

---

# La gestión de los profesionales

---

PID\_00231567

Dr. Julio Villalobos Hidalgo

---

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 13 horas

---





# Índice

<b>Introducción</b> .....	5
<b>Objetivos</b> .....	8
<b>1. Las peculiaridades de las organizaciones sanitarias</b> .....	9
1.1. La especificidad del sector sanitario .....	12
1.2. El hospital como empresa .....	13
<b>2. La gestión de los profesionales</b> .....	18
2.1. Funciones de la dirección de RR. HH. ....	20
2.2. La gestión de los profesionales en las organizaciones sanitarias .....	22
2.2.1. Los problemas de gestión de los RR. HH. ....	23
2.2.2. Algunas propuestas de solución .....	27
2.3. Motivación y satisfacción de los profesionales .....	28
2.3.1. Calidad de vida profesional .....	31
2.3.2. Satisfacción profesional y su medida .....	32
2.3.3. Clima laboral .....	33
<b>3. La comunicación en las organizaciones sanitarias</b> .....	35
3.1. El flujo de las comunicaciones .....	36
3.2. Barreras en la comunicación .....	37
3.3. Errores en la comunicación .....	38
3.4. La comunicación interna .....	38
3.5. Acogida del profesional en la organización .....	40
3.6. Los sistemas de información en las organizaciones sanitarias ....	42
<b>4. Definición de los puestos de trabajo</b> .....	46
4.1. Especialización del puesto de trabajo .....	48
4.2. Diseño del puesto de trabajo .....	50
4.3. Competencias y habilidades .....	54
<b>5. La planificación de los RR. HH.</b> .....	58
5.1. La planificación de los profesionales .....	58
5.2. Cálculo de plantillas .....	59
<b>6. Reclutamiento y selección de los profesionales</b> .....	70
<b>7. Gestión de los conflictos</b> .....	74
7.1. Definición y modelos .....	74
7.2. La negociación .....	78

<b>8. Gestión y evaluación del rendimiento.....</b>	<b>81</b>
<b>9. Gestión de las retribuciones.....</b>	<b>86</b>
9.1. Las retribuciones .....	86
9.2. Conciliación del trabajo con la vida familiar .....	94
9.3. Las retribuciones en el sistema sanitario público español .....	97
9.4. Modos retributivos en el sistema sanitario público español .....	105
<b>10. La formación continua de los profesionales.....</b>	<b>109</b>
<b>11. El desarrollo de la carrera profesional.....</b>	<b>112</b>
<b>12. Convenios colectivos y estatutos.....</b>	<b>120</b>
<b>13. La acción sindical en las organizaciones sanitarias.....</b>	<b>124</b>
<b>14. Las organizaciones sanitarias del futuro.....</b>	<b>128</b>
<b>15. Potencialidades para el cambio.....</b>	<b>142</b>
<b>16. Anexos.....</b>	<b>146</b>
16.1. Ejemplo de cálculo de plantilla. Médicos .....	146
16.2. Ejemplo de cálculo de plantilla. Enfermería .....	147
16.3. Ejemplo de desarrollo de carreras profesionales. Médicos .....	149
16.3.1. Fundación Puigvert (Barcelona) .....	149
16.3.2. Hospital Clínico de Barcelona .....	150
16.3.3. Red de Hospitales de Utilización Pública de Cataluña (XHUP-Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública) propuesto desde la Unión Catalana de Hospitales (UCH) .....	151
16.3.4. Instituto Catalán de la Salud (ICS) .....	151
16.3.5. Servicio de Salud del País Vasco (Osakidetza) .....	152
16.3.6. Otros modelos .....	154
16.4. Ejemplo de desarrollo de carreras profesionales. Enfermería .....	155
16.4.1. Carrera profesional de enfermería propuesta por el sindicato de enfermería (SATSE) .....	155
16.5. Comparación de la carrera profesional de los médicos en las Comunidades Autónomas .....	156
16.6. Carrera profesional de los médicos en la Comunidad Autónoma de Madrid .....	156
<b>Glosario.....</b>	<b>157</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>161</b>

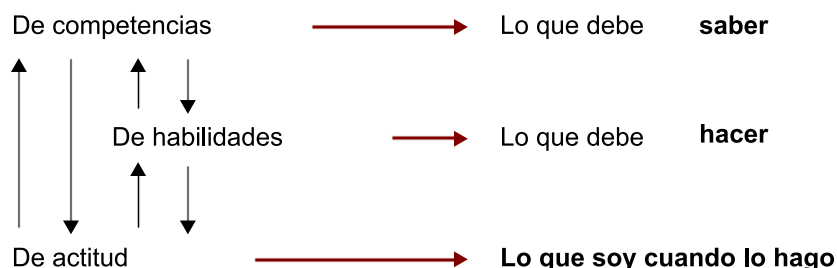
## Introducción

Los recursos humanos representan en toda empresa de servicios, y las organizaciones sanitarias lo son, su máximo valor tanto por su volumen económico, 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.

Los trabajadores sanitarios representan el 7% de la fuerza laboral de la Unión Europea (UE) y sus sueldos representan el 70% de su presupuesto sanitario, que alcanza entre el 7 y el 11% del PIB de los países de la UE. Estas cifras toman especial interés en una situación de crisis como la actual, en la que lograr la eficiencia de los profesionales es fundamental para superarla, especialmente en un entorno sanitario en el que la mayoría de los profesionales ejercen su trabajo en instituciones públicas.

En España, los servicios de salud suponen entre el 35 y el 50% del total del presupuesto de las comunidades autónomas (CC. AA.) y los recursos humanos (RR. HH.) del Sistema Nacional de Salud (SNS), ahora descentralizado en las CC. AA., suponen entre un 42 y un 47% del gasto total de cada comunidad autónoma.

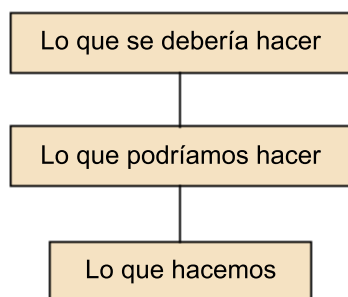
Las competencias de los profesionales, entendidas de manera global, abarcan no sólo las competencias necesarias para llevar a cabo las tareas para las que los contratamos, sino su habilidad para realizarlas y especialmente su actitud, su motivación para llevarlas a cabo. Ésta es una característica que se ha ido deteriorando en los últimos 10 años. Es necesario recuperar la confianza de los profesionales en el sistema sanitario mediante su motivación. Estas tres competencias no están aisladas, sino que se retroalimentan, por lo que sólo un equilibrio dinámico de éstas 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 podamos describir como el estado del arte en la gestión de recursos humanos

quedan desgraciadamente lejos de las posibilidades de aplicación real en la mayoría de los casos de las empresas sanitarias públicas. Como veremos a lo largo de este módulo, ante la imposibilidad de realizar reformas que afecten al personal estatutario, se tiende a la creación de fundaciones, consorcios o a externalizar servicios que permitan de alguna manera soslayar las restricciones del régimen administrativo que rige en las organizaciones sanitarias públicas.

Desarrollaremos el módulo en tres planos que se irán entrecruzando. 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.

Vamos a intentar, en este módulo, ofrecer 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 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 realizar la evaluación. Los directivos de RR. HH. deben conocer la empresa completamente, no sólo en lo que se refiere a las personas sino también en lo referente a temas financieros, tecnológicos u organizativos. Para el buen funcionamiento de la empresa, es preciso que los directores de los diferentes departamentos y el departamento de RR. HH. trabajen en equipo, lo cual en ocasiones no resulta fácil, por lo que es labor de la gerencia lograr esta necesaria coordinación.

Aunque algunos conceptos ya se han comentado en algunos módulos anteriores de este máster, es obligado volver sobre la especial tipología de la organización sanitaria y especialmente de las hospitalarias y su especificidad, ya que éstas condicionan la gestión de los recursos humanos en ellas. 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 lleve 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 en la que la mayor aspiración de una gran parte de los trabajadores es 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, a su formación, como 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, sesgados probablemente hacia los hospitales públicos, con 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 cada uno de los asistentes.

Al inicio de cada capítulo se plantea una serie de cuestiones sobre el tema que se va a tratar en él. Leedlas atentamente y escribid las respuestas, ya que al final del capítulo debéis revisar vuestras respuestas. 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 el modo de hacerlo
- 3.** Comprender el complejo proceso de la comunicación interna en el medio hospitalario y cómo llevarla 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.** Aprender a 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.
- 12.** Reflexionar sobre la incidencia de las nuevas tecnologías, la e-salud, en la organización de los procesos hospitalarios.



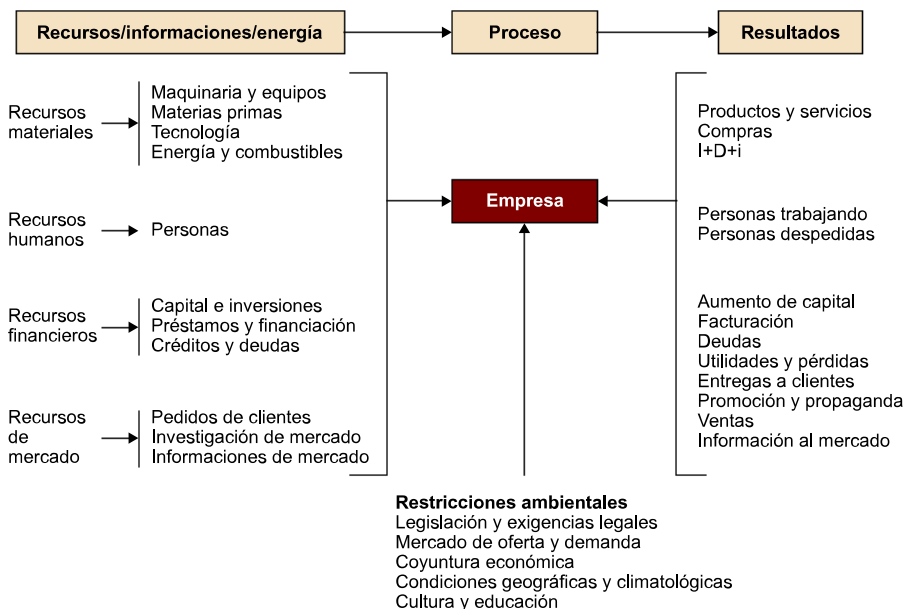
# 1. Las peculiaridades de las organizaciones sanitarias

## Actividad inicial

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

- 1) Bajo 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) Bajo 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.

La teoría general de sistemas considera la empresa como un sistema abierto que puede ser representado de manera esquemática:



En las organizaciones sanitarias públicas, y como paradigma en sus hospitales, por la legislación a la que están sometidas existen algunas diferencias con las empresas no públicas a la hora de gestionarlas, aunque las empresas sanitarias tanto públicas como privadas tienen otra serie de peculiaridades, que comentaremos más adelante, que las hacen diferentes y muy complejas de gestionar.

- **Con relación a los recursos materiales**, son similares, aunque cuantitativamente el uso de la maquinaria y las materias primas es mucho menor al ser una empresa de servicios.
- **En relación con los recursos humanos**, su gestión es más compleja al depender de ellos la realización de los servicios en un entorno legislativo con muy poca flexibilidad.
- **Con respecto 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 con su existencia como empresa.
- **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 lo que sucede en la mayoría de las empresas, el problema de las organizaciones públicas es el exceso de la demanda.
- **En lo referente a los resultados**, existe poca preocupación por ellos, 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.
- **En cuanto a la preocupación por la formación y la investigación**, existe pero no está orientada a los objetivos finales de la organización, sino a los objetivos profesionales y personales.
- **En cuanto a las deudas**, existe poca preocupación, ya que en muchos casos su liquidez no depende de las propias organizaciones, sino de los servicios centrales de las CC. AA.
- **En relación con la facturación y los cobros**, existe poca preocupación, ya que no tiene una repercusión directa sobre la cuenta de resultados, inexistente, ni sobre sus ingresos, que dependen del presupuesto asignado al hospital.
- **Con relación a las restricciones ambientales**, tiene unas repercusiones importantes la legislación administrativa a la que están sometidos, que afecta tanto a las personas, como a la flexibilidad en las compras.
- **En cuanto a la coyuntura económica**, le afecta menos que a otras empresas, ya que la demanda sigue siendo la misma, si no mayor.
- **Con relación a la organización de las empresas**, depende del entorno donde se desarrollen sus actividades, como queda reflejado en la siguiente figura.

	<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>	Estructuras descentralizadas y orgánicas. Adhocracias (Adaptación mutua) <b>E-business</b>

- Las empresas que se desenvuelven en entornos estables y que realizan procesos simples, tal como puede ser la construcción de edificios o la fabricación de coches, pueden tener estructuras centralizadas y burocráticas, con una gran normalización de los procesos de trabajo.
- Las empresas que se mueven en entornos dinámicos y realizan procesos simples en su producción, como puede ser la restauración, pueden funcionar con estructuras centralizadas y orgánicas y requieren una gran supervisión directa sobre la línea operativa.
- Para aquellas 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, en las que la normalización de habilidades es el modo 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 la de las empresas "normales"; nada más lejos de la realidad. Por ello, vamos a señalar las diferencias que las organizaciones sanitarias y, particularmente, los hospitales tienen con relación a las empresas "normales" y concretamente con las empresas de producción de bienes, cuyo esquema hemos visto anteriormente y en las que normalmente se aplican las tecnologías de recursos humanos al uso aprendida en cursos y revistas. Por medio de estas diferencias podremos vislumbrar las dificultades de aplicación de algunos procedimientos que parecen de fácil aplicación en las empresas "normales" pero que entrañan una gran dificultad en las nuestras.

Una organización no deja de ser más que un espacio común en el 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.

### **1.1. La especificidad del sector sanitario**

Con respecto a otros sectores de la economía, el sector sanitario caracteriza toda su actividad por:

- 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 su acceso 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., factores que hemos analizado en profundidad en otras asignaturas de este Máster.
- Gran variabilidad y complejidad en la realización de sus servicios/productos y gran incertidumbre en la medición de sus resultados.
- 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.
- Generación de grandes externalidades, que repercuten en otros sectores de la economía. Por ejemplo, infecciones.
- 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 a la que tiene que atender.

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, hecho imposible de llevar a cabo 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 de éste.
- Un bien se puede reparar y reponer, hecho difícilmente realizable con un servicio, que, cuando se presta, generalmente es irreversible.

### Reflexión

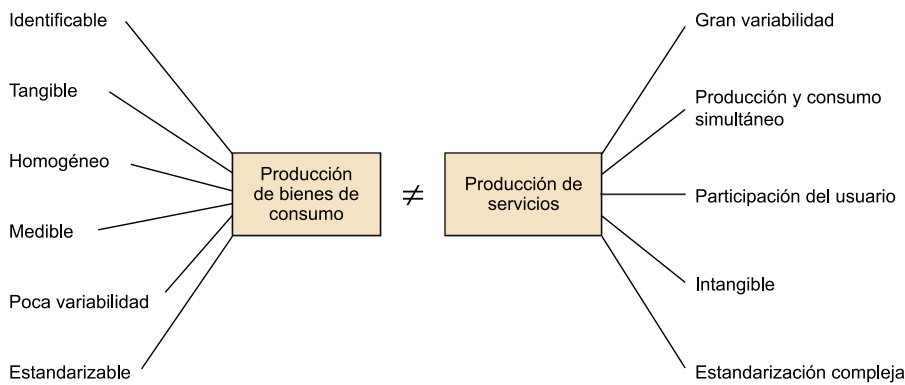
Para comprender bien las diferencias que existen entre la organización sanitaria y otras, utilizad unos minutos pensando cuál es tu intervención al comprar un coche y al someterse a una intervención quirúrgica.

## 1.2. 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.

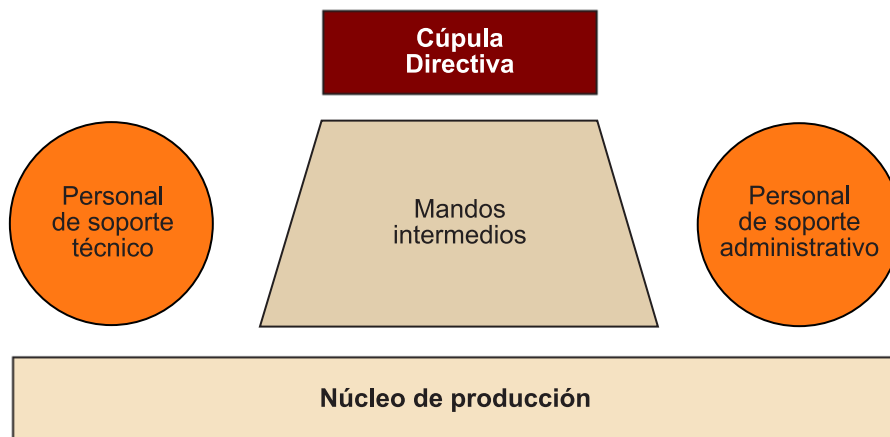
Las organizaciones sanitarias y el hospital como paradigma de máxima complejidad del sector sanitario produce, mediante muchos productos intermedios, un único producto/servicio final que es la mejoría de la salud del ciudadano que atendemos. Este resultado es muy etéreo y de difícil cuantificación, por lo que podemos 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 es la entrada más el valor añadido aportado por esa unidad al usuario.



A estos efectos podemos dividir el hospital en tres tipos de áreas. En primer lugar, el **área clínica**, en la que se diagnostican y tratan a los pacientes. Esta área es el núcleo central de nuestra actividad y a la que debemos dedicar toda nuestra atención prioritaria; la mayoría 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. En segundo lugar se encuentra el **área técnico-asistencial o de apoyo**, que 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. Estos servicios están integrados por facultativos, personal de enfermería y técnicos especialistas. Finalmente, el **área de soporte** realiza las funciones, generalmente técnicas, que permiten la actuación de las dos áreas anteriormente descritas. Está integrada por los profesionales del resto del hospital, que a título descriptivo podríamos mencionar: las direcciones, los sistemas de información, compras y almacenes, de gestión económica, de gestión de personal, de alimentación, de limpieza, etc., y las titulaciones de los profesionales que la integran son variadas: 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 características principales, 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.



Organización de 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/las directivos/as, ni los/las supervisores/as quienes realizan un servicio/producto tan específico que sólo ellos lo pueden realizar con la eficiencia requerida. Su principal mecanismo de coordinación es la **normalización de habilidades**, que acredita a las facultades de ciencias de la salud para la formación pregraduada y a 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 y con los sindicatos, y debe actuar como animador de los profesionales internos, a los que complementará en aquellos terrenos que por su formación básicamente clínica no dominan. La **línea media** que conecta la alta dirección con el núcleo operativo está constituida por profesionales clínicos que actúan como coordinadores y de nexo de unión con el ápice estratégico. La **tecnoestructura/soporte técnico** y el **equipo de apoyo/soporte administrativo** no deben ser excesivos y deben facilitar a los profesionales del núcleo de operaciones aquellos medios que necesitan para cumplir su misión.

