

# La gestión de los profesionales

Julio Villalobos Hidalgo

PID\_00152111



Universitat Oberta  
de Catalunya

[www.uoc.edu](http://www.uoc.edu)



# Índice

<b>Introducción</b> .....	7
<b>Objetivos</b> .....	10
<b>1. Las peculiaridades de las organizaciones sanitarias</b> .....	11
1.1. La organización empresarial .....	11
1.2. La especialidad del sector sanitario .....	14
1.3. El hospital como empresa .....	15
<b>2. La gestión de los profesionales</b> .....	20
2.1. Evolución histórica .....	20
2.2. Funciones de la dirección de RR.HH. ....	22
<b>3. La gestión de los profesionales en las organizaciones sanitarias</b> .....	24
3.1. El personal estatutario .....	24
3.2. Los problemas de gestión .....	25
3.3. Algunas propuestas de solución .....	29
<b>4. Motivación y satisfacción de los profesionales</b> .....	32
4.1. Motivación .....	32
4.2. Calidad de vida profesional .....	34
4.3. Satisfacción y su medida .....	35
4.4. Clima laboral .....	36
<b>5. La comunicación en las organizaciones sanitarias</b> .....	39
5.1. El proceso de la comunicación .....	39
5.2. El flujo de las comunicaciones .....	40
5.3. Barreras en la comunicación .....	41
5.4. Errores en la comunicación .....	42
5.5. La comunicación interna .....	43
5.6. Acogida del profesional en la organización .....	44
5.7. Los sistemas de información en las organizaciones sanitarias ....	46
<b>6. Definición de los puestos de trabajo</b> .....	49
6.1. Especialización del puesto de trabajo .....	50
6.2. Diseño del puesto de trabajo .....	53
6.3. Competencias y habilidades .....	57
<b>7. La planificación de los recursos humanos</b> .....	61
7.1. La planificación .....	61

7.2. Cálculo de plantillas .....	62
<b>8. Reclutamiento y selección de los profesionales.....</b>	<b>67</b>
8.1. Requisitos para el reclutamiento .....	67
8.2. Reclutamiento .....	68
8.3. Selección .....	69
<b>9. Gestión de los conflictos.....</b>	<b>71</b>
9.1. Definición y modelos del conflicto .....	71
9.2. La negociación .....	75
<b>10. Evaluación y gestión del rendimiento.....</b>	<b>77</b>
10.1. Medida del rendimiento .....	78
10.2. Errores en la valoración .....	79
10.3. La gestión del rendimiento .....	80
<b>11. La gestión de las retribuciones.....</b>	<b>82</b>
11.1. Las retribuciones .....	82
11.2. Conciliación del trabajo con la vida familiar .....	88
11.3. Las retribuciones en el Sistema Sanitario público español .....	91
11.4. Formas retributivas en el Sistema Sanitario público español .....	95
11.4.1. Retribución a los médicos .....	97
<b>12. La formación continua de los profesionales.....</b>	<b>100</b>
<b>13. El desarrollo de la carrera profesional.....</b>	<b>103</b>
13.1. Exigencias para el desarrollo de la carrera profesional .....	104
13.2. Desarrollo de la carrera profesional .....	105
13.3. Tipos de carreras profesionales .....	105
13.4. La carrera profesional en el Sistema Sanitario público .....	106
13.5. Ejemplos de desarrollo de carreras profesionales .....	109
13.5.1. Modelo de desarrollo profesional de la Fundación Puigvert, Barcelona, para facultativos .....	109
13.5.2. Carrera profesional para médicos del Hospital Clínico de Barcelona .....	109
13.5.3. Modelo de carrera profesional de la Red de Hospitales de Utilización Pública de Cataluña (RHUP, RSUP). Propuesto desde la Unión Catalana de Hospitales (UCH) .....	110
13.5.4. Carrera Profesional del Instituto Catalán de la Salud (ICS) .....	111
13.5.5. Otros modelos .....	112
13.5.6. Una de las últimas propuestas ha sido la del Servicio de Salud del País Vasco (Osakidetza) .....	112
13.5.7. Carrera profesional de enfermería propuesta por el Sindicato de Enfermería (SATSE) .....	115

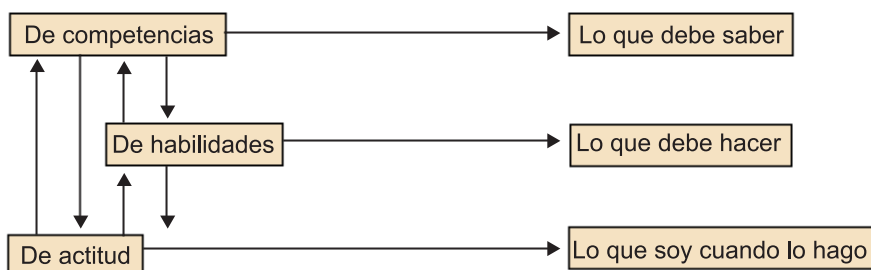
13.5.8. Ejemplo de carrera profesional para los diplomados sanitarios del Servicio Canario de Salud .....	115
<b>14. Convenios colectivos y estatutos.....</b>	<b>117</b>
14.1. Entorno público y entorno privado .....	117
14.2. El convenio colectivo .....	119
<b>15. La acción sindical en las organizaciones sanitarias.....</b>	<b>122</b>
15.1. Los sindicatos en las organizaciones sanitarias públicas .....	122
15.2. Los planteamientos sindicales .....	122
<b>16. Las organizaciones sanitarias del futuro.....</b>	<b>126</b>
16.1. Tendencias sociales .....	127
16.2. Tendencias políticas .....	129
16.3. Tendencias económicas .....	130
16.4. El futuro de las organizaciones sanitarias .....	131
<b>17. Potencialidades para el cambio.....</b>	<b>135</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>139</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>143</b>



## Introducción

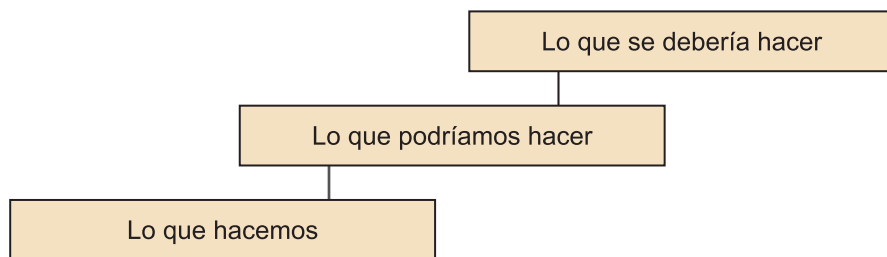
Los recursos humanos representan en toda empresa de servicios, y las organizaciones sanitarias lo son, su máximo valor tanto por su entidad económica como por su valor estratégico para la excelencia de la empresa, su competitividad y su supervivencia. Por esta razón este módulo debería ser, para cualquier directivo, uno de los más importantes de todo el máster.

Las competencias de los profesionales, entendida de forma global, abarcan no sólo los conocimientos necesarios para llevar a cabo las tareas por las que los contratamos, sino también su habilidad para realizarlo y especialmente su actitud, su motivación para llevarla a cabo. Estas tres competencias no están aisladas sino que se retroalimentan, por lo cual sólo un equilibrio dinámico de las mismas permitirá su eficiencia en la organización.



Sin embargo, dadas las especiales características del sector, donde la mayoría de las organizaciones sanitarias están sometidas a la tutela pública –sus restricciones de carácter legal, políticas, sindicales y corporativas, la dificultad de una competencia real de mercado y su protección–, las herramientas que podemos describir como "el estado del arte" en recursos humanos (RR.HH.) quedan desgraciadamente lejos de las posibilidades de aplicación real en la mayoría de los casos de las empresas sanitaria públicas.

Desarrollaremos el módulo en tres planos que se irán entrecruzando a lo largo del mismo. **El primer plano** es lo que actualmente hacen y lo que harán en el futuro las empresas excelentes; **el segundo plano** se referirá a lo que hacen las organizaciones sanitarias más evolucionadas que han surgido en los últimos años con nuevas formas organizativas que les permiten un mayor margen de maniobras, o aquellas otras que a pesar del corsé de la gestión pública han logrado desarrollar algunas experiencias interesantes; mientras que **el tercer plano** se referirá a lo que la mayoría de los hospitales públicos y muchos de los hospitales privados hacen en el ámbito de la administración, que no gestión, de los recursos humanos de sus organizaciones.



Posibilidad y realidad de la gestión de los RR.HH.

Hemos intentado, en este módulo, dar una visión de los recursos humanos **desde la perspectiva de la alta dirección**, huyendo de metodologías específicas muchas veces coyunturales y a disposición de los interesados en la literatura y bibliografía recomendada.

La función del departamento de RR.HH. de la empresa es la de apoyar, y no suplantar, a los directores de cada una de las áreas de la empresa; así, el departamento de RR.HH. puede desarrollar un método para ayudar a los directores a medir el rendimiento de sus profesionales, pero es el director del departamento quien debe hacer la evaluación. Los directivos de RR.HH. deben conocer la empresa en profundidad, no sólo en lo que se refiere a las personas sino también en lo relativo a temas financieros, tecnológicos u organizativos. Para el buen funcionamiento de la empresa es preciso que los directores y el departamento de RR.HH. trabajen en equipo, lo cual a veces no es fácil, por lo que es labor de la gerencia lograrlo.

Aunque algunos conceptos ya se han comentado en algunos módulos anteriores de este máster, es obligado volver sobre la especial tipología de las organizaciones sanitarias y especialmente las hospitalarias y su especificidad, ya que éstas condicionan la gestión de los recursos humanos en las mismas. Sería imposible hablar de los derroteros que tomará la gestión moderna de los recursos humanos en este sector sin al menos dar unas pinceladas de cómo serán nuestras organizaciones sanitarias en los próximos años.

Hablaremos sobre el papel de nuestros profesionales en el pasado, presente y futuro de nuestras organizaciones. De la gestión en contraposición con la administración de los recursos humanos. De cómo seleccionarlos, formarlos, estimularlos, motivarlos y retenerlos. Del papel de la dirección de recursos humanos como elemento estratégico clave en la evolución de la empresa.

La gestión de los recursos humanos es un tema complejo, no por la dificultad técnica que lleva aparejada, sino por la gran dificultad de implantar cualquier cambio que afecte a las personas, por el rechazo natural ante el cambio y por la cantidad de intereses políticos, sindicales, profesionales, corporativos y personales que hay inmersos en cualquier asunto relacionado con las personas



y sus puestos de trabajo en una sociedad donde la mayor aspiración de una gran parte de los trabajadores es la de tener un puesto vitalicio en la Administración pública.

Dada la variedad de asistentes a este máster, tanto en lo que se refiere a su procedencia como a su formación y a su experiencia en el sector, y aunque hemos intentado generalizar lo más posible para abarcar el máximo espectro de su interés, necesariamente hemos tenido que recurrir a aquellos ejemplos que nos son más familiares, ceñidos a los hospitales públicos, en la seguridad de que con el contacto diario durante el desarrollo del módulo tendremos la oportunidad de particularizar aquellos procesos que tengan un mayor interés para los asistentes.

**Nota**

Al inicio de cada unidad se plantea una serie de preguntas sobre el tema que se va a tratar. Leedlas atentamente y escribid las respuestas, ya que al final de la unidad deberéis revisar lo que habéis respondido. Este ejercicio os servirá para objetivar los conocimientos adquiridos con su estudio.

## Objetivos

Este módulo, concebido, desde una visión directiva de la gestión de los profesionales de las organizaciones sanitarias, pretende:

1. Entender la función de los profesionales en las organizaciones sanitarias, en toda su complejidad.
2. Entender la necesidad de motivarlos y la forma de hacerlo.
3. Comprender el complejo proceso de la comunicación interna en el medio hospitalario y cómo llevarlo a cabo eficientemente.
4. Comprender la diferenciación en los puestos de trabajo y cómo definirlos.
5. Comprender la necesidad de la planificación y cómo definir las plantillas de un hospital.
6. Comprender el proceso de selección y reclutamiento de los profesionales.
7. Aprender a gestionar los conflictos mediante la negociación. Los convenios colectivos y el estatuto marco.
8. Cómo evaluar y gestionar los rendimientos y las retribuciones.
9. Conocer el desarrollo de la carrera profesional y la formación en las organizaciones sanitarias.
10. Conocer la acción sindical en nuestras organizaciones.
11. Tener una visión del futuro de las organizaciones sanitarias y nuestra potencialidad para el cambio.

¡Iniciamos un apasionante viaje en el conocimiento, por un medio, la Red, que hasta hace unos años nos hubiera parecido un sueño! ¡Vuestra participación activa enriquecerá el módulo y nos beneficiará a todos!

# 1. Las peculiaridades de las organizaciones sanitarias

## Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación. Escribid vuestras respuestas y guardadlas.

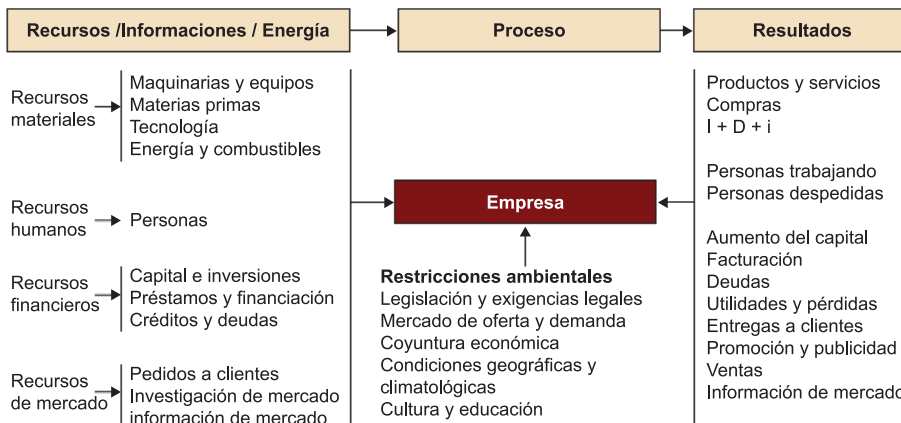
1) A vuestro criterio, ¿cuáles son las principales diferencias entre una empresa que produce bienes de consumo –por ejemplo, una fábrica de coches– y una empresa de servicios –por ejemplo un restaurante?

2) A vuestro criterio, ¿cuáles son las principales diferencias entre una empresa de servicios no sanitaria –un restaurante– y una organización sanitaria –un hospital?

3) ¿Cuál es el producto/servicio fundamental que oferta un hospital? Definidlo

### 1.1. La organización empresarial

La Teoría General de los Sistemas considera la empresa como un sistema abierto, que puede ser representado de forma esquemática.



Las organizaciones sanitarias públicas, y como paradigma sus hospitales, por la legislación a la que están sometidos, presentan algunas diferencias con respecto a las empresas no públicas en cuanto a su gestión, aunque tienen otra serie de peculiaridades, que comentaremos más adelante, que las hacen diferentes y muy complejas de gestionar.

- 1) **Con relación a los recursos materiales**, ambos tipos de organización son similares, aunque cuantitativamente el uso de la maquinaria y de las materias primas es mucho menor al tratarse de una empresa de servicios.
- 2) **Con relación a los recursos humanos**, la gestión de la organización pública es más compleja, al depender de ellos la realización de los servicios, en un entorno legislativo con muy poca flexibilidad.
- 3) **Con relación a los recursos financieros**, es mucho más simple, al depender de unos presupuestos fijados y sin una excesiva dependencia de los resultados, al no estar vinculados los mismos con su permanencia.
- 4) **Con relación al mercado**, la gestión es poco compleja, ya que la mayoría de los clientes están cautivos, dependiendo de su área de influencia. Al contrario de la mayoría de las empresas, el problema de las organizaciones públicas es el exceso de demanda.
- 5) **Con relación a los resultados**, existe poca preocupación por los mismos, en el sentido de preocupación de la empresa privada, ya que su futuro no depende de su consecución. Se busca un logro más académico, de prestigio y de cumplimiento de objetivos pactados que de resultados económicos.
- 6) **Gran preocupación por la formación y la investigación**, sin que la misma esté orientada a los objetivos finales de la organización, sino a los objetivos profesionales y personales.
- 7) **Poca preocupación por las deudas**, ya que en muchos casos su liquidez no depende de las propias organizaciones, sino de los servicios centrales de las comunidades autónomas.
- 8) **Poca preocupación por la facturación y los cobros**, ya que no tiene una repercusión directa sobre la cuenta de resultados, inexistente, ni sobre sus ingresos, que dependen del presupuesto asignado al hospital.
- 9) **Con relación a las restricciones ambientales**, la legislación administrativa a la que están sometidas las organizaciones tiene unas repercusiones importantes en ellas, afectando tanto a las personas como a la flexibilidad en las compras.
- 10) **La coyuntura económica** le afecta menos que a otras empresas, ya que la demanda sigue siendo la misma, si no mayor.
- 11) **La organización de la empresa** depende del entorno donde se desarrollen sus actividades, como queda reflejado en la siguiente tabla:

	<b>Entornos estables</b>	<b>Entornos dinámicos</b>
<b>Procesos simples</b>	Estructuras centralizadas y burocráticas. (Normalización de los procesos de trabajo) <b>Construcción de edificios</b>	Estructuras centralizadas y orgánicas. (Supervisión directa) <b>Restauración</b>
<b>Procesos complejos</b>	Estructuras descentralizadas y burocráticas. (Normalización de habilidades) <b>Hospital</b>	Estructura descentralizada y orgánica. Adhocracias. (Adaptación mutua) <b>E-business</b>

- Las empresas que se desenvuelven en entornos estables y que realizan procesos simples, como la construcción de edificios o la fabricación de coches, pueden tener estructuras centralizadas.
- Las empresas que se mueven en entornos dinámicos y realizan procesos simples en su producción, como la restauración, pueden funcionar con estructuras centralizadas y orgánicas y requieren una gran supervisión directa sobre la línea operativa.
- Las empresas que trabajan en entornos dinámicos y realizan procesos complejos, como puede ser la industria del diseño de ordenadores o el mercado del *e-business*, requieren una estructura muy descentralizada y orgánica, la denominada "adhocracia", donde la adaptación mutua y el trabajo equipo es crucial.
- Por último, las empresas, como las organizaciones sanitarias y particularmente los hospitales, que se mueven en entornos relativamente estables pero que manejan procesos complejos, necesitan estructuras descentralizadas y burocráticas, las denominadas burocracias profesionales, donde la normalización de habilidades es la forma de coordinación para garantizar la calidad y la eficiencia en la realización de los servicios.

Visto este panorama, parecería que la gestión de nuestras empresas debería ser más sencilla que las empresas "normales". Nada más lejos de la realidad, por lo que vamos a señalar las diferencias que las organizaciones sanitarias, y particularmente los hospitales, tienen en relación con las empresas "normales", y concretamente con las empresas de producción de bienes, cuyo esquema hemos visto anteriormente. En estas últimas normalmente se aplican las tecnologías de recursos humanos al uso en cursos y revistas, lo cual nos permite vislumbrar las dificultades de aplicación de algunos procedimientos que parecen fáciles en las empresas "normales" y que entrañan una gran dificultad al aplicarlos a las nuestras.

Una organización no deja de ser más que un espacio común en que cada trabajador debería contribuir con su excelencia profesional a alcanzar los objetivos de la empresa. La organización relaciona personas, estructura y tecnología en un entorno determinado.

Las personas, en calidad y cantidad, que forman la empresa son fruto de las características de la empresa: entorno, tipo de producción, forma organizativa, objetivos, etc.

## 1.2. La especialidad del sector sanitario

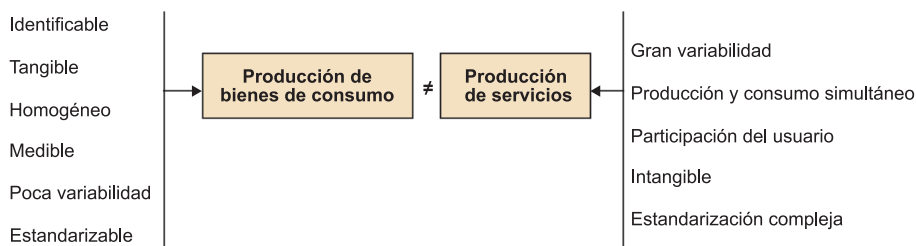
Con respecto a otros sectores de la economía, toda la actividad del sector sanitario se caracteriza por lo siguiente:

- La necesidad de su utilización, tanto en aquellos países en los que su acceso es universal y está garantizado por el Estado como en aquellos otros en los que no lo es y está condicionado al poder adquisitivo de los ciudadanos. La demanda es incremental e imparable debido a una serie de factores de difícil control: aumento de la esperanza de vida, mejora de las condiciones de vida, nuevas enfermedades, nuevas tecnologías, etc.
- La gran complejidad en la realización de sus **servicios**/productos y gran incertidumbre en la medición de sus resultados.
- La asimetría de información a favor de los profesionales sanitarios, que se convierten así no sólo en los generadores de la oferta, sino también en los generadores indirectos de la demanda.
- Es un sector que genera grandes externalidades, que repercuten en otros sectores de la economía.
- La aplicación de las nuevas tecnologías no es sustitutoria, sino complementaria de las tecnologías actuales, y no libera puestos de trabajo, sino que los aumenta y especializa.
- La mayoría de las organizaciones sanitarias son públicas, lo que dificulta su flexibilidad normativa para adaptarse a los rápidos e imparables cambios de la sociedad.

Además, las empresas sanitarias en general y los hospitales en particular **elaboran servicios** y no sólo productos, lo que les confiere unas características propias que también debemos tener en cuenta:

- Las empresas productoras de bienes generan un producto concreto, medible y fácilmente definible, mientras que los servicios que produce un

hospital son casi siempre inmateriales (salud, bienestar, agradecimiento, tristeza, etc.) y su objetivación supone una gran dificultad.



- Los bienes se pueden transferir, vender y comprar, mientras que cuesta mucho transferir los servicios y, aunque podemos comprar o vender la realización del servicio, no se puede transferir el servicio en sí mismo. Pensad cómo transferiríais una intervención de apendicectomía.
- La calidad de un bien se puede apreciar antes de comprarlo, no así un servicio, que sólo se puede evaluar una vez realizado. Hay bienes que deben destruirse para comprobar la calidad, cosa imposible de hacer en la comprobación de la calidad de un servicio.
- Los bienes se pueden almacenar, nunca los servicios, ya que por su propia naturaleza hay que realizarlos en tiempo real.
- Los clientes no participan generalmente en la producción de un bien, que se suele manufacturar a muchos kilómetros del punto de venta, mientras que el usuario siempre participa en el servicio que le ofertamos en un momento u otro, aunque a veces no sea consciente del mismo.
- Un bien se puede reparar y reponer, cosa difícilmente realizable con un servicio que, cuando se hace, generalmente es irreversible.

### 1.3. El hospital como empresa

"Las grandes instituciones hospitalarias académicas son las organizaciones más complejas de la historia de la humanidad."

P. Drucker (1993). *Postcapitalist Society*. Nueva York: Harper and Row.

Las organizaciones sanitarias, y el hospital como paradigma de máxima complejidad del sector sanitario, producen, mediante muchos productos intermedios, un sólo producto/servicio final que es "la mejora de la salud del *usuario*". Este resultado es muy etéreo y de difícil cuantificación, por lo que podemos

#### Reflexión

Para comprender bien las diferencias que existen entre la organización sanitaria y otras, emplead unos minutos pensando cuál es vuestra intervención al compraros un coche y al someteros a una intervención quirúrgica.

subdividirlo en la producción de servicios asistenciales/clínicos (además de la docencia y la investigación). Pero para la realización de cada proceso, organizativamente intervienen sobre el usuario unidades y personas, cada una de las cuales tienen sus entradas (*inputs*) y sus salidas (*outputs*), que son la entrada más el valor añadido aportado por esa unidad al usuario.

A estos efectos podemos dividir el hospital en tres tipos de Áreas. **El área clínica**, donde se diagnostican y tratan a los pacientes. Esta área es el núcleo central de nuestra actividad y a la cual debemos dedicar toda nuestra atención prioritaria. La mayor parte de los temas que trataremos sobre los recursos humanos en este módulo se referirán a esta área. Está integrada habitualmente por facultativos y personal de enfermería. **El área técnico-asistencial o de apoyo**. Ésta proporciona al área clínica los datos e informaciones necesarias para tratar adecuadamente a los pacientes incorporando un alto nivel tecnológico. Está integrada por lo que habitualmente se conocen como servicios centrales: imagen, laboratorios, esterilización, farmacia, etc. Estas áreas la integran facultativos, personal de enfermería y técnicos especialistas. **El área de soporte** realiza las funciones, generalmente técnicas, que permiten la actuación de las dos áreas anteriormente descritas. La integran los profesionales del resto del hospital –por ejemplo las direcciones, los sistemas de información, compras y almacenes, gestión económica, gestión de personal, alimentación, limpieza, etc.–, y las titulaciones de éstos son diversas: abogados, ingenieros, economistas, médicos y personal de enfermería, cocineros, etc.

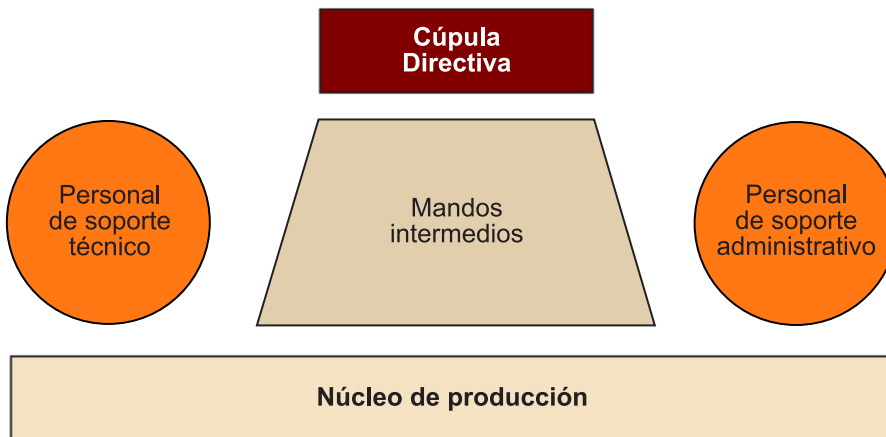
La dirección de RR.HH. debe tener en cuenta el amplísimo abanico de profesionales que trabajan en el hospital y el tipo de unidades en las que trabajan para estudiar sus necesidades específicas, en muchos casos diferentes, por lo que debemos singularizar las formas de actuar con cada una de ellas.

Las configuraciones organizacionales de Mintzberg definen al hospital como **una burocracia profesional**. Conviene estudiar algunas de sus principales características, ya que nos servirán para comprender posteriormente el porqué de la gestión de los recursos humanos y, sobre todo, el porqué de los fracasos de muchos proyectos llevados a cabo, sin leer a Mintzberg.

#### Referencia bibliográfica

H. Mintzberg (1995). *La estructuración de las Organizaciones*. Barcelona: Ariel Economía.





Organización Mitzberg

La parte fundamental de este tipo de organizaciones es el **núcleo de operaciones/producción**, lo que quiere decir que las personas más valiosas de nuestra organización y sobre las que bascula el futuro de la empresa son nuestros profesionales. Son ellos, no los directivos/as ni los supervisores/as, los que realizan un servicio/producto tan específico que sólo ellos mismos pueden realizar con la eficiencia requerida. Por eso su principal mecanismo de coordinación es la **normalización de habilidades**, la cual acreditan las facultades de Ciencias de la Salud para la formación pregraduada y los hospitales acreditados para la docencia para la formación posgraduada del personal sanitario.

En este tipo de configuración el **ápice estratégico/cúpula directiva** tiene una función de enlace con el exterior (relación con otros hospitales, con los compradores de los servicios, con los políticos, con los sindicatos...) y debe actuar como animador de los profesionales internos, complementándolos en aquellos terrenos que dichos profesionales, por su formación básicamente clínica, no dominen. La **línea media** que conecta la alta dirección con el núcleo operativo está constituida por profesionales clínicos que actúan como coordinadores y nexo de unión con el ápice estratégico. La **tecnestructura/soporte técnico** y el **staff de apoyo/soporte administrativo** no deben ser excesivos y deben facilitar a los profesionales del núcleo de operaciones todos aquellos medios que necesitan para cumplir su misión.

El entorno en el que nos desenvolvemos es muy complejo, relativamente estable y, tal como ya hemos comentado, el poder debe estar en el núcleo de operaciones.

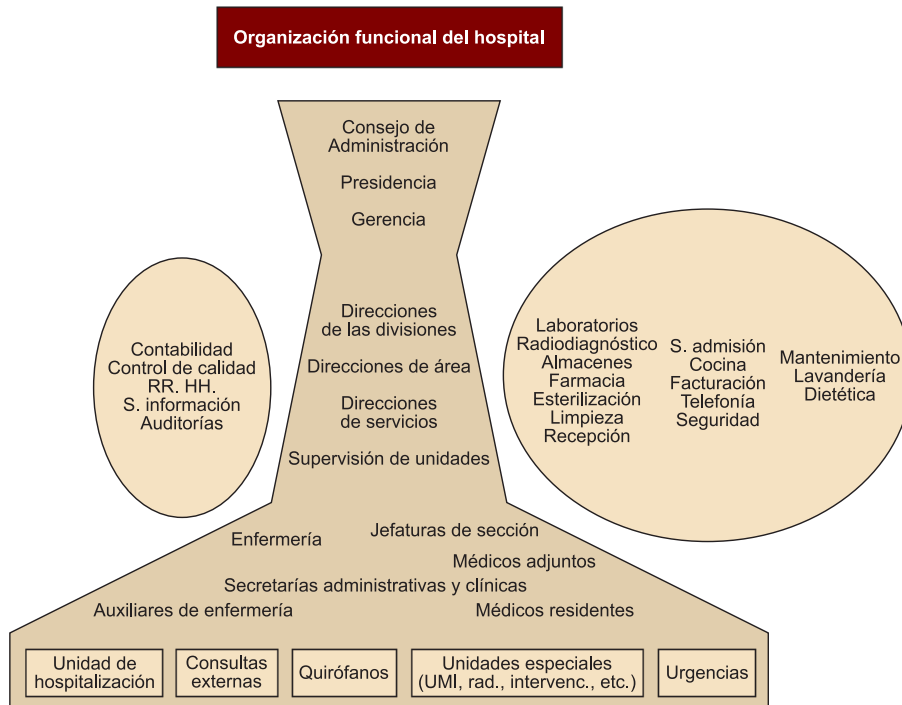
Como resultado de este análisis en el hospital como organización encontramos lo siguiente:

- Una gran dificultad para definir la misión de la propia organización, sus objetivos estratégicos e incluso los tácticos.
- Múltiples líneas de autoridad, unas formales y otras informales.

- Gran dificultad de valorar los resultados.
- La capacidad real de la toma de decisiones no está en la gerencia.
- La oferta y la demanda la puede generar la misma persona, generalmente el médico.
- En las organizaciones sanitarias públicas, mayoría en nuestro país, no existe relación entre la evolución económica del hospital y su futuro como empresa y el mantenimiento del empleo de sus profesionales.
- Se permite compatibilizar el trabajo de sus profesionales con otras empresas, incluso competidoras del propio hospital.

Como se puede desprender de esta unidad, existen suficientes peculiaridades en las organizaciones sanitarias para que el manejo de su máximo valor, sus profesionales, haya que gestionarlos de una manera diferente y probablemente tan compleja como lo es la propia organización, no pudiéndose utilizar fórmulas simples que en otro tipo de empresas pudieran resultar satisfactorias.

Dicha complejidad se manifiesta en el desarrollo del modelo propugnado por Mintzberg al aplicarlo al hospital.



**Recordad**

- Que nuestras organizaciones sanitarias son muy complejas y que las soluciones implantadas con éxito en otras empresas de producción de bienes no son directamente implantables en la nuestra.
- Que somos una organización de servicios donde el cliente, para lo bueno y para lo malo, interviene en la realización de los servicios, que casi siempre le afecta.
- Que una organización de servicios vale tanto como valen sus profesionales.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 2. La gestión de los profesionales

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación, escribid vuestras respuestas y guardadlas.

- 1) ¿Creéis que la gestión de los profesionales en vuestra organización es eficiente?
- 2) ¿Qué le pediríais a vuestra organización para poder realizaros en vuestro trabajo?
- 3) ¿Qué mejoraríais en vuestra organización para sentirnos mejor en ella?

### 2.1. Evolución histórica

La actual y moderna concepción de los recursos humanos en una empresa orientada al siglo XXI, concebidos como un elemento más en la Teoría General de los Sistemas, ha sido fruto de la evolución de las organizaciones empresariales a partir de la Revolución Industrial hasta nuestros días, en la seguridad de que dicha evolución no ha terminado y de que asistiremos en la actual revolución de la informática y en la posterior del conocimiento a la concepción de nuevas formas organizativas mejor adaptadas a las exigencias de ese futuro.

Frederich W. Taylor, con su teoría de la concepción científica del trabajo, marca la primera fase de esta evolución, hasta aproximadamente los años treinta, adaptando sus razonamientos al funcionamiento de las empresas de aquel periodo, donde el trabajo era muy planificado, los productos estables y la mano de obra poco cualificada y fácil de sustituir. En aquella época el trabajador se consideraba un factor más de la producción, al igual que el capital o las materias primas, sin prestar excesiva atención al aspecto humano, la motivación o la implicación en la empresa del mismo. La función del "responsable del personal" en aquella época tenía una concepción fundamentalmente administrativa: control de horarios, permisos, régimen disciplinario, etc. La evolución de las empresas, el tedio del trabajador y las presiones sindicales produjeron la crisis del taylorismo como única explicación de la organización empresarial.

Aunque, como hemos dicho, el taylorismo como explicación global de la organización empresarial ha caído en desuso, existe todavía algún tipo de empresas, y especialmente algunas unidades, cuya organización puede explicarse

**Ejemplo de unidades con alto grado de especialización y una baja cualificación**

Empresas de colocación de alcatados o pinturas.

con más claridad con esta teoría, sobre todo en aquellas unidades que requieren un alto grado de especialización y una baja cualificación de los profesionales.

A partir de la mitad del siglo XX se dirige más la atención al aspecto humano de las organizaciones y lo que supone la motivación y la integración de los trabajadores en las mismas, como instrumentos para mejorar la productividad. Economistas como Herzberg, Maslow, Lewin y McGregor defienden estos postulados. Maslow y Herzberg profundizaron en la motivación de los profesionales en las organizaciones. Estas teorías, que datan de los años sesenta, todavía son aplicables hoy en día a nuestras organizaciones. McGregor postuló las teorías X e Y. La teoría X postulaba que los trabajadores son vagos por naturaleza, poco ambiciosos y que no se implican en la empresa. Este tipo de trabajadores sólo trabajarían por recompensas o necesidad. De este tipo de trabajadores era de esperar cualquier reacción negativa ante los cambios. Contrariamente, la teoría Y defendía que los trabajadores son personas responsables, disfrutan con su trabajo y son fieles e integrados en la empresa. A este tipo de trabajadores se les mueve adecuadamente con incentivos y permiten los cambios con relativa facilidad.

A partir de la década de los setenta, y dada la complejidad del entorno empresarial, se acude a la Teoría General de los Sistemas para explicar la organización. Se concibe la empresa como un sistema abierto, complejo, dinámico y orientado hacia la consecución de sus objetivos. La sinergia de los equipos de trabajo, la colaboración entre diferentes tipos de profesionales, el cliente externo como parte de la empresa, la concepción del trabajador como un cliente interno, las nuevas tecnologías y la necesaria concepción integral de todos estos elementos hacen de la Teoría General de los Sistemas una herramienta útil para explicar la moderna organización empresarial. Los paladines en esta época fueron McClelland, P. Senge y Peter F. Drucker. Este último logra con sus aportaciones aunar la visión política, económica y social de la empresa en el complejo entorno occidental actual.

