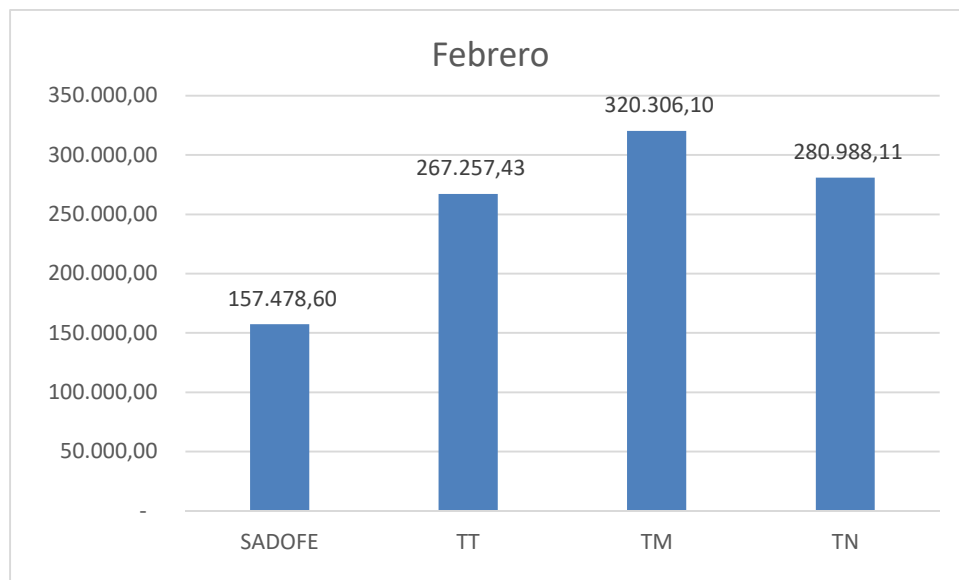
## Anexo 5: Gráficos - Estimación de Costo de Horas Extras del RHE requeridas en el periodo – Análisis según mes y según turno

### Enero



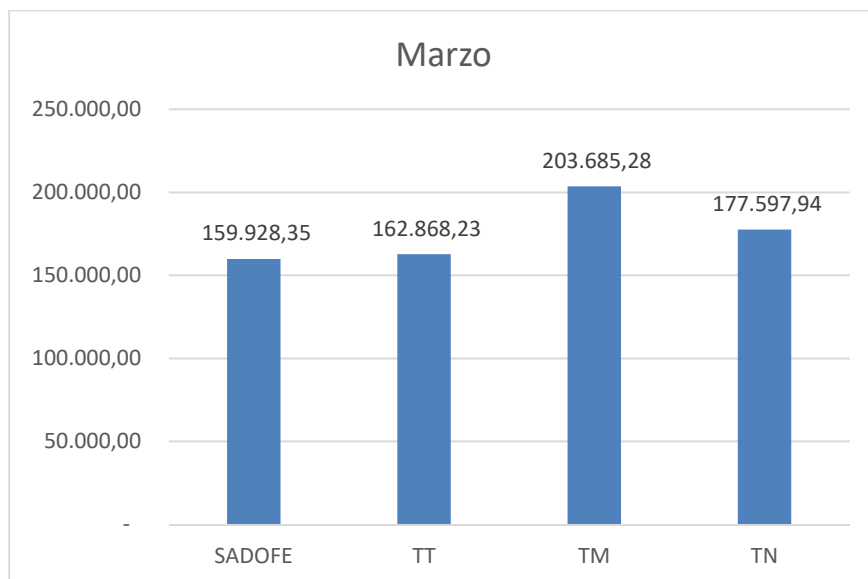
Fuente: elaboración propia.

### Febrero



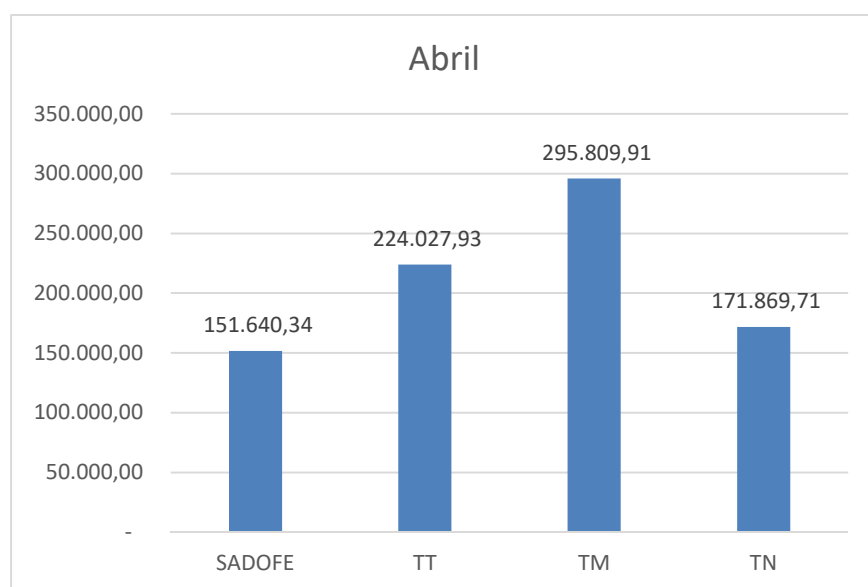
Fuente: elaboración propia.