El entorno en el que nos desenvolvemos es muy complejo, relativamente estable y, tal y como ya hemos comentado, el poder debe estar en el núcleo de operaciones y no en los otros niveles de la organización, como desafortunadamente ocurre con frecuencia.

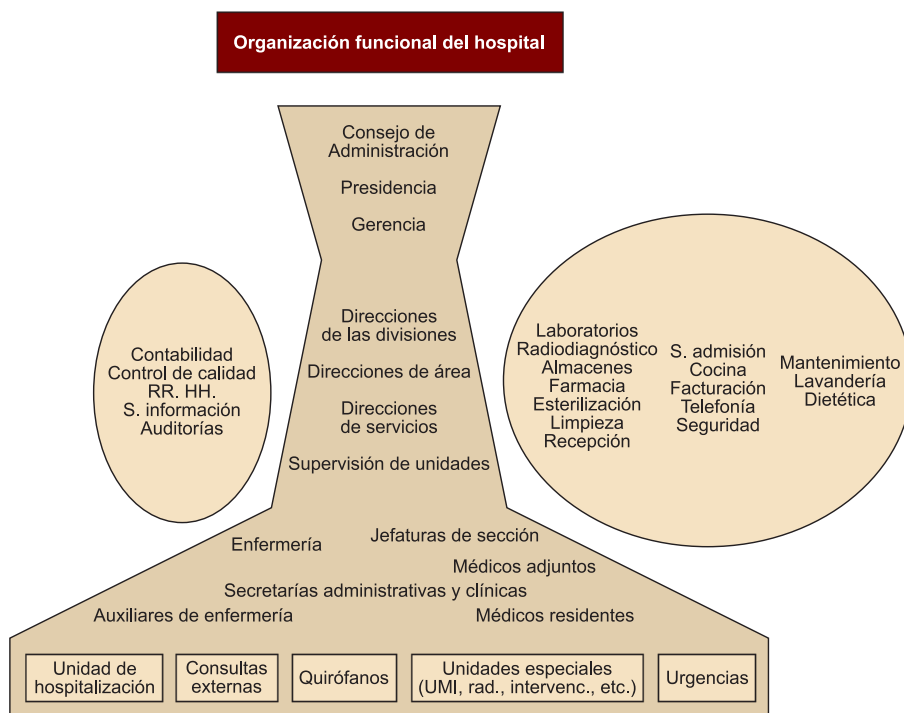
**Como resultado de este análisis, en el hospital como organización encontramos:**

- 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 para 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, que son 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 este capítulo, existen suficientes peculiaridades en las organizaciones sanitarias para el manejo de su máximo valor: sus profesionales deben ser gestionados de una manera diferente y probablemente tan compleja como la propia organización, y no se pueden utilizar fórmulas simples que en otro tipo de empresas podrían 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 afectan.
- Que una organización de servicios vale tanto como valen sus profesionales.

**Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 2. La gestión de los profesionales

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación, escribid vuestras respuestas y guárdalas.

- 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 sentiros mejor en ella?

La actual y moderna concepción de los RR. HH. 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, con 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 concebir 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, y adapta sus razonamientos al funcionamiento de las empresas de aquel período, cuando el trabajo estaba muy planificado, los productos eran estables y la mano de obra era poco cualificada y fácil de sustituir. Taylor propuso dividir las tareas complejas en tareas más simples y tras su estudio llevarlas a cabo de la forma más eficiente posible. En aquella época el trabajador se consideraba un factor más de la producción, al igual que el capital o las materias primas, y no se prestaba excesiva atención al aspecto humano, su motivación o implicación en la empresa. 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.

### Nota

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 con más claridad con esta teoría, especialmente en aquellas unidades que requieren un alto grado de especialización y una baja cualificación de los profesionales (por ejemplo, empresas de colocación de alicatados o pinturas).

Las nuevas tecnologías están condicionando una cierta industrialización de los procesos asistenciales que permitirá su realización por personal menos cualificado.

A mediados del siglo XX, se dirige más la atención al aspecto humano de las organizaciones y a lo que supone la motivación y la integración de los trabajadores en ésta 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 día a nuestras organizaciones. McGregor postuló las teorías X e Y. La teoría X postulaba que los trabajadores eran vagos por naturaleza, poco ambiciosos y que no se implicaban 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. Por el contrario, la teoría Y defendía que los trabajadores eran personas responsables, que disfrutaban con su trabajo, fieles y que estaban integrados en la empresa. A este tipo de trabajadores se los mueve adecuadamente con incentivos y ellos aceptan 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, quien logra con sus aportaciones aunar la visión política, económica y social de la empresa en el complejo entorno occidental actual.

De este modo, la antigua gestión de personal, la gestión de los RR. HH. de carácter administrativo, incorpora una serie de elementos –como "la identidad corporativa" (cultura empresarial), la integración de equipos multidisciplinares, la autonomía en la toma de decisiones y la formación del personal– que la hacen más rica e influyente en una serie de aspectos que hasta hace unas décadas no se habrían 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. Las características de estos bienes eran que:

- eran escasos,
- se destruían al consumirse y

- no se podían compartir.

### **Ejemplo**

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. Por lo tanto, 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 mayor información de la que podamos manejar eficientemente. No se destruye al usarla, 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 al desarrollar su talento contribuyan directamente al logro de los objetivos de la organización en la que trabajan.

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

## **2.1. 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, la gestión y el desarrollo de la empresa y sus recur-

tos humanos. Al final, no obstante, hay que personalizar la gestión y es al departamento de RR. HH. al que le corresponde velar por el máximo valor estratégico de nuestras empresas y 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 relacionar con **el poder hacer**, incluso podemos hacer un perfecto diseño del conocimiento en el dominio del **saber hacer**, pero resultaría incompleta si no abordáramos la necesidad del **querer hacer**, que depende de la voluntad y la percepción que el trabajador tenga de la empresa, en suma, de su motivación para realizar el trabajo en unas condiciones de satisfacción profesional y personal que llene sus aspiraciones y sus objetivos al ir a trabajar a una empresa.

### **Recordad**

- Que estamos evolucionando de una sociedad del consumo de bienes a una sociedad de la información y el conocimiento, en la que primará el consumo de servicios y no la propiedad de los bienes.
- Que el conocimiento de los profesionales es el valor diferencial de nuestras organizaciones.
- Que el talento está en las personas y no en la organización.
- 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.

### **Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

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

### Actividad inicial

Antes de leer este apartado, reflexionad sobre las preguntas que se exponen y, 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?

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 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 diciembre, 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 y crea la Comisión de Recursos Humanos, 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 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 se ha de desarrollar, de la titulación exigida para su ingreso y del 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 educación secundaria obligatoria o certificado equivalente.

### 2.2.1. Los problemas de gestión de los RR. HH.

Aunque las redes de hospitales privados en España van proliferando, la mayoría 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 RR. HH.:

- Existe un empleador único. Antes el Ministerio de Trabajo a través del INSALUD y, tras las transferencias sanitarias, las CC. AA. Las condiciones de contratación están controladas por éstas mediante los estatutos y siguen siendo muy rígidas.
- La mayoría del personal es estatutario (cuasi funcionarial), con empleos vitalicios denominados "en propiedad", como ya hemos comentado.
- Todo el personal es asalariado.

Resulta muy complejo establecer una verdadera política de recursos humanos dentro de un marco funcionarial que permita competir en el mercado. La sanidad no ha sido casi nunca una prioridad de los gobiernos, al menos en Es-

paña, por las dificultades de introducir modificaciones en un colectivo como el sanitario y especialmente en 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 han llevado a cabo una serie de acciones que podemos resumir en:

- Unas 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.
- Un 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 y la incentivación de los mejores han sido herramientas prácticamente inexistentes en nuestra organización.
- Unas estructuras jerárquicas miméticas de la Administración central, más preparadas para el cumplimiento de las normas que para la producción eficiente de los servicios sanitarios.
- Unas políticas centripetas de asignación de recursos humanos y materiales que favorecen a las capitales y CC. AA. con más capacidad de influencia.
- Unos 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.
- Una estructura y organización de los profesionales sanitarios fragmentada por la división corporativa: división médica, división de enfermería y división administrativa con agrupación de la mayoría del personal no sanitario.
- Un planteamiento de la gestión de los RR. HH. 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.



- El 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.
- Una dejación en los sindicatos de parcelas que son claramente responsabilidad de la gestión de los RR. HH. por la empresa, como la información a los trabajadores, las reclamaciones salariales, las disputas por turnos, etc.
- Un 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 RR. HH. ha estado centralizada, no se ha realizado una verdadera integración de ésta. Así, cada C. A. 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 incentivos de los profesionales, etc. En muchos casos, se han invertido cantidades importantes 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.
- Que no se ha contemplado la inmensa diferencia que existe entre las estructuras de las diferentes organizaciones y las regiones de nuestro país. No tiene nada que ver el régimen de guardia para un hospital terciario de una gran capital con el de un hospital comarcal alejado de ésta. Sin embargo, la norma es prácticamente la misma.
- Que no se ha realizado un verdadero sistema de promoción profesional. En los últimos años se ha 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.
- Un sistema de retribución funcional, lineal, basado exclusivamente en el puesto de trabajo y la antigüedad, con pocas posibilidades de incentivos 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.
- Una organización del trabajo rígida y burocrática, al modo de la Administración central, poco adaptada a la producción de los servicios sanitarios.

- Una pobre introducción de métodos científicos para el cálculo y la actualización de las plantillas, el análisis de los puestos de trabajo, el establecimiento de objetivos y las estrategias de formación.
- Poca participación, si no indiferencia, de gran parte del personal de nuestras organizaciones, especialmente de los más válidos, que no ven reconocidos sus esfuerzos en una organización igualitarista que premia la mediocridad.
- Que no hemos sido capaces de legitimar nuestra organización y sus objetivos ante del usuario para que 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 RR. HH. en un sistema sanitario excelente, podríamos concluir:

<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
Evacuamos 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 RR. HH.

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 cuyo 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.

### 2.2.2. Algunas propuestas de solución

Para que estas condiciones se puedan dar en nuestro sistema sanitario, ha de producirse 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. Este cambio debe:

- Definir con precisión la misión del sistema sanitario, que ha de traducirse en objetivos estratégicos claros.
- Dar a conocer e interiorizar dichos objetivos, de manera que puedan ser asumidos por los profesionales.
- Ser un objetivo prioritario del Gobierno central, mediante el Ministerio de Sanidad, para superar la oposición que sin duda va a surgir 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 mediante la participación de los profesionales en aquéllos de una manera 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 comunidades autónomas, las condiciones de trabajo y las retribuciones de los hospitales públicos eran iguales para todo el Estado y estaban controladas por el Boletín Oficial del Estado (BOE). A partir de ese momento, que finalizó en el año 2002 con las transferencias a las últimas CC. AA., el modelo retributivo es diferente. Quizá Cataluña, por su modelo sanitario diferenciado del resto de las CC. AA., puede ser el paradigma de 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.

Solo una 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 en la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y se agrupan en 3 patronales: la Unión Catalana de Hospitales (UCH), que agrupa a centros de agudos, centros de salud mental y sociosanitarios; el Consorcio Sanitario y Social de Cataluña (CSSC), 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 no tienen ánimo de lucro y sus centros están concertados en su mayoría por el CatSalut.

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

### **Recordad**

- Que tenemos un marco funcional 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 RR. HH.
- 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.

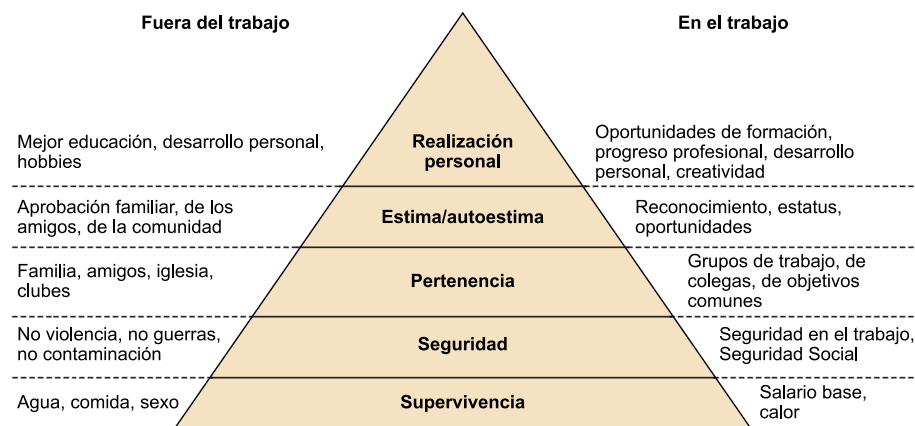
## **2.3. Motivación y satisfacción de los profesionales**

### **Actividad inicial**

Antes de leer este apartado, 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?

Dentro de una organización, los trabajadores deben ser concebidos en su doble faceta de individuos y como componentes o miembros de diferentes grupos. Su comportamiento varía en función del papel que desempeñe 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, que él las describió como una pirámide que aparece expuesta en la figura siguiente.



Pirámide de Maslow

En esta figura podemos ver que las necesidades se ordenan por jerarquías, una jerarquía de supervivencia, y que arrancan desde las más elementales, que permiten la mera supervivencia, hasta culminar en aquellas necesidades que sólo se ansían cuando las demás están adecuadamente satisfechas y se aspira a la realización personal completa.

El primer nivel es el de la **supervivencia**. En el ámbito personal, se aspira a poder disponer de agua, comida, etc., mientras que en el 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 la disposición 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, etc. En el ámbito laboral se basa en establecer adecuadas relaciones en grupos de trabajo, objetivos comunes con los compañeros, etc.

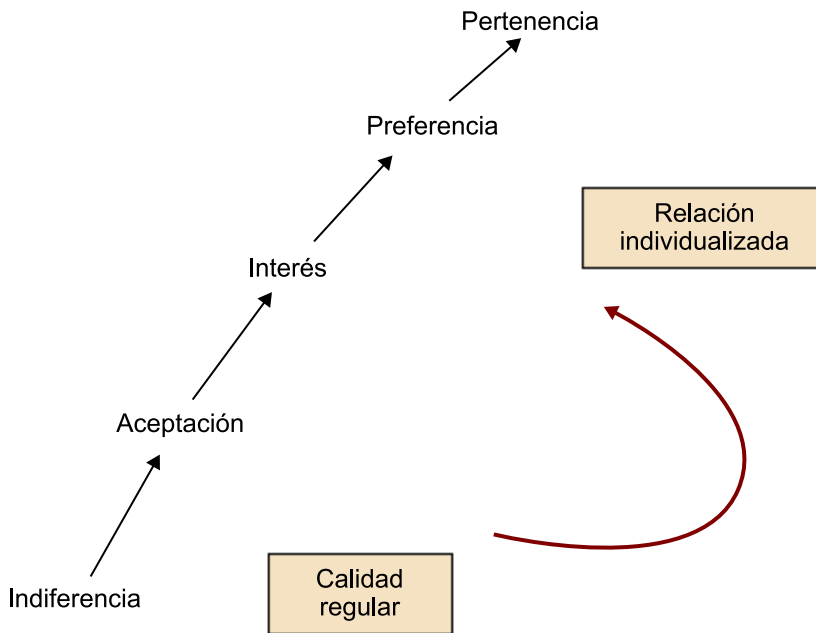
El cuarto nivel es el de **estima y autoestima**. En él necesitamos el reconocimiento de los otros de nuestras cualidades y logros, la aprobación de nuestra familia, los amigos y, en general, de la comunidad en la que vivimos. En nuestro trabajo necesitamos el reconocimiento de nuestros compañeros y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

El último nivel de satisfacción, el de **autorrealización**, lo alcanzamos sólo una vez que alcanzamos los niveles anteriores y, en el ámbito personal y familiar, sólo se logra al realizar los logros personales en el terreno de la educación, de nuestras aficiones, de nuestros sueños. En el ámbito laboral, este nivel está relacionado con el logro del desarrollo de nuestras metas profesionales y educativas, así como 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 RR. HH., 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 que se debe 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 ésta 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 estarán 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 ésta, como se da en la mayoría de las pequeñas empresas de trabajadores autónomos, mientras que el mínimo es la indiferencia, perceptible, a veces, en los funcionarios de algunas empresas públicas. Entre ambos extremos hay una serie de niveles, como la aceptación, el interés y la preferencia.

### 2.3.1. Calidad de vida profesional

Hay una serie de características que definen la calidad de vida profesional en una empresa. Según 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 el modo de trabajar.
- 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 importancia 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.
- Tenencia de 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.

### 2.3.2. Satisfacción profesional y su medida

Existen modos 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 el mando directo	3



Dimensión	Preguntas	Valor
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
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
<b>Total</b>		<b>37</b>

Fuente: *Manual de mejora y satisfacción*. Osakidetza

### 2.3.3. 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 como 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 las 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 manera 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 los profesionales elegirán aquellas organizaciones más acordes con su manera de trabajar.

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

- La satisfacción en el puesto de trabajo.
- El trato personal con directivos, mandos intermedios y personales.
- El ambiente de trabajo.
- Las condiciones de trabajo y seguridad.
- Las posibilidades de promoción y carrera profesional.
- El reconocimiento explícito de su trabajo.
- La estructura organizativa y de tomas de decisiones.
- La autonomía en el trabajo.
- La delegación de funciones.
- La formación.
- La comunicación e información.
- La conciliación del trabajo y la vida familiar.
- Las retribuciones.
- Las prestaciones sociales.
- La misión, la visión y los objetivos empresariales.
- La participación en la toma de decisiones.

La encuesta, realizada con una metodología correcta y tras una explicación de sus objetivos a los participantes en ésta, 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**

- Que sólo los profesionales motivados añaden valor a las empresas.
- Que cada profesional tiene unas necesidades diferentes.
- Que el sistema público no facilita la motivación de los profesionales.
- 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.

### 3. La comunicación en las organizaciones sanitarias

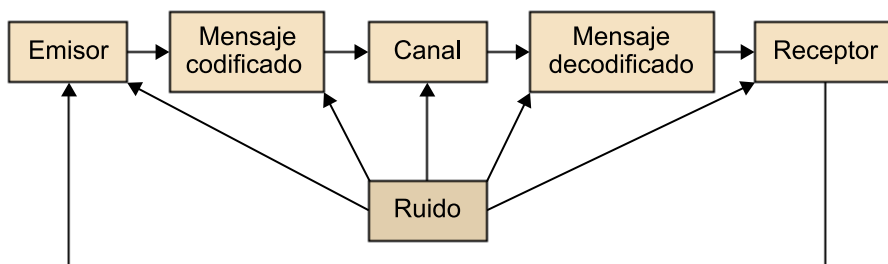
#### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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?