De esta forma, la antigua gestión de personal, la gestión de los recursos humanos de carácter administrativista, incorpora una serie de elementos –como "la identidad corporativa" (cultura empresarial), la integración de equipos multidisciplinarios, la autonomía en la toma de decisiones, la formación del personal– que la hacen más rica e influyente en una serie de aspectos que hasta hace unas décadas no se habría soñado.

Hasta ahora se ha definido la Economía como la ciencia que estudia los bienes escasos, ya que escasos son los elementos que manejábamos: el dinero, las materias primas y las fuerzas laborales. La competencia se basaba en ofertar algún producto más apetecido (porque era escaso) que nuestro competidor. Estos bienes se caracterizaban por que:

- eran escasos,

- se destruían al consumirse,
- no se podían compartir.

Así, el precio de la gasolina sube o baja dependiendo de su abundancia en la oferta y de la solicitud de la demanda; una vez que la usamos se destruye, y el litro que yo consumo no lo puede consumir otra persona. Toda nuestra economía está basada en el derecho de propiedad.

Es posible que todo esto cambie en los próximos años con el advenimiento de la **Revolución de la Información y del Conocimiento**. La información puede llegar a ser la materia prima del futuro, con la particularidad de que la información no cumple las condiciones de los bienes de intercambio clásicos que antes habíamos descrito: no es escasa, ya que hoy día y cada vez más existe más información de la que podemos manejar eficientemente. No se destruye al usarla, sino al contrario, es posible que incluso se enriquezca a medida que la usamos, y además se puede compartir incluso simultáneamente. A partir de estas propiedades de la información, el derecho de propiedad no será lo que mueva la economía, sino el derecho al acceso a la información, y es probable que el mercado, el balance entre la oferta y la demanda, sea el mejor sistema de distribución.

Por lo tanto, en esta era de la información y del conocimiento las organizaciones excelentes se deberían caracterizar por tener:

- **Una estructura organizativa** fluida y flexible, descentralizada, con énfasis en las redes de equipos multifuncionales.
- **Una cultura organizacional** muy cercana a la teoría Y de McGregor, orientada a la estrategia y al futuro, con énfasis en los cambios y en la innovación. Con una gran valoración del conocimiento y la creatividad.
- **Un ambiente organizacional** cambiante, poco previsible y turbulento.
- **Una gestión de los profesionales** como seres humanos proactivos, dotados de inteligencia y habilidades y que deben ser motivados y formados para que, desarrollando su talento, contribuyan directamente al logro de los objetivos de la organización donde trabajan.

Un mero análisis refleja que, desafortunadamente, estas características están muy lejanas a la gestión de la mayoría de las organizaciones sanitarias públicas de nuestro país.

## **2.2. Funciones de la dirección de RR.HH.**

Cada empresa es un universo diferente y nuestros hospitales no son una excepción; por ello se pueden dar y estudiar algunos principios válidos para comprender la estructura, gestión y desarrollo de la empresa y sus recursos humanos, pero al final hay que personalizar la gestión, y es al departamento de re-

curso humano a quien corresponde velar por el máximo valor estratégico de nuestras empresas, que son sus profesionales. Por ello debemos aprender a **seleccionarlos, formarlos, desarrollarlos, adecuarlos, evaluarlos, incentivarlos, motivarlos y retenerlos**. De la calidad de nuestro trabajo dependerá el éxito o el fracaso de la empresa.

La organización puede estar perfectamente estructurada desde un punto de vista técnico, que podemos relacionarla con el **poder hacer**; incluso podemos elaborar un perfecto diseño del conocimiento en el dominio del **saber hacer**, pero resultaría incompleto si no abordamos la necesidad del **querer hacer**, que depende de la voluntad y la percepción que el trabajador tenga de la empresa.

### Recordad

- Que estamos evolucionando de una sociedad del consumo de bienes a una sociedad de la información y el conocimiento, donde primará el consumo de servicios.
- Que el conocimiento de los profesionales son el valor diferencial de nuestras organizaciones.
- Que el talento está en las personas y no en la organización.
- Sólo reclutando y motivando a los mejores profesionales, podemos cambiar la organización desde dentro, porque, si no, alguien, tarde o temprano, la cambiará desde fuera.

### Reflexión

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

### 3. La gestión de los profesionales en las organizaciones sanitarias

#### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación, escribid vuestras respuestas y guardadlas.

- 1) ¿Cuáles son las principales características de la gestión de los RR.HH. en la organización en la que trabajáis?
- 2) En vuestra opinión, ¿cuáles creéis que deberían ser?
- 3) ¿Por qué no lo son?

#### 3.1. El personal estatutario

Los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en las instituciones sanitarias públicas han mantenido históricamente una regulación específica, que se ha identificado como "**personal estatutario**", que deriva directamente de los tres estatutos: el estatuto del personal médico, el estatuto del personal sanitario no facultativo y el estatuto del personal no sanitario. La promulgación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y especialmente la Ley 55/2003, de 16 de noviembre, del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud, configuran el marco de regulación de los profesionales sanitarios en el Sistema Sanitario.

La Ley de Cohesión dedica su capítulo III a los profesionales, creando la Comisión de RR.HH., dependiente del Ministerio de Sanidad, como organismo coordinador de la planificación, formación y modernización de los RR.HH. en el Sistema Nacional de Salud.

Propone la carrera profesional y el estatuto marco, desarrollado ese mismo año 2003 mediante la Ley 55/2003. Esta Ley establece el carácter funcional de la relación estatutaria, sin perjuicio de sus especiales particularidades, y regula su ordenación, planificación, tipología, reclutamiento, selección, derechos, deberes, movilidad y régimen disciplinario.

Muchos de estos aspectos los iremos tratando a lo largo del módulo, pero en este momento nos interesa definir la clasificación de los profesionales estatutarios, de acuerdo con la función que hayan de desarrollar, la titulación exigida para su ingreso y el tipo de nombramiento.



### 1) Personal estatutario sanitario.

- Personal con formación universitaria:
  - licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud,
  - licenciados sanitarios,
  - diplomados con título de especialista en Ciencias de la Salud,
  - diplomados sanitarios.
- Personal de formación profesional:
  - técnicos superiores,
  - técnicos.

### 2) Personal estatutario de gestión y servicios

- Personal de formación universitaria:
  - licenciados universitarios o título equivalente,
  - diplomados universitarios o título equivalente.
- Personal de formación profesional:
  - técnicos superiores o título equivalente,
  - técnico o título equivalente.

**3) Otro Personal.** En esta categoría se exige certificación acreditativa de la formación y calificaciones obtenidas en la enseñanza secundaria obligatoria o certificado equivalente.

## 3.2. Los problemas de gestión

Aunque las redes de hospitales privados en España van proliferando, la mayor parte de la provisión de servicios sanitarios sigue siendo pública. Además, algunas peculiaridades de los sistemas sanitarios de protección estatal, como existen en la mayoría de los países europeos, condicionan la gestión de los recursos humanos:

- Existe un empleador único, tras las transferencias sanitarias: las CC.AA. Las condiciones de contratación están controladas por las mismas mediante el estatuto, que sigue siendo muy rígido.
- La mayor parte del personal es estatutario (cuasi funcionarial), con empleos vitalicios denominados "en propiedad", como ya hemos comentado.
- Todo el personal es asalariado.

En muy complejo establecer una verdadera política de recursos humanos, dentro de un marco funcional, que permita competir en el mercado. La sanidad no ha sido casi nunca una prioridad de los Gobiernos, al menos en España, por las dificultades de introducir modificaciones en un colectivo como el sanitario, y especialmente el de los médicos, que tiene un gran corporativismo y una gran influencia política y social.

Para paliar la verdadera planificación y la toma de las grandes decisiones se ha llevado a cabo lo siguiente:

- Normas parciales para intentar solventar los problemas que iban surgiendo en los distintos colectivos. Soluciones sin una visión global, ni un estudio profundo del tema, lo que conducía a soluciones más acordes con los deseos corporativos que con las necesidades reales del Sistema Sanitario.
- Marco normativo rígido y poco flexible: las herramientas de selección del personal, la provisión de los puestos de trabajo, los organigramas, la necesaria flexibilidad del sistema retributivo, la incentivación de los mejores, han sido herramientas prácticamente inexistentes en nuestra organización.
- Creación de estructuras jerárquicas miméticas de la Administración central, más preparadas para el cumplimiento de las normas que para la producción eficiente de los servicios sanitarios.
- Políticas centripetas de asignación de recursos humanos y materiales, favoreciendo a las capitales y CC.AA. con más capacidad de influencia.
- Cuadros directivos poco profesionales incapaces de generar confianza tanto a los profesionales como a los responsables ministeriales o de las CC.AA. para influir sobre la necesidad de priorización de la sanidad y sus problemas.
- Estructura y organización de los profesionales sanitarios fragmentada por la división corporativa: división médica, división de enfermería y división administrativa con agrupación de la mayor parte del personal no sanitario.
- El planteamiento de la gestión de los recursos humanos ha sido básicamente administrativista, para el control y el cumplimiento de las normas, aunque a la hora de la verdad se es sumamente permisivo con su violación, ya que existe una gran dificultad de aplicación del régimen disciplinario.
- Poco estímulo para el estudio de nuestra organización y de sus peculiaridades, especialmente sobre la cultura de nuestros profesionales y la realidad de nuestras organizaciones hospitalarias.

- Establecimiento de unas relaciones laborales basadas en la desconfianza, con permanentes enfrentamientos innecesarios en los tribunales de justicia sobre asuntos que podrían haberse resuelto de existir un clima de diálogo más fluido.
- Dejación en los sindicatos de parcelas que son claramente responsabilidad de la gestión de los recursos humanos por parte de la empresa, como la información a los trabajadores, reclamaciones salariales, disputas por turnos, etc.
- Enfrentamiento permanente con los sindicatos, que, con poca representación de los trabajadores, han actuado más por causas personales y políticas que laborales.
- A pesar de que la política de recursos humanos ha estado centralizada, no se ha realizado una verdadera integración de la misma. Así, cada una ha ido por sus propios derroteros y poco han tenido que ver las normas de selección con los programas de formación, las estructuras organizativas con los proyectos de incentivación de los profesionales, etc. En muchos casos, se han invertido importantes cantidades de dinero en proyectos que no sólo no han contribuido a mejorar la situación de los buenos profesionales en el sector, sino que han creado agravios comparativos que han hecho retroceder algunas políticas que con gran esfuerzo se estaban llevando a cabo periféricamente.
- No se ha contemplado la inmensa diferencia que existe entre las estructuras de las diferentes organizaciones y regiones de nuestro país. No tienen nada que ver el régimen de guardia para un hospital terciario de una gran capital con las de un hospital comarcal alejado de la misma. Sin embargo, la norma es prácticamente la misma.
- No se ha realizado un verdadero sistema de promoción profesional. En los últimos años se han iniciado la implantación de la carrera profesional para el colectivo de los médicos en la mayoría de las CC.AA., aunque sigue siendo la antigüedad la variable mejor ponderada.
- Sistema de retribución funcionarial, lineal, basado exclusivamente en el puesto de trabajo y la antigüedad, con pocas posibilidades de incentivación de los mejores, de aquellos que aportan más a los objetivos de la organización, con múltiples deformaciones para intentar paliar otras necesidades de la organización que terminan generando agravios comparativos.
- Organización del trabajo rígida y burocrática, al modo de la Administración central, poco adaptada a la producción de los servicios sanitarios. Pobre introducción de métodos científicos para el cálculo y actualización de

las plantillas, análisis de los puestos de trabajo, establecimiento de objetivos y estrategias de formación.

- Poca participación, si no indiferencia, de gran parte del personal de nuestras organizaciones, especialmente de los profesionales más válidos, que no ven reconocidos sus esfuerzos en una organización igualitarista que premia la mediocridad.
- No hemos sido capaces de legitimar nuestra organización y sus objetivos ante el usuario para que la defienda y apoye los necesarios cambios. No existe una misión definida, explícita y asumida por todos los trabajadores del sistema.

Resumiendo: las diferencias entre lo que es y lo que nos gustaría que fuese la gestión de los recursos humanos en un Sistema Sanitario excelente podríamos recogerlas en la siguiente tabla:

<b>Lo que somos (políticas conservadoras)</b>	<b>Lo que deberíamos ser (políticas innovadoras)</b>
Autoridad	Líderes
Estructuras centralizadas	Estructuras descentralizadas
Unidades orgánicas	Unidades funcionales
Reglamentistas	Innovadores, autonomistas y creativos
Obedientes y desconfiados	Leales y éticos
Gestionamos consultas	Participamos en las decisiones
Puesto de trabajo vitalicio	Desarrollo profesional y empleabilidad
Rígidos	Flexibles
Generadores de problemas	Aportadores de soluciones
Ellos y nosotros	Valores compartidos

Evolución deseada en las políticas de recursos humanos

Estas reglas de política innovadora de RR.HH. no están desarrolladas por una ONG con una finalidad humanitaria y caritativa, sino por las grandes empresas multinacionales, en las que su principal objetivo es ganar dinero y que consideran que la adecuación y el bienestar de sus trabajadores en la empresa es una de las armas estratégicas primordiales para ser competitivos.

En nuestro entorno deberíamos pasar de una relación típicamente funcional o de derechos adquiridos a una relación profesional madura de asunción de riesgos conjuntamente con la empresa a la que estamos vinculados y **pasar del:**

- **Si eres leal, obediente y trabajas duro**

- **te daremos** seguridad en el empleo:
  - seguridad en el sueldo,
  - salario creciente.

A:

- **Si** desarrollas las competencias que necesitamos,
- **si** aportas valores añadidos a la empresa,
- **si** te comportas de acuerdo con nuestros valores,
- **si** logras los resultados esperados,
- **te daremos** comprensión de tus necesidades:
  - entorno de trabajo favorable,
  - reconocimiento de tu contribución a la empresa,
  - apoyo a tu desarrollo profesional y personal,
  - retribución conforme tu valía,
  - compartir el éxito de la organización.

### 3.3. Algunas propuestas de solución

Para que estas condiciones se puedan dar en nuestro Sistema Sanitario debe haber un cambio global, que debería iniciarse por una voluntad inequívoca de cambio reflejada en las estrategias y con una asignación de recursos y personas que permitan su realización técnica:

- Definir con precisión la **misión** del Sistema Sanitario, que debe traducirse en objetivos estratégicos claros.
- Dar a conocer e interiorizar dichos objetivos, de forma que puedan ser asumidos por los profesionales.
- Éste debe ser un objetivo prioritario del Gobierno central, por medio del Ministerio de Sanidad, superando la oposición que sin duda va a surgir por parte de grupos corporativos, de los funcionarios, de los sindicatos e incluso de las propias CC.AA.
- Dotar de la suficiente autonomía a las gerencias de las áreas de gestión sanitaria, para que puedan llevar a cabo los proyectos de reforma.
- Reclutar a aquellos directivos capaces de llevar a cabo estos proyectos.
- Aunar a aquellos grupos más progresistas de los profesionales y sindicatos que apoyen la idea.

- Comunicar permanentemente los proyectos y sus progresos, haciendo participar a los profesionales en los mismos de una forma activa.
- Tener en cuenta las peculiaridades de cada área y centro, utilizando estas diferencias como factor de motivación y no de disputa.

Hasta el momento en el que se realizaron las transferencias a las CC.AA., las condiciones de trabajo y retribuciones de los hospitales públicos eran iguales para todo el Estado y controladas por el Boletín Oficial del Estado (BOE). A partir de ese momento, que finalizó en el año 2002 con las transferencias a la últimas CC.AA., el modelo retributivo es diferente. Quizás Cataluña, por su modelo sanitario diferenciado del resto de las CC.AA., puede ser el paradigma de la esta diferenciación. Esta comunidad no tiene una Dirección General de RR.HH. que agrupe a todos los trabajadores de la sanidad pública, sino que cada sector tiene su propio convenio colectivo.

La mayor parte de los profesionales pertenecen al Instituto Catalán de la Salud (ICS), heredero de los servicios que prestaban los hospitales de la Seguridad Social antes de las transferencias y un modelo similar al de la mayoría de las CC.AA. Los centros concertados, que suponen el 70% de los hospitales y el 20% de la atención primaria, se organizan mediante la Red Hospitalaria de Utilización Pública (RHUP, RSUP) y agrupados en tres patronales. La Unión Catalana de Hospitales (UCH), que agrupa a centros de agudos, centros de salud mental y sociosanitarios, el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC), que agrupa a organizaciones en el entorno municipal y La Agrupación de Centros y Establecimientos Sanitarios (ACES), que reúne a las organizaciones sanitarias privadas. Las dos primeras son sin ánimo de lucro y sus centros están concertados en su mayoría por el CatSalut.

Las condiciones laborales del ICS, al tratarse de personal estatutario, se negocian en la mesa sectorial, mientras que las otras patronales tienen sus propios convenios.

**Recordad**

- Que tenemos un marco funcionarial poco adecuado para la producción eficiente de servicios sanitarios.
- Que a pesar de ello seguramente podemos hacer mucho más de lo que hacemos.
- Que existen hospitales que con el mismo marco legislativo han avanzado más que otros en la gestión de los recursos humanos.
- Que sólo reclutando y motivando a los mejores profesionales podemos cambiar la organización desde dentro, porque, si no, alguien, tarde o temprano, la cambiará desde fuera.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 4. Motivación y satisfacción de los profesionales

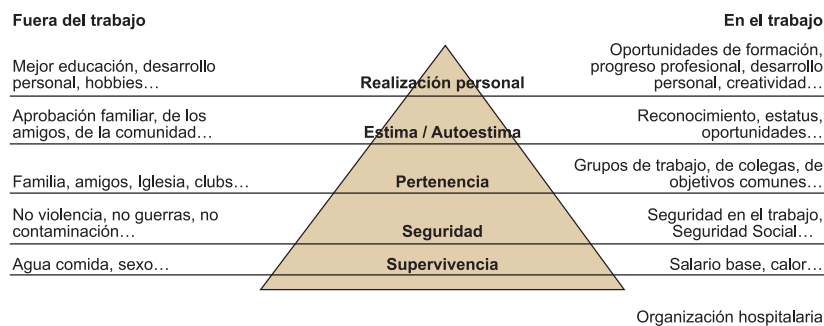
### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación, escribid vuestras respuestas y guardadlas.

- 1) ¿Qué creéis que motivaría a los profesionales de vuestra organización?
- 2) ¿Qué os motiva a vosotros para ir a trabajar cada día?
- 3) ¿Qué le pediríais a vuestra organización para realizaros en vuestro trabajo?

### 4.1. Motivación

Dentro de una organización, los trabajadores deben ser contemplados en su doble faceta de individuos y como componentes o miembros de diferentes grupos. Su comportamiento varía en función del papel que desempeñen en un momento determinado, pero el factor fundamental es la motivación que tenga el trabajador. El resultado final de la motivación es muy complejo, porque se mezclan factores psicológicos, sociales, familiares etc. Henry Maslow, con su modelo de "jerarquía de necesidades", defiende que las necesidades del individuo se pueden clasificar por prioridades, y él lo describió como una pirámide, expuesta en la siguiente figura:



En ella podemos ver que las necesidades se ordenan por jerarquías, que arrancan desde las más necesidades más elementales –jerarquía de supervivencia–, hasta las que sólo se ansían cuando las demás están adecuadamente satisfechas y se aspira a la realización personal completa.



En la primera, en el ámbito personal se aspira a poder disponer de agua, comida, etc., mientras que en laboral se traduce en un salario y unas condiciones ergonómicas mínimas.

El segundo escalón es el de la **seguridad**. En el ámbito personal se sustenta en vivir en un ámbito de no violencia, sin guerras, sin una contaminación excesiva, etc. mientras que en el entorno laboral se centra en la seguridad en el trabajo, la seguridad de atención sanitaria, el paro o disponer de una pensión en el futuro.

El tercer nivel es el de **pertenencia** a grupos: en el ámbito familiar o personal aspiramos a pertenecer a determinados grupos como pueden ser la familia, los amigos...; en el ámbito laboral se basa en establecer adecuadas relaciones en grupos de trabajo, objetivos comunes con los compañeros, etc.

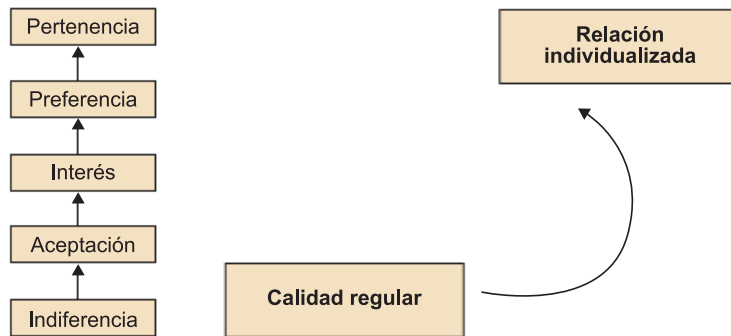
El cuarto nivel es el de **estima y autoestima**, por el cual necesitamos el reconocimiento de los otros por nuestras cualidades y logros. La aprobación de nuestra familia, los amigos y en general de la comunidad en la que vivimos. En nuestro trabajo necesitamos el reconocimiento de nuestros compañeros y nuestros jefes.

El último nivel de satisfacción, el de **autorrealización**, lo alcanzamos sólo una vez alcanzado los niveles anteriores, y en el ámbito personal y familiar sólo se logra al llegar a los logros personales en el terreno de la educación, de nuestras aficiones, nuestros sueños. En el ámbito laboral este nivel está relacionado con el logro del desarrollo de nuestras metas profesionales y educativas y con el desarrollo de un trabajo creativo que llene por completo nuestras expectativas profesionales.

Cada persona aspira a elevarse al nivel más alto posible, pero para alcanzar cualquier nivel debe haberse satisfecho previamente el nivel inmediatamente inferior. Aplicadas las enseñanzas de Maslow a la empresa, podremos deducir que:

- Una organización está bien gestionada, desde el punto de vista de los recursos humanos, en la medida en que los trabajadores que la componen se sientan en una empresa que puede satisfacer sus necesidades, teniendo en cuenta que el nivel de necesidades a alcanzar es individual.
- El sistema de retribuciones de la empresa debe orientarse a satisfacer las necesidades individuales de manera jerárquica y ascendente para que los objetivos de la misma se consigan.

Como hemos dicho y repetiremos muchas veces en este módulo, en una empresa de servicios, como la nuestra, el máximo valor son las personas; por lo tanto, todos los esfuerzos que hagamos para integrarlas en la empresa serán bien empleados.



Grados de integración de un profesional en la empresa

El máximo grado de integración de un profesional en su empresa es la sensación de **pertenencia** a la misma, como se da en la mayoría de las pequeñas empresas de trabajadores autónomos; y el mínimo es la **indiferencia**, perceptible, a veces, en los funcionarios de algunas empresas públicas. Entre ambos extremos hay una serie de niveles, como son **la aceptación**, el **interés** y la **preferencia**.

#### 4.2. Calidad de vida profesional

Hay una serie de características que definen la calidad de vida profesional en una empresa, que, siguiendo a S. García Sánchez, podríamos resumirlas en:

- Expectativa de recompensa y desarrollo personal y profesional a partir del reconocimiento del esfuerzo individual.
- Creencia de que se participa en un proyecto ilusionante con valores compartidos.
- Percepción de autonomía para decidir la forma de trabajar.
- Unas condiciones higiénicas adecuadas de ergonomía física, espacio propio e intimidad personal.
- Posibilidad de ser creativo.
- Percepción de ser tratado como una persona significativa en la empresa.
- Creencia de que su trabajo tiene sentido e importante para otras personas.
- Pertenencia a uno o varios grupos cohesionados en algún proyecto.
- Creencia de que sus relaciones profesionales son de calidad, que tiene el apoyo de sus jefes y el respeto de sus subordinados.

- Creencia de que dispone de los recursos tecnológicos y los materiales adecuados para realizar su trabajo.
- Tener la capacidad y la posibilidad de delegar eficazmente.
- Creencia de que tiene un adecuado equilibrio entre el trabajo, la familia, la salud y uno mismo.

### 4.3. Satisfacción y su medida

Existen formas de medir la satisfacción de los profesionales en nuestro entorno. A continuación se muestra cómo se objetiva ésta en el Servicio Vasco de Salud:

Dimensión	Preguntas	Valor
1. Condiciones del trabajo	1. Condiciones físicas y ambientales 2. Condiciones de seguridad e higiene 3. Condiciones de horarios y calendario laboral	3
2. Formación	4. Satisfacción con la formación para el puesto 5. Formación para el desarrollo personal 6. Respuesta a solicitudes de información	3
3. Promoción y desarrollo profesional	7. Satisfacción con la tarea 8. Aprovechamiento de la capacidad profesional 9. Igualdad de oportunidades de promoción y desarrollo profesional 10. Satisfacción de expectativas de promoción y desarrollo profesional	4
4. Reconocimiento	11. Conocimientos de criterios de valoración del trabajo 12. Reconocimiento al trabajo bien hecho en la Unidad 13. Reconocimiento al cumplimiento de responsabilidades	3
5. Retribuciones	14. Retribución total 15. Comparación con otras categorías 16. Comparación con otros sectores	3
6. Relación mando/colaborador	17. Capacidad de mando 18. Instrucciones y apoyo del mando 19. Trato personal del mando 20. Relación profesional con el mando	4
7. Participación	21. Posibilidades de participación en las decisiones operativas 22. Posibilidades de participación en la mejora de la unidad 23. Potenciación del trabajo en equipo y la aportación de sugerencias por parte del mando directo	3
8. Organización y gestión del cambio	24. Conocimiento de la estructura 25. Organización del trabajo de la unidad 26. Coordinación entre unidades 27. Esfuerzos del centro por mejorar	4

Dimensión	Preguntas	Valor
9. Clima de trabajo	28. Clima de trabajo en la unidad 29. Nivel de colaboración entre unidades	2
10. Comunicación	30. Información para la ejecución del trabajo 31. Información sobre las decisiones que le afectan 32. Se escuchan las sugerencias para mejorar	3
11. Conocimiento e identificación con los objetivos	33. Conocimiento de los objetivos y resultados de la unidad 34. Adecuación de los objetivos de la unidad 35. Conocimientos de objetivos y resultados del centro	3
12. Percepción de la Dirección	36. Percepción de las decisiones de la dirección 37. Receptividad de la dirección del centro	2
Total		37

Fuente: *Manual de mejora y satisfacción*, Osakidetza

#### 4.4. Clima laboral

Se define el clima laboral como la percepción que los trabajadores, tanto desde el punto de vista individual como grupal, tienen de la empresa en la que desarrollan su actividad. El clima laboral es una dimensión del comportamiento organizacional y hace referencia al modo en que los trabajadores perciben la organización; de ahí la necesidad de los directivos de conocer el diagnóstico y su análisis, para obtener una información relevante sobre las expectativas y percepciones de los profesionales sobre los múltiples factores que configuran la identidad y peculiaridades de las empresas, y especialmente en las organizaciones sanitarias, dada la complejidad de los procesos que elaboran, así como la cantidad y variedad de profesionales que la conforman.

Se dice que existe un buen clima en una organización cuando las personas trabajan en un entorno favorable y pueden aportar sus conocimientos y habilidades de una forma óptima.

Cada organización es distinta, ya que depende de su visión, misión, entorno, etc., pero siempre tratará de conservar y fidelizar a los profesionales que sintonicen con su cultura, mientras que sus profesionales elegirán aquellas organizaciones más acordes con su forma de trabajar.

Las variables que se deberían analizar para conocer la opinión de los trabajadores serían:

1. La satisfacción en el puesto de trabajo.

2. El trato personal con directivos, mandos intermedios y personales.
3. Ambiente de trabajo. Condiciones de trabajo y seguridad.
4. Posibilidades de promoción y carrera profesional.
5. Reconocimiento explícito de su trabajo.
6. Estructura organizativa y de tomas de decisiones.
7. Autonomía en el trabajo. Delegación de funciones.
8. Formación.
9. Comunicación e información.
10. Conciliación del trabajo y la vida familiar.
11. Retribuciones.
12. Prestaciones sociales
13. Misión, visión y objetivos empresariales.
14. Participación en la toma de decisiones.

La encuesta, realizada con una metodología correcta y tras una explicación de sus objetivos a los participantes en la misma, es el mejor método para analizar el clima laboral, ya que permite en un tiempo corto analizar la opinión de un gran número de trabajadores.

Los resultados obtenidos de la medición del clima laboral deben servir para mejorar aquellos aspectos que se hayan diagnosticado como no satisfactorios.

**Recordad**

- Sólo los profesionales motivados añaden valor a las empresas.
- Cada profesional tiene unas necesidades diferentes.
- El sistema público no facilita la motivación de los profesionales.
- Sólo reclutando y motivando a los mejores profesionales podemos cambiar la organización desde dentro, porque, si no, alguien, tarde o temprano, la cambiará desde fuera.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 5. La comunicación en las organizaciones sanitarias

### Actividad de reflexión

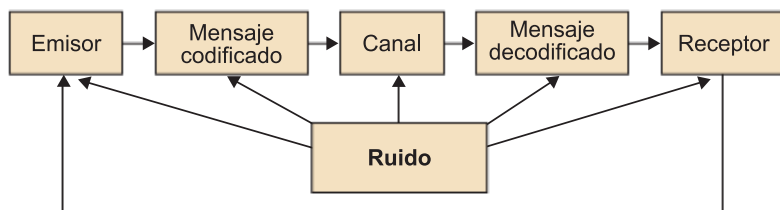
Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación, escribid vuestras respuestas y guardadlas.

- 1) ¿Creéis que la comunicación entre los profesionales en vuestra organización es eficiente?
- 2) ¿Qué echáis de menos en los sistemas de comunicación de vuestra organización?
- 3) ¿Utilizáis la intranet de vuestra organización? ¿Para qué?

### 5.1. El proceso de la comunicación

La comunicación, entendida como el intercambio de información, existe desde siempre entre las personas y los animales, y es un hecho imprescindible para su existencia.

La comunicación, en su forma más simple, es el proceso por medio del cual una persona, el emisor, transmite una información a otra persona, el receptor, utilizando un medio para hacerlo, el canal de comunicación. La comunicación no será efectiva sin la comprensión por parte del receptor de la información que pretende transmitir el emisor, lo que se puede producir por problemas en cualquier elemento de la cadena de la comunicación y que más tarde comentaremos.



El **emisor** es la persona o agente que comunica, dentro de una organización. El mensaje generado por el emisor debe **codificarse** para transmitirlo por uno o varios canales. En una conversación, aparte de la comunicación oral transmitimos simultáneamente una comunicación no verbal que complementa a la oral y que el receptor interpreta. El **canal** es el medio de transmisión del mensaje

que utiliza el emisor para que llegue adecuadamente al receptor, que, como veremos, en las organizaciones sanitarias puede variar desde la conversación privada a la intranet. Antes de que llegue al receptor, es necesario **decodificar** el mensaje para que pueda ser entendido por aquél. Como último eslabón de la cadena está el **receptor**, destinatario final del mensaje. En realidad, además de estos elementos existen otros dos que influyen en el proceso de comunicación. El **ruido** es un fenómeno ajeno al proceso pero que influye en el mismo distorsionándolo generalmente de forma negativa. Por último, el proceso de comunicación no suele ser pasivo, sino que el receptor generalmente reacciona ante la llegada de la información y genera un proceso de retroalimentación modificando las pautas del emisor o incluso convirtiendo al receptor como emisor de información.

## 5.2. El flujo de las comunicaciones

A medida que una empresa se hace más compleja, se hace imprescindible la comunicación entre sus miembros. Estas informaciones son de varios tipos. Las verticales descendentes, que van desde el ápice estratégico, dirección, hacia el resto de la organización, generalmente en forma de órdenes; las verticales ascendentes, informaciones que fluyen desde el núcleo operativo hacia arriba, permiten el control de los procesos que se realizan en la empresa; las informaciones transversales, que se tramitan entre los profesionales de un mismo nivel y complementan las dos anteriores. Cuando el flujo de mensajes es adecuado la organización funciona adecuadamente, pero cuando no lo es, ésta se convierte en una nave sin control donde todo es posible.

Debemos adecuar el tipo de canal que usamos al tipo de comunicación que queremos realizar. Así, puede haber mensajes ambiguos, y por tanto difíciles de transmitir, como pueden ser los que afectan a conflictos personales, negociación de retribuciones, etc.; otros, claros y sencillos de transmitir, como la hora de una reunión. Cuanta mayor ambigüedad y dificultad pueda tener la información que se haya de transmitir, mayor personalización e interés debemos poner en el mensaje, mientras que, cuanto más claro, más despersonalizado y distante se puede realizar el mensaje para lograr la misma eficiencia. Dependiendo de la dificultad, podríamos graduarlo en cuatro estadios:

- **Nivel 1.** Mensajes complejos y difíciles. Para transmitirlos se debe utilizar la presencia física entre los interlocutores, que puede ser individual o en grupo dependiendo del grado de privacidad requerida.
- **Nivel 2.** Mensajes personales, poco complejos. Para transmitirlos se pueden utilizar canales interactivos como el teléfono o el correo electrónico.
- **Nivel 3.** Mensajes sencillos y dirigidos a grupos selectivos. Para transmitirlos se pueden emplear las cartas o la intranet.



- **Nivel 4.** Mensajes sencillos y rutinarios. Se pueden utilizar boletines, circulares, etc.

Se debe tener en cuenta las interferencias que existen entre el emisor y el receptor del mensaje, algunas tan simples como que en nuestros hospitales existen todavía personas cuasi analfabetas que no pueden leer e interpretar adecuadamente nuestras bien redactadas instrucciones. Las barreras más importantes suelen ser semánticas y de interpretación.

Una de las asignaturas pendientes en nuestras organizaciones sanitarias es **la comunicación** tanto externa como interna. La primera, dirigida a la sociedad a la que atendemos y con cuyos impuestos nos financiamos, la cual debe ser responsabilidad de la gerencia, y la segunda, quizás más inmediata, dirigida a nuestros profesionales.

No debemos pensar que las nuevas tecnologías van a resolver el problema. Es evidente que las nuevas tecnologías de las comunicaciones pueden facilitar la resolución del problema, pero ésta pasa por organizar nuestra política de comunicación dentro de las organizaciones sanitarias de forma adecuada.

El personal sanitario tiene unos condicionamientos de comunicación muy complejos, ya que no sólo tiene que comunicarse con la dirección de la empresa y sus propios colegas de trabajo para llevar a cabo los procesos asistenciales que requieren una gran coordinación, sino que en el personal sanitario es el informador-comunicador principal de los usuarios, pacientes y familiares, característica típica de las empresas de servicios, y en especial en la de provisión de servicios sanitarios, donde el usuario está generalmente en una situación de preocupación extrema e indefensión al delegar en el personal sanitario su capacidad de decisión.

### **5.3. Barreras en la comunicación**

Dada la trascendencia que tiene la comunicación en el adecuado funcionamiento de nuestras complejas organizaciones hospitalarias, donde la coordinación es fundamental para integrar los procesos asistenciales, debemos poner un especial énfasis en transmitir adecuadamente la información que desde las direcciones llegan a los profesionales, información descendente. Estas barreras pueden ser personales, semánticas y físicas.

Las barreras personales, quizás las que más habitualmente distorsionan la comunicación, provienen de las limitaciones, emociones o estructura de los valores humanos. Cada uno puede oír el mensaje distorsionado en función de nuestros intereses, deformando el contenido que quería enviar el emisor del mismo. Lo que vulgarmente decimos "oye pero no escucha". Como receptor

debemos intentar analizar el mensaje sin prejuicios que puedan distorsionarlo, aunque posteriormente podamos analizarlo teniendo en cuenta las circunstancias para interpretarlo adecuadamente.