## Marzo



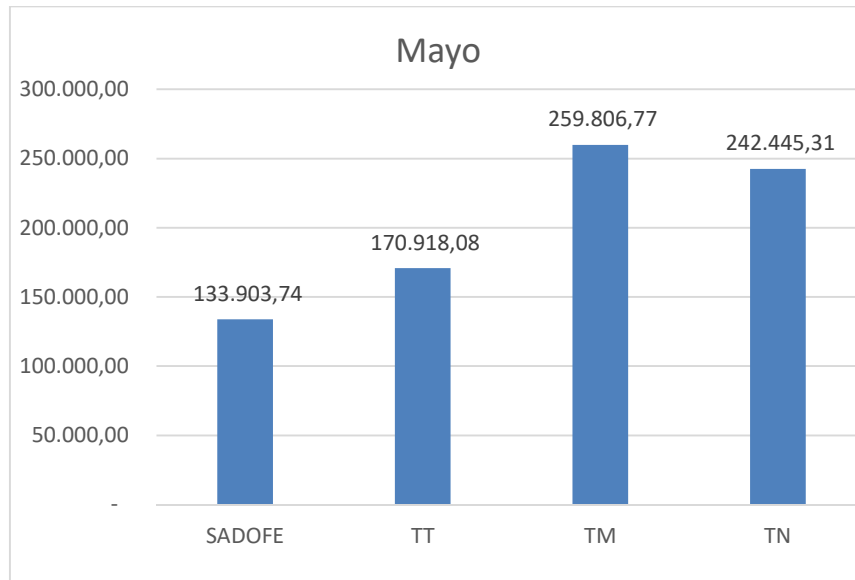
Fuente: elaboración propia.

## Abril



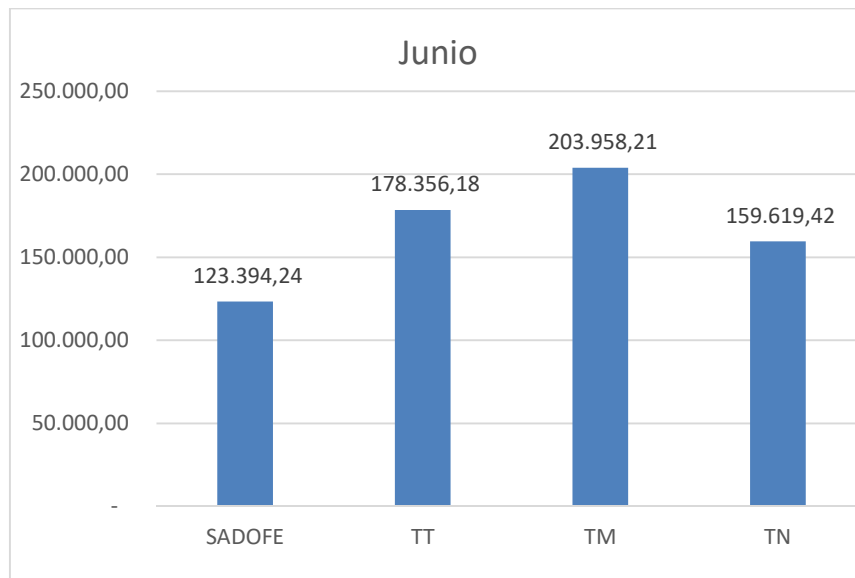
Fuente: elaboración propia.