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 el que 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 ser transmitido 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; 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 el receptor. 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 éste distorsionándolo, generalmente de manera 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 en emisor de información.

### 3.1. El flujo de las comunicaciones

A medida que una empresa se hace más compleja, se vuelve imprescindible la comunicación entre sus miembros. Estas informaciones son de varios tipos: la vertical descendente, que va desde el ápice estratégico, dirección, hacia el resto de la organización, generalmente a modo de órdenes; las verticales ascendentes, que son las informaciones que fluyen desde el núcleo operativo hacia arriba y que 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 que 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 en la que 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 lo tanto, difíciles de transmitir, como los que afectan a conflictos personales, a la negociación de retribuciones, etc.; también puede haber otros claros y sencillos de transmitir, como la hora de una reunión. Cuanta mayor ambigüedad y dificultad pueda tener la información que se ha de transmitir, mayor personalización e interés debemos poner en el canal; y cuanto más clara sea la información, más despersonalizado y distante puede ser el canal para lograr la misma eficiencia. Dependiendo de la dificultad, podríamos graduarlo en 4 estadios:

- Nivel 1. Para transmitir mensajes complejos y difíciles se debe utilizar la presencia física entre los interlocutores, que puede ser individual o en grupo, dependiendo del grado de privacidad requerida.
- Nivel 2. Para transmitir mensajes personales poco complejos se pueden utilizar canales interactivos, como el teléfono o el correo electrónico.
- Nivel 3. Para transmitir mensajes sencillos y dirigidos a grupos selectivos se pueden emplear las cartas o la intranet.
- Nivel 4. Para transmitir mensajes sencillos y rutinarios se pueden utilizar boletines, circulares, etc.

Se deben 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 va dirigida a la sociedad a la que atendemos y con cuyos impuestos nos financiamos, y debe ser responsabilidad de la gerencia; y la segunda, quizá más inmediata, va 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 su resolución, pero ésta pasa por organizar adecuadamente nuestra política de comunicación dentro de las organizaciones sanitarias.

El personal sanitario tiene unos condicionamientos de comunicación muy complejos, ya que no sólo debe 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 además el personal sanitario es el informador, el comunicador principal de los usuarios, pacientes y familiares, característica típica de las empresas de servicios y en especial en las 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.

### **3.2. 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, quizá 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, distorsionando el contenido que quería enviar el emisor del aquél. Es cuando popularmente 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 que lo interpreta adecuadamente.

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

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

Las barreras físicas son las interferencias que se producen por lo inadecuado del lugar o el medio que utilizamos, por ejemplo ruido en la sala de reunión, cortes en la línea telefónica, etc.

### **3.3. Errores en la comunicación**

Dada la importancia que tiene la comunicación, debemos, como posteriormente comentaremos, planificar ésta tanto en su parte externa como en su parte interna, pero en 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 ésta la invalida ante el receptor, muchas veces ya predispuesto a ello.
- Dar una información distorsionada. Hay que tener mucho cuidado con que el mensaje original que pretende dar la dirección no se distorsione en la comunicación sucesiva por otros responsables.
- Sobrecargar el mensaje. Debemos transmitir sólo la idea que queremos comunicar y huir de la tentación de complicar excesivamente los mensajes que pueden 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 características principales de los directivos. Ser capaz de comunicar adecuadamente no se improvisa y, puesto que en las facultades de ciencias de la salud no se pone especial atención en este aspecto, debemos poner énfasis en aprender a hacerlo.

### **3.4. La comunicación interna**

La información se ha convertido en el principal valor de las empresas que, como las nuestras, se denominan del conocimiento. La comunicación interna, por lo tanto, es un valor estratégico y que fluya con eficiencia es el único modo de garantizar el adecuado funcionamiento de la empresa, de manera

que tanto la dirección como los profesionales se encuentren en todo momento satisfechos con la información, tanto estratégica como táctica, que tienen y con la posibilidad de acceder a ella cuando lo deseen.

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

- Reunión personal. Es necesaria para transmitir temas que afectan a personas concretas y otros de importancia. Requieren mucho tiempo, por lo que se deben limitar a las estrictamente necesarias.
- Reuniones en grupos. Son necesarias para transmitir temas trascendentes a grupos de personas con intereses similares. Este tipo de reuniones se pueden realizar mediante videoconferencia, lo que evita desplazamientos.
- Reunión masiva. Sólo es recomendable 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. Se deben mantener actualizados y ser específicos para cada unidad.
- Memorandos. Son útiles para informar a grandes colectivos sobre cambios, antes de su incorporación a los manuales o noticias de actualidad.
- Revistas periódicas. Son útiles para informar y dar cabida a las aspiraciones de comunicación de algunos colectivos. Hay que definir la política de edición de éstas.
- Tablones físicos o electrónicos. Son 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 ésta.
- 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, per-

mitiría la integración entre los hospitales, los centros de primaria, los centros sociales, etc., que podrían compartir información asistencial y administrativa.

A pesar de que la evolución tecnológica define estos dos últimos medios como los sistemas de comunicación del futuro, los otros 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 manera inmediata. La comunicación interna debe estar dirigida por los máximos responsables de la organización y gestionada de una manera planificada para que satisfaga en todo momento las necesidades de todos los grupos profesionales, lo que no siempre resulta fácil.

### **3.5. 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 individual y personalmente, y no como un número más en un tarjetero de fichar.

Para ello, debemos tener preparado un **plan de acogida** que, aunque sea 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 deben estar informados de su llegada, así como de las funciones que deberá cumplir en su área. Esta información se debe realizar con la debida antelación y por los métodos habituales del 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 ésta realiza.



A continuación, y antes de llevarlo a su departamento y presentarlo al responsable de éste, conviene llevar al nuevo empleado para 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 ésta, a quien probablemente ya conozca por los procesos previos de selección y 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 manera sencilla, breve y actualizada, para lo que debe haber un responsable del manual en el departamento de personal.

Aunque los manuales pueden ser diferentes, dependiendo del tipo de organización y de la tipología de los profesionales, genéricamente deberían tener:

- Una página de bienvenida, realizada por el máximo responsable de la organización: el director general o el gerente.
- La 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.
- La 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.
- La política laboral y social.
  - Calendario laboral y horarios.
  - Beneficios sociales. Guardería, seguros, becas, etc.

- Los planes de formación. Descripción del calendario de cursos de formación previstos para todos los profesionales del hospital.
- Los procedimientos habituales. Es interesante añadir un apartado de resolución de los procesos que los profesionales pueden necesitar realizar habitualmente, como la baja laboral, una solicitud de dietas de viajes, un permiso para formación y congresos, la necesidad de material de oficinas, la reserva de salas de trabajo, etc.

En nuestro país, en los últimos años, la profesionalización de los departamentos de RR. HH. en nuestros hospitales ha generalizado los planes de acogida de los profesionales y la edición de manuales de acogida.

### 3.6. 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, en las que la coordinación de los procesos es fundamental para lograr su eficiencia.

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

A la hora de introducir un sistema informatizado en cualquier entorno, sea una unidad hospitalaria, un servicio o el hospital en su conjunto, se debe tener 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 otro modo, los sistemas informáticos no permiten la improvisación. Ésta ha sido una de las causas más frecuentes de fracasos al 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, lo que provoca una desilusión y desconfianza entre los profesionales muy difícil de recuperar.

#### Lectura recomendada

Como muestra de manual de acogida, podéis consultar el del Hospital Severo Ochoa de Madrid.

- **Antes de informatizar deberemos conocer bien nuestras necesidades y definir con precisión los objetivos que se quieren alcanzar.** 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 alcanzar con la implantación del sistema de información. Las empresas de implantación de software pretenden introducir sistemas prefabricados a modo de paquetes que no siempre cubren las necesidades del cliente, 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 modo de trabajo, pero debe mejorarla.** Hay que buscar un equilibrio de manera que la introducción del sistema de información distorsione lo menos posible nuestro modo de trabajo, pero éste 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 su implantación, 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 permita vislumbrar las posibilidades de un nuevo sistema de realizar las cosas. La implantación no ha de ser brusca, sino gradual, para que las personas vayan adaptándose al nuevo modo de trabajar. Y 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 no son expertos en sistemas de información, por lo tanto, el uso del nuevo sistema debe ser amigable y fácil de usar, ya que de otro modo producirá un rechazo difícil de superar. Desafortunadamente, nuestro sector está lleno de fracasos de este tipo.
- **El sistema debe estar integrado de manera 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, lo que les ha de permitir dedicarse más tiempo a las funciones para las que realmente los formaron. Las organizaciones sanitarias, como ya hemos comentado, son organizaciones del conocimiento, en las que un sistema de información integrado, que permita el intercambio de información de

una manera dinámica, facilita una plataforma de conocimientos que permite 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 que deberían estar integrados para lograr la máxima eficiencia:

- **Los sistemas de información administrativa.** Manejan toda la información relativa a la gestión de los RR. HH., la económica, la financiera, la logística, la hostelería y el mantenimiento de la organización. Nos centraremos por lo 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 ésta, **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.
- **Los sistemas de información asistencial-administrativa.** Son los sistemas de información que recogen y gestionan todos los datos que relacionan la actividad administrativa con los datos del paciente. Estos se generan mayoritariamente en la admisión del paciente, pero se van generando durante la estancia en el hospital y en el momento del alta. Estos datos sirven para generar la historia económica de la atención del paciente.
- **Los sistemas de información asistencial.** Son los sistemas de información que recogen y gestionan todos los datos que relacionan la actividad sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente durante su estancia en el hospital. Frente a la gran cantidad de datos que generamos en las organizaciones sanitarias y su posibilidad de gestionarlos, en lo que se ha denominado *Big Data*, es necesario la existencia de una nueva figura en el nivel directivo que sea capaz de entender, organizar y gestionar esta ingente cantidad de datos. Para ello esta persona debe tener no solo un importante conocimiento del sector, sino una formación tecnológica que permita ges-

tionar estos datos, cuya variedad, volumen y velocidad de procesamiento es clave para tener la información disponible en el momento adecuado para su aplicación en beneficio del paciente.

### **Recordad**

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

## 4. Definición de los puestos de trabajo

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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) Describid las características de vuestro puesto de trabajo.
- 3) ¿Creéis que vuestro puesto de trabajo es generalista o especializado?
- 4) ¿Qué porcentaje le 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 éstas son llevadas a cabo por las personas. La gestión de los RR. HH. es, por lo tanto, un atributo inseparable y diferencial de la buena gestión de las organizaciones y constituye, casi siempre, especialmente en las empresas de servicios, **la capacidad nuclear estratégica** de éstas.

En el manejo de los RR. HH. existe una parte más técnica, como 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 parte 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.** Corresponde 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 junto con otras personas (explicar una intervención, escuchar una queja, etc.).
- **Habilidades conceptuales** (análisis, soluciones, decisiones). Anticipación a los problemas y búsqueda de soluciones. Comprensión de la organización como un todo global (procesos de planificación, automotivación, etc.).

**Reflexión**

- ¿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:
  - Grado de especialización del puesto.
  - Formalización del comportamiento.
  - Preparación y adoctrinamiento.
- Los dos que se refieren al diseño de la estructura organizativa en la que están localizados esos puestos de trabajo.
  - Agrupación de unidades.
  - Tamaño de las unidades.
- Los dos que se refieren a los enlaces laterales con otras partes de la organización:
  - Sistemas de planificación y control.
  - Dispositivos de enlaces.
- Los dos que se refieren a los mecanismos de la toma de decisiones.
  - Descentralización vertical.
  - 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 ya han sido tratados en otros módulos de este máster.

## 4.1. 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 en 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 la importancia de éstas, mientras que un puesto de trabajo tiene unas características ampliadas (menos especializadas) cuando realiza 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 que no siempre es cierto.

La **especialización horizontal** del puesto de trabajo (poca amplitud) es el modo de división del trabajo que predomina en los sistemas organizativos. El aumento de la productividad por la repetición de una tarea simple es la base de este modo de trabajo. Una mayor destreza, el 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., en los que 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.), actuaban especializadamente, mientras que al actuar por paciente han ampliado las tareas del puesto de trabajo (enfermera de planta), ya que ésta hace todas las tareas para un mismo enfermo.

La segunda dimensión que deberemos tener en cuenta es la especialización vertical, 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 realizar tareas de administración, gestión, planificación, formación, investigación, etc.

Por ejemplo, en un hospital sería la auxiliar de enfermería, que se limita a las labores asistenciales y no se implica en otras tareas de tipo administrativas 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, realizan 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 en la actualidad, 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 las personas en la organización.

Cada parte de la organización, sus puestos de trabajo, se adapta mejor a una tipología de puestos de trabajo. Así, en el núcleo operativo encontraremos más puestos especializados horizontal y verticalmente, ya que realizan 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 son generalistas en todos los aspectos de la empresa. Esto 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 dimensiones horizontal como vertical, pueden ser los directores generales o los directores de orquesta.

		<b>Amplitud horizontal</b>	
		Baja (puesto especializado)	Alta (puesto ampliado)
<b>Amplitud vertical</b>	Baja (puesto especializado)	Especialista con tareas simples: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico de laboratorio</li> <li>• Operario en línea de montaje</li> </ul>	Profesionales que realizan varias tareas en línea, pero sin responsabilidades de gestión: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeras</li> <li>• Adjuntos clínicos</li> </ul>
	Alta (puesto ampliado)	Especialistas que realizan el proceso completo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artesanos</li> <li>• Pequeños empresarios</li> </ul>	Generalistas que conocen los procesos de producción y gestión: <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. Aquiliano (1992), las ventajas de los puestos muy especializados y tareas simples son:

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

Para el trabajador, las ventajas son:

- La poca preparación que se requiere para ese tipo de trabajo.
- La facilidad para aprender esas tareas.
- El poco compromiso y que no se necesita iniciativa.

Las desventajas para la dirección son:

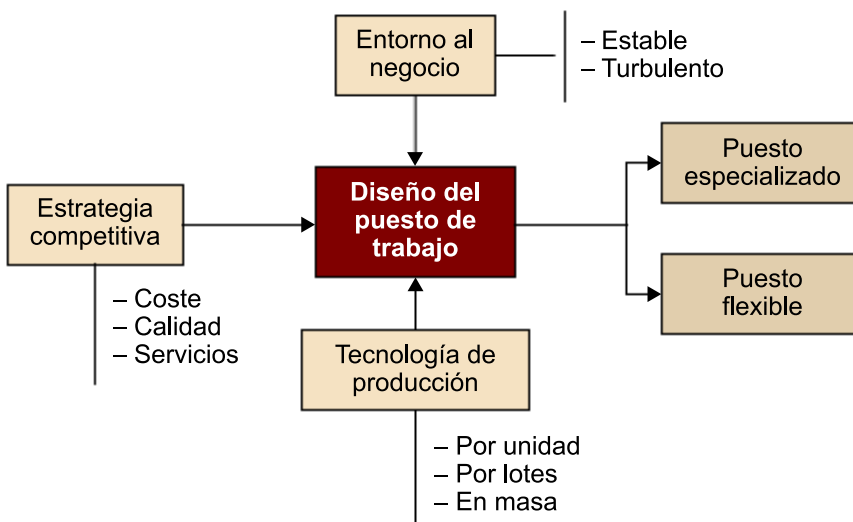
- La dificultad para coordinar los procesos, ya que ningún trabajador de línea tiene la responsabilidad de ésta.
- La insatisfacción del trabajador, que se traduce en mayor absentismo, mayor rotación, menor calidad.

Las desventajas para el trabajador son:

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

## 4.2. 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.



Fuente: Modificado de G. A. Vargas (1999)

De manera que en entornos estables, en tecnología de producción en masa y en estrategia competitiva por costes se 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, hacia la calidad o la excelencia de los servicios, el diseño de los puestos de trabajo se debe orientar a puestos más flexibles, lo que supone una ampliación tanto en la dimensión horizontal como en la vertical.

Un ejemplo del primer tipo de empresa podría ser una 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 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, que en su mayoría se definieron hace muchos años.

Aunque no nos detendremos 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. Qué se espera de la persona que ocupa 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, qué puestos de trabajo dependen de él.
- Contenido funcional. Entorno.
  - Áreas de actividad.
  - Finalidad.
  - Naturaleza de los problemas que se han de resolver.
- Ámbito de discrecionalidad.

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

- **Variedad.** Asimilable a lo que anteriormente hemos comentado como especialización del puesto de trabajo. Se refiere al número y a las 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 efecto que la tarea realizada tiene 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 manera 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 manera que pueda evaluar su calidad y aportación a éste.

Cuanto más desarrolladas tengan los profesionales estas dimensiones, más satisfacción y motivación obtendrán en su trabajo y una mayor empatía con la empresa en la que trabajan. Aunque depende del puesto de trabajo y de las características de éste, que comentaremos más adelante, al definir a las personas que ocupan los diferentes puestos de trabajo deberemos procurar, como gestores, que éstas desarrollen varias habilidades y competencias en la realización de su tarea, que tengan cierta autonomía, que hagan algo que sea significativo, que puedan percibir la calidad y el resultado de su trabajo.

Existen aspectos que debemos estudiar cuidadosamente al definir las características de los puestos de trabajo y el diseño de las plantillas. Son aspectos que en ocasiones pasan desapercibidos, como 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 habitualmente, 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 requisitos físicos y mentales debidamente estandarizados que requiere cada puesto de trabajo. Se deben medir no sólo los factores intrínsecos al

#### Referencia bibliográfica

E. E. Lawler III; J. R. Hackman (1971). "Corporate profits and employee satisfaction: Must they be in conflict?" *California Management Review* (núm. 1, vol. XIV).

puesto, sino también las peculiaridades de exigencia de éste en una empresa concreta. Puestos de trabajo relativamente tranquilos en un entorno pueden ser problemáticos en otros.

Cada puesto de trabajo requiere unas características específicas. En el caso de la dirección serían:

- Liderazgo integrador.
- Credibilidad.
- Capacidad de análisis y planificación.
- Capacidad de motivar.
- Capacidad para obtener resultados.
- Conocimiento completo 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.
- Predicar con el ejemplo.

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

Un reflejo de la poca atención que en las instituciones públicas, al menos en España, se le 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. Por ejemplo, las funciones del puesto de médico adjunto son definidas como:

- Suplir al médico-jefe clínico.
- Cumplir los servicios de guardia que 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, 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.

Los tres estatutos que regían las normas del personal estatutario de los hospitales públicos españoles, publicados en 1966 para el 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–, 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.