Las barreras humanas se deben a las ideas preconcebidas, la credibilidad del interlocutor, la situación emocional del emisor o receptor o la atención prestada.

Las barreras semánticas son las limitaciones o distorsiones que se pueden producir por el uso de palabras o símbolos equívocos o por la transmisión simultánea de señales o gestos que puedan distorsionar el mensaje inicial.

El uso de palabras en otros idiomas, la interpretación de símbolos y lenguaje corporal simultáneo.

Las barreras físicas son las interferencias que se producen por lo inadecuado del lugar o el medio que utilizamos.

Ruido en la sala de reunión, cortes en la línea telefónica, etc.

#### **5.4. Errores en la comunicación**

Dada la importancia que tiene la comunicación debemos, como comentaremos más adelante, planificar la comunicación externa como la interna, pero de forma general debemos evitar los errores más frecuentes al preparar cualquier comunicación, como son:

- Dar una información errónea o incompleta. Debemos asegurarnos de que la información sea veraz y completa, ya que la omisión de aspectos importantes de la misma la invalida ante el receptor, muchas veces ya pre-dispuesto a ello.
- Dar una información distorsionada. Hay que tener mucho cuidado en que el mensaje original que pretende dar la dirección no se distorsione en la comunicación sucesiva hecha por otros responsables.
- No sobrecargar el mensaje. Debemos transmitir sólo la idea que queremos comunicar y huir de la tentación de complicar excesivamente los mensajes, lo cual puede dispersar el mensaje inicial y sobrecargar al receptor.

Ser un buen comunicador es una de las competencias más importantes que debe tener un profesional sanitario en su relación con los usuarios y una de las principales características de los directivos. El ser capaz de comunicar adecuadamente no se improvisa y, dado que en las facultades de Ciencias de la Salud no se pone especial atención en este aspecto, debemos poner un énfasis en aprender a hacerlo.

## 5.5. La comunicación interna

La información ha pasado a ser el principal valor de las empresas, que, como las nuestras, se denominan del conocimiento. La comunicación interna, por lo tanto, es un valor estratégico de las mismas, y que ésta fluya con eficiencia es la única forma de garantizar su adecuado funcionamiento, de modo que tanto la dirección como los profesionales se encuentren en todo momento satisfechos con la información tanto estratégica como táctica que tienen de la empresa y la posibilidad de acceder a ella cuando lo deseen.

Sin ánimo de ser exhaustivos, describiremos a continuación los sistemas de comunicación más utilizados, debiendo elegir en cada momento y circunstancia el más adecuado.

- **La reunión personal.** Necesaria para transmitir temas que afectan a personas concretas y tema de importancia. Requieren mucho tiempo, por lo que se deben limitar a las estrictamente necesarias.
- **Las reuniones en grupos.** Necesarias para transmitir temas trascendentes a grupos de personas con intereses similares. Este tipo de reuniones se pueden hacer mediante videoconferencia, lo que evita desplazamientos.
- **La reunión masiva.** Sólo recomendables en circunstancias excepcionales para informar sobre temas que afecten a grandes colectivos. Debemos evitar que se convierta en una asamblea reivindicativa.
- **Manuales.** Muy útiles para informar a los profesionales que se incorporen a la organización y específicos para cada unidad. Se deben mantener actualizados.
- **Memorandos.** Útiles para informar a grandes colectivos sobre cambios, antes de su incorporación a los manuales o noticias de actualidad.
- **Revistas periódicas.** Útiles para informar y dar cabida a las aspiraciones de comunicación de algunos colectivos. Hay que definir la política de edición de las mismas.
- **Tablones físicos o electrónicos.** Útiles para colgar informaciones de actualidad de interés para la empresa, los profesionales, los sindicatos u otros grupos culturales.
- **Contestadores automáticos o buzones de voz.** Permiten la comunicación asincrónica entre los trabajadores.
- **Intranet.** Permite la comunicación entre todos los trabajadores de la empresa. El nivel de comunicación dependerá de la política de comunicación

interna de la empresa, aunque tecnológicamente no habría limitación a la misma.

- **Internet.** Permite la comunicación tanto interna como externa de los trabajadores de la empresa. Este medio abre unas aplicaciones hasta hace poco inimaginables para la adquisición de información e integración de las unidades que forman la empresa. En el caso de la atención a la salud, permitiría la integración entre los hospitales, los centros de primaria, centros sociales, etc., los cuales podrían compartir información asistencial y administrativa.

A pesar de que la evolución tecnológica define estas dos últimas formas como los sistemas de comunicación del futuro, las otras formas siguen teniendo su utilidad en algunas circunstancias.

La comunicación interna no se debe improvisar, a pesar del gran dinamismo de nuestras organizaciones y de que en algunas ocasiones haya que dar una información puntual de forma inmediata. La comunicación interna debe estar dirigida por los máximos responsables de la organización y gestionada de una forma planificada para que satisfaga en todo momento las necesidades de todos los grupos profesionales, lo cual no siempre es fácil.

## 5.6. Acogida del profesional en la organización

Cuando un profesional llega por primera vez a la organización, debemos hacerle sentir que inicia su actividad en **su organización**, una organización que lo espera de forma individual y personalizada y no como un número más en un tarjetero de fichar.

Para ello debemos tener preparado un **plan de acogida**, que, siendo estándar, debemos singularizarlo para cada uno de los profesionales que inician su trabajo.

El resto del personal de la organización, y particularmente aquellos otros profesionales que deben relacionarse con el que se incorpora, debe estar informado de la llegada de éste, así como de las funciones que deberá cumplir en su área. Esta información la debe realizar con la debida antelación y por los métodos habituales el departamento de RR.HH., utilizando la intranet y el correo electrónico. La información, aunque escueta, debe contener al menos los datos básicos del nuevo empleado: nombre y apellidos, origen, empresa de la que proviene, formación académica y profesional, así como sus aficiones. Conviene adjuntar una fotografía.

El nuevo empleado debe ser recibido, dependiendo de su posición en la organización, por un responsable del departamento de RR.HH., a ser posible por el director, que le dará la bienvenida y le explicará las grandes líneas de la organización: misión, visión, valores, líneas estratégicas, organigrama y servicios que realiza.

A continuación, y antes de llevarlo a su departamento y presentarlo al responsable del mismo, conviene llevar al nuevo empleado a que conozca el edificio donde estará ubicado y la localización de los servicios que tendrá que utilizar, como cafetería, biblioteca, vestuarios, etc.

Finalmente se le llevará a su servicio o unidad de trabajo, donde se le presentará al responsable de la misma –que probablemente ya conozca gracias a los procesos previos de selección–, quien le presentará al resto de los profesionales de la unidad y lo integrará con los planes de acogida y formación particular de cada unidad.

El plan de acogida no termina ese día sino que el nuevo profesional entrará en un plan de formación institucional que el departamento de RR.HH. tendrá planificado para todos los profesionales de la empresa y que es diferente de los planes de formación específicos de cada una de las unidades.

Con objeto de facilitar toda la información necesaria para que el profesional se pueda mover con agilidad y tranquilidad en la organización, debemos generar un **manual del empleado**, editado en forma de libro, pero también colgado en la intranet de la organización para su consulta inmediata. El manual debe contener toda la información útil para el nuevo empleado, expuesta de forma sencilla, breve y actualizada, para lo cual debe haber un responsable en el departamento de personal de manual.

Aunque los manuales pueden ser diferentes, dependiendo del tipo de organización y la tipología de los profesionales, de forma genérica debería tener:

- Una página de bienvenida, realizada por el máximo responsable de la organización: el director general o gerente.
- Historia y cultura de la organización. Una breve explicación sobre la historia y cultura de la empresa, su misión, su visión, así como sus códigos éticos y de conducta.
- Organización y actividad de la organización:
  - Quiénes son sus usuarios y clientes, qué actividades realiza, cuál es su cartera de servicios.
  - Forma organizativa, organigrama y sus responsables.

- Normas generales que el profesional debe observar y los servicios que la empresa pone a disposición de los empleados: biblioteca, reprografía, comedor, etc.
- Política laboral y social:
  - Calendario laboral y horarios.
  - Beneficios sociales: guardería, seguros, becas, etc.
- Planes de formación. Descripción del calendario de cursos de formación previstos para a todos los profesionales del hospital.
- Procedimientos habituales. Es interesante añadir un apartado de resolución de los procesos que los profesionales pueden necesitar realizar habitualmente, tales como baja laboral, solicitud de dietas de viajes, permiso para formación y congresos, necesidad de material de oficinas, reserva de salas de trabajo, etc.

En nuestro país, en los últimos años, con la profesionalización de los departamentos de RR.HH., en nuestros hospitales se han ido generalizando los planes de acogida de los profesionales y la edición de manuales de acogida.

### 5.7. Los sistemas de información en las organizaciones sanitarias

La información es la base de una buena comunicación en el hospital; de hecho, es el sistema nervioso de cualquier empresa, y especialmente en una organización del conocimiento como son las organizaciones sanitarias, donde la coordinación de los procesos es fundamental para lograr la eficiencia de los mismos.

Aunque los sistemas de información han existido siempre en nuestras organizaciones, éstos han ido surgiendo a medida que las necesidades los requerían sin un planteamiento metodológico riguroso, promovidos por los servicios y unidades y sin una integración. Por ello no nos ha de extrañar que la incorporación de la tecnología informática en nuestros hospitales haya sido tardía y que todavía en la primera decena del siglo XXI estemos muy alejado de otros sectores en relación con su implantación y utilización rutinaria.

A la hora de introducir un sistema informatizado en cualquier entorno, sea una unidad hospitalaria, servicio o el global del hospital, debe tenerse en consideración una serie de medidas, que por obvias muchas veces pasamos por alto y son la causa de muchos fracasos a lo largo de los últimos años:

- **Antes de informatizar hay que organizar.** La informatización requiere rigor y definir los procesos, ya que la herramienta por su propia entidad no permite improvisaciones ni acciones informales no previstas con anterioridad. Dicho de otra forma: los sistemas informáticos no permiten la improvisación. Ésta ha sido una de las causas más frecuentes de fracasos al

#### Lectura obligatoria

Como muestra de los manuales de acogida se adjunta en el Aula el *Manual de acogida del Hospital Severo Ochoa de Madrid*.

intentar mecanizar procesos no bien comprendidos y organizados. La introducción de la informatización en estas organizaciones no sólo no ayuda, sino que crea muchos más problemas de los que había, además del dispendio de importantes cantidades de esfuerzo y dinero, dejando detrás de estos intentos la desilusión y desconfianza de los profesionales muy difícil de reparar.

- **Antes de informatizar deberemos conocer bien nuestras necesidades y definir con precisión los objetivos.** Aunque parezca obvio, desafortunadamente no suele dedicarse mucho tiempo a analizar las necesidades de la unidad o el servicio y concretarlo en objetivos concretos que deban alcanzarse con la implantación del sistema de información. Las empresas de implantación de software pretenden introducir sistema prefabricados en forma de paquetes que no siempre cubren las necesidades del cliente final, por lo que es aconsejable hacer un análisis funcional, por parte de alguien no vinculado a la empresa implantadora de la solución informática.
- **El sistema que se implante debe adaptarse a nuestra cultura y forma de trabajo, pero debe mejorarla.** Hay que buscar un equilibrio de manera que la introducción del sistema de información distorsione lo menos posible nuestra forma de trabajo, pero el mismo debe posibilitar la reingeniería de los procesos, al brindar nuevas formas de hacer las cosas que hacíamos con una visión diferente. Por ello introducir un sistema de información para seguir haciendo lo mismo es una condición necesaria pero no suficiente para justificar su introducción.
- **El diseño, la realización y la implantación debe ser gradual y participativa.** Las personas que van a utilizar el sistema deben participar en el análisis funcional y en la implantación del mismo, ya que son los profesionales que trabajan en esa unidad los que mejor conocen las tareas que se han de realizar, aunque deben recibir una formación que estimule la innovación y les permitan vislumbrar las posibilidades de un nuevo sistema de hacer las cosas. La implantación no debe ser brusca, sino gradual, de forma que las personas vayan adaptándose a la nueva forma de trabajar, aunque una vez implantado no debe haber marcha atrás, por añoranza del sistema antiguo. Éste es un momento crucial en la implantación, ya que inevitablemente, por muy bien programado que esté el momento del cambio, siempre surgen problemas.
- **El sistema debe ser amigable y fácil de utilizar.** Las casas comerciales deben entender que la mayoría de los usuarios finales no son expertos en sistemas de información, por lo tanto el uso del nuevo sistema debe ser amigable y cómodo de usar, ya que de otra forma producirá un rechazo difícil de superar. Desafortunadamente nuestro sector está lleno de fracasos de este tipo.

- **El sistema debe estar integrado de modo que permita una actitud creadora común.** Uno de los objetivos de un sistema de este tipo es obviar las tareas rutinarias y administrativas que los profesionales sanitarios tienen, permitiéndoles dedicarse más tiempo a las funciones para las que realmente les formaron. Las organizaciones sanitarias, como ya hemos comentado, son organizaciones del conocimiento, donde un sistema de información integrado, que permita el intercambio de información de una forma dinámica, proporcione una plataforma de conocimientos que permita una actitud creadora común, que probablemente para muchos profesionales es el grado máximo de motivación que pueden alcanzar.

En las organizaciones sanitarias, y particularmente en los hospitales como organización de máxima complejidad, existen tres sistemas de información, los cuales deberían estar integrados para lograr la máxima eficiencia:

- los sistemas de información administrativa,
- los sistemas de información asistencial-administrativa y
- los sistemas de información asistencial.

#### **Sistemas de información administrativa**

Manejan toda la información relativa a la gestión de los RR.HH., la económico-financiera, la logística, la de hostelería y la de mantenimiento de la organización. Nos centraremos por tanto en este sistema, que es el que afecta a la gestión de los profesionales, pero sin olvidar la relación que tienen muchos índices de eficiencia con los parámetros que utilizamos en el departamento de RR.HH.

En una empresa sanitaria, y el hospital como paradigma de la misma, **la gestión de los RR.HH.** es crucial no sólo porque de los profesionales depende la realización de los servicios, sino porque además su coste representa la mayor parte del presupuesto de la organización en la que trabajan. En esta aplicación se gestiona:

- la ficha y la vida laboral de cada trabajador,
- las nóminas,
- los programas de formación,
- la evaluación de los profesionales,
- los procesos de selección,
- la carrera profesional,
- la planificación de los RR.HH.

#### **Recordad**

- La complejidad de las organizaciones sanitarias requiere unos mecanismos de comunicación adecuados.
- La comunicación interna debe ser una preocupación permanente de los directivos.
- Debemos desarrollar unos sistemas de información integrados que nos permitan tomar decisiones eficientes.
- La comunicación externa permite hacer partícipe a los usuarios de la misión del hospital.

#### **Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.



## 6. Definición de los puestos de trabajo

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Están definidas las características de los puestos de trabajo en vuestra organización?
- 2) Por favor, describid las características de vuestro puesto de trabajo.
- 3) ¿Creéis que vuestro puesto de trabajo es generalista o especializado?
- 4) ¿Qué porcentaje asignaríais a la necesidad de conocimientos técnicos y de actitud para desempeñar adecuadamente vuestro puesto de trabajo?

Las organizaciones existen para llevar a cabo tareas, y el logro de las mismas se alcanza gracias a las personas. La gestión de los recursos humanos es, por tanto, un atributo inseparable y diferencial de la buena gestión de las organizaciones y constituye casi siempre, especialmente en las empresas de servicios, **su capacidad nuclear estratégica**.

En el manejo de los recursos humanos existe una parte más técnica, como puede ser el desarrollo de procedimientos y métodos de trabajo, el diseño del puesto de trabajo, el sistema de retribuciones o la comunicación interna en la empresa, y otra más inmaterial, más sutil, más cálida, que se refiere a la transmisión de los valores de la empresa, la motivación, la dinámica de grupos, los estilos de liderazgo o la comunicación informal.

Los diseños de los puestos de trabajo implican los perfiles de habilidades de los trabajadores que se desempeñan en dichos puestos. Estas habilidades se podrían calificar en tres categorías:

- **Habilidades técnicas.** Corresponden a la destreza y a los conocimientos necesarios para realizar adecuadamente la tarea.

Técnica quirúrgica, realizar un balance, etc.

- **Habilidades Interpersonales.** Las que son necesarias para relacionarse y realizar el trabajo conjuntamente con otras personas.

Explicar una intervención, oír una queja, etc.

- **Habilidades conceptuales** (análisis, soluciones, decisiones). Anticipación a los problemas y búsquedas de soluciones. Comprensión de la organización como un todo global.

Procesos de planificación, automotivación, etc.

Para diseñar adecuadamente los puestos de trabajo, debemos definir:

- ¿Qué **tareas** corresponden a un puesto de trabajo determinado?
- ¿Qué **grado de formación** se necesita para ese puesto?
- ¿Hasta qué punto puede **normalizarse** ese puesto?
- ¿Cuáles deben ser sus sistemas de **coordinación y supervisión**?

Siguiendo a Mintzberg, para definir totalmente un puesto de trabajo en una organización deberíamos definir nueve parámetros:

- Los tres que se refieren específicamente al diseño del puesto:
  1. Grado de especialización del puesto.
  2. Formalización del comportamiento.
  3. Preparación y adoctrinamiento.
- Los dos que se refieren al diseño de la estructura organizativa en la que están localizados esos puestos de trabajo.
  1. Agrupación de unidades.
  2. Tamaño de las unidades.
- Los dos que se refieren a los enlaces laterales con otras partes de la organización:
  1. Sistemas de planificación y control.
  2. Dispositivos de enlaces.
- Los dos que se refieren a los mecanismos de la toma de decisiones.
  1. Descentralización vertical.
  2. Descentralización horizontal.

En este capítulo nos referiremos sólo al primero, al grado de especialización del puesto de trabajo, ya que el resto de los parámetros tiene más que ver con la organización, y han sido ya tratados en otros módulos de este máster.

### **6.1. Especialización del puesto de trabajo**

Los puestos de trabajo se pueden especializar en dos dimensiones: en su dimensión horizontal –en relación con las tareas que el trabajador realiza en su puesto de trabajo– y su dimensión vertical –en relación con las tareas que realiza fuera de su tarea específica.

En su **amplitud o ámbito**, la especialización horizontal se refiere al número de tareas productivas diferentes que puede realizar la persona en su puesto de trabajo. Una persona está *más* especializada cuantas menos tareas desempeña, independientemente de su importancia, mientras que un puesto de trabajo tiene unas características ampliadas (menos especializadas) cuando se realizan más tareas en dicho puesto. Así, un médico general tiene un puesto de trabajo más ampliado (menos especializado) que un especialista médico. En nuestra cultura asociamos especialización a mejor, lo cual no siempre es cierto.

La **especialización horizontal** del puesto de trabajo (poca amplitud) es la forma que predomina en los sistemas organizativos de división del trabajo. El aumento de la productividad por la repetición de una tarea simple es la base de esta forma de trabajo. Mayor destreza, ahorro de tiempo al no tener que cambiar de tarea y la posibilidad de mejorar la técnica por conocerla muy bien son las bases de la teoría científica inicialmente postulada por Taylor.

Ejemplos de este tipo de tarea los tenemos en las líneas de producción. En los hospitales, por su variedad en los puestos asistenciales, no suelen existir puestos con una gran especialización de tareas simples. No así en los servicios de apoyo como limpieza, cocina, etc. donde sí los podemos encontrar.

La **ampliación horizontal** del puesto de trabajo implica la realización de un mayor número de tareas. Las enfermeras, cuando actuaban por tareas en una planta (una tomaba la tensión, otra administraba la medicación, etc.), lo hacían especializadamente, mientras que al actuar por paciente han ampliado las tareas del puesto de trabajo (enfermera de planta), ya que la misma hace todas las tareas para un mismo enfermo.

La segunda dimensión que deberemos tener en cuenta es la especialización vertical, en cuanto a la **profundidad de la tarea** que realiza.

La **especialización vertical** del puesto de trabajo (poca profundidad), se refiere a que el puesto de trabajo sólo realiza las tareas del núcleo productivo sin llevar a cabo tareas de administración, gestión, planificación, formación, investigación, etc.

En un hospital sería la auxiliar de enfermería, que se limita a las labores asistenciales y no se implica en otras tareas de tipo administrativo o de gestión.

La **ampliación vertical** se refiere al enriquecimiento del puesto de trabajo, al realizar otras tareas de carácter no productivo directo. La supervisora de planta de enfermería o el jefe de servicio médico son buenos ejemplos de ampliación vertical porque, además de tareas clínicas, hacen tareas administrativas y de gestión.

Como casi siempre, no existe una solución única, y debemos contrapesar la eficacia que sin duda aporta la especialización con la motivación que implica la ampliación de las tareas. Las tareas de cada puesto se deben diseñar independientemente de la persona que lo vaya a ocupar. Hasta hace poco se optaba por una definición rígida del puesto de trabajo lo más exhaustiva posible, mientras que hoy, dada la flexibilidad que se requiere en la empresa y la necesidad de coordinación, se tiende más a definir perfiles más generales e ir adaptándolos a la personas en la organización.

Cada parte de la organización, sus puestos de trabajo, se adaptan más a una tipología de puestos de trabajo. Así, en el núcleo operativo encontraremos más puestos especializados horizontal y verticalmente, ya que hacen una tarea precisa con gran productividad pero sin necesidad de mucha coordinación: limpiadoras, pinches de cocina, etc. A medida que ascendemos en la estructura organizativa de la empresa, requerimos más ampliación del puesto de trabajo hasta llegar al ápice estratégico, que es generalista en todos los aspectos de la empresa. Eso significa un amplio conocimiento de todas las facetas que inciden sobre la empresa pero poca especialización en cada una de ellas.

El paradigma de la ampliación de las funciones de un puesto de trabajo tanto en su dimensión horizontal como vertical pueden ser los directores generales o los directores de orquesta.

		<b>Amplitud horizontal</b>	
		<b>Baja (puesto especializado)</b>	<b>Alta (puesto ampliado)</b>
<b>Amplitud vertical</b>	<b>Baja (puesto especializado)</b>	<b>Especialista con tareas simples:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico de laboratorio.</li> <li>• Operario en línea de montaje.</li> </ul>	<b>Profesionales que realizan varias tareas en línea, pero sin responsabilidades de gestión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeras.</li> <li>• Adjuntos clínicos.</li> </ul>
	<b>Alta (puesto ampliado)</b>	<b>Especialistas que realizan el proceso completo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artesanos.</li> <li>• Pequeños empresarios.</li> </ul>	<b>Generalistas que conocen los procesos de producción y gestión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefe de servicio.</li> <li>• Directivos.</li> </ul>

Profundidad y amplitud del puesto de trabajo

Los diseños de puestos especializados o de puestos flexibles tienen ventajas e inconvenientes para la dirección de la empresa. Siguiendo a R. Chase y N. Aquilano (1992), las ventajas de los puestos muy especializados y tareas simples son:

- rápido entrenamiento,
- facilidad para reclutar trabajadores con esas peculiaridades,
- alta productividad rápidamente,
- salarios bajos,
- gran control sobre los flujos y campo de trabajo.

Para el trabajador, las ventajas son:

- requerirse poca preparación para ese tipo de trabajo,
- facilidad para aprender esas tareas,
- poco compromiso y no necesitarse iniciativa.

Las desventajas para la dirección son:

- dificultad para coordinar los procesos, ya que ningún trabajador de línea tiene la responsabilidad de los mismos.
- insatisfacción del trabajador, que se traduce en mayor absentismo, mayor rotación, menor calidad.

Las desventajas para el trabajador son:

- aburrimiento y hastío ante una tarea repetitiva,
- poca gratificación intelectual, ya que no puede aportar nada al proceso,
- ningún control sobre su trabajo,
- poco progreso profesional y poco aprendizaje como vehículo de promoción profesional,
- poca comunicación con sus compañeros.

## 6.2. Diseño del puesto de trabajo

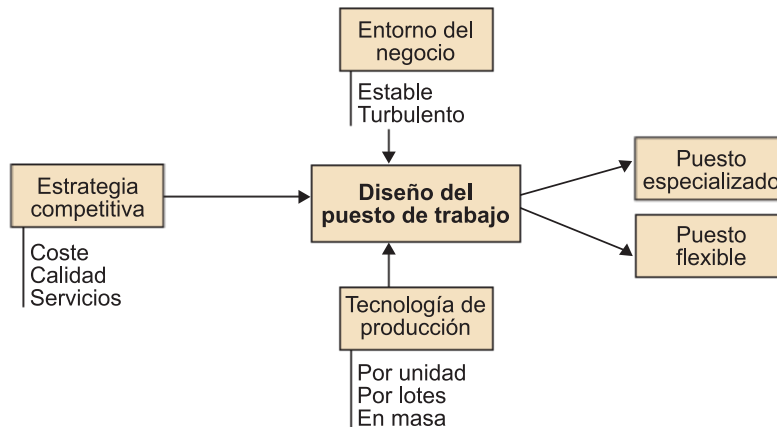
La decisión sobre la planificación de los puestos de trabajo llegó a ser una fuente de discusión interminable entre los partidarios de los sistemas económicos más mecanicistas, que basaban toda la fuerza de la organización en la producción eficiente por medio de la especialización, y la escuela más humanista, que abogaba por la motivación e integración del trabajador en la empresa como fuente de su capacidad de cambio y eficiencia. Joan Woodward, después de estudiar más de 1.000 empresas que utilizaban los dos enfoques, desarrolló su Teoría de las Contingencias, en la que definía tres factores:

**El entorno del negocio, la estrategia competitiva de la organización y la tecnología de producción de la empresa.** De forma que, en entornos estables, de tecnología de producción en masa y de estrategia competitiva por costes se

### Bibliografía

R. Chase; N. Aquilano (1992). *Production and Operation Management*. Homewood, IL: R. D. Irwin Inc.

debería tender a puestos especializados, mientras que, si la empresa se movía en entornos turbulentos, la producción era selectiva por lotes o por unidades y la estrategia competitiva orientada hacia la calidad o la excelencia de los servicios, el diseño debería tender a puestos más flexibles, lo que supone una ampliación tanto en la dimensión horizontal como vertical.



RR.HH.: diseño de los puestos de trabajo  
Fuente: modificado de G. A. Vargas (1999). Comunicación personal.

Un ejemplo del primer tipo de empresa podría ser un fábrica de automóviles y del segundo una empresa de telefonía móvil. El hospital es una organización muy compleja, en la que coexisten varias empresas con características muy diferentes. Algunas son más estables, las que no son propiamente sanitarias, y otras que indudablemente pertenecen al segundo grupo. Pensad en la diferencia de inercia que existe entre la evolución de los descubrimientos científicos y tecnológicos que afectan a la sanidad y la adaptación de las organizaciones sanitarias para su utilización, desde los recursos económicos, que son fijos durante el año independientemente de lo que ocurra en su entorno, hasta las especializaciones médicas o los puestos de trabajo, la mayoría de los cuales se definieron hace muchos años.

Aunque no entraremos en profundidad en el tema de la definición de los puestos de trabajo, existe una serie de elementos básicos en la descripción de dichos puestos:

- Identificación: nombre del puesto.
- Misión que se espera de la persona que ocupe el puesto, en relación con la misión de la empresa.
- Posición organizativa: puesto que ocupa en el organigrama, de quién depende orgánica y funcionalmente y, si los hay, puestos de trabajo que dependen de él.
- Contenido funcional: entorno:
  - áreas de actividad,
  - finalidad,
  - naturaleza de los problemas que han de resolverse,
  - ámbito de discrecionalidad.

Otros autores, como Lawler y Hackman, en sus investigaciones definen cinco dimensiones como las esenciales para definir un puesto de trabajo:

- **Variedad.** Asimilable a lo que anteriormente hemos comentado como especialización del puesto de trabajo. Se refiere a la cantidad de tareas y habilidades que requiere el puesto de trabajo. La variedad implica la realización de varias tareas, por lo que resulta menos rutinario y más desafiante desde un punto de vista del trabajador.
- **Autonomía.** Es el grado de independencia que tiene el trabajador para realizar su trabajo. La autonomía permite una mayor libertad en la programación, realización y responsabilidad sobre los resultados.
- **Importancia de la tarea.** Es el modo en el que la tarea que realiza repercute en otras personas o en otras unidades de la organización. Cuanto mayor sea su significación, más importancia tiene la tarea y el puesto de la persona que lo realiza.
- **Identificación con la tarea.** Existe un mayor grado de identificación cuando la persona realiza un proceso completo, de forma que puede verificar el resultado de su trabajo. Existirá poca identificación cuando se realiza una parte del proceso sin capacidad para percibir el resultado final.
- **Retrocomunicación.** Es el grado en el que el trabajador recibe información sobre los resultados de su trabajo, de forma que pueda evaluar su calidad y aportación al mismo.

En tanto en cuanto los profesionales tengan más desarrolladas estas dimensiones, más satisfacción y motivación tendrán en su trabajo y una mayor empatía con la empresa donde trabajan. Aunque depende del puesto de trabajo y sus características, como comentaremos más adelante, deberemos tender, como gestores de las personas, a que al definir los puestos de trabajo las personas utilicen varias habilidades y competencias en la realización de la tarea, a que tengan cierta autonomía, a que hagan algo que sea significativo, a que puedan percibir la calidad y el resultado de la tarea que hacen.

Existen aspectos que debemos estudiar cuidadosamente al definir las características de los puestos de trabajo y el diseño de las plantillas. Aspectos que a veces pasan desapercibidos como son **las cargas de trabajo físicas** de cada puesto, especialmente en el caso de las auxiliares de enfermería, celadores, personal de almacén etc., que mueven a pacientes y material de forma habitual, y **las cargas mentales** más altas, en unidades como el servicio de urgencias o en las unidades de medicina intensiva. Las cargas de trabajo se definen como los requerimientos físicos y mentales debidamente estandarizados que requiere cada puesto de trabajo. Se deben medir no sólo los factores intrínsecos al puesto, sino también las peculiaridades, en una empresa concreta, de exigencia del mismo. Puestos de trabajo relativamente tranquilos en un entorno pueden ser problemáticos en otros.

Cada puesto de trabajo requiere unas características específicas. Así, en el caso de la dirección, serían:

- liderazgo integrador,
- credibilidad,
- capacidad de análisis y planificación,
- capacidad de motivar,
- capacidad para obtener resultados,
- conocimiento profundo de su equipo,
- capacidad para la resolución de problemas,
- capacidad de delegar,
- orientación corporativa,
- equilibrio personal (trabajo-familia-yo),
- sólida formación (idiomas, herramientas tecnológicas...),
- empuje, energía y sentido de la justicia.

Otra variable importante que estudiar, no sólo por las repercusiones personales sobre el trabajador y las legales para los representantes de la empresa, sino como variable preventiva que debe tenerse en cuenta a la hora de definir las características de los puestos de trabajo, es **la accidentalidad** de cada uno de ellos. Especial incidencia sobre los mismos tiene la formación previa, las competencias para el puesto y el tipo de trabajo.

Un reflejo de la poca atención que desde las instituciones públicas, al menos en España, se presta a la definición de los puestos de trabajo y a las competencias necesarias para ocuparlos es que la definición de las categorías profesionales para establecimientos sanitarios de hospitalización data de 1976, que a su vez derogaba una normativa de 1947, hasta la actualización de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Así, enumera de esta forma las funciones del puesto de médico adjunto:

- Suplir al médico-jefe clínico.
- Cumplir los servicios de guardia que se le señalen, a tenor del reglamento del centro o instrucciones correspondientes.
- Cuidar de la debida confección de las historias clínicas de los asistidos y hospitalizados correspondientes a su servicio.
- Supervisar y coordinar el desempeño de las funciones correspondientes a los puestos que le están subordinados, especialmente de su servicio de guardia.
- Colaborar en todos los órdenes al mejor desarrollo de las tareas que corresponden a su servicio.

Y para el caso del auxiliar administrativo, se consigna algo tan escueto como: "Son los trabajadores mayores de 18 años que, sin iniciativa ni responsabilidad, se dedican a los servicios auxiliares de la administración", sin mención alguna a su titulación o habilidades.

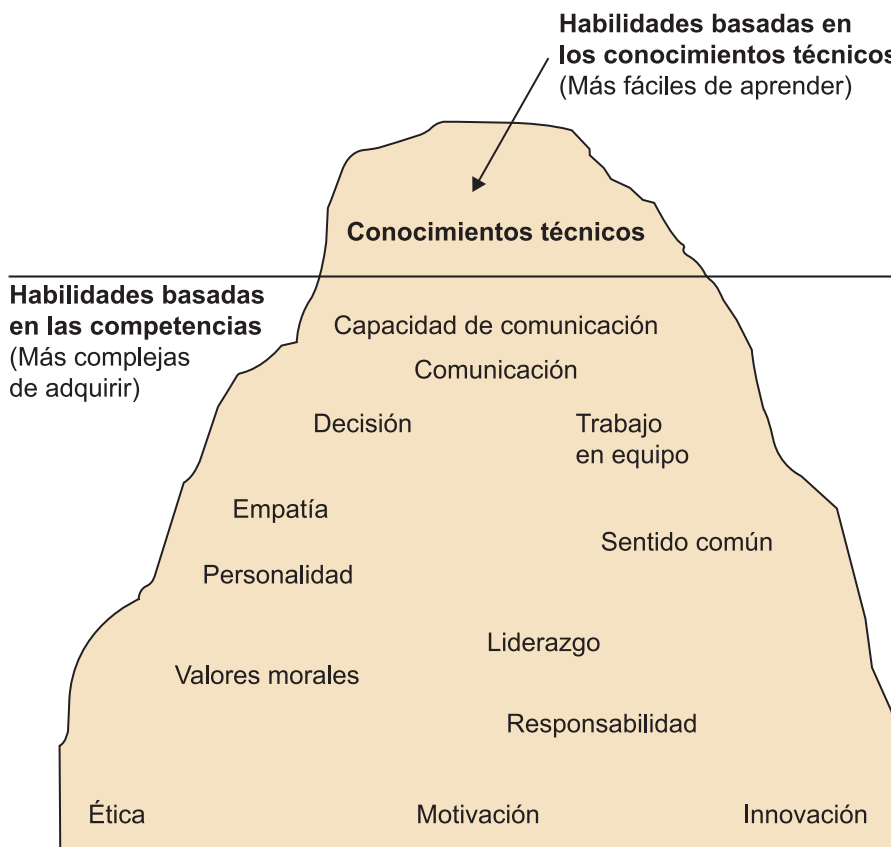
En tres estatutos regían las normas del personal estatutario de los hospitales públicos españoles, publicados en 1966 para el del personal médico, en 1971 para el no sanitario y en 1973 para el de enfermería, hasta la publicación de las leyes 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que abren el camino para la puesta al día de las nuevas figuras y la actualización de sus funciones, aunque hasta el momento el desarrollo de la función de los puestos de trabajo es una asignatura pendiente en la mayoría de las CC.AA.



### 6.3. Competencias y habilidades

Las competencias son aquellas características intrínsecas de la persona que tiene una relación de causalidad con el desempeño adecuado y/o excelente en un determinado puesto de trabajo. Son características personales que diferencian a las personas y que les permiten adaptarse mejor a un determinado puesto de trabajo. Esta adaptación depende tanto del entorno empresarial como de las características de la persona.

Estas características son habilidades, conocimientos, valores, actitudes, etc., lo que hoy conocemos con el nombre de inteligencia emocional. Hay que tener claro que las competencias no son las funciones del puesto de trabajo, sino lo que permite al que lo ocupa desarrollar estas funciones de una forma superior a la normal o esperado.



Habilidades y competencias en los profesionales

Como vemos en la figura del iceberg, los conocimientos técnicos representan sólo una pequeña parte de las habilidades necesarias, las cuales se pueden adquirir de una forma reglada en facultades o escuelas. Más compleja es la adquisición de las habilidades basadas en las competencias, más difíciles de adquirir, ya que sólo se adquieren con la experiencia y una cierta predisposición a adquirirlas. Entre estas competencias están la capacidad de comunicación, el sentido común, el liderazgo, la innovación, la empatía, los valores morales, etc.