## Mayo



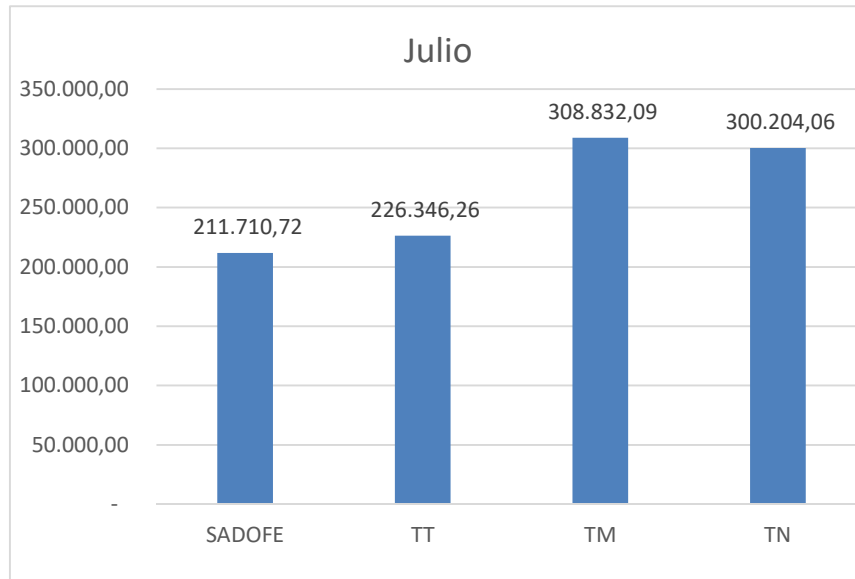
Fuente: elaboración propia.

## Junio



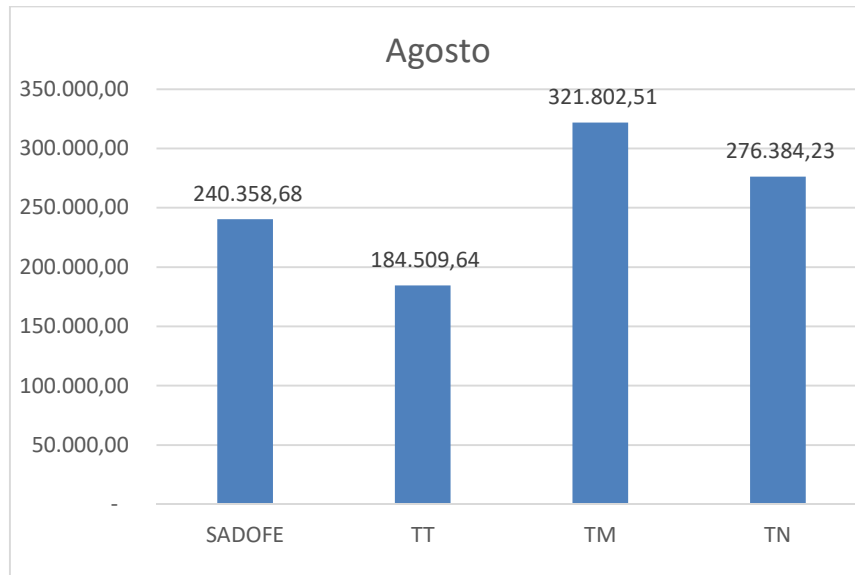
Fuente: elaboración propia.

## Julio



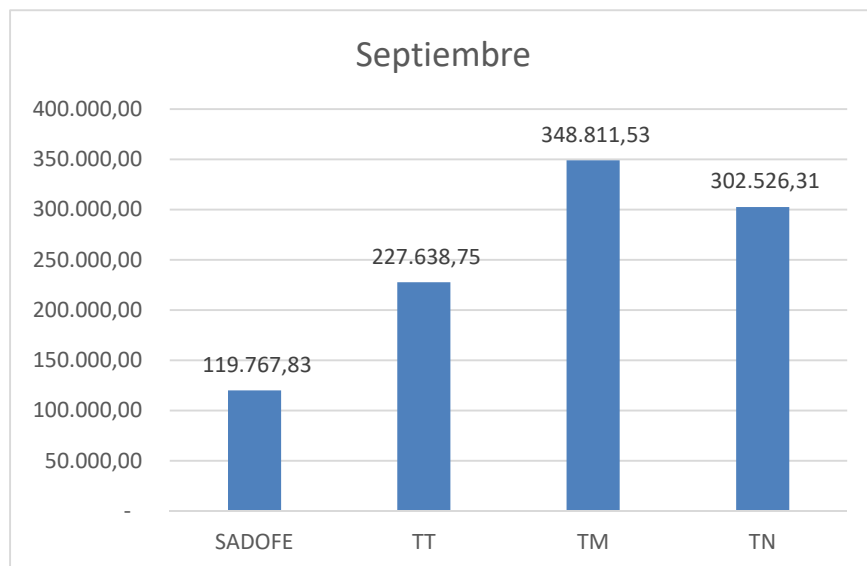
Fuente: elaboración propia.