### **4.3. Competencias y habilidades**

Las competencias son aquellas características intrínsecas de la persona que tienen 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. Es 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 manera superior a la normal o a lo 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 que se pueden adquirir de una manera reglada en facultades o escuelas. Más complejo es la adquisición de las habilidades basadas en las competencias, más difíciles porque sólo se adquieren con la experiencia y con una cierta predisposición a adquirirlas. Entre estas competencias se hallan 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 facilitan 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 los 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 a 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 a profesionales magní-

ficos que son excepcionalmente competentes en su puesto de trabajo de una manera 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>
Directivos	75%	25%
Mandos	50%	50%
Operarios	25%	75%

Componentes del desempeño profesional

En el desempeño de los directivos se debe valorar:

- La capacidad de gestión:
  - Claridad de los objetivos.
  - Asunción de responsabilidades.
  - Orientación a los resultados.
  - Dirección y control de equipos.
  - Tratamiento de la información.
- El liderazgo integrador:
  - Escucha activa.
  - Integración de su equipo.
  - Compromiso con su superior.
- El razonamiento positivo:
  - Actitud positiva ante los conflictos.
  - Flexibilidad ante lo imprevisto.
  - Consistencia.
- La solución de problemas:
  - Búsqueda abierta.
  - Organización de las soluciones.
  - Puesta en marcha.
  - Verificación del proceso.
- El estímulo al desarrollo. Atención y liderazgo de actividades formativas:
  - Dinámica formadora permanente.
  - Participación activa en la formación.

En el desempeño de los mandos intermedios se debe valorar:

- El conocimiento del puesto.
- La responsabilidad.



- La planificación y delegación.
- El análisis de problemas y toma de decisiones.
- La iniciativa.
- La innovación y creatividad.
- La priorización de acciones.
- La actuación ante las urgencias.
- La capacidad de comunicación.
- La capacidad de negociación/persuasión.
- El liderazgo.

En el desempeño del personal operativo se debe valorar:

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

### **Recordad**

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

### **Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 5. La planificación de los RR. HH.

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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) ¿Conocéis los criterios por los que se planifican?
- 3) ¿Conocéis la planificación futura de los RR. HH. de vuestra organización?

### 5.1. La planificación de los profesionales

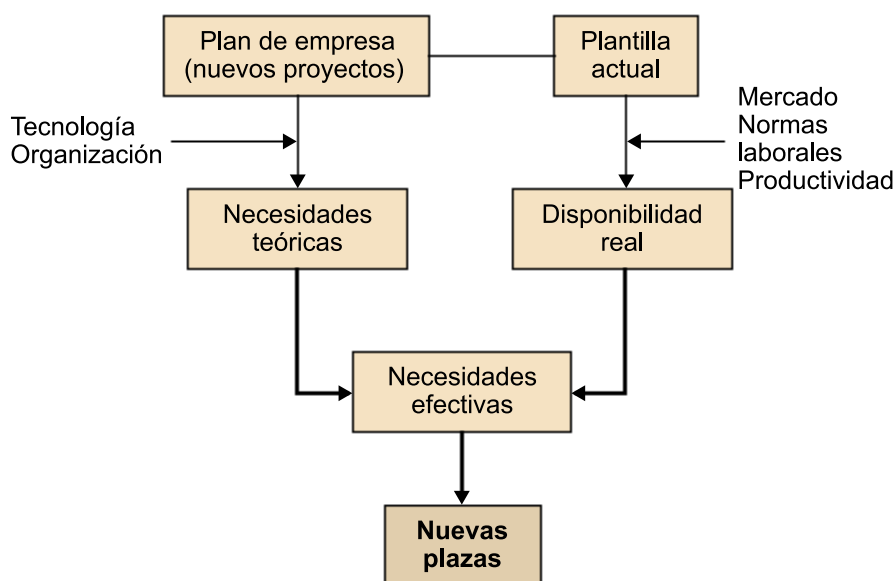
La planificación de los RR. HH. es un tema que compete a la alta dirección de la organización en cuanto a establecer las estrategias de ésta, pero a la dirección de RR. HH. le compete llevarlas a cabo con la estrecha colaboración de los responsables del núcleo operativo de las unidades implicadas.

Se trata de buscar a los profesionales adecuados y situarlos en el lugar y en el momento apropiado. Esto introduce una variable de flexibilidad necesaria para la permanente adecuación de las plantillas a la situación y a las 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, mientras que 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 que no soporten el medio sanitario por las peculiaridades que sin duda 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, por lo que ha-

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



Procedimiento de planificación y dimensionamiento de plantillas frente al inicio de nueva actividad

Este cuadro debería servir de reflexión en nuestro sector, en el que los planes de empresa deberían venir precedidos de planes de salud de las consejerías que tengan relación con la atención a la salud y no solo la consejería de salud de las comunidades autónomas, que deberían trazar planes estratégicos que sirvieran de marco para cualquier cambio en las áreas de salud o en los hospitales. En los planes de empresa se suele hilar finísimo en los proyectos arquitectónicos, menos en la organización, pero muy poco en los RR. HH., que realmente son los que deben llevar a cabo el proyecto y la partida económica, que sin duda representa un mayor coste en el funcionamiento real de la empresa de servicios.

## 5.2. Cálculo de plantillas

No pretendemos elaborar un estudio exhaustivo del cálculo de plantillas de un servicio hospitalario porque no entra en las pretensiones del módulo, concebido con una visión más general del tema de los RR. HH., sino, simplemente, dar una orientación general de las variables que se han de tener en cuenta, ya que cada hospital o servicio tiene sus peculiaridades y habrá que adaptarlas 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 mueve entre los 215 y los 219.

La segunda variable son las horas al día en turno diurno, que también varía entre las 7 horas/día (35 horas semanales) y las 8 (40 horas semanales).

### Ved también

En el anexo 1, "Ejemplo de cálculo de plantillas", se muestra un ejemplo de cálculo para el caso de médicos y para el de enfermería.

Con estas dos variables configuramos las **horas por año** que se han de trabajar y 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. Estas horas se refieren al turno diurno y disminuyen o son compensadas económicamente con el turno de noche, los fines de semanas, los festivos, etc.

#### Horas/año

A efectos del ejemplo que vamos a realizar en el Anexo 1, "Ejemplo de cálculo de plantillas", tomaremos la cifra de **1.635 horas/año** como referencia.

Otros parámetros de cálculo son los índices habitualmente utilizados:

- **Índice de ocupación.** Aunque varía para la tipología de pacientes y la especialidad en el conjunto de un hospital terciario, se puede estimar como adecuado el **85%**, ya que permite tener el hospital suficientemente ocupado y una reserva para el posible aumento de la demanda por la vía de urgencias.
- La **estancia media** varía con la tipología de hospitales y el *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) puede estar repartida como se indica a continuación, 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.

	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)

Distribución del tiempo del médico a sus funciones

Tiempo dedicado:

- Consulta hospitalaria: 15 minutos (min).
- Interconsulta: 30 min.
- Consulta externa (1.<sup>a</sup>): 30 min.
- Consulta externa (sucesiva): 15 min.
- Intervención quirúrgica: 1,5 horas (2 cirujanos o traumatólogos).

La importancia de los profesionales en el Sistema Sanitario, se debe tanto a que son ellos quienes realizan los procesos asistenciales, como que su remuneración supone la mayor parte de los presupuestos de este sector.

En el cuadro siguiente se muestra la evolución del gasto público consolidado desde el año 2009 hasta el 2013 y la repercusión de la retribución de los profesionales en el mismo.

<b>GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADOS 2009 – 2013</b>					
	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto Sanitario Público (MME)	70.579	69.417	68.050	64.153	61.710
Variación Interanual (MME)		-1,65	-1,97	-5,73	-3,81
Remuneración del Personal (MME)	31.341	30.944	30.364	27.984	27.778
% Gasto Personal	44,41	44,58	44,62	43,62	45,01
Atenc. Especializada % Atenc. Especializada	39.251 55,61	38.908 56,05	39.803 58,49	38.914 60,66	37.418 60,64
Atenc. Primaria % Atenc. Primaria	10.775 15,27	10.610 15,28	10.182 14,96	9.497 14,80	9.134 14,80
Farmacia % Farmacia	13.415 19,01	13.407 19,31	12.334 18,12	10.708 16,69	10.481 16,98

Fuente: Gasto Sanitario Público Consolidados. MSSSI, abril 2015.

Lo primero que observamos es la disminución de este gasto en un 13,16 % acumulado en estos años, que pasa de 70.579 millones a 61.710 millones de euros. De este gasto la remuneración de los profesionales absorbe cerca del 45 % con una disminución acumulada del 11,72 %, importante pero menor que la del gasto global consolidado.

Es interesante observar como dedicamos a la Atención Especializada el 60 % del gasto, mientras que a la Atención Primaria solo el 15 %, y como la primera ha aumentado sus gastos en un 5,03 % mientras que en la segunda han disminuido un 0,47 %.

La tercera partida en importancia es el gasto farmacéutico, que ha pasado de un 19,01 % en 2009 a un 16,98 % en 2013, lo que representa una disminución del 2,03 %.

No existe consenso sobre el número ideal de médicos y enfermeras que debería tener un Sistema de Salud en la UE para lograr su máxima eficiencia, ya que depende de la tipología del mismo, su estructura y su organización.

En la tabla adjunta se muestran estas cifras por 1.000 habitantes de una representación de algunos países europeos.

<b>Médicos y enfermeras en la UE</b>		
País	Médicos / 1.000 hab.	Enfermeras / 1.000 hab.
España	3,8	5,2
Dinamarca	3,5	15,4
Italia	3,9	6,3
Portugal	4,1	6,1
Reino Unido	2,8	8,2
Suecia	3,9	11,1
Alemania	4	11,3
Francia	3,3	8,7
UE	3,5	8,2

Fuente: Health System in Transition. OMS, 2013

España tradicionalmente hemos estado por encima del índice europeo con relación a los médicos, pero muy por debajo del índice de enfermería, sin haber variado excesivamente los 3,3 médicos / 1.000 habitantes del año 2007 a los 3,8 del 2013. Sí ha habido un notable incremento en el índice de enfermería durante estos años.

El problema de la planificación de los profesionales en nuestras organizaciones es tanto cuantitativo como cualitativo.

La situación y necesidad de los profesionales sanitarios en nuestro país la podemos conocer siguiendo el *Informe de la ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud*, realizado por la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/00005) y publicado en el Boletín Oficial del Estado núm. 483, del 18 de junio del 2010.

Al no existir un registro oficial de profesionales sanitarios, las cifras que damos a continuación pueden diferir de las de otras fuentes, lo que supone un grave problema para la adecuada planificación de los RR. HH. en el Sistema Nacional de Salud. Están en marcha varios proyectos, tanto desde el Ministerio de Sanidad y Política Social como desde algunas CC. AA., para obtener dicho registro lo antes posible.

Aunque ya lo hemos comentado en algunas secciones de este material, lo primero que debemos resaltar es la importancia cuantitativa y cualitativa de los profesionales. Los trabajadores sanitarios representan el 7% de la fuerza laboral de la Unión Europea y sus sueldos constituyen el 70% del presupuesto sanitario, que alcanza entre el 7 y el 11% del PIB de los países de la UE.

En España, los servicios de salud suponen entre el 35 y el 50% del total del presupuesto de las comunidades autónomas, y los RR. HH. del SNS, ahora descentralizado, suponen entre un 42 y un 47% del gasto total.

Los aspectos que generan mayor insatisfacción a los profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.) son la sobrecarga asistencial, la poca flexibilidad en las condiciones de trabajo, la baja retribución y la pérdida de prestigio profesional, así como el deterioro de la relación entre los profesionales sanitarios y el paciente, que da lugar a demandas y agresiones.

Analizaremos la situación de las principales profesiones sanitarias:

**1) Médicos.** Lo primero que hay que resaltar, como ocurre en las otras profesiones analizadas, es la escasez de datos fiables y homologables, por lo que las comparaciones con la UE, otros países y las CC. AA. se hace muy difícil.

En el caso de los médicos, el número de profesionales activos en el SNS varía entre 150.000 y 160.000, aunque la cifra de licenciados ronda los 205.000, según el INE. Estas cifras nos dan, como ya hemos indicado, una ratio de 3,8 médicos / 1.000 habitantes, superior a la de la mayoría de los países de nuestro entorno y a la media de la UE, que es de 3,5. A pesar de ello, la percepción es que faltan médicos en nuestro país.

La falta de médicos no sólo se refiere a la cantidad, sino también a la calidad. Por una parte, nuestros médicos emigran a otros países, fundamentalmente al Reino Unido y a Portugal, y, por otra, España importaba hasta hace pocos años médicos de otros países, de Iberoamérica y de los países del este de Europa, y este flujo ha disminuido considerablemente en los últimos años coincidiendo con la crisis económica.

La mayoría de los médicos, el 89%, trabajan como asalariados con contratos indefinidos. El 73% compatibilizan la sanidad pública con la consulta privada. El 75% desarrollan actividad asistencial. El 14% realizan su formación MIR. El promedio de horas de trabajo semanal es menor que el de sus homólogos de Gran Bretaña, Alemania o Francia, pero mayor que el de Italia o Grecia.

Respecto a la retribución económica, ésta es menor y menos flexible que en Gran Bretaña, Holanda o Canadá, donde una parte importante de su retribución depende de la actividad y los resultados alcanzados.

Como ya hemos comentado la crisis económica ha afectado de forma notable a los presupuestos sanitarios, como no podía ser de otra forma ya que representan un alto porcentaje del presupuesto global de las CC. AA. y especialmente al capítulo I, con disminución y congelación de los salarios. Aunque no existe en este sector una preocupación por el paro, que afecta al 9,3 % de los médicos, si existe una notable preocupación por la precariedad del empleo, ya que durante mucho tiempo no se han convocado los concursos para acceder a las mismas. A pesar de la preocupación por la estabilidad laboral y las retribuciones, solo un 2,7 % de los especialistas han salido a buscar empleo al extranjero, por ejemplo en el Reino Unido o Francia, que son los países preferidos por estos profesionales.

Con relación a los Médicos en formación, MIR, parece que está controlado el desbalance entre estudiantes que finalizan la licenciatura de Medicina, a pesar del aumento de facultades y el número de plazas de MIR. De los profesionales que obtuvieron plaza, la media de edad fue de 27 años y el 67 % de los mismos fueron mujeres, lo que objetiva una feminización de los profesionales sanitarios, quedando disponibles plazas en Medicina Familiar o Comunitaria.

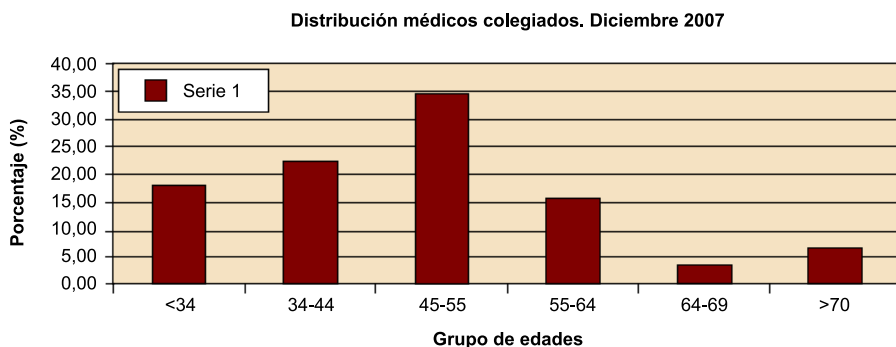
La tasa de feminización se sitúa alrededor del 50%, con tendencia al alza.

Tipología	1996	1998	2000	2002	2004	2006	Diferencia %
Médicos colegiados	34,56	36,42	37,86	39,84	41,47	42,86	8,3
Hospitales	21,49	24,59	25,53	28,71	31,69	34,17	12,68
Hospitales privados	16,31	19,58	20,34	22,37	24,74	26,92	10,61
Hospitales públicos	24,31	27,27	28,27	32	35,34	37,94	13,63

Feminización de la medicina (%)  
Fuente: Demografía médica. OMC, 2009

Un factor importante que hay que tener en cuenta respecto a la previsión de la necesidad de médicos es el envejecimiento de los actuales profesionales. La pirámide de edad se desplaza hacia los de mayor edad, lo que supuso la jubilación de unos 72.000 médicos a partir del 2010.

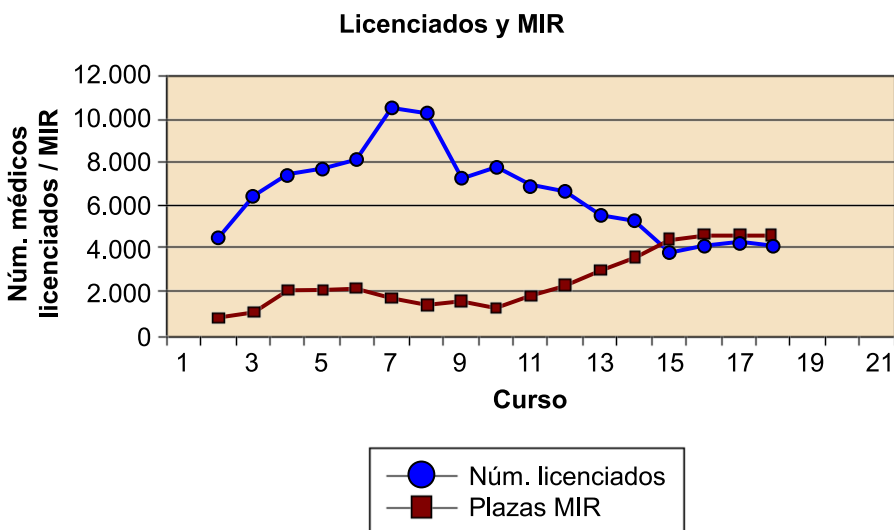




Fuente: Demografía médica. OMC, 2009

**La formación de los médicos.** El sistema de formación de los especialistas en nuestro país mediante el sistema de residencia en los hospitales, MIR, ha dado excelentes resultados, tanto respecto a la equidad en el acceso a la formación como a la preparación clínica de los especialistas. Sin embargo, no ha sido lo suficientemente flexible como para irse adaptando a las necesidades del sistema sanitario.

Cada año salen unos 4.000 licenciados de nuestras facultades de medicina y se ofertan casi 7.000 plazas de MIR. Este desajuste implica que hay plazas de determinadas especialidades, particularmente de medicina de familia, que quedan vacantes y ello provoca la recirculación de las plazas y estimula la entrada de médicos extranjeros.



**Los MESTOS y los médicos especialistas con titulación extracomunitaria.** Este fenómeno se origina por el gran número de licenciados que producían las facultades de medicina durante el período 1970-1980, con relación al reducido número de plazas de formación MIR. Debido a este déficit de especialistas y a la creciente demanda sanitaria, muchos médicos que no pudieron acceder a la formación MIR ocuparon plazas en los hospitales que con el transcurso de los años se han consolidado, aunque en muchos casos se está pendiente de regular la situación de dichos profesionales.