Existen metodologías específicas, como la de Hay-McBer, que facilita la búsqueda de las competencias ideales para cada puesto de trabajo mediante:

- la utilización de un lenguaje común, estandarizable y cuantificable;
- el desarrollo de un software específico para procesar y cruzar la información de personas y puestos de trabajo;
- la unificación de la información de gestión de los RR.HH. en una base común.

La empresa que busca la competencia de sus puestos de trabajo debe tener una serie de elementos que potencien la búsqueda de la eficiencia, ya que, si no, difícilmente atraerá hacia ella aquellas personas cuya finalidad laboral y personal sea la superación. En la empresa sanitaria, que no está preparada en absoluto para este tipo de instrumentos, encontramos profesionales magníficos que son excepcionalmente competentes en su puesto de trabajo de una forma natural a pesar de los múltiples inconvenientes que la organización pública les impone para su desarrollo personal.

Los componentes del desempeño profesional dependen de las funciones que realice la persona dentro de la organización:

	<b>Actitudes</b>	<b>Conocimiento Técnico</b>
<b>Directivos</b>	75%	25%
<b>Mandos</b>	50%	50%
<b>Operarios</b>	25%	75%

Componentes del desempeño profesional

### 1. Valoración del desempeño de los directivos:

- **Capacidad de gestión:**
  - claridad de los objetivos,
  - asunción de responsabilidades,
  - orientación a los resultados,
  - dirección y control de equipos,
  - tratamiento de la información.
- **Liderazgo integrador:**
  - escucha activa,
  - integración de su equipo,
  - compromiso con su superior.
- **Razonamiento positivo:**
  - actitud positiva ante los conflictos,
  - flexibilidad ante lo imprevisto,

- consistencia.
- **Solución de problemas:**
  - búsqueda abierta,
  - organización de las soluciones,
  - puesta en marcha,
  - verificación del proceso.
- **Estímulo al desarrollo:**
  - atención y liderazgo de actividades formativas,
  - dinámica formadora permanente,
  - participación activa en la formación.

## 2. Valoración del desempeño de los mandos intermedios:

- conocimiento del puesto,
- responsabilidad,
- planificación y delegación,
- análisis de problemas y toma de decisiones,
- iniciativa,
- innovación y creatividad,
- priorización de acciones,
- actuación ante las urgencias,
- capacidad de comunicación,
- capacidad de negociación/persuasión,
- liderazgo.

## 3. Valoración del desempeño del personal operativo:

- cantidad de trabajo realizado,
- calidad del trabajo realizado,
- resistencia en el trabajo (física y psíquica),
- disciplina,
- puntualidad,
- compromiso empresarial,
- análisis y solución de problemas,
- capacidad de aprendizaje,
- flexibilidad y disponibilidad,
- capacidad de trabajar en equipo,
- trato con sus clientes.

**Recordad**

- Debemos definir con precisión las características de los puestos de trabajo que requiere nuestra organización.
- No debemos confundir la importancia del puesto con la especialización del mismo.
- Las competencias emocionales son más difíciles de adquirir que las competencias técnicas.
- La actitud de los profesionales es tan importante como la aptitud para ocupar un puesto de trabajo.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 7. La planificación de los recursos humanos

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Creéis que existe una planificación racional de las plantillas en vuestra organización?
- 2) ¿Sabéis los criterios con los que se planifican?
- 3) ¿Conocéis la planificación futura de los RR.HH. de vuestra organización?

### 7.1. La planificación

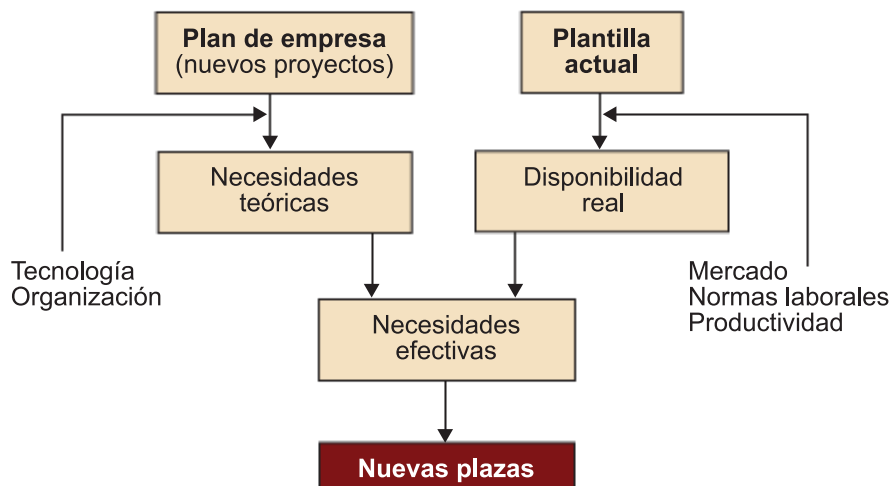
La planificación de los recursos humanos es un tema que compete a la alta dirección de la organización para establecer las estrategias de la misma, pero a la dirección de recursos humanos le compete el llevarlas a cabo con la estrecha colaboración de los responsables del núcleo operativo de las unidades implicadas.

Se trata de buscar a los profesionales adecuados, situarlos en el lugar y momento adecuado. Lo cual introduce una variable de flexibilidad necesaria para la permanente adecuación de las plantillas a la situación y necesidades del mercado, en clara divergencia con la rigidez de los sistemas de selección y contratación de la mayoría de nuestras organizaciones sanitarias públicas. **La aptitud** de las personas debe definirse por sus cualidades con relación al puesto de trabajo que pretendamos cubrir, y **la actitud** de la persona para ese puesto de trabajo, a veces más compleja de evaluar, es crucial para su eficiencia en su puesto de trabajo. En el entorno sanitario podemos encontrar personas aptas técnicamente pero que no soporten el medio sanitario por las peculiaridades que sin duda éste entraña: jornadas continuas, trato con pacientes, medio hostil hospitalario, etc. Desde el punto de vista de la empresa debemos definir:

- ¿Qué personas necesitamos?
- ¿Para hacer qué?
- ¿Cuál será su coste?

Sólo en el caso excepcional del inicio de una actividad habrá que calcular la plantilla completa, pero lo habitual será adecuarla, generalmente ampliarla, para la ampliación o creación de nuevas unidades productivas, debiendo tener

muy en cuenta la plantilla actual para que cada evaluación de la misma sirva de un mecanismo de permanente planificación y actualización. Se puede seguir un esquema como el mostrado a continuación:



Procedimiento de planificación y dimensionamiento de plantillas ante el inicio de nueva actividad

Este cuadro debería servir de reflexión en nuestro sector, donde los planes de empresa deberían venir precedidos de planes de salud de las consejerías de las comunidades autónomas, que deberían definir planes estratégicos que sirvieran de marco para cualquier cambio en las áreas de salud o los hospitales. En los planes de empresa se suele hilar delgadísimo en los proyectos arquitectónicos, menos en la organización, y muy poco en los recursos humanos, que realmente son los que deben llevar a cabo el proyecto y la partida económica, lo cual sin duda representa un mayor costo en el funcionamiento real de la empresa.

## 7.2. Cálculo de plantillas

No pretendemos aquí hacer un estudio exhaustivo del cálculo de plantillas de un servicio hospitalario, lo cual no entra en las pretensiones del módulo, concebido con una visión más general del tema de los recursos humanos. Sólo pretendemos dar una orientación general, ya que cada hospital o servicio tiene sus peculiaridades y habrá que adaptar el cálculo a las circunstancias organizativas, históricas, etc. de cada uno.

Una variable básica para el cálculo es el número de días anuales que trabajan los profesionales, que, dependiendo de los estatutos o convenios colectivos, en España se mueven entre los 215 y los 219 días por año.

La segunda variable son las horas por día en turno diurno, que también varía desde las 7 horas/día (35 horas semanales) hasta las 8 horas/día (40 horas/semana).

Con estas dos variables configuramos las **horas/año** a trabajar, que en definitiva es el parámetro básico de todos los cálculos. Esta cifra se mueve entre las 1.526 horas en algunos hospitales públicos y las 1.749 horas de los convenios de las clínicas privadas. A efectos del ejemplo que vamos a ver tomaremos la cifra de **1.635 horas/año** como referencia. Estas horas se refieren al turno diurno, disminuyen o son compensadas económicamente en el turno nocturno, fines de semanas, festivos, etc.

Otros parámetros de cálculo son los índices habitualmente utilizados:

- **Índice de ocupación.** Aunque varía para la tipología de pacientes y especialidad en el conjunto de un hospital terciario, se puede estimar adecuado como el **85%**, ya que permite tener el hospital suficientemente ocupado y una reserva para un posible aumento de la demanda por vía de las urgencias.
- **La estancia media** varía con la tipología de hospitales y *case-mix* tratado. Tiende a la disminución, pero para un hospital universitario terciario que trate a pacientes de alta complejidad, una estancia media de **9 días** puede ser razonable.

La dedicación de los médicos a sus diferentes funciones (asistencia, gestión, docencia e investigación) pueden ser repartidas como a continuación se indica, aunque siempre puede haber variaciones dependiendo de la capacidad docente e investigadora de cada hospital y de su organización, que puede estar más o menos más orientada a la gestión.

Puesto	Asistencia	Gestión	Docencia e investigación
Jefe de servicio	50% (818)	30% (490)	20% (327)
Jefe de sección	60% (981)	15% (245)	25% (409)
Adjunto	80% (1.308)	5% (82)	15% (245)

Tiempo dedicado a cada:

- consulta hospitalaria: 15 min,
- interconsulta: 30 min,
- consulta externa (1.ª): 30 min,
- consulta externa (sucesiva): 15 min,
- Tiempo medio de intervención quirúrgica: 1,5 h (dos cirujanos o traumatólogos).

Consideremos un hospital de 300 camas, de las cuales el 60% (180) son no médicas (quirúrgicas en distintas especialidades y traumatológicas), 40% médicas (120) y un 7% de camas especiales (21 unidades de vigilancia especial).

<sup>(1)</sup>Para estas unidades se ha adoptado una estancia media de 5 días y una ocupación del 70%.

El número de estancias posibles será:

- camas  $\times$  365  $\times$  índ. ocupac. =  $300 \times 365 \times 85 = 93.075$
- El número de ingresos = estancias / estancia media =  $93.075 / 9 = 10.342$

<sup>(2)</sup>Índice que relaciona ingresos con reintervenciones y no intervenciones quirúrgicas.

repartidos en:

- servicios no médicos: 6.205
- servicios médicos: 4.137
- unidades especiales<sup>1</sup>: 1.073

Las consultas externas a realizar serían:

- primeras consultas =  $1 \times$  núm. de ingresos =  $1 \times 10.342 = 10.342$
- consultas sucesivas =  $2,5 \times$  núm. de primeras consultas =  $2,5 \times 10.342 = 25.855$
- interconsultas = 15% de los ingresos =  $15 \times 10.342 = 1.551$

Para el cálculo de locales:

- Consultas externas:
  - Tiempo necesario para 1.<sup>as</sup> consultas: tiempo 1.<sup>a</sup> consulta  $\times$  núm. de 1.<sup>as</sup> cons =  $30 \text{ min} \times 10.342 = 310.260 \text{ min} = 5.171 \text{ h}$
  - Tiempo necesario para consultas sucesivas: tiempo cons. suc.  $\times$  núm. cons. suces. =  $15 \times 25.855 = 387.825 \text{ min} = 6.464 \text{ h}$
  - Tiempo total = 11.635 h
  - Número de locales necesarios = horas necesarias al año / horas disponibles al año =  $11.635 / 1.635 = 7,11 = 7$  **locales de consultas externas.**
  - Quirófanos:
  - Número de quirófanos necesarios = núm. intervenc.  $\times$  durac. interv. / tiempo disponible =  $6.205 \times 1,5 \times 1,1^{2(*)} / 1.635 = 6,26 = 7$  **quirófanos**

### Cálculo del personal médico de los servicios quirúrgicos (cirujanos y traumatólogos)

Las actividades a cubrir, ya calculadas, son:

- Hospitalización: 180 camas, 6.205 ingresos, 55.845 estancias.
- Consultas externas: 6.205 primeras consultas, 15.513 consultas sucesivas y 931 interconsultas.
- Intervenciones quirúrgicas: 6.826.

El tiempo necesario para realizarlas será:

- Visitas de planta:  $55.845 \times 15 \text{ min} = / = 13.961$  horas.
- 1.<sup>as</sup> visitas  $6.205 \times 30 \text{ min} = / = 3.103$  horas.
- Visitas sucesivas:  $15.513 \times 15 \text{ min} = / = 3.878$  horas.
- Interconsultas:  $931 \times 30 \text{ min} = / = 466$  horas.
- Quirúrgico:  $6.825 \times 1,5 \text{ h} \times 2 = 20.475$  horas.
- **Tiempo asistencial total = 41.887 horas.**

En la distribución de tareas que hemos realizado, corresponde a las tareas asistenciales el 64% del tiempo (quizás un poco bajo para hospitales no universitarios y con un alto componente en docencia e investigación), lo que equivale a 1.047 horas anuales. Por lo tanto, necesitaríamos:

- Tiempo necesario / tiempo disponible =  $41.883 / 1.047 = 40$  profesionales entre cirujanos y traumatólogos.

El resto de su tiempo, 36% (588 horas/año), se dedicaría a la gestión, docencia e investigación.

En estos cálculos no se han tenido en cuenta el trabajo de los residentes, el efecto de las guardias –tanto en su realización como en la liberación posguardia– ni la atención de urgencia.



## Cálculo de la plantilla de enfermería

### Procedimiento núm. 1

N: número de camas de una unidad  
 O: porcentaje de ocupación de la unidad (tanto por uno)  
 H1: horas/día necesarias para la atención de una cama (paciente)  
 DUE: porcentaje de tiempo de enfermería.  
 AE: porcentaje de tiempo de la auxiliar de enfermería  
 M: porcentaje de dedicación en el turno de mañana  
 T: porcentaje de dedicación en el turno de tarde  
 No: porcentaje de dedicación en el turno de noche  
 H2: horas del turno del personal de enfermería  
 H3: horas anuales contratadas con el personal de enfermería/año

#### Puestos necesarios de DUEs

**Mañana.**  $NDUE1s = (N \times O \times H1 \times DUE \times M) / H2$

**Tarde.**  $NDUE2s = (N \times O \times H1 \times DUE \times T) / H2$

**Noche.**  $NDUE3s = (N \times O \times H1 \times DUE \times No) / H2$

#### DUEs a contratar

**Mañana.**  $(NDUE1s \times H2 \times 365) / H3$

**Tarde.**  $(NDUE2s \times H2 \times 365) / H3$

**Noche.**  $(NDUE3s \times H2 \times 365) / H3$

#### Ejemplo:

Una unidad de enfermería con 30 camas, ocupación del 85%, necesidad de 3 horas/día/paciente. Distribución de trabajo DUE/AE de 60/30% y de turnos M/T/No de 50/30/20%. Turnos de 7 horas y contratación de 1.645 horas/año.

$$NDUE1 = (30 \times 0,85 \times 3 \times 0,6 \times 0,5) / 7 = 3,28$$

$$DUEs \text{ a contratar} = (3,28 \times 7 \times 365) / 1.645 = 5,09 \text{ DUEs para cubrir el turno de mañanas.}$$

### Procedimiento núm. 2

N: número de camas de una unidad  
 O: porcentaje de ocupación de la unidad (tanto por uno)  
 RDUEs: relación DUEs/camas en cada turno  
 RAE: relación AEs/camas en cada turno  
 H2: horas del turno del personal de enfermería  
 H3: horas anuales contratadas con el personal de enfermería/año

#### Puestos de trabajo necesarios en cada turno

$NDUEs = N \times O \times RDUEs$

$NAEs = N \times O \times RAEs$

**DUEs a contratar** para cubrir esos puestos de trabajo =  $(NDUEs \times H2 \times 365) / H3$

**AEs a contratar** para cubrir esos puestos de trabajo =  $(NAEs \times H2 \times 365) / H3$

#### Ejemplo:

Unidad de enfermería con 33 camas, 85% de ocupación y una relación de DUEs/camas/turnos M: 1/8, T: 1/12, No: 1/20 y de AEs de 1/12,1/20,1/20 respectivamente.

Los puestos de trabajo necesarios serían:

$NDUEs \text{ mañana} = (33 \times 0,85 \times 1) / 8 = 3,5$  puestos de trabajo

$NDUEs \text{ tarde} = (33 \times 0,85 \times 1) / 12 = 2,34$  puestos de trabajo

$NDUEs \text{ noche} = (33 \times 0,85 \times 1) / 20 = 1,4$  puestos de trabajo

$NDUEs = = 7,24$  **puestos de trabajo**

Los diplomados en enfermería que sería necesario contratar serían:

$NDUEs \text{ mañana} = (3,5 \times 7 \times 365) / 1.645 = 5,43$

$NDUEs \text{ tarde} = (2,34 \times 7 \times 365) / 1.645 = 3,63$

$NDUEs \text{ noche} = (1,4 \times 7 \times 365) / 1.645 = 2,17$

$NDUEs = = 11,23$  **DUEs**

Igualmente se procedería para el cálculo de los auxiliares de enfermería necesarios.

## Recordad

- La planificación de los profesionales del hospital en cantidad y calidad debe ser reflejo de las necesidades actuales y futuras.
- Para tener permanentemente buenos profesionales en nuestras organizaciones debemos seleccionarlos bien, motivarlos, liderarlos y retribuirles adecuadamente.
- La planificación de los profesionales es el factor más importante para la eficiencia del hospital.
- El que nuestros profesionales tengan la sensación "de pertenencia" a su organización debe ser un objetivo irrenunciable de la dirección de RR.HH.
- La planificación de los recursos humanos debe ser función de los objetivos estratégicos de la organización.

## Reflexión

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 8. Reclutamiento y selección de los profesionales

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Existe una política de selección de personal en vuestra organización? ¿Cómo se realiza?
- 2) ¿Cómo fuisteis seleccionados? Definid los criterios que creéis que utilizaron para vuestra selección.

### 8.1. Requisitos para el reclutamiento

La selección de los profesionales consiste en atraer, evaluar e identificar, con carácter productivo, las características personales de un conjunto de profesionales que, en principio, los hacen idóneos para el desempeño eficaz de las tareas especificadas a un puesto de trabajo de nuestra organización.

El proceso de selección responde a una necesidad previa de reclutar profesionales para cubrir un puesto de trabajo. Los pasos que se deberían seguir para hacer una selección adecuada serían los siguientes:

- Descripción del puesto de trabajo y el perfil de competencias del mismo.
- Reclutamiento.
- Selección.
- Pruebas de selección.
- Elección del o los candidatos.
- Evaluación de la eficacia del proceso de selección: inmediata y periódica.

El primer aspecto, **la descripción del puesto de trabajo**, se trató en el apartado correspondiente, aunque recordaremos que, para describir el puesto de trabajo, deberemos definir, como mínimo:

- el título,
- la posición en el organigrama,
- la ubicación geográfica,
- los objetivos del puesto,
- sus funciones,
- el tipo de contratación,
- la retribución,
- la dependencia orgánica y funcional.

Y en cuanto al perfil competencial:

- la edad ideal,
- el sexo.
- la formación,
- los idiomas,
- la experiencia previa,
- las características personales,
- la disponibilidad.

## 8.2. Reclutamiento

Es aquella fase que permite localizar y contactar con los candidatos interesados en el puesto. Se trata de localizar a un número de personas adecuadas en el menor tiempo posible y por el procedimiento más económico. El reclutamiento puede ser interno, en el ámbito de la empresa, externo o mixto. De hecho, la legislación laboral obliga a reservar un porcentaje de plazas para la promoción interna de los trabajadores mientras que el resto pueden ser ofertadas externamente.

Las ventajas del reclutamiento **interno** se basan en que el proceso es más rápido y económico, es más seguro, ya que conocemos y tenemos previamente evaluados a los candidatos, representa una gran motivación para los trabajadores de la empresa, que ven recompensados sus esfuerzos con su ascenso dentro del organigrama de la misma, y aprovecha la inversión realizada en sus profesionales para su formación. La única desventaja es la endogamia que puede generarse y los conflictos internos personales entre los trabajadores. Las fuentes de reclutamiento es la propia información que tiene la empresa sobre las solicitudes por parte de los trabajadores de cambios o promociones dentro de la ella.

El reclutamiento **externo** tiene las ventajas de traer nueva savia a la empresa y aprovechar los esfuerzos de formación de las personas o de otras empresas. Las desventajas son que el procedimiento de selección es más lento y más caro. Desincentiva a los trabajadores de la empresa y puede desequilibrar la política salarial cuando el mercado de profesionales que estamos reclutando ha variado y necesitamos ofertar un salario más alto que el que estamos pagando en la propia empresa.

Las fuentes de reclutamiento externo son muy variadas: los contactos personales o familiares siguen siendo uno de los medios más frecuentes de reclutamiento de los trabajadores; las empresas de selección de personal conocidas como *headhunters* lo son para los puestos de alta dirección; los anuncios en periódicos o revistas, oficinas de empleo, asociaciones de empresarios, escue-

las de negocios para su ex alumnos y –actualmente tiene gran expansión– la búsqueda electrónica por la Red en empresas como Infojobs, cada vez más utilizadas, especialmente para los candidatos jóvenes.

En el medio público son las publicaciones de las ofertas oficiales de cada comunidad autónoma para las plazas denominadas fijas. Dada la poca coordinación que ha existido entre la formación de los profesionales sanitarios y la demanda real, históricamente se ha producido un desbalance entre la oferta y la demanda de los mismos, lo que ha repercutido en la adecuada dotación de las plantillas. En las plantillas médicas hay una gran heterogeneidad dependiendo de las CC.AA., de la localidad y sobre todo de las especialidades médicas. Ante la falta de especialistas en determinadas localidades, se ha recurrido a la incorporación de facultativos formados fuera del sistema MIR y de otros países sin una formación equiparable a la nuestra. Un problema similar se plantea en el ámbito de la enfermería.

Aunque la discusión en profundidad de este tema se sale fuera de los objetivos de este módulo, la adecuada planificación de la formación y de las necesidades del sistema de salud, la racional planificación de las especialidades, la reingeniería organizativa de los hospitales, la redistribución de funciones y disminuir los corporativismos podrían ser las acciones que han de llevarse a cabo para poder resolver este problema en un plazo de años razonable.

### 8.3. Selección

La **preselección** se realiza estudiando la documentación presentada, escogiendo aquellos candidatos que la hayan presentado adecuadamente en primera instancia o tras requerirle su complementación. Una vez elegido un número aceptable de candidatos, se decidirán las pruebas, la duración y las fechas de las mismas y se notificarán a los candidatos. En el entorno público, se admitirán a todos aquellos candidatos que hayan presentado la documentación solicitada sin selección previa por su currículum vitae.

Las pruebas de selección dependerán de cada empresa, pero debe realizarse al menos:

- una prueba de capacidad técnica,
- una prueba psicotécnica,
- una prueba de actitud.

En el entorno público se utiliza el concurso y el concurso-oposición. Varían ampliamente según se trate de puestos de baja responsabilidad o de alto contenido técnico o de gestión. En el primer caso se ponderará el resultado del examen, que suele ser eliminatorio, mientras que en los segundos se tendrá

más en consideración el currículum vitae, la defensa leída de su visión del servicio al que iría destinado y el resultado de una entrevista con los miembros del tribunal.

El proceso de selección se cierra con la elección de los candidatos y la evaluación inmediata de la eficacia del proceso, que se puede realizar evaluando el coste por persona seleccionada. La eficacia a largo plazo se medirá por el rendimiento que la persona demuestre durante su estancia en la empresa, que se realizará con los procedimientos descritos en la evaluación del rendimiento.

### **Recordad**

- Que el proceso para tener excelentes profesionales se inicia con la selección de los mismos.
- El reclutamiento interno es una gran medida para motivar e incentivar a nuestros profesionales.
- Se necesitan profesionales expertos en el departamento de recursos humanos para la selección de los trabajadores.
- Los responsables de las líneas de producción deben participar activamente en la selección del personal, especialmente cuando la procedencia es de dentro de la empresa.

### **Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 9. Gestión de los conflictos

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Cuándo y cómo creéis que se resuelve adecuadamente un conflicto?
- 2) ¿Por qué creéis que se producen la mayoría de los conflictos en un hospital?

Una de las funciones de todo directivo, y particularmente a los directivos que tienen la función de gestionar los recursos humanos de las organizaciones sanitarias, es la negociación y la resolución de los conflictos que en unas empresas tan complejas como los hospitales se producen cada día.

Aunque es una actividad que ejercemos en nuestra vida diaria, somos conscientes de que muchas decisiones, incluso las de gran trascendencia para nuestra vida, las tomamos sin una base real e impulsadas a veces por corazonadas.

En el entorno profesional es necesario conocer el proceso de generación de los conflictos y tener unas guías metodológicas para intentar resolverlo de la manera más racional posible, aunque a veces intervengan variables difícilmente cuantificables.

### 9.1. Definición y modelos del conflicto

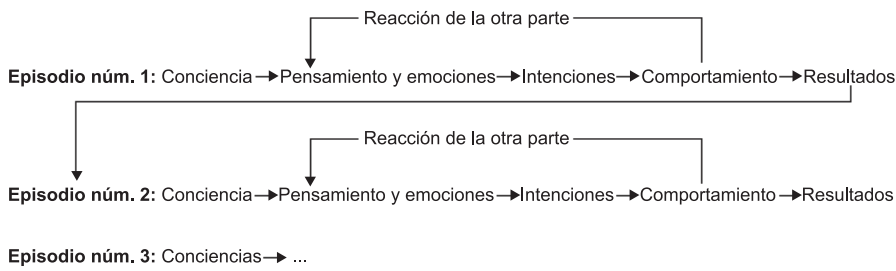
Los conflictos se desarrollan cuando dos o más individuos o grupos tienen intereses diferentes, aunque realmente el conflicto no se pone de manifiesto hasta que dichas diferencias se hacen patentes y algunas de las partes lo hace patente a la otra parte.

Existen muchos modelos derivados del análisis de los conflictos, entre los cuales podemos destacar los tres más reconocidos:

1) **Modelo de Thomas.** Definido por Kenneth W. Thomas. Este autor define el conflicto como un proceso que se desarrolla en episodios, cada uno de los cuales consta de cinco pasos. El último paso, el resultado de un episodio, da origen a otro episodio.

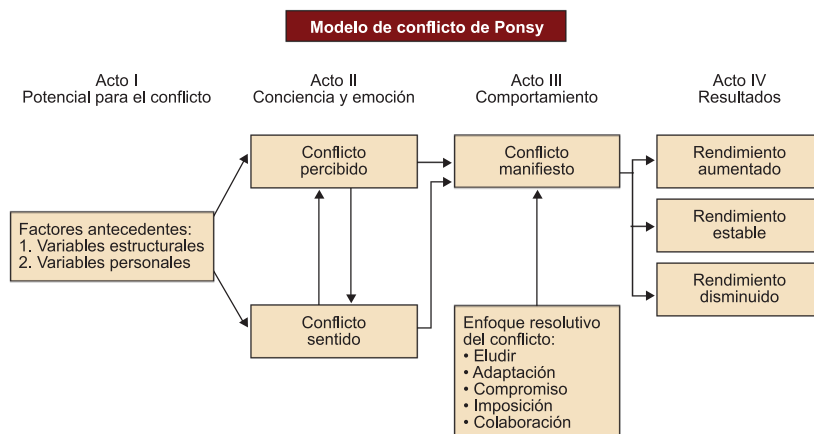
A continuación representamos esquemáticamente este modelo:

**Modelos del conflicto de Thomas**



El episodio del conflicto se inicia cuando una de las partes toma **conciencia** de que la otra parte puede afectar negativamente a sus intereses. A partir de esta toma de conciencia de la existencia de un conflicto, lo traduce en **un pensamiento** y en **emociones**. Estos pensamientos y emociones se transforman en **la intención de actuar** para salvaguardar sus intereses. Estas intenciones se transforman en acciones por medio de su **comportamiento**. Mientras que los procesos previos son internos, el comportamiento se manifiesta externamente y provoca la reacción de la otra parte, que condicionará o no nuevos pensamientos y emociones, intenciones, en un mecanismo de retroalimentación. El final del episodio es el **resultado**, que se plasma en las decisiones a las que llegan las partes.

2) **Modelo de Pondy**. Desarrollado por Louis Pondy en 1967, pero que sigue teniendo validez actualmente. Define el conflicto de una forma dinámica en cuatro actos, representado esquemáticamente en la figura siguiente.



a) **Acto I. Potencial para el conflicto**. El conflicto no surge espontáneamente, sino que deben existir unas circunstancias que lo propicien a partir de factores estructurales y/o personales. Las primeras definen la estructura organizativa y las diferencias o problemas que surgen en la organización para ocupar espacios o parcelas de poder. La segunda obedece a las diferencias de carácter y ambiciones de los profesionales. En las organizaciones sanitarias, donde con-



viven miles de personas, estos intereses están permanentemente en disputa, por lo cual no es de extrañar la aparición permanente de conflictos, que sólo se ponen de manifiesto cuando los mecanismos habituales de la organización no son suficientes para su regulación.

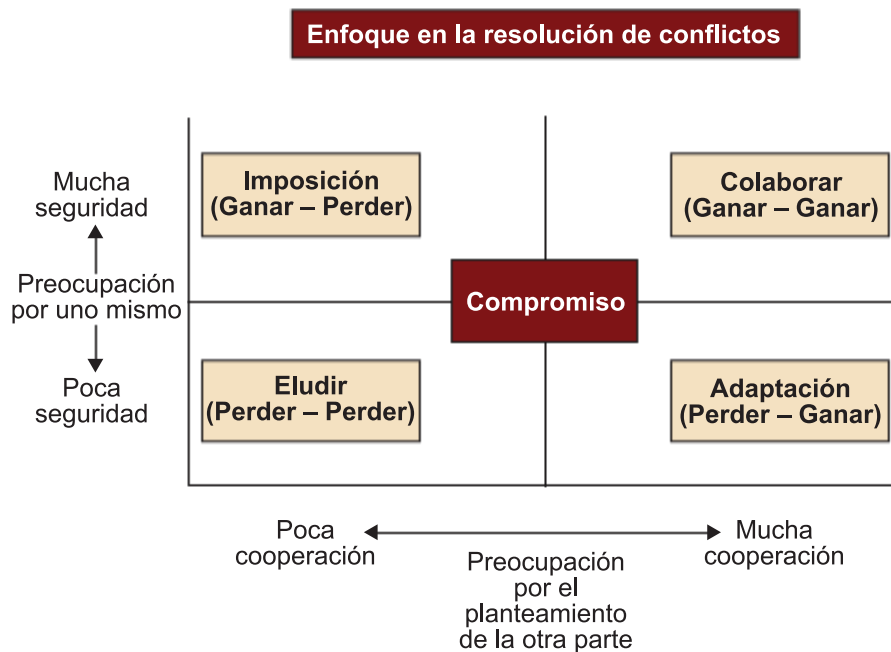
**b) Acto II. Conciencia y emoción.** Estos términos tienen una interpretación similar a la que le atribuye el modelo de Thomas, pero el modelo de Pondy diferencia entre el conflicto percibido y el conflicto sentido. En el primero el individuo tiene conocimiento de la posibilidad del conflicto, pero todavía no se ha implicado, bien porque considera que el riesgo no es elevado o porque lo puede atribuir a un problema de comunicación de fácil resolución. En el segundo caso, el conflicto sentido, el individuo es consciente de que el conflicto puede desencadenarse de forma inmediata, acompañado por las sensaciones que esta asertividad provoca (tensión, preocupación, enfado, etc.).

**c) Acto III. Comportamiento.** Es el conjunto de acciones que realiza una persona o grupo a partir de la toma de conciencia del conflicto. Este comportamiento puede generar diferentes formas de resolver el conflicto:

- **Eludir.** Se manifiesta esta acción cuando una o ambas partes reaccionan retirándose o posponiendo el conflicto. Generalmente suele ser una táctica dilatoria cuando una de las partes no se considera preparada para la negociación.
- **Adaptarse.** Esta acción se produce cuando una de las partes cede ante la otra parte de sus reivindicaciones. Es una acción que habitualmente toma la parte más débil, ante un contrario muy fuerte, salvando, en parte, algunos de sus intereses. La adaptación bilateral puede ser un mecanismo de salvaguardar intereses mayores al planteado en ese conflicto.
- **Compromiso.** Se produce cuando ambas partes ceden parcialmente en sus intereses en aras de resolver el conflicto. Cada parte gana algo y pierde algo de forma que ambas quedan parcialmente satisfechas. En las disputas trabajadores-organización, ésta suele ser una solución frecuente, aunque la experiencia es que ambas partes suelen quedar insatisfechas, especialmente la de los trabajadores y sus representantes sindicales, a los que sus afiliados siempre exigen más de lo logrado.
- **Imposición.** Se produce cuando una de las partes pretende imponer sus criterios independientemente de los intereses propuestos por la otra parte. Suele darse cuando una parte tiene una gran ventaja sobre la otra, aunque los resultados a medio plazo no garantizan la resolución real del conflicto, que queda larvado por el resentimiento de la parte perdedora. Aunque no es una acción deseable, hay situaciones en las que debe llevarse a cabo:
  - Cuando resulta imprescindible plantear una acción rápida y decisiva.

- En temas cruciales para la empresa en la que deben implantarse medidas urgentes e impopulares.
- **Colaboración.** Es un intento de revertir el problema que representa un conflicto en una oportunidad para que ambas partes logren los objetivos que llevaron a la mesa de negociación. Es la forma óptima para resolver cualquier conflicto, pero requiere una maduración de ambas partes y confianza mutua, para plantear el conflicto como un problema inmediato en el que ambas partes deben colaborar para lograr objetivos estratégicos de más trascendencia para ambas partes. Requiere una visión estratégica de los objetivos y una comprensión de la visión de la otra parte.

Las acciones anteriores se pueden representar en un gráfico en función de nuestra propia seguridad (eje de ordenadas), y nuestra preocupación por los planteamientos de la otra parte (eje de abscisas).



**d. Acto IV. Resultados.** El resultado del conflicto puede llevar a la organización a una situación mejor, igual o peor a la existente con anterioridad a la resolución del conflicto. Los resultados hay que contemplarlos de forma global y no desde una de las partes, que puede quedar satisfecha de forma inmediata pero permanecer a la expectativa para plantear de nuevo el conflicto, quizás con más virulencia en la próxima ocasión.

## 9.2. La negociación

Como ya hemos comentado, la colaboración debería ser la acción preferida en la resolución de cualquier conflicto. La resolución de cualquier conflicto implica un proceso de negociación. Éste será mucho más fácil si ambas partes tienen clara la finalidad de la negociación y los principios en los que se debe basar.

La resolución de los conflictos por medio de la negociación funciona mejor cuando:

- Cada parte finaliza la negociación habiendo satisfecho sus intereses.
- La relación entre las dos partes han mejorado o al menos no ha empeorado.
- Se han tenido en cuenta los intereses de la organización y de la comunidad.