## Agosto



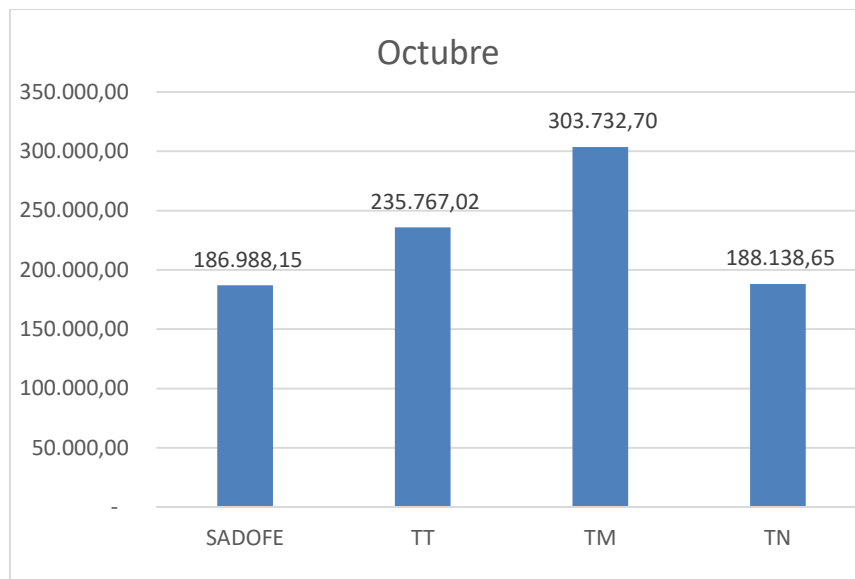
Fuente: elaboración propia.

## Septiembre



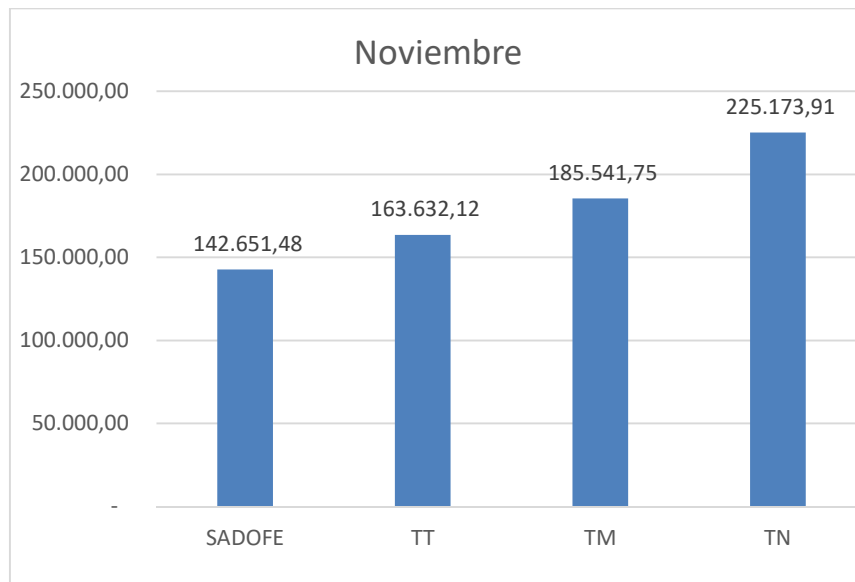
Fuente: elaboración propia.

## Octubre



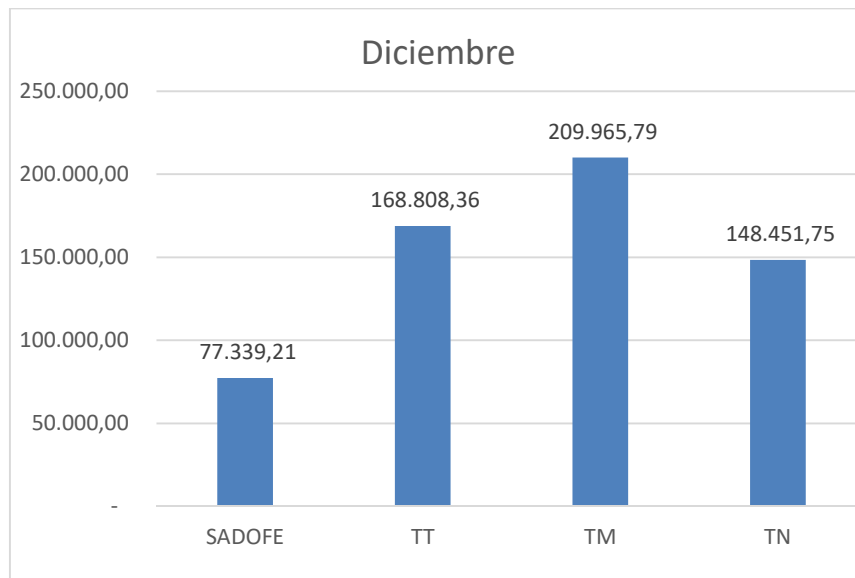
Fuente: elaboración propia.

## Noviembre



Fuente: elaboración propia.

## Diciembre



Fuente: elaboración propia.