Dada la creciente demanda de especialistas, la reducida producción de nuestras facultades (4.000 médicos/año, como ya hemos comentado) y el exceso de plazas de formación MIR (unas 7.000/año), y ante la carencia de profesionales españoles, muchas de estas plazas se cubren con especialistas extranjeros, el 80% procedente de Iberoamérica, cuya titulación en muchos casos no ha sido todavía homologada.

Sería necesario aclarar la situación de estos dos colectivos de médicos que realizan una labor reconocida en nuestras organizaciones pero que no tienen claras sus expectativas de futuro.

Especialidades con problemas. El déficit de especialistas no es sólo cuantitativo, también es cualitativo, en cuanto que afecta a determinadas regiones, particularmente las rurales, y a determinadas especialidades. Los déficits mayores se objetivan en los especialistas en medicina de familia y pediatría. Existe un notable desequilibrio en las plazas ofertadas para esta especialidad pero aun así no se llegan a cubrir todas. Respecto a los pediatras de atención primaria, se estima un déficit del 26%, hasta alcanzar la ratio de 1 pediatra/1.000 niños. El aumento de funciones de los anestelistas ha generado también un déficit de éstos.

En los médicos existe una situación de pleno empleo, si bien existen dificultades para cubrir vacantes en zonas rurales y en hospitales comarcales. Se objetiva un desequilibrio entre la oferta y la demanda en algunas especialidades: anestesia y reanimación, cirugía ortopédica y traumatología, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reparadora, medicina familiar y comunitaria, pediatría, radiología y urología.

**2) Enfermería.** Aunque las cifras de las distintas fuentes no son coincidentes, España cuenta con unos 530 profesionales de enfermería por cada 100.000 habitantes, una ratio alejada de la media de los países europeos, que es 800/100.000 habitantes. Esta ratio es bastante homogénea en las distintas CC. AA., aunque Navarra, con 913/100.000 habitantes, se acerca a la ratio europea. Sin embargo, Murcia, con 332/100.000 habitantes, está muy por debajo de la media española. Para ponernos a la altura de la UE necesitaríamos un incremento de 122.400 profesionales de enfermería.

La nueva formación de grado y la especialización de estos profesionales les proporcionan un nivel de competencia que les permite realizar funciones hasta ahora reservadas a los médicos. Esta tendencia llevará a una disminución en la necesidad de médicos y a un aumento de personal en enfermería, lo que permitirá que las ratios se vayan aproximando a las de la UE y que las plantillas de enfermería se vayan adecuando a sus nuevas funciones asistenciales y no a su relación con los facultativos, como ocurre actualmente en atención primaria, en la que se mantiene la relación de 1,3 enfermero/as por cada médico.

Un aspecto que hay que tener en cuenta especialmente en este colectivo es su feminización, ya que el 90% de los profesionales son mujeres, lo que sin duda condicionara a medio y largo plazo la planificación y gestión de este colectivo.

Tipología	1996	1998	2000	2002	2004	2006	Diferencia %
Personal enfermería	76,15	80,31	78,45	80,92	82,24	82,56	6,41
Hospitales privados	82,12	83,31	82,45	85,5	86,1	85,82	3,7
Hospitales públicos	75,05	79,74	77,65	79,97	81,43	81,82	6,77

Feminización de la enfermería (%)  
Fuente: Demografía médica. OMC, 2009

**3) Farmacia.** Los farmacéuticos ejercen mayoritariamente sus funciones en las oficinas de farmacia: un 84%. Además de ser expertos en el ámbito de los medicamentos, por competencia y formación, mediante su propio sistema FIR ejercen sus actividades en otros ámbitos sanitarios, como el análisis clínico, la bioquímica, la microbiología o la parasitología, en ocasiones en competencia con otros profesionales, como médicos, biólogos o químicos. Esto en el entorno hospitalario, pero también pueden ejercer sus funciones en el ámbito de la atención primaria y en el de la salud pública: el 7% como analistas clínicos, el 3% en farmacia hospitalaria, el 2% en salud pública y el 1,5 % en atención primaria. El número de plazas ofertadas para realizar estas funciones es muy superior para médicos que para farmacéuticos.

**4) Otros profesionales sanitarios.** Existen otros profesionales sanitarios que aportan sus conocimientos a la atención integral de los pacientes, como los veterinarios, odontólogos, psicólogos, dietistas y nutricionistas, fisioterapeutas, podólogos, ortoprotesistas u ópticos, así como los trabajadores sociales, con sus problemas específicos de reconocimiento y dimensionamiento en nuestras cada vez más complejas organizaciones, en las que las auxiliares de enfermería desempeñan un papel complementario fundamental.

**5) Otros profesionales no sanitarios.** Aunque la misión fundamental de nuestras organizaciones es la atención de la salud de nuestros ciudadanos, para que ésta se lleve a cabo con eficiencia se necesita el apoyo de una gran cantidad de profesionales que permita llevar a cabo una atención sanitaria eficientemente. Sin pretender ser exhaustivos, podemos citar desde el gerente del hospital hasta los celadores, pasando por abogados, ingenieros, estadísticos, bibliotecarios, documentalistas y físicos, así como gestores y especialistas en gestión económica, RR. HH., compras, etc.

**6) La selección de los directivos.** La selección de los directivos de las organizaciones sanitarias y en particular de los hospitales, como su organización más compleja, debería seguir las mismas pautas que en los profesionales sanitarios,

seleccionándolos por su cocimiento y experiencia en las funciones directivas y el entorno sanitario y desvinculándolos de los cambios políticos que se puedan producir tanto a nivel central como autonómico.

Según los datos del informe sobre “Profesionalización de los Directivos de la Salud” realizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, 7 de cada 10 directivos de organizaciones sanitarias, mayoritariamente hospitales, creen que la selección de directivos en España se realiza por su afinidad política más que por su competencia profesional.

Este tipo de selección sesgada, condiciona la capacidad de evaluar a los directivos en función de sus resultados empresariales.

La importancia del sector sanitario como impulsor de la economía y empleador se documenta en un estudio de la empresa Adecco Profesional de septiembre del 2010 que evalúa la evolución del empleo cualificado en el primer semestre y su comparación con el mismo período del año anterior. De él podemos extraer algunas conclusiones:

- El sector sanitario ha generado el 25,7% de la oferta de empleos cualificados en el primer trimestre del 2010 y se ha convertido en el sector líder en la generación de empleo en nuestro país.
- La oferta ha disminuido un 31% con relación al mismo período del pasado año.
- La mayor solicitud corresponde a los médicos, con un 26% del total de las ofertas, centradas en algunas especialidades:
  - Medicina del trabajo: 26%.
  - Especialidades Quirúrgicas: 20%.
  - Médicos de familia: 14%.
  - Pediatras: 13%.
  - Anestesiastas: 7%.
  - Radiólogos: 5%.
  - Otras especialidades: 14%.
- Los segundos profesionales más demandados han sido los diplomados universitarios de enfermería, con un 23,6%. Les siguen los farmacéuticos (8%), los fisioterapeutas (3,3%) y los psicólogos (3,1%).
- Otros profesionales, como visitadores médicos, ópticos, nutricionistas, etc., constituyen el resto de la oferta.

**Recordad**

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

**Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 6. Reclutamiento y selección de los profesionales

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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.

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 en un puesto de trabajo de nuestra organización.

El proceso de selección responde a una necesidad previa de reclutar a profesionales para cubrir un puesto de trabajo. Los **pasos** que se deberían realizar **para llevar a cabo una selección adecuada** serían:

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

Con relación al primer aspecto, la **descripción del puesto de trabajo** (estudiado en el apartado correspondiente), recordemos qué debemos definir para la descripción del puesto de trabajo como mínimo:

- El título.
- La posición en el organigrama.
- La ubicación geográfica.
- Los objetivos del puesto.
- Las funciones del puesto.
- 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.

El **reclutamiento** es la 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 mediante 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, lo que representa una gran motivación para los trabajadores de la empresa, que ven recompensados sus esfuerzos con su ascenso dentro del organigrama de ésta, que a su vez aprovecha la inversión formativa realizada previamente en sus profesionales. 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 de los trabajadores de cambios o promociones dentro de ésta.

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. La desventaja es que el procedimiento de selección es más lento y más caro. Ello desalienta 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 para un mismo puesto de trabajo.

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, pero también encontramos las empresas de selección de personal, más conocidas como *head hunter* para los puestos de alta dirección; los anuncios en periódicos o revistas, oficinas de empleo, asociaciones de empresarios, escuelas de negocios para sus ex alumnos, y, actualmente, la búsqueda electrónica a través de la Red en empresas como Infojob, cada vez más utilizadas, especialmente por los candidatos jóvenes.

Como medio público tenemos 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 desequilibrio entre la oferta y la demanda de éstos, 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 estamento de la enfermería.

Aunque la discusión detallada de este tema se sale 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 algo menos de corporativismo podrían ser las acciones que se deberían llevar a cabo para poder resolver este problema en un plazo de años razonable.

La **preselección** se realiza estudiando la documentación presentada, seleccionando a 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 éstas, y se les notificará a los candidatos. En el entorno público, se admitirá a todos aquellos candidatos que hayan presentado la documentación solicitada sin selección previa por su currículum.

Las pruebas de selección dependerán de cada empresa, pero deben 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. Estas pruebas varían sensiblemente en función de si se trata 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, la defensa leída de su visión del servicio al que irá 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.

La selección de los directivos de las organizaciones sanitarias y en particular de los hospitales, como su organización más compleja, debería seguir las mismas pautas que en los profesionales sanitarios, seleccionándolos por su cocimiento y experiencia en las funciones directivas y el entorno sanitario y desvinculándolos de los cambios políticos que se puedan producir tanto a nivel central como autonómico.

Según los datos del informe sobre “Profesionalización de los Directivos de la Salud” realizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, 7 de cada 10 directivos de organizaciones sanitarias, mayoritariamente hospitales, creen que la selección de directivos en España se realiza por su afinidad política más que por su competencia profesional.

Este tipo de selección sesgada, condiciona la capacidad de evaluar a los directivos en función de sus resultados empresariales.

### **Recordad**

- Que el proceso para tener excelentes profesionales se inicia con la selección de éstos.
- Que el reclutamiento interno es una gran medida para motivar e incentivar a nuestros profesionales.
- Que se necesitan profesionales expertos en el departamento de RR. HH. para la selección de los trabajadores.
- Que 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.

### **Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 7. Gestión de los conflictos

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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 produce la mayoría de los conflictos en un hospital?

Una de las funciones de todo directivo, y particularmente de los directivos que tienen la función de gestionar los RR. HH. 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 diariamente, somos conscientes de que muchas decisiones, incluso las de gran trascendencia para nuestra vida, las tomamos sin una base real, sino llevados 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 resolverlos de la manera más racional posible, aunque en ocasiones intervengan variables difícilmente cuantificables.

### 7.1. Definición y modelos

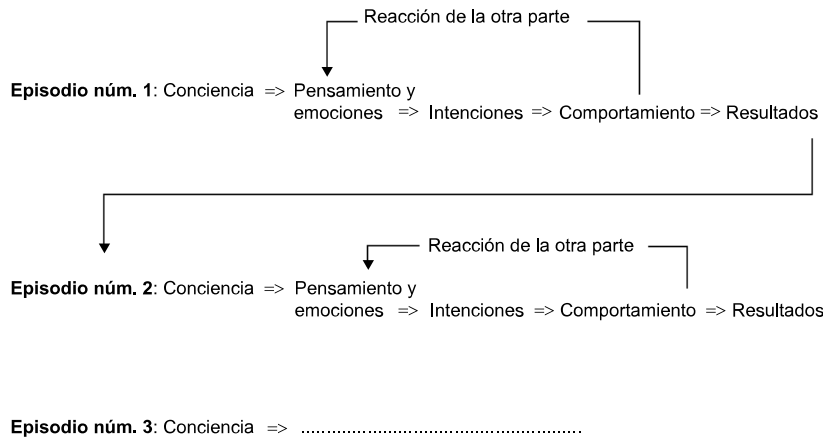
Los conflictos se desarrollan cuando dos o más individuos o grupos tienen intereses diferentes, aunque realmente el conflicto no se pone de manifiesto hasta que dichas diferencias se hacen patentes y algunas de las partes lo manifiesta a la otra.

Existen muchos modelos derivados del análisis de los conflictos, entre los que podemos destacar los siguientes:

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

A continuación representamos esquemáticamente este modelo:

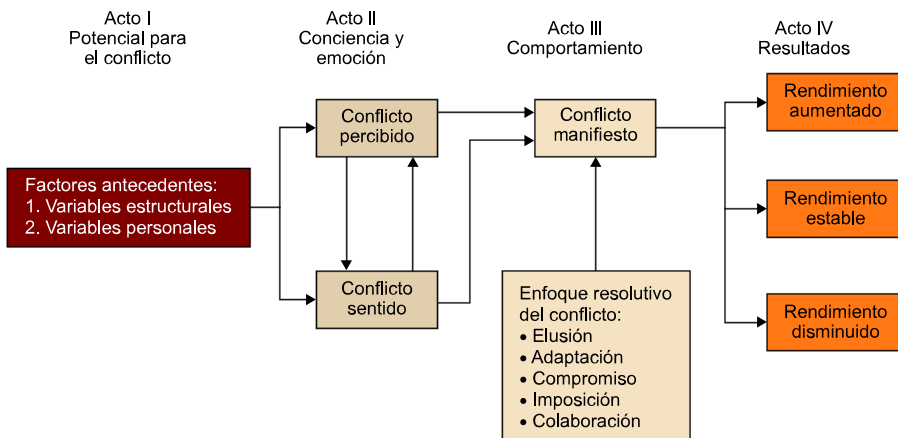
**Modelo del conflicto de Thomas**



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 la toma de conciencia de la existencia de un conflicto, éste traduce en un **pensamiento** y después en **emociones**. Esos pensamientos y estas emociones se transforman en la **intención de actuar** para salvaguardar sus intereses. A su vez, estas intenciones se transforman en acciones mediante el **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 Ponsy**. Desarrollado por Louis Ponsy en el año 1967, sigue teniendo validez actualmente. Define el conflicto de una manera dinámica en cuatro actos y se representa, esquemáticamente, en la siguiente figura.

**Modelo de conflicto de Ponsy**



**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, en las que conviven miles de personas, estos intereses están permanentemente en disputa, por lo que 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.

**Acto II. Conciencia y emoción.** Estos términos tienen una interpretación similar a la que le atribuye el modelo de Thomas, pero el modelo de Ponsy 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, bien 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 manera inmediata, acompañado por las sensaciones que esta asertividad provoca: tensión, preocupación, enfado, etc.

**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 modos de resolver el conflicto:

- **Eludir.** Esta acción se manifiesta 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, con lo que, en parte, salva algunos de sus intereses. La adaptación bilateral puede ser un modo 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, por lo que ambas partes 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 parte 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 los que deben implantarse medidas urgentes e impopulares.
- **Colaboración.** Es el 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 manera óptima de resolver cualquier conflicto, pero requiere la madurez de ambas partes y confianza mutua para plantear el conflicto como un problema inmediato en el que todos deben colaborar si desean alcanzar objetivos estratégicos comunes de mayor trascendencia. 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, ejes de ordenadas, y nuestra preocupación por los planteamientos de la otra parte, eje de abscisas.



**Acto IV. Resultados.** El resultado del conflicto puede llevar a la organización a una situación mejor, igual o peor que la existente antes de la resolución del conflicto. Los resultados hay que contemplarlos de manera global y no desde

una de las partes, que puede quedar satisfecha de manera inmediata pero que permanecerá a la expectativa para plantear de nuevo el conflicto, quizá con más virulencia en la próxima ocasión.

## 7.2. La negociación

Como ya hemos comentado, la colaboración debería ser la acción preferida en la resolución de cualquier conflicto, que implica un proceso de negociación, 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 mediante la negociación funciona mejor cuando:

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

Y se debe considerar 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.
- **Centrarse en intereses y no en posturas.** Debemos exponer y dejar exponer abiertamente los intereses de las partes antes de tomar posturas definidas, que deberían ser inicialmente eclécticas para ir fijándolas 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 en entender los intereses de la otra parte y abrir 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 en criterios objetivos, comprobables por la otra parte. Las normas profesionales, los documentos oficiales, los índices, las variables, las 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 acudan 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 e inclinará el resultado a su favor. La calidad de las negociaciones depende del conocimiento sobre el tema que se negocia de las partes.
- **Tener 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 los colectivos que representan, aunque hay algunos consejos útiles:
  - Observad 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 lo que está diciendo. Esperad vuestro turno.
  - Evitad expresiones corporales que puedan interpretarse como repulsa de la otra parte.
  - Intentad interpretar adecuadamente los argumentos de la otra parte, sin precipitaros a descalificarlos.
  - Sed 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 personal, familiar y laboral. Es una actividad a la que, dada la importancia que tiene en nuestra vida, le dedicamos poca atención, ya que nos parece un conocimiento innato. Pero nada más lejos de la realidad, pues 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.

**Nota**

En el apartado relativo a los convenios colectivos volveremos sobre este importante tema.

**Recordad**

- Que una de las funciones de los directivos es resolver los conflictos.
- Que en unas organizaciones tan complejas como nuestros hospitales, el conflicto es permanente.
- Que existen metodologías para resolver los conflictos mediante la negociación.
- Que la colaboración entre las partes en conflicto es el resultado óptimo de éste.

**Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.



## 8. Gestión y evaluación del rendimiento

### Actividad inicial

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

- 1) ¿Creéis que vuestra organización 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 que os recompensaran por vuestro rendimiento?

Cuando hablamos de la **evaluación del rendimiento** nos referimos 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 realizar, inútil y capaz de 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, a 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 en reconocerlo, pero la empresa pública, por lo tanto, 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 madurez, y para una mayor ponderación de las variables, independientemente de la antigüedad, que puedan diferenciar la aportación real de los profesionales a sus organizaciones.

Lo primero que debemos fijar son aquellas variables sobre las que vamos a **medir el rendimiento**. Éstas han de 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 él. Debemos valorar prioritariamente sus dimensiones principales y estimar con menor interés aquellas que por motivos coyunturales estén también asociadas al puesto de trabajo.

Existen muchos modos de evaluación. Uno de ellos son 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 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 este juicio del jefe de la unidad, pues él es quien mejor conoce a sus trabajadores y quien puede dar una opinión más cualificada sobre su rendimiento en un período determinado.