Y debe considerarse una serie de principios:

- **Separar los intereses de las personas de los problemas en discusión.** Las partes en conflicto están representadas por personas, con antecedentes relacionales, emociones, valores, etc., por lo que hay que centrarse en los problemas que se están discutiendo y no en las personas que los exponen.
- **Centrase en intereses y no en posturas.** Debemos exponer y dejar exponer abiertamente los intereses de las partes antes de tomar una postura definida, la cual debería ser inicialmente ecléctica para ir fijándola a medida que vaya transcurriendo la negociación. Son nuestros intereses los que debemos defender con relación a los intereses de la otra parte.
- **Aportar opciones de beneficio mutuo.** Debemos hacer un esfuerzo por entender los intereses de la otra parte, abriendo el campo de posibilidades en el mayor marco de colaboraciones posible en vez de centrarnos estrictamente en el tema de discusión. Todo conflicto es también una oportunidad de llegar a una colaboración más amplia con la otra parte.
- **Emplear criterios objetivos.** Debemos argumentar la defensa de nuestros intereses con criterios objetivos, comprobables por la otra parte. Las normas profesionales, documentos oficiales, índices, variables, estadísticas empresariales, etc. son aportaciones objetivas aceptadas por ambas partes y deben ser la base de la negociación huyendo de opiniones generalmente interesadas de cada parte.
- **Contar con alternativas.** No siempre terminamos una negociación con un resultado satisfactorio, por lo que antes de iniciarla deberíamos tener algunas alternativas al acuerdo. Esta alternativa ha sido definida por algunos autores con el BATNA (*best alternative to a negotiated agreement*).

- **Aportar información.** Cuanto mejor informadas vayan las partes a la negociación mejor será el acuerdo al que puedan llegar. Si una de las partes está mejor informada, tendrá una mayor ventaja en la misma, sesgando el resultado a su favor. La calidad de las negociaciones está en función del conocimiento sobre el tema que se negocia de las partes.
- **Voluntad de entendimiento y comunicación.** La voluntad de entendimiento y comunicación entre las partes es fundamental para llegar a un acuerdo satisfactorio para ambas. La empatía entre los negociadores es crucial para el acuerdo y no es fácil de lograr cuando cada parte defiende sus intereses y a los colectivos que representan, aunque hay algunos consejos útiles:
  - Mirad atentamente al interlocutor, con una escucha activa, sin realizar otra actividad simultánea.
  - Interrumpidlo, si es necesario, para aclarar algún tema, pero no lo interrumpáis para exponer vuestros argumentos en contra de los que está diciendo. Esperad vuestro turno.
  - Evitad expresiones corporales que puedan interpretarse como repulsa a la otra parte.
  - Intentad interpretar adecuadamente los argumentos de la otra parte, sin precipitaros a descalificarlos.
  - Hay que ser corteses y educados, por encima de la persona que representa a la otra parte.

La resolución de los conflictos mediante la negociación forma parte de nuestra vida tanto en el ámbito personal y familiar como en el laboral. Es una actividad a la que, dada la importancia que tiene en nuestra vida, dedicamos poca atención, ya que nos parece un conocimiento innato. Nada más lejos de la realidad, puesto que, como hemos visto, tiene una metodología que hay que aprender y ejercitar, especialmente desde la dirección de RR.HH. de las organizaciones sanitarias, en las que convivimos con el conflicto diariamente<sup>3</sup>.

<sup>(3)</sup>En el apartado relativo a los convenios colectivos volveremos sobre este importante tema.

### Recordad

- Una de las funciones de los directivos es la de resolver los conflictos.
- En unas organizaciones tan complejas como nuestros hospitales, el conflicto es permanente.
- Existen metodologías para resolver los conflictos por medio de la negociación
- La colaboración entre las partes en conflicto es el resultado óptimo del mismo.

### Reflexión

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 10. Evaluación y gestión del rendimiento

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Creéis que vuestra organización se puede medir objetivamente el rendimiento de sus trabajadores?
- 2) ¿Qué variables utilizaríais para medir adecuadamente el rendimiento de los trabajadores de vuestra organización?
- 3) ¿Creéis que dichos criterios los podríais aplicar para evaluar vuestro rendimiento?
- 4) ¿Cuál sería vuestro criterio para recompensar el rendimiento de los trabajadores de vuestra empresa?
- 5) ¿Cómo os gustaría os recompensaran por vuestro rendimiento?

Cuando hablamos de la **evaluación del rendimiento** nos referiremos al diseño y la aplicación de sistemas para medir el rendimiento de los profesionales en su trabajo, mientras que la **gestión del rendimiento** se refiere a cómo crear un ambiente positivo para que la valoración de las personas sea una herramienta motivadora y estimulante, y no un procedimiento tedioso que no sirve para nada e incluso puede crear rechazo por los sesgos que se le atribuyan.

Mientras que la evaluación es una medición y se basa en lo realizado por el trabajador, la gestión debe orientarse al futuro, de cómo utilizar la mejora del rendimiento individual para la motivación personal y colectiva.

En el entorno de la empresa pública, y en la sanitaria en particular, donde el mayor valor es "la antigüedad", es difícil introducirnos en este mundo del rendimiento individual, pero, nos guste o no, el futuro va por ahí, y tardaremos más o menos, pero la empresa pública deberá actuar con unos procedimientos parecidos a la privada en la evaluación y motivación de sus profesionales. La implantación de la carrera profesional puede ser el inicio para la diferenciación entre los profesionales, tras los años necesarios para su maduración y de una mayor ponderación de las variables, independientemente de la antigüedad, que pueda diferenciar la aportación real de los profesionales a sus organizaciones.

## 10.1. Medida del rendimiento

Lo primero que debemos fijar son aquellas variables sobre las que vamos a medir el rendimiento. Éstas tienen que estar necesariamente relacionadas con el puesto de trabajo que estemos evaluando y con la ponderación en función de la importancia que se le atribuya a cada función que se realice en el mismo. Debemos valorar prioritariamente sus dimensiones principales, estimando con menor interés aquellas que por motivos coyunturales estén también asociadas al puesto de trabajo.

Existen muchos modos de evaluación: los **juicios relativos**, en los que se pide a los responsables de las unidades que emitan un juicio sobre los empleados bajo su dirección. A partir de este juicio, que deberá ser cuantificable, se genera una lista ordenada de los trabajadores o bien una ordenación en grupos: excelentes, normales y deficientes. Estos tipos de juicios son complejos por la necesidad de comparar el rendimiento de los trabajadores, ya que las condiciones de trabajo no son idénticas aunque ocupen el mismo puesto de trabajo. Hay que intentar lograr del jefe de la unidad este juicio, ya que salvo excepciones es él quien mejor conoce a sus trabajadores y quien puede dar una opinión más cualificada sobre su rendimiento en un periodo determinado.

Los **juicios de valor absolutos** se realizan cuando se valora a un empleado en concreto independientemente de los otros. Suele ser muy objetivo, ya que se utilizan variables cuantitativas con relación a las funciones de su puesto de trabajo, sin el sesgo de la comparación con otros trabajadores. Con este tipo de juicio no hay que competir con los otros trabajadores, de forma que todos podrían teóricamente estar en el grupo de "los excelentes", lo que no podría ocurrir con la valoración mediante juicios relativos. La desventaja de la valoración absoluta es la dificultad para comparar grupos de trabajadores de diferentes unidades, ya que los criterios utilizados por los directores suelen ser diferentes.

Una forma algo más compleja de evaluar a los trabajadores es hacerlo por alguno de estos tres componentes: rasgos, conducta y/o resultados. En el **juicio por rasgos** se valoran características como la capacidad de tomar decisiones, la lealtad, la capacidad de comunicación, etc. Para ello se utilizan tests psicológicos, comunes en muchos casos a los que se utilizan en los procesos de selección, ajustando la curva de variables de rasgos a un perfil ideal al que debería acercarse lo máximo posible el candidato. Para la **valoración de la conducta** se estudia el comportamiento ante determinadas situaciones. Este tipo de evaluación es más frecuente en empresas de servicios con gran relación con los usuarios. La **evaluación en función de los resultados** es la habitual, ya descrita, evaluándose el logro de los objetivos previamente consensuados entre el trabajador, la unidad de trabajo y la dirección.

La participación de los trabajadores en su propia evaluación, la evaluación por parte de sus compañeros o la evaluación de todos por todos (*feedback 360°*) parecen mejorar la credibilidad del método y su prestigio.

## 10.2. Errores en la valoración

El mayor valor de la evaluación es su credibilidad, por ello hay que tener un gran cuidado en que no se produzcan sesgos instrumentales, conscientes o inconscientes, que pongan en peligro este procedimiento.

El **efecto halo** hace referencia a la tendencia a juzgar a las personas por una sola dimensión olvidándose de las demás, al asociar otras a la primera. La **restricción del intervalo** se produce cuando el evaluador disminuye la escala de valoración. Los **sesgos individuales** se producen cuando tendemos a proyectar en los demás nuestras propias preferencias, que podemos utilizar como baremo de medición en vez del indicado.

Estos errores se minimizan con una formación adecuada de los evaluadores, generando unas normas y formas de evaluación estandarizadas que hacen más robustas y homogéneas las evaluaciones.

Las **simpatías** desempeñan un papel fundamental en los procedimientos de evaluación del rendimiento, ya que no es un error instrumental inconsciente que puede corregirse con la formación y estandarización. Las simpatías profesionales son un sentimiento complejo basado en un sumatorio subjetivo difícil de cuantificar y que sesga en sentido positivo o negativo cualquier evaluación, especialmente aquellas que son subjetivas. La dificultad de utilizar la simpatía, que puede ser una evaluación adecuada, se basa en explicar a los que han sido evaluados negativamente el porqué de su evaluación. El **error de última evaluación** se basa en ponderar mucho más el último dato evaluado que los demás, especialmente en el tiempo. Muchas veces es la última evaluación la que cuenta, es más cómodo. Para evitarlo se aconseja la evaluación continua con anotaciones periódicas y que la evaluación final se base en todas las evaluaciones realizadas.

Muchos directivos creen que es imposible la valoración adecuada del rendimiento de los trabajadores individualmente debido a las circunstancias tan diferentes en las que están cada uno de ellos en sus puestos de trabajo y los errores que los evaluadores introducen en el sistema. Esta escuela de directivos apuesta más por una valoración grupal o de los **equipos de trabajo**, que centran la evaluación en el rendimiento del equipo de trabajo en su conjunto *más* que en el individuo. Al igual que ocurre al distribuir las retribuciones en función del rendimiento, la ventaja de hacerlo grupalmente es que se estimula el espíritu del equipo pero la desventaja es que se aminora la motivación individual en aquellos trabajadores más emprendedores y ambiciosos.

### 10.3. La gestión del rendimiento

El esfuerzo de evaluar a cada persona o grupo de la organización es un medio y sólo el principio de un proceso que debe servir para mejorar, incentivar y motivar a los profesionales en la empresa, y mediante esta mayor integración mejorar la productividad de la misma. La responsabilidad de la gestión del rendimiento debe llevarla el responsable de la unidad, el directivo del núcleo operativo, en nomenclatura de Mintzberg. Es éste quien debe proponer, tras una participación adecuada de los trabajadores, las variables que se vayan a utilizar en la evaluación, y es éste quien tiene que emitir la valoración de sus trabajadores y debe entrevistar a los trabajadores tras la evaluación. El departamento de recursos humanos debe ser un buen asesor para ayudar y apoyar al directivo en su diaria labor de evaluación y de apoyo a los empleados.

La gestión del rendimiento no termina con la emisión del informe de evaluación, generalmente anual, sino con las consecuencias que tiene éste sobre la situación del empleado en la empresa, y especialmente sobre las repercusiones sobre la retribución del mismo. El directivo debe preparar todos los aspectos a comentar, que al menos deberían ser los siguientes:

- Tratar las causas de la disminución del rendimiento, si éste se hubiese producido. Y, en consecuencia:
- Centrar la atención en las causas de los problemas que han generado la disminución del rendimiento.
- Delegar en el empleado la búsqueda de soluciones.
- Orientar la conversación hacia la mejora de los procesos y fomentar la comunicación no amenazante.

El nudo gordiano de esta entrevista, cuando el rendimiento disminuye, es la búsqueda de la causa de los problemas. El directivo tiende a achacar los problemas a la falta de dedicación y/o motivación de trabajador, mientras que éste lo achaca a causas externas a él e imputables a la empresa. Desde el punto de vista del directivo, antes de achacar la causa de los problemas al trabajador, deben descartarse las causas imputables a la empresa y que desgraciadamente son más corrientes de lo que a veces pensamos:

- Información u órdenes inadecuadas para realizar las tareas.
- Supervisión inadecuada.
- Poca coordinación entre los trabajadores para realizar las tareas.
- Incapacidad para tener los materiales necesarios para cumplir la tarea.
- Falta de mantenimiento en las instalaciones.
- Entorno de trabajo inadecuado y hasta peligroso: frío, ruidos, etc.
- Falta de formación para la tarea.
- Falta de personas o tiempo para realizar adecuadamente la tarea.



**Recordad**

- Es fundamental evaluar el rendimiento para valorar a los trabajadores.
- Para evaluar en rendimiento debemos tener variables robustas y consensuadas.
- La objetividad en la evaluación es crucial para su reconocimiento.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 11. La gestión de las retribuciones

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Conocéis los conceptos retributivos por los que os paga vuestra empresa? Definidlos.
- 2) ¿Tenéis condiciones no económicas en vuestro salario? Definidlas.
- 3) ¿Creéis que está preparada vuestra organización para una política salarial de salarios variables en función de los rendimientos (resultados)? ¿Y vosotros?

### 11.1. Las retribuciones

La retribución es el conjunto de las recompensas cuantificables, monetarias y no monetarias, que recibe un trabajador por su trabajo, y consta básicamente de tres apartados:

- **El salario.** Es una cantidad fija que recibe el trabajador periódicamente (mensual, semanal, etc.). En este concepto está incluida la mayor parte del sueldo de los funcionarios y del personal sanitario. El salario base está en función del puesto de trabajo, a los que habitualmente se asocian complementos retributivos dependiendo de la asunción de responsabilidades bien definidas: jefatura de servicios, jefaturas de sección, etc. de carácter orgánico, o bien de carácter funcional, como la supervisión de enfermería. Otros conceptos fijos son la antigüedad, la residencia, el transporte, etc. El único concepto con cierta variabilidad son las guardias, las cuales permaneciendo su número fijo en el servicio pueden adecuarse a las necesidades de los miembros, y por ello representan uno de los pocos conceptos con cierta flexibilidad.
- **Las retribuciones indirectas,** que abarcan desde el seguro médico privado complementario a la póliza pública hasta las vacaciones, pasando por los planes de pensiones, coche, etc. Este concepto, que fue muy utilizado hace algunos años en los niveles directivos privados, está cayendo en desuso al computarse estas cantidades como ingresos en la declaración anual de los impuestos.
- **Los incentivos,** que afectan básicamente a los altos niveles empresariales y se materializa en forma de primas y participación en los beneficios de

la empresa. Las famosas *stock options* podrían ser un ejemplo de este tipo de incentivos.

Dado que el coste del capítulo de personal en las empresas ronda el 50% y en las empresas de servicios puede alcanzar hasta un 70%, la asignación adecuada de las retribuciones puede ser una de las herramientas más motivadoras en la gestión de los recursos humanos.

Desgraciadamente, en la empresa pública no existen grandes diferencias en las retribuciones, que vienen definidas al inicio de cada año por cada CC.AA. y marcada por los Presupuestos Generales del Estado y, como ya hemos mencionado, son conceptualmente fijas, dejando muy pocos resquicios para la diferenciación de los profesionales en un afán igualitario, típico de la Administración pública.

La retribución no es sólo un indicador del poder económico personal, sino que inevitablemente está asociado al prestigio y la valía personal. Por ello, la retribución no tiene sólo un valor monetario, sino también social y psicológico. Así, el sistema salarial de una empresa tiene que:

- Permitir a la empresa cumplir con sus objetivos.
- Adaptarse a las características de la empresa y su entorno.

Y debería cumplir una serie de requisitos:

- Debe tener **equidad interna** y **equidad externa**. La equidad interna ideal se lograría cuando todos los trabajadores de la empresa percibieran que reciben una contraprestación justa por su trabajo, pero además, que equivaliera a la que otros trabajadores reciben por ese mismo trabajo. La equidad externa se alcanzaría cuando la empresa pagara a sus empleados el sueldo habitual que las empresas similares y en un entorno similar de trabajo pagan a sus trabajadores y que esta igualdad sea percibida como adecuada. La equidad es un concepto teórico probablemente inalcanzable pero que debemos tender a lograr. La equidad es un sentimiento personal, ya que no existen dos condiciones exactamente iguales y, por tanto, su percepción es subjetiva y depende más de la capacidad de llegar a acuerdos sobre los intervalos de equidad que de intentar inútilmente alcanzarla. Es relativamente fácil, si hemos definido previamente los parámetros, demostrar a un trabajador concreto que se le paga adecuadamente. Es muchísimo más difícil comparar este salario con el de otro trabajador que puede hacer un trabajo similar.

Un problema habitual en las empresas dinámicas es que cobran más los empleados con la misma titulación de reciente incorporación a la empresa que empleados con más antigüedad, simplemente por las leyes del mercado laboral en ese momento. Esto lo viven los más antiguos como una vulneración de la equidad interna.

- El necesario equilibrio entre las **retribuciones fijas** y las **retribuciones variables**. La relación entre estas dos partidas depende del tipo de empresa y de la situación en ella. Las empresas clásicas y estables tienden a tener una mayor proporción de las retribuciones fijas, mientras que las nuevas, más dinámicas, de menor tamaño y con personal muy cualificado y emprendedor, tienden a tener una mayor parte de la retribución variable. Los directivos y profesionales más cercanos al vértice estratégico de la organización reciben una mayor parte de su sueldo como variable asociada a los avatares de la empresa.
- La retribución debe estar orientada a la **participación** o al **rendimiento**. El **pago por participación** se realiza "por estar". Es el típico contrato que se realiza por horas, como la inmensa mayoría de los contratos realizados. Se paga por estar de 8 a 15 horas. El **pago por rendimiento** se realiza para compensar un resultado determinado.

El contrato a destajo sobre la colocación de alicatado donde se paga por metros cuadrados colocados. En nuestro medio tenemos "las peonadas" (programas quirúrgicos realizados en jornada de tarde, fuera del horario laboral y que se paga por acto) como un buen ejemplo de este tipo de retribución.

Como podemos percibir, ambos tipos se pueden emplear aisladamente, pero lo habitual en las empresas es que una parte del salario sea fijo en función del puesto de trabajo, y otra parte variable sea en función de la consecución de objetivos previamente pactados y adecuadamente evaluados.

El complemento de exclusividad está inicialmente pensado para fomentar una mayor dedicación al hospital. Esta mayor dedicación permite a los profesionales mejorar su rendimiento y diferenciarse profesional y económicamente de aquellos otros que no estaban interesados en dedicarles al hospital toda su actividad.

- Retribuciones en **función del puesto de trabajo** o de las **habilidades** (competencias) de los profesionales. Los sistemas tradicionales de retribución basan su parte fija en el puesto de trabajo que el profesional ocupa en la empresa, y no de la cualificación o habilidades que posea.

Encontramos en algunos hospitales médicos ocupando puestos de enfermeros y cobrando como tales, o abogados ejerciendo las funciones de auxiliares administrativos.

La retribución por competencias se utiliza para pagar la capacidad de un profesional para realizar varias actividades y, por tanto, se paga la flexibilidad del profesional. Este tipo de compensación se utiliza en Japón, y en nuestro medio en los puestos directivos, donde se paga más "la inteligencia emocional" que el conocimiento de una técnica específica.

La mayoría de las empresas utilizan un sistema mixto, donde la retribución media se realiza en función del puesto de trabajo, pero la retribución asignada a ese puesto de trabajo no es fija, sino que tiene una banda de fluctuación de forma que los más habilidosos, promocionables y con más

rendimiento se mueven en la parte alta de ese espectro, mientras que los menos entusiastas lo hacen en la parte baja del mismo, de la que posiblemente no se moverán si no cambian de actitud. Este sistema supone una buena base para la motivación tanto positiva como negativa. Si el abanico de retribuciones en torno a la media es amplio, un trabajador con un alto rendimiento y con un puesto de trabajo de categoría inferior puede ganar más dinero que otro menos válido de una categoría superior. Este es un aspecto que necesariamente debería contemplar cualquier proyecto de carrera profesional que se quiera instaurar en el mundo sanitario.

- Retribuciones **elitistas** frente a las retribuciones **igualitarias**. El elitismo se refiere no sólo al importe económico, sino a otros signos externos de diferenciación entre las distintas categorías de trabajadores. En nuestro medio existe una notable discriminación entre los médicos, el personal sanitario, y el no sanitario, que tenían hasta hace unos años unos estatutos diferenciados para cada uno de ellos.

Las diferencias económicas, que hace años eran importantes, se han ido estrechando, de forma que, dependiendo de las retribuciones variables, muchas veces no suficientemente explicadas (supervisiones, coordinaciones, etc.), pueden producirse solapamientos entre las categorías. El elitismo se formaliza más en las empresas privadas sobre la base de la planta en la que están situados los despachos, el tener plazas de aparcamiento, baños privados etc. Las empresas antiguas, estables, con mercados consolidados, tienden más al elitismo, mientras que las pequeñas, dinámicas y que buscan un nicho de mercado, tienden a ser más igualitarias, y, como ya hemos comentado, una gran proporción de su sueldo depende de la evolución de las mismas.

- Evaluación de la **retribución** frente a la **competencia**. Al inicio de esta unidad dijimos que era importante mantener la equidad externa, de forma que el trabajador perciba que está equiparado con las empresas del entorno. Esta situación debe tener una monitorización especial con aquellas empresas que sea competencia directa con la nuestra y en aquellos puestos de trabajo que son claves para la competitividad de nuestra organización. Para atraer a "los mejores" debemos retribuir al mejor. Esta retribución no se materializa sólo en dinero, sino en las facilidades que podamos dar a los profesionales de élite, que se mueven a veces más por otros motivos que hay que saber "buscar y vender". El tener empleados sobrepagados con relación a los demás genera conflictos que debemos prever y solventar. En nuestras organizaciones, donde la cantidad económica es muy parecida en todo el sistema público, los matices no económicos pueden ser importantes para atraer a buenos profesionales a nuestros hospitales.

La posibilidad de hacer docencia, un proyecto de investigación atractivo, la posibilidad de dar trabajo a la pareja (médico/a-enfermero/a) o a veces aspectos tan banales como el clima pueden ser factores decisivos para la atracción de los profesionales.

- **Difusión pública** de las retribuciones o **no**. Dependerá del tipo de empresa en la que nos movamos, ya que cualquiera de las dos opciones tiene sus ventajas e inconvenientes. El que la retribución de todos los trabajadores sea pública tiene la ventaja de que al conocerse no habrá especulaciones con relación a preferencias no objetivables, especialmente en el plano de directivos, pero tiene el inconveniente de que hay que definir y explicar muy bien los criterios utilizados y coarta la posibilidad de estimular al grupo de profesionales que habitualmente tira de la empresa, y con frecuencia es muy difícil cuantificar sus criterios de rendimiento. Puede llegarse al límite de que, para no tener que estar dando explicaciones, el reparto de la cantidad variable se haga lineal, como pasó en muchos de los hospitales, en su momento, con la famosa productividad variable.
- Decisiones salariales **centralizadas** o **descentralizadas**. Parece razonable que los criterios generales de las retribuciones se realicen a escala central en las empresas que tienen una gran dispersión, y que las direcciones de recursos humanos aporten herramientas técnicas para su desarrollo, pero han de ser los directivos de línea los que aporten las ideas y las variables que deben afinar la singularización del sistema retributivo para cada empresa, especialmente a la hora de la evaluación del rendimiento, ya que son ellos, los supervisores, los que van a hacerlo y sobre los cuales va a recaer la responsabilidad de explicar al trabajador su retribución final.
- Condiciones **económicas** frente a **no económicas**. En los apartados anteriores hemos ya tratado las condiciones económicas o aquellas condiciones que eran traducibles a dinero, como planes de pensiones, viajes, etc. Nos referiremos aquí a aquellas otras condiciones, como es la seguridad en el trabajo, las exigencias del mismo, la participación en las decisiones, el protagonismo social, etc. De éstas habrá algunas que afectarán más a los puestos de trabajo menos cualificados (las más higiénicas), mientras que otras serán cruciales para atraer a los trabajadores más cualificados y especialmente a los directivos.

En las organizaciones públicas tenemos una gran cantidad de condiciones no económicas implícitas que, por habituales, no son apreciadas por los trabajadores como ventajas de su puesto de trabajo ni enfatizadas por los equipos directivos, como son la absoluta seguridad en el empleo, la no-exigencia de rendimiento, la permisividad del absentismo, el no-cumplimiento del horario y el reclutamiento de pacientes para la actividad privada son algunas de las "ventajas" de trabajar en el sistema público.

Dado que cada profesional tiene unas expectativas diferentes en función de edad, condición social, hábitos etc., hay empresas que intentan adecuar las retribuciones de sus profesionales, especialmente en los niveles más altos, a las necesidades de los mismos, permitiendo pagarles como ellos prefieran dentro de los límites que la legislación permite.

**Ved también**

Ved el apartado sobre la evaluación del rendimiento.

No es lo mismo las preferencias de las personas jóvenes (que necesitan liquidez, vivienda, formación, un coche, etc.) que un adulto con familia (cuyas preferencias se decantan más por pólizas de seguros de vida, colegiación para sus hijos, pólizas de ahorro y planes de pensiones, etc.) o que un profesional sénior (cuyas preocupaciones se centran la jubilación, el ocio, la seguridad, etc.).

Por ello estas empresas intentan compensar a sus profesionales en productos que no les graven impositivamente. La cantidad dineraria que reciben es menor, aunque el monto final (dinero en mano + prestaciones) es mayor, al ahorrarse parte de los impuestos.

### **Ventajas para la empresa y los profesionales de este tipo de compensación**

Las ventajas para la empresa serían que:

- No incrementa los costes salariales.
- Vende su esfuerzo a los profesionales que fideliza.
- Se adapta a los cambios del mercado.
- Atrae a profesionales valiosos.

Los beneficios para los profesionales son:

- La adecuación de las compensaciones a sus necesidades personales y familiares.
- Que incrementa su disponibilidad neta después de sus gastos personales.
- Que evita las duplicidades en familias con dobles ingresos.
- Que es voluntaria y modificable.

Los productos y/o servicios que la empresa puede ofertar a sus profesionales son:

- seguros de salud,
- seguros de accidentes,
- plan de pensiones,
- seguros de ahorro,
- *renting* de vehículos,
- formación,
- vales de comidas,
- compra y *renting* de ordenadores,
- vacaciones.

Algunas empresas pueden contratar determinados tipos de servicios personales o del hogar en mejores condiciones que los profesionales hacen particularmente:

- vigilancia del hogar,
- limpieza del hogar,
- cuidado de los niños,
- catering,
- etc.

Éstas y otras medidas deberán tenerlas en cuenta en el futuro los departamentos de RR.HH. de las empresas para intentar conciliar la vida laboral, familiar y personal y de esta forma mejorar la productividad mediante la realización y motivación de los profesionales, que perciben una empresa que se preocupa de sus problemas.

### **Estadísticas**

En España, y según un estudio en empresas de más de 1.000 trabajadores, como son una gran parte de nuestros hospitales:

- Por cada 2 trabajadores hay un niño menor de 10 años.
- Cada niño está en cama por enfermedad un promedio de 11 días/año.

- Cada niño tiene unos 100 días de vacaciones anuales, mientras que sus padres tienen entre 23 y 30 días.
- Cada trabajador tiene 1,33 familiares mayores de 65 años.
- Uno de cada 10 empleados formará una familia monoparental (hijos o hijas que viven con un solo padre/madre).

## 11.2. Conciliación del trabajo con la vida familiar

La familia, en sus distintas modalidades, supone la base de la sociedad. El tiempo que dedicamos a la misma, y especialmente a la educación de nuestros hijos, supone un valor muy importante en nuestras vidas.

La progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral, el alejamiento de las empresas de los hogares y el aumento de la competitividad ha cambiado el modelo social clásico reinante hasta la mitad del siglo XX, donde el hombre trabajaba, habitualmente cerca de casa, viajaba poco, mientras que la mujer se ocupaba del mantenimiento del hogar, la educación de los hijos y el cuidado de las personas mayores. Este modelo tenía la ventaja de que solucionaba, al menos teóricamente, la educación y el cuidado de los niños, y garantizaba la tasa de natalidad y la atención de los ancianos, a costa de negar el acceso de la mujer al mundo laboral, enclaustrándola en la casa y relegándola a un papel secundario en la evolución laboral y cultural de una sociedad en expansión.

El nuevo modelo, en el que habitualmente trabajan los dos cónyuges, en entornos de alta competitividad y de frecuentes viajes, deja poco tiempo para la vida familiar en común, y por ende la atención de los hijos y las personas mayores, que delegamos a la escuela y a los servicios sociales o residencias.

Dado que esta situación no parece que vaya a cambiar, con un progresivo aumento de la igualdad profesional y de la competitividad, el Estado, las empresas y la propia sociedad han tomado iniciativas para intentar conciliar la vida laboral y la vida familiar. Esta conciliación es muy compleja en casi todo tipo de empresas, pero especialmente en las organizaciones de provisión de servicios sanitarios, que por sus características requieren el funcionamiento durante los 365 días del año y las 24 horas del día.

Aunque la mayor efectividad de esta conciliación creemos que está en el entorno de las empresas, el Estado debe promover leyes que las faciliten, tales como:

- Hacer coincidir en lo posible el horario laboral y el horario escolar. No parece lógico que no exista una coordinación entre ambas actividades, cuyo desfase supone una fuente de preocupación para los trabajadores que se refleja en su actividad laboral.
- Incentivar la actividad laboral del hogar. No todas las personas desean realizar una actividad laboral empresarial, por lo que creemos que se debería incentivar, en la misma medida que a los trabajadores convencionales, a las mujeres y a los hombres que desean voluntariamente trabajar en sus



hogares cuidando a su familia y especialmente a sus hijos. El Estado debería revisar la legislación para favorecer a aquellas familias en las que sólo trabaja un cónyuge y su repercusión sobre los ingresos y las futuras pensiones familiares. Este tipo de medidas beneficiaría el aumento de la natalidad en un país como el nuestro, de muy baja tasa, sólo equilibrada, hasta ahora, por la alta natalidad de los inmigrantes.

- Ampliar la posibilidad de excedencia para permisos por maternidad, paternidad, lactancia, emergencias familiares, etc.

La falta de conciliación de la vida laboral y familiar es una de las principales fuentes de insatisfacción laboral, desmotivación, trastornos psíquicos y absentismos en las empresas, por lo cual el departamento de RR.HH. debe tener en mente en su planificación proyectos de conciliación, sabiendo que son difíciles de compatibilizar con la realidad empresarial en un mercado competitivo y para lo que se requiere una gran maduración y responsabilidad tanto por parte del trabajador como de la empresa, que debe renunciar al control jerárquico y a la organización piramidal por el de la exigencia de resultados y el compromiso con la organización.

Se exponen a continuación algunas de las medidas que pueden llevarse a cabo para mejorar la conciliación laboral-familiar en nuestras **empresas**:

1) **Horarios flexibles.** Los trabajadores tienen un cierto grado de libertad para iniciar y finalizar su jornada laboral dentro de unos márgenes que fija la empresa. Ello permite al trabajador un mayor grado de autonomía y adaptar su horario a sus requerimientos familiares y costumbres.

2) **Media jornada y trabajo compartido.** Especialmente apto para personas, especialmente mujeres con hijos pequeños, que comparten el tiempo que antes utilizaban para trabajar en el cuidado de los hijos.

3) **Semana laboral más corta.** Consiste en realizar las horas contratadas en menos días, evaluadas en cómputo semanal o mensual. Esta forma se realiza con frecuencia, dentro de hospitales, en enfermería, estimulada por las guardias y los turnos nocturnos.

4) **Turnos.** Esta modalidad de horario de trabajo, muy utilizado en nuestros hospitales, permite adaptar el turno de trabajo a las preferencias de los trabajadores y la posible compatibilización con su vida personal o familiar. No son aconsejables los turnos nocturnos fijos, ya que suelen, a medio plazo, desvincular a los trabajadores que los realizan del resto de la familia y su entorno, que realizan la mayor parte de sus actividades en horario diurno.

#### Trabajo compartido

El trabajo compartido consiste en que dos empleados comparten la responsabilidad de un trabajo distribuyendo el tiempo de común acuerdo.

5) **Excedencias.** Ya comentamos al hablar de las leyes que tendría que promover el Estado, para facilitar la conciliación, permitir las excedencias de los profesionales:

- Permisos por maternidad y/o paternidad más amplios que los concedidos por la legislación actual.
- Permisos para la atención de hijos pequeños.
- Permisos para cuidar a los padres o hijos enfermos o discapacitados.
- Emergencias familiares.

6) **Vacaciones sin remuneración o con recuperación.** Periodos de vacaciones, además de las vacaciones reglamentarias, sin remuneración o recuperando esas horas a lo largo del año con un horario algo más ampliado, 15-30 minutos al día o aumentando las horas de trabajo durante un periodo de tiempo.

7) **Teletrabajo.** La utilización de las modernas tecnologías de la información permite el trabajo fuera de la empresa, bien en la casa del empleado, bien en oficinas satélites más cercanas al hogar del empleado.

Aunque se ha hablado mucho de las posibilidades del teletrabajo, la realidad es que, de momento, son pocas las empresas, y particularmente en el sector público, en las que se ha desarrollado de una forma significativa, ya que requiere, además de una infraestructura de comunicaciones integrada y eficiente, condiciones exigentes tanto de la empresa como de los profesionales, a pesar de que las ventajas tanto para la empresa como para el trabajador son evidentes:

- Aumenta la productividad al suprimirse el tiempo de desplazamiento a la empresa y distracciones por charlas, cafés, etc.
- Se obvia el desplazamiento a la empresa y todo lo que ello implica: ahorro de tiempo, menos estrés, ahorro de combustible, menos contaminación, descongestión de las carreteras, etc.
- Se disminuye la infraestructura en la empresa.
- El trabajador dispone de más tiempo, aumenta su calidad de vida.
- Puede compatibilizar las tareas laborales con las tareas familiares y de su vida cotidiana.

Pero también tienes sus desventajas y problemas de implantación:

- Requiere una estructura de comunicaciones en la casa del teletrabajador.
- Requiere una organización empresarial que posibilite el teletrabajo. Se debe evaluar a las personas por procesos y resultados, no por la simple presencia, que en el caso del teletrabajo es prácticamente imposible de controlar.
- El teletrabajador debe querer trabajar por objetivos, ser autodisciplinado y autónomo en su trabajo, pero al mismo tiempo formar parte de un equipo que converge en los mismos objetivos.

- Debe estar cualificado en el uso de la tecnología de las comunicaciones que use.
- Debemos velar por la seguridad de los datos empresariales.
- Se produce un aislamiento de las personas, que no todos los trabajadores están dispuestos a asumir.

Ya hemos comentado que las organizaciones sanitarias, y particularmente los hospitales, tienen unas características muy peculiares y un alto grado de feminización en sus profesionales, por lo que la mejora de las medidas que favorezcan la conciliación redundaría en una gran cantidad de personas y por ende en la mejora del clima laboral de una forma importante.

Los estatutos a los que están sometidos la mayoría de los profesionales de las organizaciones sanitarias públicas coartan la posibilidad de cambios en los turnos, excedencias, etc., que se suelen regir por normas centralizadas y por lo tanto de difícil modificación. No obstante, creemos que hay un amplio abanico de posibilidades de adaptación, tal como ocurre actualmente con los niveles médicos y de enfermería.

Otra posibilidad, apenas explorada en nuestras organizaciones sanitarias, es la posibilidad del teletrabajo, especialmente en aquellas unidades de apoyo administrativo, muchas de cuyas tareas no requieren la presencia física en el hospital.

Somos conscientes de que, dada la rigidez del sistema estatutario con relación a las distribuciones económicas, esta flexibilidad que emplean empresas como Chupa-Chups o los Laboratorios Uriach está todavía lejos de poder ser empleada en el entorno público, pero debemos saber que existe, que no es una utopía y que su metodología puede ser estudiada en la bibliografía recomendada.