Los **juicios de valor absolutos** se realizan cuando se valora a un empleado en concreto, independientemente de los otros. Suelen ser muy objetivos, ya que en ellos se utilizan variables cuantitativas con relación a las funciones de su puesto de trabajo, sin el sesgo de la comparación con otros trabajadores. En este tipo de juicios no se compete con los otros trabajadores, por lo que cualquiera podría estar teóricamente 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 de comparar grupos de trabajadores de diferentes unidades, ya que los criterios utilizados por los directores suelen ser diferentes.

Una manera algo más compleja de evaluar a los trabajadores es realizarlo 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, y en los que la curva de variables de rasgos se ajusta 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, y se evalúan 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 sus compañeros o la evaluación de todos por todos (*feedback 360°*) parecen mejorar la credibilidad del método y su prestigio.

El mayor valor de la evaluación es su credibilidad, por lo que 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, olvidarse de las demás y asociar otras a la primera. La **restricción del intervalo** se produce cuando el evaluador disminuye la escala de valoración. Y los **sesgos individuales** se producen cuando tendemos a proyectar en los demás nuestras propias preferencias, que en lugar del indicado podemos utilizar como baremo de medición.

Estos errores se minimizan con una formación adecuada de los evaluadores, lo que genera unas normas y unos modos de evaluación estandarizados 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 porque 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 cada uno de ellos se encuentra en sus puestos de trabajo y a 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** y centran la evaluación en el rendimiento del equipo de trabajo en su conjunto más que en el del individuo. Al igual que ocurre al distribuir las retribuciones en función del rendimiento, las ventajas de hacerlo grupalmente es que se estimula el espíritu del equipo, pero la desventaja es que se reduce la motivación individual en aquellos trabajadores más emprendedores y ambiciosos.

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 esta mayor integración debe mejorar la productividad de aquélla. La responsabilidad de la **gestión del rendimiento** debe recaer en el responsable de la unidad, el directivo del núcleo operativo, en nomenclatura de Mintzberg. Él es quien debe proponer, tras una participación adecuada de los trabajadores, las variables que se han de utilizar en la

evaluación y él es quien debe emitir la valoración de sus trabajadores y entrevistarlos después de la evaluación. El departamento de RR. HH. 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 éste tiene sobre la situación del empleado en la empresa y especialmente sobre las repercusiones de su retribución. El directivo ha de preparar todos los aspectos que quiere comentar y éstos deberían tratar al menos de:

- Las causas de la disminución del rendimiento, si éste se hubiese producido.
- La atención en las causas de los problemas que han generado la disminución del rendimiento.
- La delegación en el empleado de la búsqueda de soluciones.
- La orientación de la conversación hacia la mejora de los procesos y el fomento de 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 del 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 se deben descartar las causas imputables a la empresa, 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**

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

**Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 9. Gestión de las retribuciones

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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?

### 9.1. 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 depende del puesto de trabajo, al que habitualmente se asocian complementos retributivos en función de la asunción de responsabilidades bien definidas de carácter orgánico (jefatura de servicios, jefaturas de sección, etc.) o 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, que al permanecer en un 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.  
**Pago por Servicio**, también denominado pago por acto. Tiene una gran tradición, ligada a la medicina privada y está vigente para el pago de los médicos en la atención primaria y ambulatorios de los países con sistema de seguros de salud como Alemania o Francia y en algunos países con Sistemas nacionales de salud como Dinamarca, Portugal o Suecia. Este sistema de pago se presta a la sobre prestación de los servicios, volcando el riesgo sobre el financiador y sesgando los procesos hacia la medicina curativa más que a la prevención, elevando los costes. Dado que el pago es retrospectivo, el financiador puede poner medidas de control para desincentivar el abuso de actos médicos, aunque implica una notable carga administrativa de control de los mismos.

**Pagos por Resultados o Rendimiento.** Esta es una forma de pago reciente y relativamente poco utilizada especialmente en las organizaciones públicas, dada la poca flexibilidad de las retribuciones de sus profesionales. Se utiliza habitualmente en algunos países nórdicos, como Suecia, y en España se han realizado algunas aproximaciones con la introducción de conceptos como la productividad variable, aunque para su implantación se requiere un alto grado de organización para definir claramente los objetivos, sobre los que medir los resultados, aspecto clave de este sistema de pago.

El pago por resultados se basa en pagar en función de los resultados alcanzados, por la organización, por la unidad o Servicio y por el profesional, para lo cual habrá que establecer por consenso las metas a alcanzar por la organización, la unidad y el profesional.

Este tipo de pago suele alcanzar solo un porcentaje del pago que reciben los profesionales, recibiendo el resto en forma de salario fijo.

Este sistema de pago incentiva a los profesionales que pueden aportar más valor añadido a las organizaciones, aunque desafortunadamente es difícil de implantar en nuestras organizaciones por la tendencia al igualitarismo que políticos, sindicatos y una parte de los profesionales defienden.

**Pago por Capitación.** Este es un sistema de pago, mediante el cual los proveedores, organizaciones o médicos, reciben un pago prospectivo acordado por cada paciente asignado a los mismos, a los que tienen que prestar unos servicios determinados entre financiador y proveedor.

Este sistema es antitético del pago por servicios, ya que es el proveedor el que asume el riesgo del sobre coste sobre un presupuesto prospectivamente acordado. Este sistema debería promover la prevención y la atención primaria, y evitar las hospitalizaciones.

Este es el sistema, aunque de capitación parcial, que se utiliza para retribuir a los facultativos de la Atención Primaria en España, así como en otros países con Sistema Nacional de Salud como Dinamarca o Italia.

En la siguiente tabla puede verse la variedad de sistemas de pago que se emplean en algunos países de nuestro entorno.

<b>País</b>	<b>Atec. Primaria</b>	<b>Ambulatorio</b>	<b>Hospital</b>
		<b>Especialista</b>	<b>Especialista</b>
España	Salario / Capitación	Salario	Salario
Dinamarca	Pago por Servicio / Capitación	Pago por Servicio	Pago por Casos
Italia	Capitación	Salario	Salario
Portugal	Salario / Capitación / Pago por Servicio	Salario/ Pago por Servicio	Salario/ Pago por Servicio
Reino Unido	Salario /Capitación / Pago por Servicio	Salario	Salario

País	Atec. Primaria	Ambulatorio	Hospital
		Especialista	Especialista
Suecia	Salario /Pago por Rendimiento / Pago por Servicio	Pago por caso (GRD's) / Dietas/ Pago por Rendimiento	Pago por caso (GRD's) /Dietas/ Pago por Rendimiento
Alemania	Pago por Servicio	Pago por Servicio	Salario
Francia	Pago por Servicio	Pago por Servicio	Salario

Fuente: Health System un Transición. OMS 2013

- **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 estamentos 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 materializan a modo de primas y participación en los beneficios de la empresa. Las famosas *stocks 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 80%, la asignación adecuada de las retribuciones puede ser una de las herramientas más motivadoras en la gestión de los RR. HH.

Desgraciadamente, en la empresa pública no existen grandes diferencias en las retribuciones, que vienen definidas al inicio de cada año por cada comunidad autónoma, y marcada por los Presupuestos Generales del Estado. Por otra parte, como ya hemos mencionado, son conceptualmente fijas y dejan 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 a 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 debe:

- 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:



- Tener **equidad interna y externa**. La equidad interna ideal se lograría cuando todos los trabajadores de la empresa percibieran que reciben una contraprestación justa por su trabajo y cuando, además, ésta 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 que otras empresas similares pagan y en un entorno análogo de trabajo, siempre y cuando 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 lo 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.

- Manifestar un 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 ésta. 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 próximos al vértice estratégico de la organización reciben una mayor parte de su sueldo como variable asociada a los avatares de la empresa.

- 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, como el contrato a destajo por la colocación de alicatado, que se paga por metros cuadrados realizados. 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 sea variable, 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. Sobre la base de esta mayor dedicación se busca mejorar su rendimiento y permitir a los trabajadores diferenciarse profesional y económicamente de aquellos otros que no estaban interesados en dedicarle al hospital toda su actividad.

- Contemplar unas 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. De hecho, encontramos en algunos hospitales médicos ocupando puestos de enfermería 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 lo tanto, se paga la flexibilidad del profesional. Este tipo de compensación se utiliza en Japón y en nuestro medio, en los puestos directivos, en los que se paga más la "inteligencia emocional" que el conocimiento de una técnica específica.

La mayoría de las empresas utiliza un sistema mixto en el que 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, por lo 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 de ésta, 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 alrededor de 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. Éste es un aspecto que necesariamente debería contemplar cualquier proyecto de carrera profesional que se quiera instaurar en el mundo sanitario.

- Contemplar retribuciones **elitistas** frente a las retribuciones **igualitarias**.

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

Las diferencias económicas que hace años eran importantes se han ido acercando, de manera que en función 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 hecho de tener plazas de aparcamiento o baños privados, etc. Las empresas antiguas, estables, con mercados consolidados, tienden más al elitismo, mientras que las pequeñas, dinámicas y

en busca de su propio nicho de mercado, tienden a ser más igualitarias y, por lo tanto, como ya hemos comentado, una gran proporción de su sueldo depende de su evolución.

- Disponer de **evaluación** de la retribución frente a la **competencia**. Al inicio de este capítulo dijimos que era importante mantener la equidad externa para que el trabajador perciba que está equiparado con los de las empresas del entorno. Esta situación debe tener una monitorización especial con aquellas empresas que sean competencia directa con la nuestra y en aquellos puestos de trabajo que son clave para la competitividad de nuestra organización. Para atraer a "los mejores" debemos retribuir mejor. Esta retribución no se materializa sólo en dinero, sino en las facilidades que podamos dar a los profesionales de elite, que a veces se mueven 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 impartir 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.

- Llevar a cabo una **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. Si la retribución de todos los trabajadores es pública, tiene la ventaja de que al conocerse no habrá especulaciones con relación a preferencias no objetivables, especialmente en el estamento directivo, pero tiene los inconvenientes de que hay que definir y explicar muy bien los criterios utilizados, lo que 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. Se puede llegar al límite de que, para no tener que estar dando explicaciones, el reparto de la cantidad variable se haga lineal, como sucedió en muchos hospitales con la famosa productividad variable.
- Tomar **decisiones salariales** centralizadas o descentralizadas. Parece razonable que los criterios generales de las retribuciones se realicen de manera central en las empresas que tienen una gran dispersión, y que las direcciones de RR. HH. aporten herramientas técnicas para su desarrollo, pero deben 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 (podéis

ver la sección dedicada a ese tema), ya que son ellos, los supervisores, los que van a hacerlo y sobre ellos va a recaer la responsabilidad de explicar al trabajador su retribución final.

- Mantener **condiciones económicas frente a no económicas**. En los apartados anteriores ya hemos tratado las condiciones económicas o aquellas condiciones que eran traducibles a dinero, como los planes de pensiones, los viajes, etc. Nos referiremos aquí a aquellas otras condiciones como la seguridad en el trabajo, las exigencias de ésta, la participación en las decisiones, el protagonismo social, etc. Entre éstas, una afectarán más a los puestos de trabajo menos cualificado (las más higiénicas) y 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: 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.

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

No es lo mismo las preferencias de las personas jóvenes que necesitan liquidez, vivienda, formación, un coche, etc., que las de un adulto con familia cuyas preferencias se decantan más por pólizas de seguros de vida, colegio para sus hijos, pólizas de ahorro y planes de pensiones, etc., que las de 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 los 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.

La ventajas para la empresa sería 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 que:

- Se adecua a las necesidades personales y familiares.
- Incrementa su disponibilidad neta después de sus gastos personales.

- Evita las duplicidades en familias con dobles ingresos.
- Es voluntario 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.

Por último, algunas empresas pueden contratar determinados tipos de servicios personales o del hogar en mejores condiciones que los profesionales particularmente:

- Vigilancia del hogar.
- Limpieza del hogar.
- Cuidado de los niños.
- *Catering*.
- Etc.

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

### **Estadísticas**

Según un estudio realizado en empresas españolas de más de 1.000 trabajadores, como son una gran parte de nuestros hospitales:

- Hay un niño menor de 10 años por cada 2 trabajadores.
- 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 diez empleados formará una familia monoparental (hijos o hijas que viven con el padre o la madre).

## 9.2. Conciliación del trabajo con la vida familiar

La familia, en sus diferentes modalidades, supone la base de la sociedad. El tiempo que dedicamos a ésta 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 han cambiado el modelo social clásico reinante hasta la mitad del siglo XX, en el que 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, 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, para 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 está en el entorno de las empresas, el Estado debe promover leyes que las faciliten, 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 de las/los amas/os de casa. No todas las mujeres ni todos los hombres desean realizar una actividad laboral empresarial, por lo que creemos que se debería incentivar, en la misma medida que a las/los trabajadoras/es 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, con la repercusión que supone 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 que cualquier 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 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 la exigencia de resultados y 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:

- **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. Este tipo de horarios permite al trabajador un mayor grado de autonomía y adaptar su horario a sus requisitos familiares y costumbres.
- **Media jornada y trabajo compartido.** Especialmente apto para personas, especialmente mujeres, con hijos pequeños, que comparten el tiempo que antes utilizaban para trabajar con el cuidado de los hijos.  
El trabajo compartido consiste en que dos empleados comparten la responsabilidad de un trabajo y distribuyen el tiempo de común acuerdo.
- **Semana laboral más corta.** Consiste en realizar las horas contratadas en menos días, evaluadas en cómputo semanal o mensual. Esta fórmula se emplea con frecuencia en hospitales en enfermería, estimulada por las guardias y los turnos nocturnos.
- **Turnos.** Esta modalidad de horario de trabajo, muy utilizada en nuestros hospitales, permite adaptar el turno de trabajo a las preferencias de los trabajadores y a su vida personal o familiar. No son aconsejables los turnos nocturnos fijos, ya que, a medio plazo, suelen desvincular a los trabajadores que los realizan del resto de la familia y de su entorno, que realizan la mayor parte de sus actividades en horario diurno.
- **Excedencias.** Ya nos referimos a ellas al hablar de las leyes que debería promover el Estado para facilitar la conciliación. Consisten en:

- 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.
  - Permisos por emergencias familiares.
- **Vacaciones sin remuneración o con recuperación.** Períodos 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 mediante la realización de más horas de trabajo durante un determinado período de tiempo.
  - **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 manera significativa, ya que también requiere una infraestructura de comunicaciones integrada y eficiente, condiciones exigentes tanto de la empresa como de los profesionales, a pesar de que las ventajas para la empresa y para el trabajador son evidentes:
    - La empresa aumenta su productividad al obviar el tiempo de desplazamiento a la empresa y evitar las distracciones por charlas, almuerzos, etc.
    - El trabajador ahorra tiempo y combustible, contamina menos, contribuye a una menor congestión del tráfico, logra reducir su propio estrés, etc.
    - La empresa puede disminuir su infraestructura.
    - El trabajador dispone de más tiempo y ello mejora su calidad de vida.
    - El trabajador puede compatibilizar las tareas laborales con las tareas familiares y de su vida cotidiana.

Pero también tienes sus desventajas y problemas de implantación:

- El trabajador debe contar con una estructura de comunicaciones en su casa.
- La empresa debe organizarse para posibilitar el teletrabajo. Además, debe evaluar a las personas por procesos y resultados, no por su presencia, dado que con el teletrabajo es prácticamente imposible.
- El teletrabajador debe mentalizarse para trabajar por objetivos, autodisciplinarse y ser autónomo en su trabajo, así como concienciarse de que forma parte de un equipo que converge en los mismos objetivos.
- El trabajador debe estar cualificado para el uso de la tecnología de las comunicaciones correspondientes a su función.
- La empresa debe velar por la seguridad de sus datos.



- El trabajador debe asumir el aislamiento que su condición implica.

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 manera 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 existe un amplio abanico de posibilidades de adaptación, tal y como ocurre actualmente con los estamentos médicos y de enfermería.

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

#### **Nota**

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.

### **9.3. 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 complementaria, responden a los principios de cualificación técnica y profesional, y su cuantía se adecua a lo que disponga la ley de presupuesto.

- **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 3 años de servicios.
- **Antigüedad/trienios**. Según los años de trabajo.
- **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 propios del servicio de salud de cada comunidad autónoma y son:

- Complemento de destino. Depende del nivel del puesto que desempeñe en trabajador.
- Complemento específico. Destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos de trabajo en atención a su especial dificultad técnica, peligrosidad, etc.
- Complemento de productividad. Destinado a retribuir el especial rendimiento, participación en programas, logro de objetivos, etc.
- Complemento de atención continuada. Guardias.
- Complemento de carrera. 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 que aportan un mayor valor añadido a las organizaciones sanitarias en las que trabajan. Sin embargo, la realidad es que la aplicación de estos complementos arrastra una inercia histórica y éstos se generan en un entorno que hace su aplicación muy difícil, lo que suele generar un reparto casi lineal.

El intento de avanzar en la personalización de las retribuciones con el mantenimiento de la condición estatutaria, oficializada por el estatuto marco, ha provocado una gran complejidad del régimen retributivo.

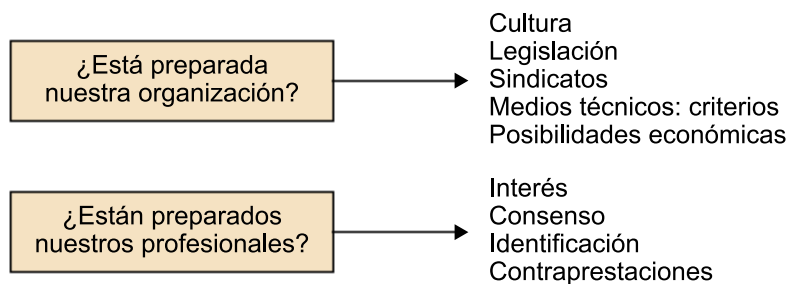
A modo de ejemplo, exponemos los conceptos retributivos en el Servicio Vasco de Salud, no muy diferentes a los del resto de las CC. AA., según el Decreto 235/2007:

- Retribuciones básicas.
- Antigüedad/trienios.
- Complemento de atención continuada.
- Complemento de nocturnidad.
- Complemento de trabajos en festivos.
- Horas extraordinarias.
- Complemento específicos.
- Complemento personal.
- Complemento de turnicidad.
- Complementos de localización.
- Complementos de productividad fija o variable
- Complemento de carrera profesional
- Guardias y atención continuada.
- Autoconcertación.

No debemos confundir la equidad con la igualdad, típica del sistema público, y a la nuestros hospitales no son una excepción. En nuestro medio está transgredida tanto la equidad interna como la externa. La interna porque cobra lo mismo el profesional excelente que se dedica íntegramente al hospital que aquel 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 generalizar, ya que hay profesionales mal pagados, especialmente en la excelente elite de los médicos, así como mucho personal sanitario y no sanitario mejor pagado en los hospitales públicos que en los privados, especialmente

cuando entra en juego no sólo la cantidad de dinero que recibe, sino también las horas reales de trabajo y el escaso control sobre la productividad de ésta en el entorno público.