### **11.3. Las retribuciones en el Sistema Sanitario público español**

De acuerdo con el estatuto marco definido por la Ley 55/2003, con carácter general las retribuciones del personal estatutario se estructuran en retribuciones básicas y retribuciones complementarias, respondiendo a los principio de cualificación técnica y profesional, adecuándose su cuantía a lo que disponga la Ley de Presupuesto.

1.- **Las retribuciones básicas**, iguales para todos los Servicios de Salud, son:

- el sueldo, en función del título exigido para el desempeño de su puesto de trabajo;
- los trienios, evaluados por cada tres años de servicios.

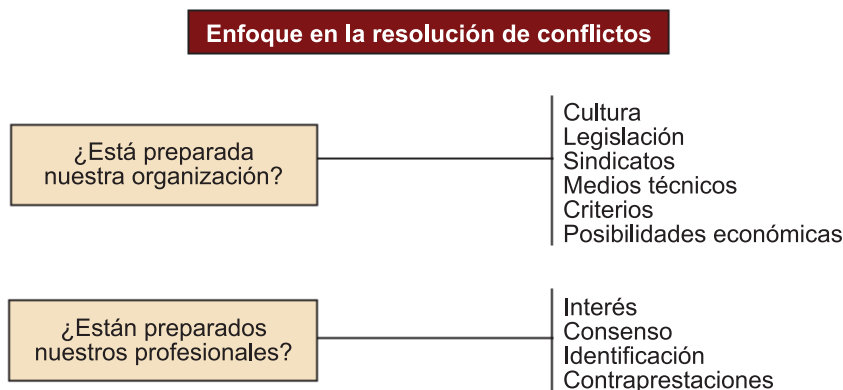
2.- **Las retribuciones complementarias**, que pueden ser fijas o variables, van dirigidas a retribuir la función, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y el cumplimiento de objetivos. Los criterios de evaluación y cuantía de estas retribuciones son propias del servicio de salud de cada comunidad autónoma y son:

- el complemento de destino, que depende del nivel del puesto que desempeñe el trabajador;
- el complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos de trabajo en atención a su especial dificultad técnica, peligrosidad, etc.;
- el complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, participación en programas, logro de objetivos, etc.;
- el complemento de atención continuada (guardias);
- el complemento de carrera, que retribuye el grado alcanzado en la carrera profesional implantada en cada categoría y comunidad autónoma.

Las retribuciones complementarias tienen el objetivo de diferenciar a los profesionales, distinguiendo aquellos que aportan un mayor valor añadido a las organizaciones sanitarias donde trabajan, pero la realidad es que la aplicación de estos complementos arrastran una inercia histórica y se generan en un entorno que hace su aplicación muy difícil, convirtiéndose generalmente en un reparto cuasi lineal.

No debemos confundir la equidad con la igualdad, típica del sistema público, y en ello nuestros hospitales no son una excepción. En nuestro medio está transgredida tanto la equidad interna como la externa. La interna, ya que cobra lo mismo el profesional excelente que se dedica íntegramente al hospital y aquel otro que lo utiliza como medio de captar clientes para su consulta privada y que debería ser rechazado por la propia organización. En cuanto a la equidad externa, dada la variación de rendimiento del personal sanitario, es imposible hacer una generalización, ya que hay profesionales mal pagados, especialmente la élite excelente de los médicos y hay mucho personal sanitario y no sanitario que está mejor pagado en los hospitales públicos que en los privados, especialmente cuando entran en juego no sólo la cantidad de dinero que recibe sino también las horas reales de trabajo y el escaso control sobre la productividad en el entorno público.

Un aspecto es evaluar si realmente nuestras organizaciones están maduras para un cambio de este tipo y si nuestros profesionales está dispuestos a embarcarse en un futuro de retribución variable, donde van a ser evaluados por unos parámetros hasta ahora no utilizados y muy diferentes de los clásicos hasta ahora conocidos.



Política salarial: incentivos

Como ya hemos comentado anteriormente, la retribución de los profesionales del Sistema Sanitario representan el mayor gasto dentro de los presupuestos, rozando el 70% de la nómina de cada hospital y el 30% del presupuesto de cada comunidad autónoma.

El estudio de la evolución de las retribuciones salariales y de otra índole del personal sanitario es complejo por la cantidad de conceptos que intervienen en la misma y los cambios legislativos que se han producido. De forma genérica, podríamos decir que el salario de los enfermeros/as y los guardias médicos han aumentado, mientras que la capacidad adquisitiva de los médicos ha disminuido. Se ha producido un estrechamiento del abanico salarial acercando el sueldo de las categorías inferiores a las superiores. No obstante, si calculamos la retribución, no de forma absoluta sino por pago horario, se desprende que realmente el personal médico medio trabaja menos de las 37,5 horas contratadas, ya que a éstas habría que restarle el retraso medio de incorporación a su puesto de trabajo, el adelanto en la salida del hospital, el descanso posguardia, el absentismo y la jornada sabática. Todo ello puede suponer para un médico con cuatro guardias mensuales un aumento del 10% de aumento en su salario anual.

La clasificación rígida de los puestos de trabajo, sin abanico salarial para cada puesto, no permite distinguir las peculiaridades que sin duda existen dentro de un mismo puesto de trabajo. No es igual el médico de urgencia que el de laboratorio. El celador de puerta que el de planta, etc.

La antigüedad, no la experiencia, es el mayor valor reconocido en una organización cuasi funcionarial como la de nuestras organizaciones sanitarias, y aunque desde el punto de vista salarial en los últimos años ha ido disminuyendo en importancia, sí representa la variable por la que se aspira a los puestos más cómodos y horarios más adecuados para la vida familiar o la actividad privada.

Las transferencias de la sanidad a las comunidades autónomas ha hecho que se hayan empezado a diferenciar los salarios, con una retribución mayor allí donde las competencias llevan años ya transferidas, que han ido a caballo de las normas centrales para mejorarlos, sin que parezca que haya habido grandes contrapartidas en cuanto a la mejora del rendimiento y la productividad.

Aunque es una queja permanente de profesionales y directivos, la de la falta de incentivos para aquellos trabajadores más activos, la realidad es que existen muchos incentivos con relación a la empresa privada, pero están muy asumidos "como normales", el trabajador no les da la menor importancia y los directivos no hemos sabido recatarlos para la incentivación, especialmente en tiempos de crisis, donde la seguridad en el puesto de trabajo debería ser un valor trascendental a la hora de la negociación.

Como ya hemos comentado, la abundancia de tiempo libre, la flexibilidad en los horarios, la autonomía organizativa, el poco control del rendimiento, la posibilidad de mejorar los ingresos con actividades complementarias, la tolerancia del absentismo, la facilidad para la atención de parientes y amigos e incluso en algunos casos el uso del material hospitalario y el reclutamiento de pacientes del sistema público para las consultas privadas son ventajas indudables, algunas de las cuales rozan lo penal, de las que disfrutaban mucho profesionales de nuestras organizaciones, a veces inconscientemente por ser costumbres habituales en nuestros hospitales.

Es necesario hacer algunos comentarios sobre las **incompatibilidades**. Aunque la principal razón de su creación fue de carácter organizativo, no cabe duda de que tuvo una gran repercusión en la retribución de los médicos. La medida se introdujo como un complemento específico en 1985, retribuyéndose la dedicación exclusiva al sistema público de los médicos con un importe económico adicional notable que suponía el 20% del sueldo sin la antigüedad. La idea era primar a aquellos médicos hospitalarios sin consulta privada para que tuviesen una mayor dedicación al hospital en horario de tarde, y de esta forma mejorar su productividad y motivación y que a largo plazo formaran el núcleo conductor del hospital frente al grupo de médicos con práctica privada que lo conducía en aquella época.

Con esta medida, inicialmente bien pensada, se cometió el error de seguir las normas funcionariales del "café para todos" haciéndola obligatoria para los médicos que accedían al sistema en vez de hacerla selectiva para aquellos médicos "que interesaran al hospital". De hecho, ha significado no sólo una subida lineal sin contraprestaciones en actividad, sino una afrenta más para los trabajadores de buena fe que ven cómo se transgrede la norma con la tolerancia manifiesta de la Administración y la pérdida de credibilidad para cualquier medida de esta naturaleza que se intente poner en marcha en el futuro.

La política retributiva que debería seguir un hospital tendría que cumplir los siguientes criterios:

- Mantener la equidad interna y externa.
- Ser simple.
- Ser transparente. Tener reglas claras, lo que no implica que sea pública.
- Ser aceptada por los profesionales, para que los pueda motivar al considerarla justa.
- Ser motivadora, al contemplar la consecución de objetivos empresariales y personales en la retribución.
- Ser competitiva, para estimular la competencia entre los profesionales.

#### **11.4. Formas retributivas en el Sistema Sanitario público español**

En nuestro Sistema Sanitario se han utilizado distintos sistemas de retribución. El salario cuasi fijo, que es el que prima en la actualidad tanto para los médicos hospitalarios como para los médicos de primaria; el pago por capitación o por cartillas, que fue el tipo de retribución que se utilizaba para pagar a los antiguos médicos de cupo; y la modalidad mixta, donde además de las modalidades anteriores hay un componente variable en función del rendimiento. La variable utilizada en la atención primaria es el número de cartillas, y en la especializada las guardias y el número de actos médicos en la actividad fuera de la jornada laboral.

Desde 1988 hasta 1992 el Insalud intentó incentivar a los médicos mediante primas individuales –la conocida como **productividad variable**–, adjudicadas en función de los informes de sus jefes jerárquicos y que, en aquellos hospitales donde se aplicó correctamente mediante la consecución de objetivos previamente pactados, logró iniciar "una cultura de la diferencia". Esta medida fracasó por la deficiente aplicación, al faltar en la mayoría de los hospitales variables objetivas discriminativas relacionadas con el cumplimiento de objetivos y el rendimiento. Este reparto, que además debía ser de conocimiento público, condujo a reacciones muy negativas entre muchos facultativos que se sintieron discriminados. Dadas las consecuencias del mal reparto, al año siguiente la prima terminó linealizándose por la presión de los sindicatos y grupos profesionales, que veían en esta medida un inicio de diferenciar a los profesionales por su rendimiento. Ésta es otra muestra, al igual que ocurrió con la exclusividad, de que se invierte una gran cantidad de dinero para terminar linealizándolo y sin obtener ninguna contrapartida en la mejora de la organización o eficiencia del sistema productivo del Sistema Sanitario.

El **pago por cartillas** fue la forma tradicional de pago a los antiguos "médicos de cupo", que cobraban en función de las cartillas (= familias asignadas), con unos topes correctivos en el número máximo de éstas. Con el nuevo modelo, en los centros de salud los médicos eran asalariados fijos, pero con objeto de

estimular la productividad se ha introducido un complemento en función de algunas variables demográficas, como el número de cartillas, la edad de los usuarios, etc.

El **pago por acto** son las denominadas despectivamente "peonadas". La actividad realizada fuera de la jornada laboral supone a priori una medida de interés, ya que estimula la participación y la productividad. Como casi siempre ocurre en el sector público, una medida inicialmente válida se revierte por las consecuencias negativas que puede generar (incremento artificial de la demanda, disminución del rendimiento en la jornada habitual, desvío de pacientes, etc.), lo cual nos desvirtúa la bondad de la medida donde se ha aplicado correctamente.

Las **guardias médicas** retribuidas bajo el concepto de "complemento de atención continuada" representan uno de los temas de más interés tanto desde el punto de vista retributivo como conceptual cuando se aborda la situación de los facultativos en los hospitales. De hecho, el dimensionamiento de muchas plantillas está realizado en función de las guardias, y no de la actividad habitual o principal del servicio o unidad. Este sobredimensionamiento se irá agravando en adelante si no se toman medidas estructurales globales que lo solucionen: la superespecialización en los hospitales terciarios obliga a aumentar tanto las guardias de "médicos normalmente especializados" en presencia física como los superespecialistas de forma localizada. En segundo lugar, "la libranza posguardia" (el facultativo libra al día siguiente de hacer la guardia) supone un aumento implícito del salario y la necesidad de aumentar las plantillas para realizar la actividad habitual. Cuando no existe este aumento se disminuye la actividad, lo cual puede ser muy llamativo en los servicios como anestesia, incidiendo en cascada sobre el rendimiento quirúrgico, estancia media, coste de cama, etc. El incremento del precio de la guardia, al incidir su prorrateo en las pagas de vacaciones y extraordinarias, pasa a representar una parte sustancial del sueldo de muchos facultativos, que naturalmente tienden a preservar y a justificar su necesidad.

Las guardias tienen efectos perversos sobre el funcionamiento normal del hospital, ya que el hospital es una organización que trabaja las 24 horas del día y se debería distribuir su trabajo en un periodo más largo que las 7 horas matinales, donde se concentran la mayor parte del personal y de los pacientes, convirtiendo las 15 horas restantes en un intervalo de urgencia. Las guardias han generado dos tipos de facultativos: los que hacen guardias con un salario generalmente superior y flexible y los que no pueden hacerlas. Estos últimos están en una permanente cruzada para justificar la necesidad de las guardias o aumentar su número en su unidad. Dentro de los facultativos que hacen guardia, existe una permanente reivindicación de aquellos que por su especialidad hacen guardias más duras (como urgencias, intensivos, anestesia), con relación al laboratorio, microbiología etc. para mejorar sus retribuciones por este concepto.



En aquellos hospitales públicos con régimen laboral y que tienen sus propios convenios colectivos, la retribución y los conceptos son muy parecidos a los estatutarios por mimetismo, si bien las diferencias son habitualmente al alza, ya que las influencias sindicales y corporativas en los ayuntamientos, diputaciones, cabildos de los que dependen esos hospitales son mayores simplemente por proximidad.

Los nuevos modelos de gestión permiten algunas variaciones sobre la rigidez del modelo estatutario al uso. A título de ejemplo, se expone el sistema retributivo del Hospital de la Costa del Sol (Málaga).

#### Sistema retributivo del Hospital Costa del Sol

En el Hospital Costa del Sol el sueldo base es en función del grupo profesional (I al V), el complemento funcional depende del nivel funcional dentro del grupo y además existen incentivos con un rango porcentual diferente para cada nivel funcional.

Grupo profesional	Nivel funcional	Salario base	Complemento funcional	Nivel incentivo
I	Facultativo (I-V) Técnico superior (I-III)	El mismo para todo el grupo profesional	Diferente según el nivel funcional	20-28%
II	Enfermera (I-IV) Fisioterapeuta Matrona (I-II) Técnico de grado medio (I-III)			14-18%
				7-13%
				7-13%
				12-16%
III	Administrativo Secretaria Técnico especial	7-13%		
		3-7%		
IV	Auxiliar de enfermería (I-III) Auxiliar administrativo Telefonista	3-7%		
		3-7%		
		3-7%		
V	Celador	3-7%		

Fuente: Memoria del Hospital de la Costa del Sol

#### 11.4.1. Retribución a los médicos

Se pueden establecer multitud de modelos de retribución a los médicos. A continuación se describen algunos propuestos en distintas instituciones:

1) **Retribuciones vinculadas a los resultados de los servicios.** Este modelo se basa en el grado de cumplimiento de los objetivos del servicio que han sido previamente pactados con la dirección para el año. El 70% de los objeti-

vos tiene carácter asistencial, el 20% de docencia y el 10% de investigación. Si los objetivos se cumplen, el servicio dispone de un crédito en la cantidad previamente establecida para dedicarla a la financiación de proyectos que el hospital no hubiese financiado por la vía normal: cursos de formación, asistencia a congresos, compra de mobiliario, utensilios, libros o suscripciones a revistas, etc.

## 2) Retribuciones vinculadas a los resultados del servicio e individuales.

Este modelo se basa en el cumplimiento de objetivos de los servicios y de sus profesionales, para los cuales se han establecido también objetivos individuales. Se describen a continuación los conceptos y su peso:

- Salario base correspondiente a la categoría del médico: 75%
- Complemento personal: 10%
- Complemento por consecución de los objetivos colectivos: 5%
- Complemento por consecución de los objetivos individuales: 10%

3) **Retribuciones vinculadas a la carrera profesional.** En este modelo tiene mayor importancia no la aportación individual del médico en cuanto a la consecución de los objetivos individuales o colectivos pactados, sino la valoración de su enriquecimiento profesional en cuanto a su experiencia profesional, que debe medirse con diferentes baremos.

Este modelo se utiliza básicamente en hospitales públicos o cuasipúblicos que tengan poca flexibilidad para establecer otro tipo de incentivos más flexible.

4. **Modelo mixto. Retribuciones vinculadas a la carrera profesional y al complemento por gestión + resultados.** Ésta es una de las formas más completas de retribuciones a la que se puede aspirar en Administración pública, e intenta compensar los cuatro aspectos de las competencias del profesional:

- **¿Qué es?** Salario del grupo profesional al que pertenece.
- **¿Qué hace?**
  - Complemento del puesto de trabajo.
  - Complemento de jefatura, no consolidable.
- **¿Cómo lo hace?** Complemento personal. Carrera profesional.
- **¿Con qué resultados?** Retribución variable por objetivos y cargas extra de trabajo.

Una forma habitual de incentivación sobre la ampliación de la jornada laboral o la realización de actividades específicamente primadas por el sistema son **los programas de tarde** y la participación en **programas de extracción y trasplantes de órganos**. Como se puede comprobar, ambos significan un aumento considerable de la retribución, de forma que los facultativos que pueden participar en estos programas constituyen la élite económica de los hospitales.

**Recordad**

- La retribución es uno de los mayores estímulos para los profesionales.
- Cada profesional, en función de sus condiciones, requeriría unas retribuciones diferentes para motivarlo y retenerlo.
- El sector público dificulta extraordinariamente la diferenciación de las retribuciones de los profesionales.
- La productividad variable y la exclusividad pueden ser elementos diferenciales si se utilizan adecuadamente.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 12. La formación continua de los profesionales

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Existe en vuestra organización una planificación de la formación continua de los trabajadores?
- 2) ¿Qué porcentaje del presupuesto se invierte en formación?
- 3) ¿Cuáles han sido vuestras acciones de formación durante este año?

En este máster hay un módulo específicamente dedicado a la formación, por lo que nos limitaremos a abordar la responsabilidad que la dirección de RR.HH. tiene sobre la misma y el necesario apoyo a otras direcciones del hospital para llevar a cabo esta imprescindible función con eficiencia.

Nuestras empresas tienen unas características muy específicas en cuanto a la formación se refiere. Somos empresas de servicios, hacemos productos sofisticados, el conocimiento de sus profesionales es su condición fundamental, y además generamos productos docentes y de investigación.

El hecho de ser una empresa de servicios condiciona la intervención y presencia del usuario en nuestras actuaciones profesionales, por lo que cualquier carencia en formación se hace inmediatamente evidente, cosa que no ocurre en las empresas de producción de bienes, donde la mayoría de los fallos pueden ser resueltos sin que el cliente se aperciba del mismo.

La realización de servicios y productos muy complejos hace de nuestros hospitales empresas donde su máximo valor competitivo es el conocimiento, el saber cómo se hacen las cosas, y este poder está en el núcleo operativo y no en el ápice estratégico.

Si somos productores de docencia, es lógico que la filosofía de la mejora mediante el conocimiento impregne a la organización. Generalmente se suele distinguir entre la **formación**, que se centra en dotar a los empleados de habilidades concretas, mantenerlas actualizadas y ayudarles para mantener un rendimiento adecuado en sus puestos de trabajo, y el **perfeccionamiento**, que se orienta más a ir dotando a los trabajadores de habilidades, quizás no directamente relacionadas con su puesto de trabajo, pero que necesitarán en el futuro si los objetivos estratégicos definidos por la dirección se cumplen.

Antes de abordar el programa de formación, el equipo directivo debe formularse algunas cuestiones previas sobre los objetivos prioritarios, la oportunidad de los mismos, su realismo y la forma en que se va a evaluar sus resultados, en conexión con el plan de objetivos estratégicos y el presupuesto anual en el que se deben aprobar los gastos del programa de formación.

La gestión del proceso y la evaluación deben ser llevadas a cabo por el departamento de recursos humanos. Para la selección de los cursos o actividades a desarrollar, debe participar intensamente con los responsables de la línea de producción, que son quienes realmente conocen las necesidades de los trabajadores tanto en lo referente a puestos de trabajo como de personas, para cubrir de esta forma la actualización de las técnicas y los proyectos de carrera profesional de cada uno de ellos. La dirección debe incluir aquellos de carácter estratégico y las deficiencias que se hayan detectado mediante las reclamaciones y sugerencias de los clientes y los propios trabajadores.

Aunque algunos cursos, por sus características, deben ser realizados fuera de la empresa, la mayoría deben ser efectuados en la misma, por ahorro de tiempo, desplazamiento, etc., por lo que hay que prever las aulas necesarias, material docente, cafés en los intermedios, etc. Un beneficio complementario de la enseñanza con asistencia de trabajadores de distintas unidades a un mismo curso es la posibilidad de que se conozcan e intercambien puntos de vista, que más tarde en la rutina diaria se traduce en una mejor coordinación global.

En las empresas privadas que tienen en marcha programas de incentivación y carrera profesional, la formación supone un eslabón más de esta cadena y un estímulo, ya que se percibe como un enriquecimiento de la persona. En las empresas públicas los motivos pueden ser diferentes: para alguna supone un estímulo personal y profesional, aunque de hecho no les sirva para progresar en la escala funcional, donde lo que realmente cuenta es la antigüedad, pero para el personal no fijo y las escalas más bajas del personal fijo suponen "puntos" que les puede permitir subir puestos en las listas de contratación y acceder a un puesto de trabajo.

En los hospitales, el tipo de formación que requiere cada nivel es muy diferente desde el punto de vista técnico: médicos, enfermería, cocineros, electricista, etc. Pero todos necesitan una formación común que no se enseña en ninguna facultad ni escuela, como es la capacidad de comunicación con los clientes internos y externos, la cultura de la excelencia en el trabajo, la necesidad de la convergencia de los objetivos personales con los de la empresa, la lealtad a la misma, el trabajo en equipo, la creatividad en el desarrollo del trabajo; en fin, una serie de características que pueden hacer de un trabajo rutinario una experiencia personal motivadora.

Debemos aprovechar todas las oportunidades para obtener financiación externa para los programas de formación, tanto del Ministerio de Sanidad como del Ministerio de Cultura, así como de fundaciones o entidades privadas sin ánimo de lucro y que tengan en sus objetivos la promoción educativa y de formación profesional.

La evaluación de los resultados de los programas de formación es relativamente sencilla en la formación de técnicas específicas: ofimática, manejo de máquinas específicas, idiomas, etc. Es mucho más complejo evaluar el resultado de cursos sobre comportamiento, calidad, ética, etc., aunque empiezan a ofertarse herramientas específicas para su evaluación.

Los hospitales, y especialmente el personal sanitario, están inmersos en la docencia, ya que es un producto que ofertamos en ellos: formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud en el ámbito de la licenciatura, diplomaturas y formación profesional; formación posgraduada en especialización médica, farmacéutica, para físicos, químicos, matronas, fisioterapeutas, etc. El hospital, además de la formación reglada que pueda impartirse en las clases, es un medio permanente de trasvase de conocimientos "por osmosis" entre todos sus miembros y posiblemente ésta sea su mayor riqueza y aportación como modelo empresarial, sólo equiparable a la universidad, pero en ésta la docencia es mucho más unidireccional y formalista.

### **Recordad**

- Las organizaciones sanitarias son empresas del conocimiento, a las que la docencia debe impregnar.
- Los planes de formación deben estar estrechamente vinculados con la estrategia de la empresa.
- Debemos distinguir entre la formación y el perfeccionamiento.
- La formación continua debe ser no sólo un derecho, sino también un deber de los profesionales excelentes.

### **Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 13. El desarrollo de la carrera profesional

### Actividad de reflexión

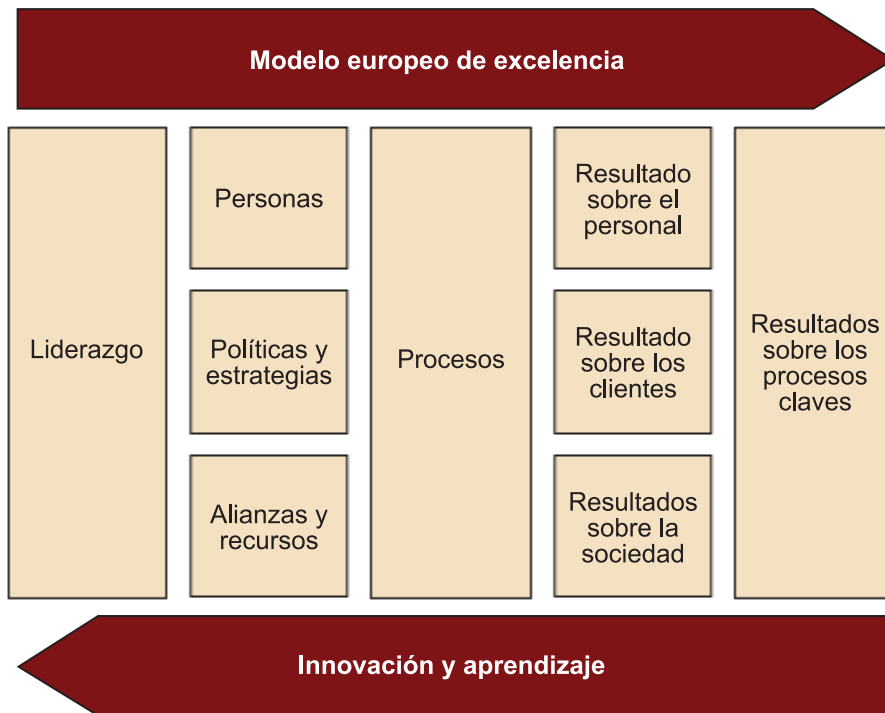
Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Existe en vuestra organización una carrera profesional para la promoción de los profesionales? Si existe, ¿para que profesionales? ¿Podéis describirlas?
- 2) Si existe, ¿quién interviene en su diseño y aprobación?
- 3) ¿Quién evalúa a los profesionales?

El desarrollo de la carrera profesional no consiste en un proceso puntual a partir del cual se transforman las organizaciones, sino que debe ser una actividad planificada y organizada en continuo proceso de mejora que reconoce a los profesionales como el recurso vital de la empresa y pretende tenerlos permanentemente integrados con la posición que ocupa en la organización. El desarrollo de la **carrera profesional** no depende de una iniciativa aislada, sino que es el resultado de una maduración empresarial y va aparejado con las otras herramientas de gestión que estamos estudiando en este módulo, como la selección, la formación o la gestión del rendimiento. Aunque más adelante hablaremos de los intentos de implementación de la carrera profesional en el sector sanitario, no es de extrañar su dificultad de aplicación, si se entiende ésta como una pieza más de algo que no está todavía implementado en nuestro medio.

Las características de la carrera profesional deben cubrir tanto las necesidades estratégicas de la empresa como las necesidades de motivación del trabajador. Entre las primeras deberían figurar la cantidad y calidad de los profesionales que necesitará la empresa para abordar los proyectos futuros, teniendo en cuenta la adecuación de los profesionales actuales. ¿Qué habilidades, conocimientos y experiencias se necesitarán para responder a dichas exigencias? Por parte del profesional, el esfuerzo debería ser a su integración, su preparación, su satisfacción, su orientación hacia los objetivos de la empresa.

La gestión de la calidad total en la empresa no sólo está vinculada a la satisfacción del usuario, sino también a la satisfacción del trabajador y la eficiencia de la empresa, ya que, si no, no podría permanecer en el mercado.



Modelo europeo de excelencia

### 13.1. Exigencias para el desarrollo de la carrera profesional

El desarrollo de la carrera profesional es una inversión en formación y mejora a largo plazo de los puestos de trabajo que debe plantearse desde la dirección, la bondad y la oportunidad de iniciarlo, ya que, si no se reúnen las condiciones adecuadas, podemos tener más efectos perversos que beneficios. Si decidimos seguir adelante con el proyecto debemos definir:

- ¿Quién es el responsable de realizarlo?
- ¿Qué importancia se le quiere dar?
- ¿Cómo lograr satisfacer a los distintos grupos?

En el primer apartado debemos definir si la carrera profesional es dirigida desde la dirección de recursos humanos, si es rígida y por categorías o si son los propios profesionales los que participan decididamente en su diseño, la coordinan y compatibilizan con los responsables de la empresa. Con relación al segundo punto, la importancia que se le dé desde la dirección, debemos tener en cuenta que la carrera profesional es una herramienta de motivación a largo plazo, pero no el fin del profesional en la empresa, que es su adecuado rendimiento y la consecución de los objetivos. Por último, es complejo satisfacer a todos los grupos de los distintos profesionales que forman la empresa, por ello se presta una atención preferente a los profesionales más cualificados. El Sistema Sanitario no ha sido una excepción y la implantación se ha iniciado con el grupo de los médicos y una estructura muy simple, a pesar de lo cual sólo se ha podido hacer en algunas instituciones.



### 13.2. Desarrollo de la carrera profesional

El desarrollo de un plan de carrera profesional en una empresa supone una delicada operación de ingeniería organizativa en la que tiene que participar la alta dirección, ya que muchas decisiones de futuro que afectan a la empresa sólo pueden ser decididas por la dirección. El desarrollo comportará, como mínimo, una fase de evaluación, otra de orientación y una última de perfeccionamiento.

- **Fase de evaluación.** El objetivo de la evaluación es identificar la realidad profesional de cada empleado, valores y carencias, para de esta forma elegir una carrera profesional adecuada y realista dentro de las posibles en la organización e identificar aquellos aspectos que se deban corregir o mejorar para lograr los objetivos requeridos en su carrera profesional y así alcanzar un nivel superior. Esta evaluación es mixta: la que hace la empresa y la autoevaluación que realiza el propio trabajador. La empresa puede emplear aquellas herramientas de evaluación que habitualmente usa para la selección, evaluación del rendimiento, etc. como los test psicológicos, las evaluaciones periódicas, las previsiones de ascensos y la planificación de sucesiones.
- **Fase de orientación.** Consiste en determinar, a la vista de los resultados de la evaluación, el tipo de carrera profesional que el trabajador quiere y puede desarrollar en la empresa. Durante este tiempo, que suele ser largo y por distintos métodos (entrevistas, cursillos, etc.), se establece un acuerdo entre empresa y trabajador sobre la aproximación a su futura carrera profesional.
- **Fase de perfeccionamiento.** Es la fase donde se procede a implementar los conocimientos teóricos y el aprendizaje práctico, mediante tutorías y rotaciones por los distintos puestos de trabajo de la organización, que lo prepare para su futuro e inmediato puesto profesional.

### 13.3. Tipos de carreras profesionales

Como ya comentamos al principio de este apartado, el diseño de una carrera profesional para todos los miembros de una empresa es un tema difícilmente abordable, por lo que generalmente se fijan los esfuerzos en aquellos puestos de trabajo que aportan un mayor valor añadido a la empresa, o bien para grupos de profesionales con características y problemas comunes.

En el primero de los casos está el programa de perfeccionamiento de directivos, en el que la empresa suele tener ya programas estandarizados y donde se invierte mucho dinero en formación y promoción de los mismos, ya que es este grupo de personas las que necesitan una mayor motivación extrasalarial para mantenerlas en la empresa.

Debemos diferenciar el diseño de la carrera profesional para empleados jóvenes, de mediana edad y mayores, que tendrán motivaciones diferentes en cada caso.

Independientemente de que en una empresa existan o no programas muy elaborados sobre el desarrollo de la carrera profesional, no cabe duda de que quien mejor "se vende" tendrá más posibilidades de promoción. Las características adecuadas para la **autopromoción** son las siguientes:

- Capacidad de comunicación, clave para ser considerado candidato a cualquier ascenso.
- Objetivos convergentes con los de la empresa.
- Plantear el menor número de problemas posibles y ofertar el máximo de soluciones.
- Resaltar los resultados del grupo antes que los propios.
- Orientarse hacia el cliente, tanto externo como interno.
- Considerar importante cualquier proyecto de la empresa.
- No criticar a otros trabajadores.

Estas condiciones son un pasaporte claro para progresar en una empresa que valore la excelencia. Desgraciadamente, la empresa pública, en la que están incluidos la mayoría de los hospitales, no diferencian aquellos profesionales que actúan según los siete principios mencionados; por ello, resulta muy difícil implementar cualquier diferenciación profesional individual en nuestro medio, por lo que se han diseñado "carreras profesionales estándares", comunes para cada grupo (médicos, enfermeras, etc.), como comentaremos a continuación.

#### **13.4. La carrera profesional en el Sistema Sanitario público**

La incentivación a largo plazo se basa en asociar la antigüedad, los conocimientos y la dedicación con el ascenso de categoría. Esta posibilidad se favorece con el crecimiento de la organización, que al expandirse permite un aumento de las categorías profesionales que pueden ser ocupadas desde puestos inferiores.

Aunque algunos hospitales e incluso alguna CC.AA. iniciaron el desarrollo de la carrera profesional para sus profesionales médicos mucho antes de la publicación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que en su título III legisla sobre el desarrollo profesional. Esta

Ley establece una serie de características que permitan la homogeneización entre las CC.AA., de forma que los derechos adquiridos en unas puedan ser reconocidos en todo el Estado:

- La carrera profesional tendrá carácter voluntario.
- Se articulará en cuatro grados, con un grado inicial optativo.
- Para la obtención del 1.<sup>er</sup> grado se exigirá cinco años de ejercicio profesional.
- La evaluación la hará un comité específico con mayoría de profesionales de la misma profesión/especialidad del evaluado.
- El comité no dictamina sobre la reversibilidad del grado alcanzado.
- El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establecerá los criterios para la homologación del reconocimiento en todo el Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, las organizaciones sanitarias tienen unas peculiaridades que dificulta la adecuada evolución de la carrera profesional, con especial referencia al nivel médico:

- Ha existido un crecimiento muy rápido de las plantillas durante los años sesenta y setenta, con ocupación de todas las categorías posibles por parte de los profesionales jóvenes que entraron en aquella época.
- Los salarios de los profesionales sanitarios que entran en el sistema en los niveles inferiores son muy elevados, lo que no permite una elevación sustancial y diferencial con respecto a las categorías superiores.
- En la organización no se ha generado una cultura de evaluación de los resultados, por lo cual el único criterio realmente objetivable es la antigüedad.

A pesar de estos antecedentes, hasta el año 2003 se generaron no menos de una docena de borradores de "carreras profesionales", incluidas en el estatuto marco. Posteriormente se ha ido implementando la carrera profesional prácticamente en todas las CC.AA., aunque su implantación está todavía realizándose en muchas de ellas, ya que se encuentra con problemas:

- No se podrá generar una verdadera carrera profesional con niveles y retribuciones adecuadas hasta que no se normalice la pirámide de edad de los facultativos, no como ocurre en la actualidad, cuando la mayoría de los jefes se sitúan entre los 55 y 60 años.

Distribución por grupo de edades de los médicos colegiados el 31 de diciembre del 2007:

<b>Grupos de edad (años)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
< 35	37.061	17,81
35-44	46.361	22,28
45-55	72.195	34,69
55-64	32.101	15,43
64-69	6.600	3,17
> 70	13.652	6,56
Otros	128	0,06
<b>Total</b>	<b>208.098</b>	<b>100,00</b>

Fuente: *Demografía médica*. Organización médica colegial, 2009.

- Existe la oposición de un grupo importante de profesionales, que entienden su posición en el hospital como vitalicia y no están dispuestos a correr ningún riesgo.
- Se deberían establecer criterios lo más objetivos posibles de evaluación, para lo cual cada facultativo debería saber qué espera de él su organización.
- Se tendrían que homogeneizar los criterios de ascenso, para lo cual habría que centralizarlos.
- Inicialmente se iniciaron los procesos con los médicos, por ser su función más fácilmente cuantificable.
- Se requiere una permanencia mínima en una categoría para ascender a la inmediata superior.

La opinión de los facultativos sobre el riesgo que entrañaría la implantación de la carrera profesional y la dificultad de consenso en la propia Ley General de Sanidad hace prever una difícil implantación funcional, que se facilitaría si ésta fuera llevada a cabo por los propios médicos siguiendo probablemente pautas seudofuncionariales, más que de verdadera competencia profesional.

A partir de enero del 2002, con la culminación de las transferencias sanitarias a las CC.AA., y como ya hemos comentado con la publicación de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, las CC.AA. inician un proceso de desarrollo de carreras profesionales con unos criterios similares, pero no idénticos, lo que a medio plazo puede dificultar la movilidad de los médicos entre las CC.AA.

### 13.5. Ejemplos de desarrollo de carreras profesionales

A pesar de las dificultades antes expuestas, y estando pendientes de evaluar sus resultados, ya que las implantaciones de estos proyectos son muy recientes y no ha habido tiempo de una verdadera evaluación, excepto algunas excepciones, se exponen algunos ejemplos desarrollados en España de implantaciones de carreras profesionales.

#### 13.5.1. Modelo de desarrollo profesional de la Fundación Puigvert, Barcelona, para facultativos

Éste es posiblemente el proyecto de desarrollo profesional más antiguo del país, ya que sus inicios datan de hace más de treinta años y el carácter monográfico de la Fundación (clínica urológica), sus dimensiones y características empresariales han facilitado su implantación. Este sistema se basa en tres pilares:

- La implantación desde hace más de treinta años de un modelo de desarrollo profesional (MDP), por el que se evalúa el desempeño y los resultados anualmente.
- El desarrollo de un sistema de información integral.
- Implantación y negociación anual de objetivos.

Sobre estos tres pilares se fundamenta la carrera profesional. Este proyecto contempla una duración total de 35 años, dividida en dos etapas: "la etapa júnior", de 15 años de duración, y "la etapa sénior", de 20 años de duración. Cada una de ellas se subdivide en dos niveles, por lo que al final se constituyen cuatro niveles de duraciones respectivas, de 5 y 7 años el primero y de 10 cada uno de los siguientes.

El paso de un nivel a otro se realiza por la evaluación permanente, mediante la función de la **valoración de méritos y actitud (VAMA)**. Ésta es analizada en el Comité de Valoración (COVAMA).

#### 13.5.2. Carrera profesional para médicos del Hospital Clínico de Barcelona

Se basa en lo siguiente:

- La separación de categorías y cargos.
- Los cargos son temporales y renovables.
- La vinculación universitaria a categorías y no a cargos.
- La carrera profesional es el único sistema de promoción.

Se establecen cuatro categorías:

- especialista equivalente a la de médico adjunto,

- especialista sénior,
- consultor equivalente al actual jefe de sección,
- consultor sénior equivalente al actual jefe de servicio.

Se establecen dos cargos:

- jefe de sección,
- jefe de servicio.

Existen unas condiciones de edad mínima, años de permanencia y unos requisitos de carácter asistencial, docente e investigador, evaluados por el comité de promoción, que permiten el paso de una categoría a otra.

Los cargos son nombrados por un comité de nombramientos y evaluación, y se evalúan cada cuatro años según el cumplimiento de los objetivos pactados al nombramiento. Para ocupar el cargo de jefe de sección se debe tener como mínimo la categoría de especialista sénior y para el cargo de jefe de servicio la de consultor.

Durante el periodo transcurrido desde su implantación, en 1996, hasta 1999, se han promocionado en un nivel el 71% de los candidatos, el 15% en dos niveles y un 14% se han quedado en el mismo. Se produjeron un 3% de reclamaciones.

Con la implantación de los Institutos, este sistema ha sufrido algunas variaciones.

### **13.5.3. Modelo de carrera profesional de la Red de Hospitales de Utilización Pública de Cataluña (RHUP, RSUP). Propuesto desde la Unión Catalana de Hospitales (UCH)**

Aunque este modelo ha sido propuesto por la UCH como patronal de esa red de hospitales, sólo existen algunos hospitales que lo están implementando. Es una carrera profesional para los facultativos.

Plantea tres niveles:

- adjunto,
- sénior,
- consultor.

Se establecen unas condiciones de acceso al hospital, unas condiciones para acceder al nivel sénior diferentes para los años 1998 al 2001 y sucesivos, por las cuales se evalúan la permanencia en el cargo, en principio de 7 años, la asistencia, la participación, la docencia, la investigación y la formación continuada. Todavía no se han fijado las condiciones, excepto la permanencia,

que será de 15 años, para acceder a la categoría de consultor. La evaluación la realiza una comisión de evaluación nombrada por la dirección del hospital y facultativos nombrados por el comité de empresa.

### 13.5.4. Carrera Profesional del Instituto Catalán de la Salud (ICS)

En Cataluña el ICS ha desarrollado la carrera profesional en todas sus categorías profesionales, terminando en el 2009 su periodo transitorio. Ésta se realizó en colaboración con los Consejos de las profesiones médicas y de enfermería y ha servido de modelo al desarrollado en otras CC.AA. A pesar de los diferentes convenios colectivos del ICS y de la RHUP, existe una convergencia de retribuciones en el desarrollo de la carrera profesional.

La misma consta de cuatro niveles.

- Un nivel de Ingreso.
- Nivel A: los 5 primeros años.
- Nivel B: del 5.º al 10.º año.
- Nivel C: del 11.º al 35.º año.

Se exponen a continuación las retribuciones con datos correspondientes al año 2007.

Desarrollo carrera profesional Cataluña										
Retribuciones ICS-RHUP (€) 2007										
		Ingreso	Nivel A	Nivel B			Nivel C			
			1 año	5 años	10 años	15 años	20 años	25 años	30 años	35 años
RHUP, RSUP	Fijo	39.138	45.265	45.564	45.813	46.062	46.311	46.311	46.311	46.311
	Variable máximo	3.537	8.890	8.890	12.576	16.258	16.258	19.103	19.103	19.103
	<b>Subtotal</b>	<b>42.675</b>	<b>54.155</b>	<b>54.454</b>	<b>58.389</b>	<b>62.320</b>	<b>62.569</b>	<b>65.414</b>	<b>65.414</b>	<b>65.414</b>
	Atención continuada	15.545	15.546	15.547	15.548	15.549	15.550	15.551	15.552	15.553
	<b>Total</b>	<b>58.220</b>	<b>69.701</b>	<b>70.001</b>	<b>73.937</b>	<b>77.869</b>	<b>78.119</b>	<b>80.965</b>	<b>80.966</b>	<b>80.967</b>
ICS	Fijo	43.178	43.178	43.788	45.010	46.231	46.842	48.064	49.243	49.896
	Variable máximo	5.695	5.695	9.381	9.381	12.733	15.880	18.492	18.492	18.492
	<b>Subtotal</b>	<b>48.873</b>	<b>48.873</b>	<b>53.169</b>	<b>54.391</b>	<b>58.964</b>	<b>62.722</b>	<b>66.556</b>	<b>67.735</b>	<b>68.388</b>

Fuente: ICS, 2007

<b>Desarrollo carrera profesional Cataluña</b>										
<b>Retribuciones ICS-RHUP (€) 2007</b>										
		<b>Ingreso</b>	<b>Nivel A</b>	<b>Nivel B</b>		<b>Nivel C</b>				
	Atención conti- nuada	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562
	<b>Total</b>	<b>62.435</b>	<b>62.435</b>	<b>66.731</b>	<b>67.953</b>	<b>72.526</b>	<b>76.284</b>	<b>80.118</b>	<b>81.297</b>	<b>81.950</b>

Fuente: ICS, 2007

### 13.5.5. Otros modelos

Existen otros modelos, no desarrollados aquí, con diferente clasificación para las categorías profesionales de los facultativos:

- El propuesto por la **Organización Médica Colegial**:
  - especialista adjunto,
  - especialista,
  - consultor adjunto,
  - consultor.
- El propuesto por el **Partido Popular**:
  - especialista
  - consultor asociado,
  - consultor,
  - consultor jefe.
- El propuesto por la **Comunidad Autónoma de Navarra**:
  - nivel I,
  - nivel II,
  - nivel III,
  - nivel IV,
  - nivel V.

### 13.5.6. Una de las últimas propuestas ha sido la del Servicio de Salud del País Vasco (Osakidetza)

Osakidetza ha venido diseñando desde el 2003, por medio de la participación de grupos de trabajo constituidos por profesionales de los distintos centros de la red, el modelo de desarrollo profesional que podría ser de aplicación en esta comunidad autónoma. Este modelo ha sido presentado, negociado y discutido con los agentes sociales, tras lo cual se han incorporado diferentes alegaciones que han mejorado el texto inicial.



Su ámbito de aplicación está configurado para todos los licenciados sanitarios, incluidos los de cupo y zona y APD, tanto para el personal fijo como para los interinos, sustitutos y temporales, tanto de la atención primaria como de la especializada.

El nivel que alcancen los interinos, sustitutos y eventuales (en el que se considerarán los servicios prestados) será automáticamente reconocido cuando alcancen la plaza fija y valorado como mérito en el proceso selectivo correspondiente a la OPE masiva que se convocó en el 2005, que dio estabilidad en el empleo al 95% de los profesionales.

Aquellos facultativos que ostenten puestos de gestión (jefes de sección, de servicio y de departamento) podrán optar, voluntariamente, a la evaluación establecida para la gestión –sobre la base del cumplimiento de objetivos pactados– o la correspondiente al desarrollo profesional.

**El comité de evaluación** estará formado por:

- director-gerente de la organización de servicios, quien actuará en calidad de presidente;
- director/a médico;
- director/a de personal;
- un facultativo o facultativa representante del consejo técnico;
- un facultativo o facultativa representante del personal;
- un facultativo o facultativa de la tipología profesional del evaluado;
- un técnico de recursos humanos, que asumirá la función de secretario.

Además, para el nivel III se incluirá un facultativo de la sociedad científica regional correspondiente y, para el nivel IV, de la sociedad nacional. Cada comité de evaluación podrá disponer, si lo cree conveniente, de la incorporación de asesores especiales que colaboren con sus miembros.

Las convocatorias serán anuales.

Con carácter general, los niveles serán consolidables. Solamente ante situaciones excepcionales, por incumplimientos evidentes, previo expediente contradictorio y habiendo transcurrido al menos tres años desde que se obtuvo el nivel, éste podrá reevaluarse.

**Los criterios de evaluación** se configuran en torno a tres bloques:

- bloque A: actividad asistencial y dominio profesional;
- bloque B: formación continuada, docencia y difusión del conocimiento e investigación;
- bloque C: implicación y compromiso con la organización.

Los requisitos de acceso y retribuciones:

Nivel	Nomenclatura	Años de servicios prestados
Acceso	Especialista	Menos de 5 años
I	Especialista adjunto	5 años o más
II	Especialista sénior	11 años o más
III	Consultor	18 años o más
IV	Consultor sénior	25 años o más

- el nivel I se retribuirá con 3.000 euros anuales;
- el nivel II con 6.000 euros/año;
- el nivel III con 8.000 euros/año;
- el nivel IV con 11.000 euros/año.

Los **principales objetivos** que persigue el sistema de desarrollo profesional son:

- Implicar a los profesionales y conseguir un alto grado de convergencia entre los objetivos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y las expectativas de las personas, de forma que su crecimiento profesional contribuya a mejorar la atención sanitaria.
- Promover una actitud individual permanente por el crecimiento profesional, ofreciendo a los profesionales responsabilidades más complejas y exigentes con una perspectiva a medio-largo plazo.
- Reconocer la aportación diferencial de cada facultativo en ámbitos como:
  - la mejora de la atención del paciente;
  - la mejora de sus propias competencias y dominio profesional;
  - la mejora en eficacia, eficiencia y calidad de servicio;
  - las aportaciones a la organización en términos de investigación, de docencia y de transmisión del conocimiento.
- Disponer de una herramienta importante dentro de la gestión integrada de las personas, que permita orientar y orientarse a los profesionales en su propio desarrollo y en función de las necesidades de futuro de la organización.

En el año 2005, se convocaron todos los niveles para profesionales con más de 16 años de antigüedad y, posteriormente, para el resto de los profesionales.

A la culminación de este proceso, los facultativos/as tendrán reconocidos sus respectivos niveles de desarrollo profesional y aplicados sus efectos retributivos, viendo así cumplida una de sus mayores aspiraciones.

### **13.5.7. Carrera profesional de enfermería propuesta por el Sindicato de Enfermería (SATSE)**

Contempla su aplicación para todos los enfermeros/as y diplomados/as en Sanidad. Se establecen cuatro categorías:

- categoría I,
- categoría II,
- categoría III,
- consultor.

Se establece la forma de acceso mediante un tiempo de permanencia en la categoría inmediatamente inferior (4,5 y 5 años respectivamente) y una evaluación, que para los tres primeros niveles lo hará una comisión evaluadora en el ámbito autonómico y para el nivel de consultora otra en el ámbito nacional.

Los niveles tendrían diferente retribución, que debería ser discutida en los acuerdos de retribuciones del personal estatutario y en los convenios colectivos del personal laboral. Asimismo, se exigiría el nivel III para poder optar a puestos de coordinación y supervisión de las instituciones sanitarias.

### **13.5.8. Ejemplo de carrera profesional para los diplomados sanitarios del Servicio Canario de Salud**

Como ejemplo de carrera profesional está la establecida, a finales del 2006, para los **diplomados sanitarios del Servicio Canario de Salud**, cuyas principales características son las siguientes:

- Afecta al personal diplomado sanitario con carácter fijo.
- Su acceso es voluntario.
- Se estructura en cuatro grados, con acreditación de periodos mínimos:
  - grado 1.º: 5 años, implantación inmediata;
  - grado 2.º: 5 años, implantación 1 enero del 2007;
  - grado 3.º: 6 años, implantación 1 de enero del 2008;
  - grado 4.º: 7 años, implantación 1 de enero del 2009.
- La evaluación se realizará en función de la capacitación profesional y la actividad profesional.
- El importe anual inicial para el año 2007, indicados a continuación, se actualizarán cada año.
  - grado 1.º: 1.200 €
  - grado 2.º: 2.400 €
  - grado 3.º: 3.900 €

- grado 4.º : 5.500 €
  
- Existirá un comité de evaluación para cada hospital y gerencia de atención primaria, estando dicho comité formado por nueve miembros, representantes de la Administración, la dirección de enfermería, los profesionales y los sindicatos relacionados profesionalmente con la persona evaluada.
  
- Los grados consolidados de carrera profesional en otros Servicios de Salud que la tengan implantada serán respetados.

Como vemos, empezamos a caminar por la senda de la incentivación mediante la situación en la empresa de sus profesionales, pero evidentemente queda un largo, larguísimo, trecho que recorrer.

### **Recordad**

- La carrera profesional debería contemplar la actitud y los resultados más que la antigüedad en el empleo.
  
- Todavía, no existe carrera profesional generalizada en el Sistema Sanitario público.
  
- La estructura de edad, el número excesivo de médicos y la imposibilidad de expansión del Sistema Sanitario dificultan extraordinariamente la implantación de cualquier sistema que base su bondad en el aumento de cargo y/o categoría.

### **Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 14. Convenios colectivos y estatutos

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Existe convenio colectivo o estatuto en vuestra organización? ¿Lo habéis leído?
- 2) ¿Creéis en las negociaciones colectivas, o preferiríais las negociaciones personales de las condiciones de trabajo?

### 14.1. Entorno público y entorno privado

Como ya hemos comentado en otros apartados de este módulo, las relaciones entre las organizaciones sanitarias públicas y sus trabajadores quedaron fijadas en el año 2003, con la publicación del estatuto marco, y las condiciones laborales y retributivas se establecen entre las direcciones de RR.HH. de las CC.AA. y los representantes de los trabajadores, aunque como hemos visto hay algunas excepciones, como es el caso de Cataluña, pero no hay un proceso de negociación del convenio colectivo con cada empresa, como ocurre en el sector privado, dentro de unas condiciones sectoriales comunes para cada tipo de organización.

De lo comentado en otros apartados de este módulo parecería deducirse que la laboralización del personal, que se rige por los convenios colectivos, es la panacea que va a solucionar todos nuestros problemas. Nada más lejos de la realidad. Este cambio supondrá un cambio real en nuestras instituciones, si este marco facilita que una gran parte del colectivo, de buenos profesionales, sea capaz de ilusionarse con un proyecto empresarial y propio de futuro. El mal no está en las personas, sino en el desarrollo de una cultura "funcionarial", que incapacita a una organización para desarrollar políticas de recursos humanos creativas e innovadoras. El comportamiento del personal laboral de las instituciones públicas está más próximo al del funcionario que al del trabajador laboral de una empresa privada.

Existen empresas sanitarias públicas cuyo personal es laboral, sin que en la mayoría de las ocasiones se vean grandes diferencias con respecto a las organizaciones sanitarias públicas de su entorno que tiene personal funcionarial, ya que el peso de estas instituciones es tan grande que condicionan los convenios

colectivos, que suelen ser miméticos de los estatutos. Se muestra a continuación una tabla comparativa de los derechos laborales de los trabajadores de dos hospitales públicos, uno en régimen funcionarial y otro en régimen laboral.

Conceptos	Servicio Canario de Salud	Hospital Universitario de Canarias
	Días	
Matrimonio	15	16
Nacimiento hijo	3	5
Fallecimiento familiar 1.º	3	5
Fallecimiento familiar 2.º	1	5
Fallecimiento familiar 3.º	0	2
Enfermedad grave de familiar	3	2-10
Traslado de domicilio	1	4
Días de convenio	0	6
Festivos/turnos rotatorios	Según necesidades del servicio	14
	Otras ventajas	
Guarderías	No	Sí
Comedor	No	Sí
Premio por jubilación anticipada	0	De 6 a 12 mensualidades
Edad de jubilación	65	64
Servicio médico de empresa	No	Sí
Seguro de responsabilidad civil	No	Sí
Póliza de invalidez	No	1 a 2 millones pts.
Uniforme	Sin obligatoriedad anual	2 uniforme/año.
Plan de formación	Muy limitado	Amplio
Oferta empleo fijo (1998-1999)	No	439 plazas
Jornada laboral	Según turno	35 horas/semana
Reincorporación por privación de libertad	No	Sí
Revisiones médicas	Irregulares	Anuales obligatorias
Excedencias	A los dos años de antigüedad	Al año de antigüedad

Conceptos	Servicio Canario de Salud	Hospital Universitario de Canarias
Traslados entre Servicios y centros sanitarios	Difícil	Anual por convenio

Derechos laborales de los trabajadores del Servicio Canario de Salud y los del Hospital Universitario de Canarias

Sin embargo, sí existe una gran diferencia en las condiciones de trabajo recogidas en los convenios colectivos de los hospitales privados (número de horas de trabajo, control horario, permisos, etc.), ya que son los propios trabajadores y sus representantes sindicales los que presionan en los convenios para alcanzar las mejores condiciones posibles pero **compatibles con la existencia de la empresa**, aspecto éste absolutamente crucial y que desde la empresa pública ignoramos, ya que damos por sentado de que un hospital público no se puede cerrar.

## 14.2. El convenio colectivo

La discusión del convenio colectivo y la discusión de los presupuestos son los dos actos de carácter táctico más importantes del equipo directivo de un hospital y que afecta directamente a la dirección de recursos humanos como parte integrante del equipo directivo. Es, por otra parte, curioso que estos dos hechos, en la dinámica de muchos equipos directivos de hospitales públicos, el primero no existe y el segundo tiene un carácter más testimonial que de supervivencia de la empresa.

La discusión del convenio provoca generalmente una fuente de crispación entre los representantes sindicales y el equipo directivo, que en las empresas privadas se resuelve generalmente al obtener las máximas contraprestaciones compatibles con las necesidades de la empresa para su competitividad en el mercado. En la empresa pública ese límite no suele existir, y es una batalla cuyo resultado casi siempre dilucida el político según el momento electoral en el que se encuentre, con independencia de que los resultados que se desprendan del convenio pongan en peligro el ajuste económico ya previsto y de que si la batalla ha sido muy dura termina de forma próxima o lejana con el cese del gerente.

En el capítulo correspondiente a la gestión de los conflictos hemos comentado cómo abordarlos, lo cual es aplicable a las negociaciones del convenio colectivo.

Aunque es imposible dar recetas para llevar adelante una negociación del convenio, se dan algunos consejos, que naturalmente habrá que aplicar adaptándolos a cada entorno y dependiendo del riesgo que queramos admitir y nuestra experiencia como interlocutores.

### 1) Técnicas de negociación de bajo riesgo:

- Los elogios al adversario.
- Tratar primero los puntos más fáciles.
- Usar el silencio.
- Propuesta inicial superior a lo necesario.
- Convencer de la mala situación de la empresa y los límites de la negociación.

### 2) Técnicas con riesgos moderados:

- Evasivas y sutilezas.
- La comedia del bueno y el malo.
- La limitación de competencias.
- Amenaza de otras ofertas.
- Tácticas psicológicas:
  - Reunión en mi oficina.
  - Fechas y horas raras.
  - Sentarlo contra el sol.
  - Interrumpir la reunión.
  - Atender al móvil.

### 3) Técnicas con alto riesgo:

- Actitud enérgica con mal carácter.
- Pasar la responsabilidad al jefe.
- Actitud excluyente: ¡Lo toma o lo deja!
- Agotar al adversario por cansancio físico o psíquico.

#### Referencia bibliográfica

R. Adler; B. Rosen; E. Silverstein (1996, marzo). "Thrust and Parry - The art of Tough Negotiating". *Training and Development* (pags. 43-48).



**Recordad**

- La implicación real de los profesionales y su evaluación en función de sus resultados es la asignatura pendiente no sólo del Sistema Sanitario, sino también de la Función Pública.
- No parece que la última Ley de la Función Pública vaya a ser la solución tan esperada.
- Los convenios colectivos de los hospitales públicos con régimen laboral no se diferencian excesivamente de las normas estatutarias.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 15. La acción sindical en las organizaciones sanitarias

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. Guardadlas.

- 1) ¿Cuáles son los principales sindicatos de vuestra organización? ¿Qué ideologías defienden?
- 2) ¿Participáis en algún sindicato? ¿Por qué?

### 15.1. Los sindicatos en las organizaciones sanitarias públicas

Hay que distinguir claramente el comportamiento de la acción sindical en las empresas públicas y las privadas. En estas última generalmente se suele llegar a acuerdos con los propietarios, ya que la quiebra de la empresa representaría el despido de su afiliados, mientras que en la empresa pública su actuación es radicalmente distinta, al ser muy remota la posibilidad de quiebra y tener los puestos de trabajo garantizados a perpetuidad. Hay que añadir, para complicar más la situación, las peculiaridades que tienen las agrupaciones sindicales en el sector sanitario.

Por otra parte, en general, el porcentaje de trabajadores de los hospitales afiliados a los sindicatos es bajo, así como la participación en las votaciones para la elección de sus representantes y, generalmente, no están comprometidos en ellos los profesionales de más prestigio, sino los más interesados en la acción política.

No es extraño que, en estas circunstancias, y en unas empresas como las públicas, donde, como ya hemos comentado reiteradamente, no existen unas estrategias de futuro definidas, la acción sindical se limite a las cuestiones más inmediatas y de las que puedan obtener algún resultado visible, como son los reglamentos y las retribuciones.

### 15.2. Los planteamientos sindicales

Por ello sus planteamientos más relevantes se centran en:

- **Los salarios.** Los planteamientos en este terreno son muy sencillos: aumentar permanentemente el salario de forma lineal. La linealidad del aumento es un valor defendido históricamente por los sindicatos cuando se plantean diferenciaciones de los profesionales en función de su rendimiento, argumentando la arbitrariedad de los evaluadores, aunque real-

mente subyace el temor de que la diferenciación entre los profesionales por su rendimiento pueda afectar a la influencia de la acción sindical. La linealidad es una característica antinatural a la condición humana y, por tanto, a la posición de las personas en las organizaciones.

Como ya hemos comentado reiteradamente, las retribuciones son posiblemente el principal incentivo común para todos los profesionales, y de su adecuada distribución dependerá la sensación de equidad y, por tanto, de pertenencia que los trabajadores tengan de la empresa. Éste es probablemente el principal problema, no sólo del Sistema Sanitario público, sino de toda la empresa pública en general.

- **La promoción y el desarrollo profesional.** La postura sindical se ha basado en la defensa de la promoción vertical de los trabajadores, lo cual implica obtener titulaciones de superior categoría, muchas veces fuera del alcance de determinados colectivos, especialmente los inferiores, limitándose al salto de categoría o la promoción a puestos jerárquicos. Las reivindicaciones para los saltos de categorías suelen ser masivas para grupos enteros (por ejemplo, de auxiliares de enfermería para ser incluidos en la categoría de técnicos especialistas). Los puestos de coordinación, supuesta una cualificación base para el puesto, tienen una decisión sobre la base de unas características especiales del puesto difíciles de cuantificar, por lo que resulta muy complejo estandarizar estas variables y que sea posible una designación en función de un procedimiento estandarizado. La promoción horizontal no ha sido explorada, posiblemente porque ésta implicaría una ampliación en las funciones que deben realizarse, lo cual implicaría flexibilidad y desdibujaría los límites de unos puestos de trabajo que deberían estar perfectamente descritos según las pautas funcionariales que deberían regir nuestras instituciones.
- **La organización del trabajo.** Éste es uno de los aspectos que genera mayor cantidad de críticas y quejas por parte sindical. La vida laboral de las personas que trabajan en un hospital tiene aspectos duros, como pueden ser los turnos de trabajo, las guardias, etc., que no han sido estudiados adecuadamente a medida que han ido cambiando las condiciones del entorno, y nuestra organización es prácticamente la misma que hace veinte años. No todos los trabajos son igualmente penosos, los sistemas de guardia no parece la forma más adecuada de funcionar en una organización del conocimiento, no parece lógica la restricción del horario.  
De todas las condiciones que podrían ser objeto de discusión, en general las propuestas sindicales se basan más en incrementar el igualitarismo: "A igual trabajo (si se apura, a igual horario de trabajo) igual remuneración"; bloquean negociaciones que permitirían el enriquecimiento organizativo, sobre la base de la equidad, de la diferenciación de procesos y personas. Cada comunidad autónoma es diferente, cada hospital es diferente, cada servicio es diferente. Parece, pues, razonable que bajo un amplio paraguas que normalice determinados procedimientos, cuantos menos mejor, cada unidad negociara con sus directivos la fórmula más idónea para lograr los

objetivos de la empresa, que naturalmente deben de ser la satisfacción de sus clientes.

- **Relación con los directivos.** Los directivos sanitarios y particularmente los hospitalarios están en unas condiciones muy críticas, por lo que no es raro que todas las quejas de trabajadores y sindicatos vayan a parar a ellos. Los directivos hospitalarios no tienen poder para resolver la mayoría de los problemas de toda índole que tienen los hospitales, que, como hemos comentado, son estructurales y de gran calado político, y los sindicatos son conscientes de ello, por lo cual las soluciones, si las hubiese, vendrían desde arriba, de la interlocución entre las estructuras políticas y sindicales centrales, con una visión más política que laboral. Este escenario limita la relación entre directivos y sindicatos locales a los pequeños problemas de cada día, que deberían resolverse en el ámbito de la unidad de producción entre los propios profesionales y sus supervisores.

A esto se añade la falta de formación en gestión de muchos cuadros directivos de los hospitales, elegidos por voluntarismos o por afinidad política más que por su preparación.

Cuando en un hospital público se instaura un equipo directivo formado y con los objetivos estratégicos claramente definidos hacia el cliente, ello choca frontalmente con la postura sindical, que, invariablemente, está orientada hacia las funciones, cuanto más definidas mejor, lo cual va en contra de los criterios definidos por dicho equipo directivo de flexibilidad, manejo de la incertidumbre, ampliación horizontal y vertical del puesto de trabajo.

- **Movilidad laboral.** Los dos aspectos más atractivos del puesto de trabajo en una Administración pública son la seguridad en el empleo y la amplia movilidad de la que gozan voluntariamente. Esta cultura está trasladada a nuestras organizaciones sanitarias y a sus sindicatos, que defienden la movilidad voluntaria sin cortapisas y una gran dificultad para el traslado no voluntario. Esto, que humanamente es aceptable, es incompatible con una empresa que requiera una gran flexibilidad como es la nuestra. La movilidad interna, utilizando como único criterio la antigüedad, lleva a acumular en las áreas más cómodas a personal prejubilado con poca motivación. Esto es un panorama quizás cómodo para el personal, pero incompatible con una empresa eficiente.
- **La estabilidad en el empleo.** La estabilidad laboral en muchas instituciones públicas es casi absoluta. Sin embargo, existe un gran colectivo de profesionales que trabajan en los hospitales nuevos con carácter laboral (interinos y eventuales). La mayoría de estos profesionales no están por causas coyunturales sino estructurales. Mantener esta estructura de personal introduce más problemas que la ventaja que podría suponer su temporalidad.

Ante la imposibilidad de avanzar en las reformas que permitan flexibilidad dentro de la figura de personal funcionarial, se están implantando en los hospitales de nueva construcción modelos organizativos, como fundaciones, empresas públicas, organismos autónomos, consorcios etc., que permitan tener trabajadores en régimen laboral. Esto no es la panacea, ya que existen numerosos ejemplos en el país de relaciones laborales en hospitales que mimetizan las condiciones laborales funcionariales, como ya hemos comentado anteriormente.

A pesar de las dificultades de entendimiento entre las direcciones de los hospitales y los sindicatos, cuyos problemas genéricos hemos descrito, las relaciones con los mismos han mejorado con el paso del tiempo, desde unas posturas casi políticas a posturas más tolerantes y cercanas a los intereses laborales de los trabajadores. En este sentido, en España, la convergencia con Europa ayudará a homogeneizar las posturas sindicales, como ayuda a la dirección de la empresa en un marco futuro de competencia en el que el primer valor es la supervivencia de la misma, condición necesaria aunque no suficiente para asegurar los puestos de trabajo y mejorar la posición de los trabajadores en ella en función de su aportación a la consecución de los objetivos empresariales.

### **Recordad**

- El mayor poder sindical permanece en las instituciones públicas.
- Los sindicatos en los hospitales públicos hacen un papel sistemático de crítica, más que una labor proactiva para mejorar la organización.
- Los sindicatos tendrán que aproximarse a la forma de actuar de sus homólogos europeos.

### **Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 16. Las organizaciones sanitarias del futuro

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación, escribid vuestras respuestas y guardadlas.

- 1) En vuestra opinión, ¿Cuáles son las tendencias sociales que condicionarán los cambios, si creéis que se producirán, en las organizaciones sanitarias, en los próximos años?
- 2) ¿Habrá condicionamientos políticos que puedan influir en los cambios de las organizaciones sanitarias?
- 3) ¿Cuáles son las tendencias económicas que condicionarán los cambios en las organizaciones sanitarias en un futuro?

Los cambios que han ido conformando nuestras organizaciones sanitarias y los que sin duda se producirán en el futuro son consecuencia de las transformaciones del Sistema Sanitario y del papel que se le atribuye en éste a dichas organizaciones, lo cual a su vez es consecuencia de los cambios en su entorno social derivados de los cambios del modelo de sociedad.

Siendo éste un hecho evidente y que se ha producido desde los albores de la humanidad, tenemos una especial dificultad para prever el futuro de nuestras organizaciones y las estructuras físicas y humanas sobre las que se deben desarrollar. Parece imposible creer que Thomas Edison, en 1880, no creyera en el valor comercial del fonógrafo; que Harry Warner, presidente de la Warner Brother Pictures, en 1927, despreciara el valor futuro de las películas sonoras, o que Ken Olsen, presidente de la Digital Equipment Corporation, en 1977, no creyera en el futuro de los ordenadores personales.

Hoy en día se hacen considerables esfuerzos para intentar prever cómo van a ser las organizaciones del futuro y el Sistema Sanitario no es una excepción.

Utilizando como guía las Recomendaciones del Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea, vamos a ir estudiando las tendencias sociales, políticas, económicas e internas organizativas que creemos que van a condicionar estos cambios y, muy especialmente, las repercusiones que éstos tendrán sobre las personas que constituyen nuestras organizaciones, en la doble magnitud de personas y de profesionales, que es realmente los que nos interesa.

## 16.1. Tendencias sociales

Las tendencias sociales condicionarán los siguientes fenómenos:

- **Los pacientes serán cada vez más exigentes sobre sus deberes y derechos en relación con la atención a la salud.** El nivel de vida y la cultura han hecho afortunadamente evolucionar a los pacientes hacia el nivel de usuario, con una concienciación clara de sus derechos. Estos derechos implican la participación en las decisiones terapéuticas, que deberán ser asumidas conjuntamente. Esta coparticipación supone un cambio de cultura en nuestros profesionales habituados a tomar decisiones unilaterales y sin contar con el paciente y sus familias. La mayor información de los pacientes mediante la tecnología de la información, especialmente Internet, abundará en esta exigencia de los pacientes. Tendremos pacientes formados y exigentes de sus derechos, que no se conformarán con una opinión superficial, si no que exigirán una información competente y una segunda opinión, que contrastarán con la primera.
- **Aumentarán las preocupaciones por los problemas éticos y sociales.** Los sistemas europeos, tanto en los países que tienen un Sistema Nacional de Salud como aquellos que tienen un Sistema de Seguros Sociales, mantienen una razonable equidad y accesibilidad a la atención sanitaria, situación que no se da en otros países donde la equidad y accesibilidad está en función de la capacidad adquisitiva de los ciudadanos, lo cual afecta negativamente a las clases más desfavorecidas de la sociedad. Las nuevas tecnologías van por delante de la legislación, e incluso las normas morales regladas, por lo que nos enfrentamos tanto personal como colectivamente a dilemas éticos tales como la eutanasia, la ingeniería genética, la eficiencia social, etc.
- **La atención sanitaria se hará más próxima al entorno del paciente.** Hasta hace pocos años, el Sistema Sanitario estaba fundamentado en la asistencia a la enfermedad, y dicha asistencia se producía fundamentalmente en los hospitales, con internamientos que acaparaban un alto porcentaje del presupuesto sanitario, o en la atención primaria, que la masificaba. La orientación hacia la atención de la salud condiciona un cambio trascendental en la forma de realizar la producción de los servicios sanitarios, y, por tanto, la tipología de los profesionales a formar, para atender a otros niveles que acerquen la atención a la salud al entorno natural del paciente, lo que sin duda mejorará su confort y la eficiencia de los recursos utilizados. Las nuevas tecnologías posibilitarán la extensión de los autocuidados a los domicilios de los usuarios.
- **Se prestará una mayor atención a la calidad de los procesos.** Se hará una mayor incidencia sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos. La gestión y la medicina de la evidencia se impondrán como una norma de trabajo

para no sólo hacer con calidad lo que hacemos, sino hacer sólo aquello que los compradores y la evidencia nos dicten que haya que hacer. Esto pasa por hacer converger los intereses de los profesionales con los intereses del hospital, que a su vez tienen que hacerlo con objetivos convergentes con los del Sistema Sanitario dictados por el financiador del mismo.