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



Política salarial. Incentivos

Cuando hablamos de retribuciones variables en una empresa, debemos saber que no se trata de un fin, sino de una herramienta, de extraordinaria importancia cuando se aplica adecuadamente, que junto con el resto de las medidas coherentes con la estrategia de la empresa facilitan la consecución de los objetivos logrados mediante la actuación de sus profesionales.

Para poder implantar con éxito un sistema de retribución variable se requiere una serie de condiciones previas y de cierta maduración organizativa, que no todas las empresas y particularmente las empresas públicas disponen. Estas condiciones son las siguientes:

- La empresa debe tener bien definido un plan de dirección por objetivos de las unidades productivas y, desde el punto de vista individual, de aquellas categorías profesionales en las que queramos aplicar el sistema.
- El sistema de evaluación debe ser claro y sencillo, de manera que cada profesional pueda conocer los compromisos que adquiere.
- Debe existir una política de comunicación eficiente para hacer llegar a los profesionales las ventajas y los inconvenientes, que los tiene, del sistema, así como del riesgo que asume al comprometer una parte de sus ingresos a la consecución de los objetivos consensuados.
- El proyecto de la empresa debe estar liderado por la dirección. Los trabajadores deben conocerlo y estar permanentemente comprometidos con él.

- La empresa debe dejar claro que este sistema es un compromiso entre la propia empresa y el profesional, en el que está en juego una parte de la retribución de éste, que depende de la consecución de resultados. Estos resultados, a su vez, aportan valor añadido a la empresa.
- La adscripción a este sistema debe ser selectiva por parte de la empresa y voluntaria por parte del profesional que desee aceptar este sistema.
- Desde la dirección, la empresa debe generar confianza y crear compromiso con los profesionales.

La implantación de un sistema de este tipo supone para la organización:

- Mejorar la planificación, ya que orienta los objetivos de las unidades y de los profesionales hacia los objetivos institucionales.
- Mejorar la flexibilidad en la gestión de los profesionales y reasignar funciones y competencias en función de su dedicación.
- Mejorar la eficiencia de los procesos, al dirigir el esfuerzo económico en aquellos profesionales dispuestos a lograr resultados para la consecución de los objetivos.
- Adquirir una importante herramienta en la gestión de los RR. HH.
- Estimular la pertenencia a la empresa de los profesionales con una mayor dedicación a ésta.
- Reconocer los resultados logrados individualmente y su aportación a los logrados por la unidad y la propia empresa.
- Vincular los resultados del trabajo con su retribución económica.
- Estimular el desarrollo profesional del trabajador, ya que ve recompensado su esfuerzo desde un punto de vista económico y su consideración por la dirección.
- Contribuir a su sensación de pertenencia a la empresa, al ver reconocido su esfuerzo.
- Ayudar a compartir los éxitos de su unidad, mediante el logro conjunto de los objetivos.

Antes de implantar un sistema de retribución variable hay que estudiar su implantación. Los aspectos positivos que posibilitan el éxito son que:

- El sistema debe ser sencillo y claro.
- Los objetivos pactados deben ser alcanzables.
- El porcentaje variable de la retribución debe ser significativo con relación a la parte fija de la retribución.
- El pago de la parte variable se debe poder retribuir a lo largo del año, aunque debe quedar siempre claro que esta cantidad no está asegurada hasta la evaluación positiva de los objetivos.

También hay que considerar los factores negativos que debemos evitar:

- La poca definición de los objetivos que se han de alcanzar y el modo de evaluarlos.
- La inequidad entre las unidades y los profesionales al establecer los objetivos.
- La evaluación subjetiva de la consecución de los objetivos, por lo que éstos deben ser siempre evaluables sobre variables objetivas.
- La percepción del sistema como una política de compensación y no como una retribución en función de la consecución de resultados.

Las ventajas de su implementación radican en que:

- Se remunera a los profesionales por lo que realmente aportan a la organización.
- Existe un estímulo permanente a la consecución de resultados, ya que no es una cantidad consolidable.
- Permite dirigir los objetivos individuales y de las unidades a la consecución de los objetivos de la empresa.
- Mejora la sensación de pertenencia de los profesionales a la empresa y su relación con los directivos.
- Permite una evaluación objetiva de los profesionales.

- Permite la promoción de aquellos profesionales que aportan un mayor valor añadido.

Los inconvenientes surgen de que:

- El sistema requiere una buena definición de los objetivos de las unidades y de los profesionales.
- Se necesita un buen sistema de información en permanente actualización que contemple el plan de objetivos y su evaluación.
- Se precisa un sistema maduro de comunicación entre la dirección y los profesionales que refuerce la confianza mutua.
- En muchas organizaciones es necesario un cambio de cultura, pasar de la cultura del estar a la del hacer.

Existen varios sistemas en función de los objetivos que se deben alcanzar. El **sistema basado en la consecución de objetivos** puede estar orientado a la consecución de **objetivos individuales**, a las **unidades de producción** o al **global de la empresa**.

El sistema basado en la consecución de **objetivos individuales** tiene una relación directa con el logro de los objetivos pactados con cada uno de los profesionales. Como ya hemos comentado, la dificultad radica en el establecimiento de los objetivos, en su cuantificación y evaluación, especialmente para algunos puestos de trabajo. Por ello, este sistema se inició en los puestos directivos y en las organizaciones sanitarias con los médicos.

Este sistema estimula la competencia y la superación individual, en detrimento de la integración de las unidades.

En el sistema basado en la consecución de los **objetivos de las unidades de producción** se evalúa la consecución de los resultados de las unidades de producción y los equipos de trabajo. Este sistema estimula la cooperación y el espíritu del grupo, pero no favorece la superación individual, e incluso puede generar conflictos al premiar colectivamente a trabajadores que han aportado poco a la consecución de los resultados.

El sistema basado en la consecución de los **objetivos globales de la empresa** favorece la integración empresarial y la identificación con aquélla, y requiere una gran labor de comunicación interna para que los trabajadores asuman como propios estos logros.

Aunque es difícil de aplicar en nuestro entorno público, existe otra modalidad de retribución variable que no se basa en la consecución de objetivos en sentido estricto, sino en otras variables, como:

- La participación en beneficios, especialmente utilizada en los equipos directivos.
- Las comisiones sobre ventas, utilizadas con los agentes comerciales de las empresas. Estos profesionales reciben la mayoría de sus ingresos en función de las ventas que generan.
- Las primas por actividad. Se ha utilizado en nuestro entorno en los programas de tarde de algunos hospitales o en el programa de trasplantes de reconocido prestigio a nivel mundial.

Aunque, como ya hemos mencionado al inicio de este capítulo, las condiciones necesarias para llevar a cabo con éxito la implantación de un sistema de este tipo es compleja en el sector sanitario y especialmente en los hospitales públicos, existen algunas organizaciones sanitarias que lo han implantado, como GesClinic-Caspe en Barcelona o la Fundación Althaia en Manresa.

Asimismo, la retribución de los profesionales del sistema sanitario representa el mayor gasto dentro de los presupuestos, rozando el 70% de la nómina de cada hospital y el 20% 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 él y los cambios legislativos que se han producido. En general, podríamos decir que el salario de las enfermeras y las guardias médicas ha aumentado, pero la capacidad adquisitiva de estos últimos ha disminuido. Se ha producido un estrechamiento del abanico salarial que ha acercado el sueldo de las categorías inferiores a las superiores. No obstante, si calculamos la retribución, no de manera 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% 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 lo mismo para el médico de urgencia que para el de laboratorio; para el celador de puerta que para 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 a los horarios más adecuados para la vida familiar o la actividad privada.

Las transferencias a las CC. AA. de la sanidad han empezado a diferenciar los salarios, con una retribución mayor en las que llevan años ya transferidas, que han ido a caballo de las normas centrales para mejorarlas económicamente en cada comunidad, sin que parezca que haya habido grandes contrapartidas en cuanto a la mejora del rendimiento y la productividad.

### **Diferencias salariales**

Según los datos aportados por el Informe de la Organización Médica Colegial de Madrid del año 2010, existen notables diferencias entre las retribuciones, las condiciones de trabajo y la dedicación horaria de los médicos de primaria en España con relación a sus homólogos en la Unión Europea. También existen diferencias en las retribuciones de estos profesionales entre las distintas CC. AA. de nuestro país.

Mientras que la retribución por los conceptos de sueldo base, trienios y complemento de destino es similar en todas las CC. AA., otras retribuciones como las guardias, la dispersión geográfica, la carrera profesional o la productividad variable presentan enormes diferencias. Así, mientras que en Andalucía se cobra 18,04 €/hora por la realización de las guardias, en Murcia se cobra 27,54 €/hora, lo que supone una diferencia del 52,66%, unos límites entre los que se encuentran el resto de las CC. AA. Si analizamos lo que se cobra en cada una, dispersión geográfica y transporte, el informe afirma que mientras que en Castilla y León se cobran 6.495 €/año, en Cataluña se cobran 14.456 €/año, lo que supone un 122% más.

Aunque la falta de incentivos para aquellos trabajadores más activos es una queja permanente de profesionales y directivos, la realidad es que existen muchos incentivos con relación a la empresa privada, asumidos "como normales", a los que el trabajador no da la menor importancia y que los directivos no hemos sabido rescatarlos para la incentivación, especialmente en tiempos de crisis, cuando la seguridad en el puesto de trabajo debería ser un valor trascendente 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 al 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 incluso rozan el Código penal, de las que disfrutaban muchos profesionales de nuestras organizaciones, a veces inconscientemente por ser costumbre habitual en nuestros hospitales.

Es necesario realizar 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. Se introdujo como un complemento específico en 1985 y supuso un importe eco-



nómico 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, mejorar así su productividad y motivación y, a largo plazo, formar el núcleo conductor del hospital frente al grupo de médicos con práctica privada que lo conducía en aquella época.

Esta medida, bien pensada inicialmente, cometió el error de seguir las normas funcionariales del "café para todos" y hacerla obligatoria para los médicos que accedían al sistema, en lugar de hacerla selectiva para aquellos médicos "que interesaran al hospital". De hecho, ha significado no sólo una subida lineal sin contraprestaciones en actividad, sino también 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 debería 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.

#### **9.4. Modos retributivos en el sistema sanitario público español**

En nuestro sistema sanitario se han utilizado varios sistemas de retribución. El salario cuasi fijo, que es el que prima en la actualidad, tanto a los médicos hospitalarios como a 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, en la que además de las modalidades anteriores existe un componente variable en función del rendimiento. La variable utilizada en la atención primaria es el número de cartillas, mientras que en la especializada son las guardias y el número de actos médicos en la actividad fuera de la jornada laboral.

Desde 1988 a 1992 el Insalud intentó incentivar a los médicos mediante primas individuales, un método conocido como **productividad variable**, que se adjudicó en función de los informes de los jefes jerárquicos de cada uno de ellos y en aquellos hospitales en los que se aplicó correctamente mediante la consecución de objetivos pactados con anterioridad. Ello 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 rela-

cionadas 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 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, en la 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 el modo tradicional de pago a los antiguos "médicos de cupo", que cobraban en función de las cartillas = familias asignadas, con unos topes correctivos según un número máximo. Con el nuevo modelo, en los centros de salud los médicos son asalariados fijos, pero con el 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**, las denominadas despectivamente "peonadas", aquella actividad realizada fuera de la jornada laboral, supone a priori una medida de interés, ya que estimula la participación y la productividad. Como ocurre casi siempre en el sector público, una medida inicialmente válida se revierte por las consecuencias negativas que puede generar. El incremento artificial de la demanda, la disminución del rendimiento en la jornada habitual, el desvío de pacientes, etc. desvirtúan 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 desde el punto de vista 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 si no se toman medidas estructurales globales que lo solucionen: la superespecialización en los hospitales terciarios obliga a aumentar tanto las guardias de "médicos especializados" en presencia física como de los superespecialistas de manera 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 disminuye la actividad, que puede ser muy llamativo en servicios como el de anestesia e incidir en cascada sobre el rendimiento quirúrgico, la estancia media, el coste cama, etc. El incremento del precio de la guardia, al incidir su

prorrateo en las pagas de vacaciones y extraordinaria, 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 cuyo trabajo se debería distribuir en un período más largo que las 7 horas matinales, en las que se concentran la mayoría del personal y los pacientes, y que convierte las 15 horas restantes en un intervalo de urgencia. Las guardias han generado 2 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 guardias 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 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, las diputaciones y los 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), en el que el sueldo base depende del grupo profesional (I al V), el complemento funcional depende del nivel funcional dentro del grupo y existen incentivos con un rango porcentual diferente para cada nivel funcional.

Grupo profesional	Nivel funcional	Nivel de incentivación
I	Facultativo (I-V)	20-28%
	Técnico superior (I-III)	14-18%
II	Enfermera (I-IV)	7-13%
	Fisioterapeuta	7-13%
	Matrona (I-II)	2-16%
	Técnico grupo medio (I-III)	7-13%
III	Administrativo	3-7%
	Secretaria	3-7%
	Técnico especial	3-7%
IV	Auxiliar enfermería (I-III)	3-7%
	Auxiliar administrativo	3-7%
	Telefonista	3-7%
V	Celador	3-7%

Sistema retributivo del Hospital de la Costa del Sol, Málaga. El salario base es el mismo para todo el grupo profesional y el complemento funcional es distinto según el nivel funcional.  
Fuente: Memoria Hospital de la Costa del Sol

**Recordad**

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

**Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 10. La formación continua de los profesionales

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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 limitaremos el enfoque de esta función a la responsabilidad que la dirección de RR. HH. tiene sobre ésta y al necesario apoyo que debe prestar 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. Somos empresas de servicios, realizamos productos sofisticados, en los que el conocimiento de sus profesionales es su condición fundamental, y otros productos docentes y de investigación.

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

La realización de servicios y productos muy complejos convierte a nuestros hospitales en empresas en las que el máximo valor competitivo es el conocimiento, saber cómo se hacen las cosas. Este poder está en el núcleo operativo pero no es el ápice estratégico.

Si somos productores de docencia, es lógico que la filosofía de la mejora mediante el conocimiento impregne la organización. Generalmente se suele distinguir entre la **formación**, que se centra en dotar a los empleados de habilidades concretas, mantenerlas actualizadas y ayudarlos para mantener un rendimiento adecuado en sus puestos de trabajo y el **perfeccionamiento**, que se

orienta más en dotar a los trabajadores de habilidades, quizá 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 que se pretenden alcanzar, la oportunidad de éstos, su realismo y el modo como se van 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 RR. HH. Para la selección de los cursos o las actividades que se han de desarrollar deben participar intensamente los responsables de la línea de producción, que son quienes realmente conocen las necesidades de los trabajadores, tanto de puestos de trabajo como de personas, para cubrir así la actualización de las técnicas y los proyectos de carrera profesional de cada uno de ellos. La dirección debe incluir los que son de carácter estratégico y las deficiencias que se hayan detectado mediante las reclamaciones y las sugerencias de los clientes y los propios trabajadores.

Aunque por sus características algunos cursos deben ser realizados fuera de la empresa, la mayoría deben ser efectuados en ésta, para ahorrar tiempo, desplazamiento, etc., por lo que hay que prever las aulas necesarias, el material docente, los 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, lo 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 persona supone un estímulo personal y profesional, aunque de hecho no le sirva para progresar en la escala funcionarial, en la que lo que realmente cuenta es la antigüedad; pero para el personal no fijo y para las escalas más bajas del personal fijo esto supone puntos que les pueden permitir escalar en las listas de contratación y acceder a un puesto de trabajo.

En los hospitales, el tipo de formación que requiere cada estamento es muy diferente desde el punto de vista técnico: médicos, enfermeros, cocineros, electricistas, 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 ésta, el trabajo en equipo, la creatividad en el desarrollo del trabajo, en fin, una serie de características que pueden convertir un trabajo rutinario en 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 se trata de un producto que ofertamos en los hospitales (formación de los estudiantes de ciencias de la salud en el ámbito de la licenciatura, las diplomaturas y la formación profesional; pero también formación posgraduada de especialización médica, farmacéutica, física, química, 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**

- Que las organizaciones sanitarias son empresas del conocimiento, en las que la docencia debe impregnarlas.
- Que los planes de formación deben estar estrechamente vinculados con la estrategia de la empresa.
- Que debemos distinguir entre la formación y el perfeccionamiento.
- Que la formación continua debe ser no sólo un derecho, sino un deber de los profesionales excelentes.

### **Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 11. El desarrollo de la carrera profesional

### Actividad inicial

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

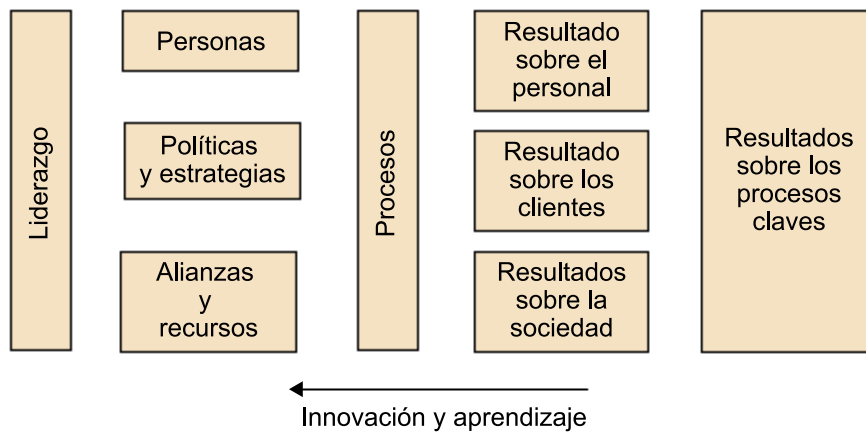
- 1) ¿Existe en vuestra organización una carrera profesional para la promoción de los profesionales? Si existe, ¿para qué profesionales? Podéis describirlas.
- 2) Si existe, ¿quién interviene en su diseño y aprobación?
- 3) ¿Quién evalúa a los profesionales?

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 aparejada 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 extraña 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 la 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 la parte del trabajador la orientación debería ser la integración del profesional, 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

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 iniciar su desarrollo, ya que, si no se reúnen las **condiciones adecuadas**, podemos tener más efectos perjudiciales que beneficiosos. Si decidimos tirar 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 la dirige 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 difícil satisfacer a todos los grupos de los distintos profesionales que configuran la empresa, por lo que se presta una atención preferente a los profesionales más cualificados. El sistema sanitario no ha sido una excepción y se ha iniciado con el grupo de los médicos y una estructura muy simple, a pesar de lo cual sólo en algunas instituciones ha podido ser implantada la carrera profesional.