- **Habrá una mayor descentralización de la gestión y una mayor centralización de las decisiones de planificación.** A medida que el financiador tenga una mayor capacidad de planificar, mayor será su capacidad de descentralizar los procesos de producción de los servicios sanitarios. De este hecho dimana la necesidad de equipos de dirección y profesionales más preparados central y periféricamente.  
Existe unanimidad entre los expertos sobre la necesidad de descentralizar la gestión y dar una mayor autonomía a los profesionales. Este proceso tiene que ir paralelo a la oportunidad de participación y motivación de los mismos. La separación de la financiación y la compra de la provisión de los servicios sanitarios es condición indispensable para que la autogestión bajo un mercado de competencia vigilada se produzca.
- **Habrá una mayor preocupación por el aumento de los costes de la sanidad.** El aumento de los costes sanitarios, muy por encima del aumento de la riqueza de los países, es un problema de gran preocupación en todos ellos, en los cuales se han tomado medidas para su contención. Nuestros profesionales deben ser conscientes de que son ellos quienes inducen una parte importante del coste sanitario y que una adecuada formación puede optimizarlo, así como la educación del paciente, que debe racionalizar el uso que hace de las prestaciones del Sistema Sanitario y que en un futuro probablemente deberá pagar parte de los servicios, especialmente aquellos que no son sanitarios, como la hostelería hospitalaria, medicación, etc.
- **Habrá una mayor atención sobre el Sistema Sanitario como generador de la riqueza e inversiones y no sólo como generador del gasto.** Un sector como el sanitario, que en España genera alrededor del 7,5% del PIB, y que da trabajo al 7% de los trabajadores del país, es un sector que debe tenerse en consideración como fuente de riqueza e inversiones y no sólo como generador de un gasto incontenible, como hasta ahora se contemplaba.
- **Se producirán cambios demográficos de la población.** El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y los movimientos migratorios (inmigrantes y turistas) constituyen factores que hay que contemplar para definir el futuro del Sistema Sanitario.  
La esperanza de vida casi se ha doblado en los últimos 150 años, con una población creciente de personas mayores de 65 años, pero asociadas a patologías crónicas y a múltiples intervenciones que hoy posibilita la tecnología y que hasta hace algunos años eran imposibles de realizar: prótesis articulares, prótesis intraoculares, cirugía cardíaca, etc. Para poder realizar



adecuadamente todos estos procesos se necesitan unos importantes espacios y estructuras, además de aumentar considerablemente el coste del sistema para atender a unos pacientes que hasta hace algunos años no existían, ya que habían muerto o vivían con estas patologías.

La disminución de la natalidad, una variable importante a la hora de planificar, puede ser coyuntural y, al igual que hemos asistido, en Europa, a una disminución drástica de la natalidad, en los próximos años podemos asistir a un aumento de la misma, como de hecho ya está ocurriendo en algunos países de la Unión Europea, tanto por el aumento interno de la tasa de natalidad como por la contribución de la población inmigrante con índices de natalidad muy superiores a la de los países europeos. En esta dirección va la reforma propuesta por el presidente Obama en EE.UU.

- **Habrà un mayor impacto de los estilos de vida en los servicios que prestará el Sistema Sanitario.** Hace algunos años las enfermedades infecciosas eran las patologías dominantes, pero han ido disminuyendo y en cambio han ido aumentando las patologías crónicas. Los nuevos estilos de vida están condicionando la aparición de nuevas patologías infecciosas, especialmente el sida, pero también otras patologías consecuencia del consumo de drogas o el estrés, las enfermedades de la malnutrición, enfermedades debidas a la polución y a la contaminación, el aumento de la yatrogenia, etc.
- **Se producirá un aumento continuo de la demanda de servicios sanitarios.** Ya comentamos con anterioridad que la demanda de servicios sanitarios es imparable, y esto se produce por las expectativas de los usuarios y los profesionales de la sanidad puestas en la evolución tecnológica, que posibilita cambios reales en la atención de determinadas patologías y otros menos identificables, pero la propia presión de los usuarios, profesionales y de las casas comerciales han generado su propia demanda.

## 16.2. Tendencias políticas

En el ámbito político los cambios vendrán condicionarán por:

- **La confrontación entre las ideas de competitividad y equidad.** Habrá un acercamiento entre los objetivos de los sistemas europeos y de los sistemas liberales. Los primeros, manteniendo el principio de equidad y accesibilidad, se moverán hacia una mayor eficiencia en la producción de los servicios en aras a sus sostenibilidad, mientras que los segundos necesariamente deberán acomodarse a la cobertura de una mayor parte de la población, por presiones políticas, como ha sido la intención de muchos países que no tienen una protección estatal de su salud.
- **La introducción de nuevos sistemas de financiación y de aseguramiento con incentivos a la racionalización de la eficiencia.** Habrá necesidad

de avanzar en cambios organizativos que posibiliten una financiación que introduzca el presupuesto como una verdadera herramienta de gestión. La financiación de los hospitales era, y es todavía mayoritariamente, estructural-histórica, sin mecanismos positivos de estímulos a la eficiencia, y a veces con estímulos que paradójicamente podrían llegar a ser negativos. Se han ido desarrollando sistemas basados en unidades relativas de valor (UBA, UPA, etc.) y posteriormente agrupaciones de procesos de isoconsumo del tipo de los grupos relacionados por diagnósticos (GRD) o *patient management categories* (PMC) para poder cuantificar y cualificar la producción de los servicios sanitarios hospitalarios. Igualmente se han desarrollado otros índices para evaluar la producción de los procesos ambulatorios y las urgencias.

- **Introducción del "mercado" para aumentar la competencia.** Las leyes puras del mercado no son aplicables a un bien como la salud, que debe ser protegido por el Estado, por lo que siempre deberá haber una tutela sobre el mismo para evitar sesgos no deseables: selecciones adversas, discriminación económica, etc. Para que exista "cierto mercado" deberá haber una nítida separación entre los proveedores y los compradores de los servicios. Cada comprador (asegurador) debería tener la libertad para comprar a aquellos proveedores que le den una mejor oferta. Para que estas reglas del juego fueran válidas se deberá contemplar la posibilidad de cerrar servicios e incluso hospitales por falta de clientela que les elija.

### 16.3. Tendencias económicas

Desde el entorno económico podemos esperar:

- **Una mayor racionalización.** Esta tendencia va no sólo en la dirección de fijar una cartera de servicios, que se compromete a asegurar al financiador mediante los proveedores, sino que debería ir acompañada de una concienciación de los profesionales y usuarios, sobre los que se puede influenciar con el porcentaje del producto interior bruto (PIB) que cada país dedica a la sanidad. Esta cantidad debe ser distribuida en aquellos servicios que demuestren su eficiencia, independientemente de las modas o las veleidades de los políticos y los profesionales.
- **Una mayor competitividad.** Se irá produciendo una desregulación de los sistemas, que promoverá el que se vaya produciendo el mercado interno modulado pero que permita la transferencia de riesgo del comprador al proveedor y, de esta forma, la motivación de aquellas instituciones y profesionales más eficientes.
- **Aparición sin duda de nuevas formas de atención y nuevas formas de hospitalización.** Se tenderá a hospitalizar a los pacientes lo menos posible, y dentro de los hospitales existirá una graduación de los mismos en

función de los cuidados que necesiten: cirugía ambulatoria, hospitales de día, hospitalización domiciliaria, etc. Las nuevas tecnologías posibilitarán procesos y formas organizativas difícilmente concebibles actualmente, por lo que habrá que hacer un importante esfuerzo de creatividad para prever con la debida antelación estos cambios. Estos conceptos son más funcionales que estructurales, porque incluso en un mismo edificio pueden coexistir diferentes estructuras.

- **Colaboración pública-privada.** La mayor disponibilidad económica de los usuarios y la rigidez de las normativas públicas está condicionando la aparición tanto de nuevos modelos de gestión de las organizaciones sanitarias públicas, en forma de concesiones administrativas como modelos *public-private partnership* (PPP), como de una clara expansión de los grupos privados de provisión de servicios sanitarios. Esta potencialidad debería ser aprovechada por los financiadores públicos para asegurar los servicios sanitarios ofrecidos por aquellos proveedores que puedan darlo con la máxima calidad al menor coste, independientemente de que sean públicos o privados, pero adecuadamente integrados.

#### **16.4. El futuro de las organizaciones sanitarias**

Todas estas consideraciones estudiadas en los apartados anteriores nos llevan a unas organizaciones sanitarias:

- Más diferenciadas, como ya hemos visto, para la atención de pacientes hiperagudos, subagudos y crónicos.
- Con una menor estancia media, aunque esta disminución tendrá un límite, ya que, al realizar muchos de los actuales procesos hospitalizados ambulatoriamente, los casos que requieran hospitalización serán más complejos, por lo que la estancia media tenderá a estabilizarse.
- Con una disminución del número de hospitales de agudos y aumento de los hospitales subagudos y crónicos.
- Con concentración de la alta tecnología en hospitales terciarios y con aumento de camas altamente dotadas de nuestros hospitales. En estos hospitales las camas equivalentes a las actuales camas de cuidados intensivos pueden llegar a ser de un 20-25%.

Para que estos cambios se produzcan, deberá darse simultáneamente la eclosión de la cultura de la salud pública: aumento de los programas de promoción y educación para la salud, cultura de los autocuidados y la desmedicalización, desarrollo de Indicadores y políticas de atención a la salud.

Asimismo, se tendrá que desarrollar una red de hospitales y residencias que atiendan a pacientes crónicos y sociales, actualmente insuficientes en muchos países, de lo que España no es la excepción.

Las dos medidas descritas anteriormente pasan necesariamente por un trasvase económico en los presupuestos de sanidad de la atención aguda, básicamente intrahospitalaria, a la atención primaria y a la atención de estructuras crónicas y sociales, lo cual ha enlentecido, si no imposibilitado, esta reforma pendiente.

En relación con los **recursos humanos**, debería haber una mayor especialización con la incorporación de nuevos profesionales y especialización de los actuales médicos y enfermeras de los hospitales terciarios, pero deberá también haber una gran demanda de médicos generales para la atención de la mayoría de los usuarios, que no deberían llegar al hospital al ser tratados en las organizaciones de atención primaria (médicos de familia). Además de los profesionales clínicos, habrá una eclosión de otros profesionales que permitan abarcar todos los aspectos, no exclusivamente clínicos, de los usuarios. En este sentido, habría que tener muy en cuenta al paciente en su globalidad psicosocial, por lo que la incorporación de profesionales que atiendan estos aspectos, como trabajadores sociales, psicólogos, etc., será de gran interés.

En cualquier caso, se requerirá una mayor competencia profesional con una formación continua y actualizada para seguir en el puesto de trabajo. Esta misma libertad exigirá una mayor flexibilidad, mayor movilidad y la asunción de riesgos por parte los profesionales, que se deberían compensar con una diferenciación tanto profesional como económica (carrera profesional real) en función del aporte de cada profesional a los objetivos de su organización.

Desde un punto de **vista organizativo**, el hospital perderá su estructura primitiva burocrática para moverse hacia una estructura matricial en la que se gestione "pacientes" a los que hay asociados "procesos de salud/enfermedad" que debemos resolver.

Esta organización requiere la estructuración en unidades clínicas de gestión más o menos complejas a las que los servicios centrales aportarán valor añadido cuando el responsable del proceso se lo solicite.

Esta estructuración permite optimizar la cultura de libertad y riesgo de los profesionales de la sanidad con la necesaria planificación de una gran empresa como es el hospital.

El paso de la sociedad industrial a la sociedad de la información actual y a la sociedad del conocimiento futura condicionará **el conocimiento** como el instrumento estratégico de nuestras organizaciones. Este hecho condicionará la vida de la organización y la estructuración de sus recursos humanos:

- Habrá una gran flexibilidad en el uso del tiempo y el espacio, con sus consiguientes repercusiones en la flexibilidad de los horarios y la posibilidad de realizar tareas comunes sin estar físicamente presente.
- El bienestar no estará basado en el poseer cosas, como ahora, sino en disponer de los servicios que esas cosas nos proporcionan. Esto potenciará la subcontratación de todo tipo de servicios y la necesidad de un mayor control centralizado de éstos.
- De la contratación por tiempo, variable fundamental en la actualidad, se pasará a la contratación por resultados, realizados en general por trabajadores autónomos y autocontrolados por la excelencia de sus resultados.
- La capacidad de dominar técnicas genéricas y flexibles dará "empleabilidad", característica fundamental para mantenerse en el mercado de trabajo, donde el puesto vitalicio, con dominio de una sola habilidad, pasará a la historia.

Debemos por lo tanto preparar nuestra organización para "ese futuro" que, nos guste o no, ya tenemos encima.

La modificación de los hospitales no es ajena a la corriente de reforma de las empresas "normales", las cuales han reflexionado sobre su futuro. Las principales características de la llamada **reforma posburocrática** son:

- 1) Vertebración del sistema.
  - Fortalecer la dirección estratégica centralizada.
  - Fortalecer la autonomía de los entes gestores.
- 2) Simplificar estructuras y procedimientos.
  - Aplanar las organizaciones.
  - Eliminar controles formales.
  - Eliminar procedimientos que no aporten "valor añadido" a la organización.
- 3) Delimitar claramente las responsabilidades políticas y de gestión.
  - Los políticos deben:
    - Elaborar estrategias.
    - Asignar recursos.
  - Los gestores deben:
    - Llevar a cabo los objetivos definidos por los políticos.
- 4) Orientación a los resultados.

- Orientar la empresa a la mejora de los resultados más que al cumplimiento de los presupuestos.
- 5) Introducir mecanismos de competencia en la producción de los servicios públicos.
- Separar la financiación, compra y provisión.
  - Ubicar la compra y la provisión en órganos profesionales especializados.
- 6) Nuevas políticas de recursos humanos.
- Flexibilizar: contratación y movilidad.
  - Incentivar en función del rendimiento.
  - Descentralizar la gestión.
- 7) Orientación hacia el servicio y no hacia el producto.

**Recordad**

- Que lo único permanente es el cambio.
- Que tenemos que preparar nuestras organizaciones para el futuro.
- Que la organización excelente del futuro es cuasi antitética de las nuestras actuales.
- Que las organizaciones sanitarias públicas del futuro, si quieren sobrevivir, tendrán que ser organizaciones excelentes y competitivas.
- Que nuestra fortaleza debe estar en el manejo del conocimiento, que será el bien más cotizado del mercado.

**Reflexión**

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 17. Potencialidades para el cambio

### Actividad de reflexión

Antes de leer esta unidad, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación, escribid vuestras respuestas y guardadlas.

Es muy difícil prever el futuro, pero está demostrado que quien lo piensa y planifica se equivoca menos que quien no lo hace.

1) ¿Tenéis una opinión formada de lo que será el Sistema Sanitario y las organizaciones sanitarias de este país dentro de diez años?

2) ¿Cómo os afectará? ¿Qué seréis y dónde estaréis dentro de diez años desde el punto de vista familiar y profesional?

En el apartado anterior de este módulo hemos intentado vislumbrar cómo serán las organizaciones sanitarias del futuro y lo lejos que están nuestras organizaciones, con relación a la gestión de nuestros recursos humanos, de lo que ese futuro nos exigiría. Vimos la necesidad de adaptar las peculiaridades de nuestra organización a aquellos procedimientos no siempre extrapolables de las empresas de producción de bienes.

Las competencias y habilidades de los profesionales de las organizaciones sanitarias del siglo XXI serán sin duda diferentes y más exigentes en el seno de empresas competitivas del conocimiento, que se diferenciarán por su competitividad a escala internacional. Debemos:

- Contar con profesionales más cualificados y con habilidades para desarrollar procesos más flexibles y con el uso de las nuevas tecnologías.
- Contar con los directivos mejor formados, con habilidad para tomar mejores decisiones basadas en la información y el conocimiento.
- Generar innovaciones, creando servicios y productos con mayor valor añadido, que puedan satisfacer a unos clientes cada vez más informados y exigentes.
- Actuar en mercados globales y con una mayor competencia.
- Desarrollar habilidades para trabajar en entornos virtuales y de aplicación masiva de las nuevas tecnologías.

En este último capítulo, y a modo de mensaje esperanzador para aquellos que creemos en la potencialidad de nuestros profesionales, vamos a pasar revista a aquellos hechos que se deberían producir en los próximos años para llegar al "gran cambio" que necesita cualquier Sistema Sanitario que aspire a servir con eficiencia a los ciudadanos.

El factor principal con el que debe contar cualquier país es la protección a la salud como un derecho constitucional, al menos para aquellos estratos de la población que no tengan capacidad económica para alcanzar una mínima cobertura. Países como EE.UU., con un sistema liberal, tiene coberturas para las personas (indigentes y mayores) que no cuentan con medios económicos. Todos los países europeos cuentan con un Sistema Sanitario equitativo, accesible y financiado públicamente. Las discusiones, en estos casos, se inician a partir de este nivel, lo cual es muy significativo, porque no estamos discutiendo lo fundamental, sino un elemento importante.

No vamos a entrar en discutir la necesidad de un aseguramiento diversificado, que permitiría iniciar la competencia, madre de la eficiencia en la compra de los servicios. Nos limitaremos por tanto a aquellos hechos que van a mover hacia la eficiencia el escalón de la provisión de servicios, y más concretamente a cómo participan éstos en la mejora de la gestión de los recursos humanos, eje sobre el que gira el resto de los aspectos de la organización.

Estas potencialidades para el cambio se deben dar en tres niveles:

- **A nivel macro:**
  - cambios legislativos a escala estatal,
  - cambios legislativos a escala autonómica.
  
- **A nivel meso:**
  - cambios organizativos en las organizaciones sanitarias (hospitales, etc.).
  
- **A nivel micro:**
  - cambios en las unidades de atención directa al cliente (externa e interna).

Y para que estos cambios se realicen son necesarios:

- la convicción de los políticos de la necesidad del cambio,
- equipos directivos preparados para el cambio,
- la profesionalización de las direcciones de RR.HH.,
- profesionales sanitarios técnica y culturalmente preparados para el cambio,
- el apoyo de la sociedad civil (usuarios).



Tenemos unos profesionales preparados para el cambio. Estamos seguros de que, si brindamos a los profesionales sanitarios el entorno adecuado para ejercer en una organización excelente del conocimiento, no sólo cumplirán con sus cometidos, sino que la enriquecerán con sus aportaciones. Una vez logrado el almacén básico con la participación entusiasta de los médicos, la integración del resto de los profesionales es natural, y se pueden lograr organizaciones donde no sólo existan algunas cabezas pensantes, limitadas a los directivos, sino que los miles de profesionales de una empresa sanitaria pongan su inteligencia a disposición de la misma.

A partir del desarrollo de la sociedad del bienestar, se ha avanzado, por parte de los ciudadanos, que son quienes la pagan, en la necesidad de defenderla, influyendo de esta forma sobre los políticos en valores que de otra forma hubieran quedado en segundo plano. Cada día es más frecuente la presencia de asociaciones de defensa de la sanidad en sus más variadas manifestaciones. Estas asociaciones, por medio de sus asociados, influirán cada vez más para obtener más servicios del Sistema Sanitario y para que la producción de estos servicios se haga con eficiencia, ya que su coste está sustentado en los impuestos de todos los ciudadanos, que deben ser gastados con total eficiencia, ya que de otra forma estamos dilapidando el dinero público.

Al personal sanitario, y especialmente a los médicos, se les va a demandar en el futuro competencias mucho más complejas que las meramente técnicas que actualmente enseñamos en nuestras facultades, por lo que debemos prepararlos y prepararnos para este futuro que ya tenemos encima.

### Recordad

- Existen potencialidades importantes para el cambio, pero es necesaria la voluntad política de no interferir en los avances que se puedan producir selectivamente en los hospitales.
- Necesitamos mejores gestores y más líderes profesionales convencidos de que juntos se puede realizar el cambio.
- Uno de los grandes lastres contra el cambio es la inercia del propio sistema funcional y sus defensores.
- Si no cambiamos, no cambiarán.

### Reflexión

Revisad las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de esta unidad. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

¿Ya sabéis dónde os gustaría estar dentro de diez años?

Recordad que no hay buen viento para el que no sabe adónde va.

### Roles de los profesionales médicos en el futuro

- comunicador social,
- gestor del conocimiento,
- experto,
- profesional,
- cuidador,
- gerente y directivo,
- gestor de recursos sanitarios,
- agente principal del Sistema Sanitario.



## Glosario

- absentismo laboral** *m* Inasistencia al trabajo y/o retraso en acudir al mismo.
- acción social** *m* Dedicar recursos humanos, técnicos o financieros a proyectos de desarrollo social en la empresa o su entorno.
- actitudes** *f pl* Esquema de valores del individuo, que le condiciona para actuar.
- AE** *siglas* Auxiliar de enfermería.
- ajuste de plantillas** *m* Reestructuración del personal de una organización.
- análisis de puestos de trabajo** *m* Estudiar y describir las aptitudes y condiciones necesarias para ejecutar las tareas de un puesto de trabajo determinado.
- aprendizaje organizacional** *m* Crear, adquirir y transferir conocimientos para cambiar el comportamiento de la organización.
- aptitudes** *f pl* Capacidad o habilidad para realizar una tarea real o virtual.
- arbitraje laboral** *m* Intervención de un tercero para resolver un conflicto.
- ATS** *siglas* Ayudante técnico sanitario.
- auditoría de recursos humanos** *f* Análisis y diagnóstico de los recursos humanos de una organización.
- benchmarking** *m* (Competitividad). Comparación continua con los líderes de la competencia en el sector.
- beneficios sociales** *m pl* Bienes y servicios no dinerarios que se facilitan a los trabajadores o sus familias.
- calidad total** *f* Lograr alcanzar aquellos atributos empresariales que satisfacen las expectativas de los clientes externos e internos.
- capital intelectual** *m* Posesión del conocimiento, la experiencia, capacidad organizativa, etc. que tiene la empresa.
- case-mix** *m* Tipología de procesos que tiene un hospital.
- CC.AA.** *siglas* Comunidades autónomas.
- círculos de calidad** *m pl* Grupo de voluntarios que se reúnen periódicamente para detectar, analizar y dar solución a un problema concreto.
- clima laboral** *m* Es el resultado de las condiciones sociolaborales percibidas por los trabajadores.
- comité de empresa** *m* Órgano de representación de los trabajadores.
- comunicación interna** *f* Emisión y recepción de mensajes e informaciones dentro de la empresa.
- condiciones de trabajo** *f pl* Contenido de las prestaciones que el trabajador debe realizar en su puesto de trabajo: jornada, horario, etc.
- contratación laboral** *f* Acuerdo voluntario, entre dos o más personas, que crea obligaciones laborales mutuales. Se refiere al contrato habitual en nuestro país regido por el Estatuto de los Trabajadores.
- contrato psicológico** *m* Contenido no escrito de cualquier relación laboral.
- convenio colectivo** *m* Acuerdo establecido entre los trabajadores y la dirección de la empresa por el que se regulan las condiciones de trabajo y las obligaciones de ambas partes en el ámbito laboral.
- cultura empresarial** *f* Conjunto de modos de actuación, costumbres, actitudes, conocimientos, etc. que configuran el comportamiento de la misma.

**delegación** *f* Asignación a otra persona de las funciones que correspondían a quien delega. La delegación es reversible.

**desarrollo organizacional** *m* Grado de avance de la eficiencia de la organización mediante la mejora de su estructura y conocimiento.

**despido** *m* Decisión unilateral de la empresa de extinguir el contrato de trabajo de un empleado.

**dinámica de grupo** *f* Técnica psicológica que se basa en las reacciones y relaciones de las personas dentro de un grupo.

**dirección por objetivos** *f* Técnica de gestión basada en la consecución de resultados, negociados previamente como objetivos en un plazo determinado.

**descripción por valores** *f* Técnica de gestión que pretende el continuo rediseño de la empresa para generar compromisos colectivos que la puedan llevar a la eficiencia.

**DUE** *siglas* Diplomado universitario en enfermería.

**efectividad** *f* Alcanzar la eficiencia en el entorno real de la empresa.

**eficacia** *f* Realización por parte del trabajador o la empresa de los objetivos productivos señalados.

**empleabilidad** *f* Capacidad potencial de un trabajador para conseguir un puesto de trabajo.

**empowerment** *m* Potenciar el poder de decisión y la motivación de los trabajadores.

**estatutario (personal)** *m* Trabajadores sometidos a un estatuto. En el sector sanitario se refiere a los estatutos de personal médico, sanitario no médico y no sanitario.

**estructura organizativa** *f* Conjunto de relaciones que constituyen la organización.

**estructura salarial** *f* Sistema que determina el nivel adecuado de retribución para cada puesto y su agrupación por niveles.

**ética empresarial** *f* Conjunto de principios, deberes y valores que sirven para guiar el comportamiento de la empresa.

**evaluación 360°** *f* Evaluación confidencial de un trabajador por parte de todas las personas que se relacionan con él.

**excelencia** *m* Atributo de máxima consideración en relación con la calidad, competencia, etc. Cuando una empresa lo alcanza hablamos de empresa excelente.

**externalización (outsourcing)** *f* Realización externa a la empresa de determinadas funciones, que no constituyen su razón de ser.

**formación** *f* Acción de suministrar a una persona o grupo información y/o entrenamiento en una materia específica con el ánimo de mejorar sus competencias en el puesto de trabajo.

**formación ocupacional** *f* Es aquella formación que tiene como objetivo inmediato la incorporación a un puesto de trabajo de una persona que no lo tenía.

**gestión de recursos humanos** *f* Es el área de la empresa que se ocupa de la organización y la utilización de las capacidades, cualidades y actitudes del personal, mediante la selección, formación y motivación del mismo para conseguir la eficiencia empresarial.

**gestión del cambio** *f* Técnica directiva que pretende liderar la adaptación de la estructura organizativa a los cambios del entorno empresarial.

**gestión del conocimiento** *f* Técnica directiva que pretende liderar la adaptación de la estructura organizativa a los cambios del entorno empresarial.

**gestión del tiempo** *f* Planificación y uso del tiempo disponible para trabajar.

**gestión por competencia** *f* Técnica de gestión por la cual, más que definir los puestos de trabajo, se intenta definir las competencias necesarias para lograr los objetivos y entonces buscar a las personas que las posean.

**HUC** *siglas* Hospital Universitario de Canarias.

**huelga** *f* Cese de la actividad laboral como defensa de los intereses laborales de los trabajadores.

**GRD** *siglas* Grupos relacionados por el diagnóstico.

**INEM** *acrónimo* Instituto Nacional de Empleo.

**jeraquización** *f* Proceso de estructuración de la plantilla médica hospitalaria.

**jornada laboral** *f* Número de horas que en cómputo anual debe prestar un trabajador en su empresa.

**jubilación** *f* Cese en el trabajo por cuenta ajena al alcanzar una determinada edad.

**legislación laboral** *f* Conjunto de leyes que regulan los derechos y deberes laborales. Las principales en el marco laboral son:

- Estatuto de los Trabajadores.
- Ley de Regulación Empresas de Trabajo Temporal.
- Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.
- Ley sobre Reconversión y Reindustrialización.
- Ley de Sociedades Anónimas Laborales.
- Ley Orgánica de Libertad Sindical.
- Ley General de Sanidad.
- Ley Básica de Empleo.
- Ley de Medidas Urgentes sobre Fomento del Empleo y Protección del Desempleo.
- Ley de Procedimiento Laboral.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

**liderazgo** *m* Proceso mediante el cual el directivo trata de influir sobre los trabajadores, para lograr los objetivos empresariales.

**mando intermedio** *m* Trabajador que actúa de nexo entre la dirección y el núcleo operativo de la empresa.

**marketing interno** *m* Conjunto de técnicas para mejorar la imagen empresarial entre los trabajadores.

**mercado laboral** *m* Situación de las condiciones laborales en un territorio determinado.

**MIR** *acrónimo* Médico interno residente.

**mutuas de accidentes de trabajo** *fpl* Asociaciones con responsabilidad mancomunada de sus asociados de cubrir una serie de eventualidades de carácter laboral: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, fundamentalmente.

**Outplacement** *m* (Ayuda al despido). Medidas que la empresa ofrece al trabajador que cesa en ésta de forma planificada para facilitarle el encontrar un nuevo puesto de trabajo.

**PIB** *siglas* Producto interior bruto.

**plan de acogida** *m* Planificación de la llegada e integración de un nuevo trabajador a la empresa.

**plan de pensiones** *m* Prevención económica complementaria que pretende asegurar a sus beneficiarios un nivel de vida similar antes y después de la jubilación.

**planificación estratégica** *f* Definición de un marco de actuación empresarial a medio plazo.

**productividad** *f* Mide la relación entre la producción y los medios humanos dedicados a la misma.

**promoción interna** *f* Proceso por el que el trabajador asciende en la escala laboral de la empresa.

**protección social** *f* Acción que tiende a proteger aquellas actividades consideradas esenciales por el gobierno de la nación.

**reconocimiento** *m* Consideración pública de los logros obtenidos por una persona en una empresa.

**reingeniería de procesos** *f* Transformación radical de los procesos de la empresa mediante su rediseño.

**relaciones laborales** *f pl* Normas jurídicas que regulan la relación entre los trabajadores y la empresa.

**retribución** *f* Compensación de los trabajadores como contrapartida del trabajo que realizan. Puede ser económica o de otro tipo.

**retribución variable** *f* Retribución no consolidable y que depende del rendimiento del trabajador.

**RHUP** *siglas* Red de Hospitales de Utilización Pública (Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública, XHUP).

**RSUP** *siglas* Red Sanitaria de Utilización Pública. Nombre actualizado de la RHUP.

**salud laboral** *f* Condiciones físicas y psíquicas del trabajador en el desempeño de su trabajo.

**Seguridad Social** *f* Acción de protección del Estado para los trabajadores y sus familiares ante situaciones determinadas: desempleo, jubilación, enfermedad, etc.

**selección de personal** *f* Proceso a través del cual se eligen las personas más adecuadas para ocupar un puesto de trabajo.

**sindicatos** *m pl* Organizaciones de empleados asalariados cuyo objetivo es la negociación de las condiciones de empleo de sus asociados.

**sistemas de información** *m pl* Soporte tecnológico de toda la información que se produce en la empresa.

**teletrabajo** *m* Desempeño de la actividad profesional sin necesidad de la presencia física del trabajador, utilizando medios multimedia para su desarrollo.

**trabajo temporal** *m* Contrato laboral con una duración predeterminada.

**UBA** *siglas* Unidad básica de asistencia.

**UCH** *siglas* Unió Catalana d'Hospitals.

**UPA** *siglas* Unidad ponderada de asistencia.

## Bibliografía

### Bibliografía

**Adler, R.; Rosen, B.; Silverstein, E.** (1996, marzo). "Thrust and Parry - The art of Tough Negotiating". *Training and Development* (págs. 43-48).

**Barber, P.; González, B.** (2009). *Oferta y necesidades de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Barea, J.; Fonz, A.** (1994). *El problema de la eficiencia del Sector Público. Especial consideración en la Sanidad*. Madrid: Instituto de Estudios Económicos.

**Barrasa J. I., y otros** (2002). "Validación de un instrumento para evaluar el funcionamiento y repartir incentivos entre los servicios de un hospital". *Gestión Hospitalaria* (núm. 13, págs. 131-142).

**Carrillo, J.; Villalobos, J.** (1994, septiembre). "Diagnóstico de clima laboral del personal no sanitario en un hospital terciario". *Capital Humano*. (núm. 125, págs. 40-45)

**Castell, M.** (2006). *La Sociedad Red: una visión global*. Madrid: Alianza.

**Chase, R.; Aquilano, N.** (1992). *Production and Operation Management*. Homewood, IL: R. D. Irwin Inc.

**Chiavenato, I.** (2007). *Administración de recursos humanos*. Madrid: McGraw-Hill.

**Collis, D. J.; Montgomey, C. A.** (2007). *Estrategia corporativa*. Madrid: McGraw-Hill.

**Colom, D.** (2008). *El Trabajo Social Sanitario*. Madrid: Siglo XXI.

**Cornet, J.** (2007). *Dirección de Personas*. Material didáctico. Barcelona: UOC.

**Del Llano, J.** (2009). *Sanidades autonómicas, ¿solución o problema?* Madrid: Círculo de la Sanidad.

**Drucker, P.** (1993). *Postcapitalist Society*. Nueva York: Harper and Row.

**Fernández, J.; Urarte, M.; Alcaide, F.** (2008). *Patologías en las organizaciones*. Madrid: Lid.

**Fundación Alternativas** (2008, octubre). *Sistema Nacional de Salud 2008: Nueva etapa, nuevos retos*. Madrid.

**GAN, F., y otros** (1996). *Desarrollo de Recursos Humanos. Manual de programa*. Arganda del Rey (Madrid): Ediciones Apóstrofe S.L.

**Gorricho, J. A.** (2009, abril). "Las relaciones laborales en el ámbito de las profesiones «liberales». El caso más concreto de la medicina y el sector sanitario". *Boletín de Estudios Económicos*. (vol. LXIV, núm. 196, págs. 109-130).

**Grau, J.** (2009, febrero). *El Negocio Sanitario*. Barcelona: Ediciones Viena Ensayos.

**Hidalgo, A.; Del Llano, J. Y.; Pérez, S.** (2007). *Recursos humanos para la salud*. Barcelona: Masson (col. "Economía de la salud y gestión sanitaria").

**Hughes, R. L.; Ginnett, R. C.; Curphy, G. J.** (2007). *Liderazgo*. Madrid: McGraw-Hill.

**Irizar, I.** (2008). *Intra-emprendizaje*. Madrid: Díaz de Santos.

**Jovell, A. J.** (2001, marzo). *El futuro de la profesión médica*. Barcelona: Fundación Biblioteca Joseph Laporte.

**Lawler, I. E.; Hackman, J.** (1974). *Corporate profit and employee satisfaction: must they be in conflict?* Madrid: McGraw-Hill.

**Malaret, J.** (2007). *Negociación en acción*. Madrid: Díaz de Santos.

**Maslow, A.** (1954). "A theory of Human motivation". *Psychological Review* (núm. 50, págs. 376-390).

**Menchén, F.** (2009). *La creatividad y las nuevas tecnologías en las organizaciones modernas*. Madrid: Díaz de Santos.

**Mintzberg, H.** (1995). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel Economía.

**Moore, G. B.; Rey, D. A.; Rollins, J. D.** (1996). *La Sanidad en el Tercer Milenio*. Bilbao: Andersen Consulting.

**Newstrom, J. W.** (2007). *Dirección* (9.ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

**Peiro, M.; Vilanova, N.** (2004). *La comunicación en el entorno hospitalario*. ASADE y Grupo Infopress.

**Petrick, J. A.; Furr, D.** (1997). *Calidad Total en la dirección de los Recursos Humanos*. Barcelona: Gestión 2000.

**Pondy, L.** (1967, septiembre). "Organizational Conflict: Concept and Models". *Administrative Science Quarterly* (vol. 12, núm 2, págs. 296-320).

**Porter, M.** (2006). "Ser Competitivo". *Harvard Desuto Business Review* (núm. 152, págs. 48-53).

**Prahalad, C. K.; Krishanan, M. S.** (2008). *The new age of innovation*. McGraw-Hill.

**Sánchez Pérez, J.** (2006). *Fundamento de trabajo en equipo para equipos de trabajo*. Madrid: McGraw-Hill.

**Taylor, F. W.** (1911). *Principles and methods of scientific management*. Nueva York: Harper.

**Thomas, K. W.** (1992). "Conflict and negotiation processes in organizations". En: M. D. Dunnette, L. M. Hough (eds.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (págs. 651-717). Chicago: Rand McNally.

**Villalobos, J.** (2004). "La necesaria convergencia de intereses". *Gestión Hospitalaria* (núm. 15, págs. 70-75).

**Villalobos, J.** (2007). "El futuro de las Organizaciones Sanitarias". En: J. Villalobos (ed.). *Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.

**Werther, W. B.; David, K.** (2008). *Administración de Recursos Humanos* (6.ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

## Documentos

**Debates de Expertos** (2009). *Sistema Nacional de Salud 2008. Nueva etapas, nuevos retos*. Fundación Agbar.

**Decreto 129/2006**, de 26 de septiembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal diplomado sanitario del Servicio Canario de Salud.

**Ley 14/1986**, de 25 de abril, General de Sanidad.

**Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

**Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

**Ley 55/2003**, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

## Páginas web

- Cochrane Library.
- Fundación Canaria de Investigación
- Laboratorios Novartis
- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud
- Asociación de Economía de la salud.
- Joint Comisión (EE.UU.)
- Instituto Carlos III
- Agencia de Evaluación Tecnológica
- Organización Europea de Salud
- Time Manager Internacional



· Instituto Nacional de Estadística