El **desarrollo de un plan de carrera profesional** en una empresa supone una delicada operación de ingeniería organizativa en la que debe participar la alta dirección, ya que muchas decisiones de futuro que afectan a ésta sólo pueden ser decididas por la dirección. El desarrollo implicará, 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, los valores y las carencias para elegir así una carrera profesional adecuada y realista entre las posibles de la organización e identificar aquellos aspectos que se deben corregir o mejorar para lograr

los objetivos requeridos en su carrera profesional y alcanzar un nivel superior. Esta evaluación es mixta: por parte de la empresa y la autoevaluación que realiza el propio trabajador. La empresa puede usar aquellas herramientas de evaluación que habitualmente utiliza para la selección, evaluación del rendimiento, etc., como los tests 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 estar basado en varios métodos (entrevistas, cursillos, etc.), se establece un acuerdo entre la empresa y el trabajador sobre la aproximación a su futura carrera profesional.
- **Fase de perfeccionamiento.** Es la fase en la que 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 preparen para su futuro e inmediato puesto profesional.

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 en aquellos 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 en el que se invierte mucho dinero en su formación y promoción, ya que este grupo de personas necesita una mayor motivación extrasalarial para mantenerlos en la empresa.

Debemos **diferenciar el diseño** de la carrera profesional para empleados jóvenes, de mediana edad y mayores, dado que cada uno tendrá una motivación diferente.

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 venda" tendrá más posibilidades de promoción. Las características adecuadas para la **autopromoción** son:

- La capacidad de comunicación es clave para ser considerado candidato a cualquier ascenso.
- Los objetivos deben ser convergentes con los de la empresa.
- El planteamiento es reducir cuanto se pueda el número de problemas y ofertar el mayor número de soluciones.
- La prioridad de los resultados del grupo frente a los propios.

- La orientación al cliente, tanto externo como interno.
- La elevada consideración de cualquier proyecto de la empresa.
- El respeto de todos los 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 (sistema sanitario público), no diferencia a aquellos profesionales que actúan según los siete principios mencionados. Por ello resulta muy difícil implementar cualquier diferenciación profesional individual en nuestro medio y se han diseñado "carreras profesionales estándares", comunes para cada grupo: médicos, enfermería, etc., como comentaremos a continuación.

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.

No obstante, algunos hospitales, e incluso alguna comunidad autónoma, 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 manera que los derechos adquiridos en unas puedan ser reconocidos en todo el Estado:

- Carácter voluntario.
- Articulación en cuatro grados, con un grado inicial optativo.
- Exigencia de cinco años de ejercicio profesional para la obtención del primer grado.
- Realización de la evaluación por parte de un comité específico con mayoría de profesionales de la misma profesión/especialidad del evaluado.
- No dictamen sobre la reversibilidad del grado alcanzado.
- Establecimiento por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de los criterios de homologación del reconocimiento en todo el Sistema Nacional de Salud.

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

- Se ha producido un crecimiento muy rápido de las plantillas desde los años sesenta y setenta, caracterizado por la ocupación de todas las categorías posibles por 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 las categorías superiores.
- En la organización no se ha generado una cultura de evaluación de los resultados, por lo que 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 los problemas con los que se encuentran son que:

- No se puede 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.

Grupos de edad	Total	%
<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>

Distribución por grupo de edades de los médicos colegiados el 31 de diciembre del 2007  
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 deben establecer criterios lo más objetivos posible de evaluación, para lo que cada facultativo debería saber qué espera de él su organización.
- Se deben homogeneizar los criterios de ascenso, por lo que también deberían centralizarse.
- 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 más pseudofuncionariales 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.

Actualmente, todas las CC. AA. tienen desarrolladas carreras profesionales para los médicos, muchas para enfermería y sólo algunas para personal no sanitario. Ejemplos de las organizaciones pioneras como la Clínica Puigvert de Barcelona y de varias CC. AA. están descritos en el anexo "Ejemplos de desarrollo de carrera profesional".

A pesar de que hace más de diez años en España se instauró la Carrera Profesional para los médicos y posteriormente para el colectivo de Enfermería como un sistema que reconociera los esfuerzos, méritos y aportación de los mismos a lo largo de su desempeño profesional, nos encontramos en este momento con 18 modelos de carrera profesional, en algunos casos bastante diferentes y sin poder llevarse a cabo su desarrollo por la falta de consenso y la disponibilidad económica necesaria para hacerla una realidad.

Aunque en todos los modelos se prevén 4 niveles retributivos, son diferentes los calendarios de implantación, a quien afecta, los importes por niveles, los sistemas de actualización así como los profesionales afectados.

- Con relación a los servicios prestados por nivel. Existe una gran variedad entre las CC. AA., con grandes variaciones en la permanencia de un determinado nivel para poder ascender al siguiente. Solo hay algunas CC.AA., como Baleares, Castilla la Mancha, Extremadura, Murcia y Valencia que reconocen los servicios prestados por los MIR.
- Máximo nivel retribuido. Hay comunidades que han llegado hasta el 4º nivel, mientras otras como Andalucía, Cantabria y Cataluña solo han alcanzado el 2º.
- El importe en los distintos niveles. Dado que la implantación en las CC. AA. fueron en diferentes años, la comparación no es homogénea, aunque en el 2014, existieron grandes diferencias. En el nivel I del 188,72 % y del 150.54 % en el nivel IV.
- Baremos de evaluación. Aunque la variable fundamental en todas las CC. AA. es la antigüedad, los baremos más exigentes son los de Andalucía y Cataluña, por lo que en estas CC. AA. es muy difícil acceder al nivel IV.
- Quién accede a la Carrera Profesional. Los médicos de cupo y zona han quedado fuera de la misma en algunos servicios de salud. El personal interino ha tenido reconocimiento, aunque no tendrá efectos económicos hasta la obtención de la plaza en propiedad. Esta es una situación compleja ya que el 46 % de los médicos en activo no tienen plaza en propiedad.
- La carrera es reversible solo en Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha y La Rioja.
- Forma de pago. En la mayoría de CC. AA. se realiza en 12 mensualidades, aunque hay algunas como Extremadura que se realiza en pago único en enero del año siguiente.

La carrera profesional en enfermería, introducida posteriormente a la de los médicos, tiene unos criterios semejantes y un desarrollo autonómico parecido, y existen actualmente 18 modelos diferentes.

Las variables de evaluación son: formación, actividades docentes, actividades científicas e investigadoras, actividad asistencial, y compromiso con la organización .

Al igual que ocurría en el caso de los médicos existen notables diferencias sobre quien tiene derecho a incorporarse, con preferencia al personal en plantilla, niveles de la carrera y forma de acceder a ellos, nivel retributivo, llegando a diferencias de más del 15 % entre las Comunidades de Madrid y Baleares.

### **Recordad**

- Que la carrera profesional debería contemplar más la actitud y los resultados que la antigüedad en el empleo.
- Que aún no existe una carrera profesional generalizada en el sistema sanitario público.
- Que 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.

### **Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 12. Convenios colectivos y estatutos

### Actividad inicial

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

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

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. 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 también, hay algunas excepciones, como es el caso de Cataluña–, pero no existe 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, siempre que este marco facilite 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 a desarrollar políticas de RR. HH. creativas e innovadoras. El comportamiento del personal laboral de las instituciones públicas está más próximo al del funcionario que al 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 las organizaciones sanitarias públicas de su entorno con personal funcionarial, ya que el peso de estas instituciones es tan elevado que condiciona los convenios colectivos, que suelen ser miméticos de los estatutos. A continuación se muestra una tabla comparativa de los derechos laborales de los trabajadores de dos hospitales públicos, uno en régimen funcionarial y otro en régimen laboral.



Conceptos	Días	
	Servicio Canario De Salud	Hospital Universitario de Canarias
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 familiar	3	2-10
Traslado de domicilio	1	4
Días de convenio	0	6
Festivos/turnos rotatorios	Según necesidades servicio	14
Guarderías	No	Sí
Comedor	No	Sí
Premio de jubilación anticipada	0	De 6 a 12 mensualidades
Edad de jubilación	65	64
Servicio médico de empresa	No	Sí
Seguro responsabilidad civil	No	Sí
Póliza invalidez	No	1 a 2 millones pesetas
Uniforme	Sin obligación anual	2 uniformes al 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 2 años de antigüedad	Al año de antigüedad
Traslados entre servicios y centros sanitarios	Difícil	Anual por convenio

Derechos laborales de los trabajadores del Servicio Canario de Salud y 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, desde el número de horas de trabajo, al control horario, los 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 en la empresa pública ignoramos, ya que damos por sentado que un hospital público no se puede cerrar.

La discusión del **convenio colectivo**, junto con la discusión de los presupuestos, son los dos actos de carácter táctico más importantes del equipo directivo de un hospital y que afectan directamente a la dirección de RR. HH. como parte integrante del equipo directivo. Por otro lado, es curioso que de 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 es 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; además, si la batalla ha sido muy dura, termina de manera próxima o lejana con el cese del gerente.

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

Aunque es imposible dar recetas para llevar adelante una **negociación** del convenio, daremos algunas pautas que naturalmente habrá que aplicar adaptándolos a cada entorno y dependiendo del riesgo que queramos admitir y de nuestra experiencia como interlocutor<sup>1</sup>.

<sup>(1)</sup>R. Adler; B. Rosen; E. Silverstein (1996, marzo). *Training and Development*.

### 1) Técnicas de negociación de bajo riesgo

- Elogiar al adversario.
- Tratar primero los puntos más fáciles.
- Usar el silencio.
- Realizar propuestas inicialmente superiores a lo necesario.
- Convencer de la mala situación de la empresa y los límites de la negociación.

### 2) Técnicas con riesgo moderado

- Evasivas y sutilezas.
- Comedia del bueno y el malo
- Limitación de competencias.
- Amenaza de otras ofertas.
- Tácticas psicológicas:

- Reunirse en la propia oficina.
- Establecer fechas y horas extrañas.
- Sentar contra el sol.
- Interrumpir la reunión.
- Atender el móvil.

### 3) Técnicas con alto riesgo

- Actitud enérgica con mal carácter.
- Actitud de omisión. Se pasa la responsabilidad al jefe.
- Actitud excluyente: "¡Lo toma o lo deja!".
- Agotamiento del adversario por cansancio físico o psíquico.

#### **Recordad**

- Que la implicación real de los profesionales y su evaluación en función de sus resultados son las asignaturas pendientes no sólo del sistema sanitario, sino también de la función pública.
- Que no parece que la última ley de la función pública vaya a ser la solución tan esperada.
- Que los convenios colectivos de los hospitales públicos con régimen laboral no se diferencian excesivamente de las normas estatutarias.

#### **Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 13. La acción sindical en las organizaciones sanitarias

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, 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?

Hay que distinguir claramente el diferente comportamiento de la **acción sindical** en las **empresas pública** y las privadas. En estas últimas 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. Para complicar más la situación, hay que añadir 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 los profesionales de más prestigio, sino aquellos más interesados en la acción política.

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

Por ello, sus **planteamientos sindicales** más relevantes se centran en:

- **Los salarios.** Los planteamientos en este terreno son muy sencillos: se basan en aumentar permanentemente el salario de manera 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 realmente subyace el temor de que la diferenciación entre los profesiona-

les por su rendimiento pueda afectar a la influencia de la acción sindical. La linealidad es una característica antinatural a la condición humana y, por lo 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 lo tanto, de la 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 que implica obtener titulaciones de superior categoría, muchas veces fuera del alcance de determinados colectivos, especialmente los inferiores, y limitar el salto de categoría o la promoción a puestos jerárquicos. Las reivindicaciones para los saltos de categorías suelen ser masivas para grupos enteros (por ejemplo, auxiliares de enfermería para ser incluidos en categoría de técnicos especialistas). Los puestos de coordinación, según una cualificación base para el puesto, tienen una decisión basada en unas características especiales del puesto difíciles de cuantificar, por lo que resulta muy complejo estandarizar las variables y lograr designación en función de un procedimiento estandarizado. La promoción horizontal no ha sido explorada, posiblemente porque ello supondría una ampliación en las funciones que deben realizar, lo que a su vez 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 los turnos de trabajo, las guardias, etc., que no han sido estudiados adecuadamente a medida que han ido cambiando las condiciones del entorno pero no nuestra organización, que es prácticamente la misma que hace 20 años. No todos los trabajos son igualmente penosos, los sistemas de guardia no parecen el modo más adecuado de funcionar en una organización del conocimiento y 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", y bloquean negociaciones que permitirían el enriquecimiento organizativo sobre la base de la equidad a la diferenciación de procesos y persona. Cada comunidad autónoma es diferente, como cada hospital y cada servicio, por lo que parece razonable que bajo un amplio paraguas que normalice de-

terminados procedimientos (entre menos, mejor), las unidades negocien con sus directivos la fórmula más idónea para lograr los objetivos de la empresa, que naturalmente deben ser satisfacer a 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 poder resolver la mayoría de los problemas de toda índole que tienen los hospitales, unos problemas que, como hemos comentado, son estructurales y de gran calado político, y de los que los sindicatos son conscientes. Por lo tanto, 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 más que por su preparación por voluntarismos o por afinidad política.

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

- **Movilidad laboral.** Los dos aspectos más atractivos del puesto de trabajo en la Administración pública son la seguridad en el empleo y la amplia movilidad de la que se goza voluntariamente. Esta cultura está trasladada a nuestras organizaciones sanitarias y a sus sindicatos, que defienden la movilidad voluntaria sin cortapisas y una gran dificultad al traslado no voluntario. Esto, que humanamente es aceptable, es incompatible con una empresa que requiera una gran flexibilidad como la nuestra. La movilidad interna, que utiliza como único criterio la antigüedad, lleva a acumular en las áreas más cómodas a personal prejubilado con poca motivación. Esto es un panorama quizá 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 de interinos y eventuales. La mayoría de estos profesionales no están por causas coyunturales, sino estructurales. Mantener esta estructura de personal supone más problemas que la ventaja que podría implicar 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 del funcionariado, 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 éstos han mejorado con el paso del tiempo, se ha pasado de unas posturas cuasi políticas a otras 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 esta 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**

- Que el mayor poder sindical permanece en las instituciones públicas.
- Que en los hospitales públicos los sindicatos desempeñan un papel sistemático de crítica, más que una labor proactiva para mejorar la organización.
- Que los sindicatos deberán aproximarse al modo de actuar de sus homólogos europeos.

### **Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 14. Las organizaciones sanitarias del futuro

Los cambios que han ido conformando nuestras organizaciones sanitarias y los que sin duda se producirán en el futuro son consecuencia de los cambios del sistema sanitario y del papel que se le atribuye a dichas organizaciones en éste, que a su vez es consecuencia de los cambios en su entorno social, dentro de los propios cambios del modelo de sociedad.

Aunque éste es un hecho evidente, que se ha producido desde los albores de la humanidad, tenemos una especial dificultad en prever el futuro de nuestras organizaciones y las estructuras físicas y humanas sobre las que se debe desarrollar. Parece imposible creer que en 1880 Thomas Edison no creyera en el valor comercial del fonógrafo; que en 1895 Lord Kelvin afirmara que "la radio no tenía valor, que los Rayos X eran una farsa y que las máquinas más pesadas que el aire nunca podrían volar"; que en 1927 Harry Warner, presidente de Warner Brother Pictures, despreciara el valor futuro de las películas sonoras; o que en 1977 Ken Olsen, presidente de Digital Equipment Corporation, no creyera en el futuro de los ordenadores personales.

Aunque prever el futuro es muy difícil, hay toda una serie de circunstancias que sin duda van a transformarlo en pocos años y que condicionarán la tipología, formación y funciones de los profesionales de la salud, por lo que es necesario tenerlas en cuenta:

- 1) La Globalización. Las nuevas tecnologías de la comunicación, así como la apertura de mercados y tránsito de profesionales.
- 2) La apetencia por los Servicios más que por la posición de los bienes de consumo. Esta apetencia condiciona la aparición de nuevas empresas y modalidad de profesiones.
- 3) La evolución exponencial de la tecnología, con sus grandes beneficios, pero también su necesidad de evaluación y sobre todo la necesaria adaptación de nuestras organizaciones y de los profesionales para el uso eficiente de la misma.
- 4) La llegada de los nativos digitales y especialmente los *milenarios* (nacidos en la última década del siglo XX), al mercado de trabajo y al consumo. Estos nuevos clientes requerirán nuevos servicios y productos, adaptados a sus necesidades.
- 5) Mayor tendencia a adaptar la vida laboral y familiar/personal. Lo que requerirá adaptación de horarios y formas de trabajo.



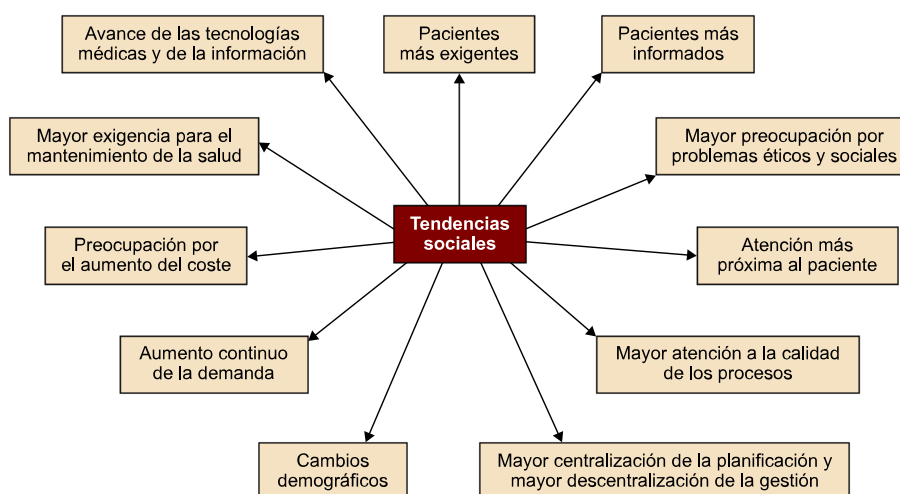
6) Trabajar en entornos digitales, promoviendo la interconectividad, la colaboración, el trabajo en entornos colectivos y donde la robótica y la explotación de los datos (*Big Data*), cambiarán nuestra forma de trabajo, sesgando las profesiones hacia aquellas tareas que no puedan realizar las máquinas.

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.



Mediante las Recomendaciones del Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea, estudiaremos aquellas 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: políticos, gestores, profesionales y usuarios, unos en su cometido de planificadores y otros en su labor de gestión y producción de los servicios y los usuarios como receptores de dichos servicios.

Las principales tendencias sociales que condicionarán la evolución de las organizaciones sanitarias están expresadas en la siguiente figura y comentadas a continuación.



- Los clientes/usuarios/pacientes serán cada vez más exigentes sobre sus deberes y derechos en relación con la atención a la salud. La calidad de vida y la cultura en los países de nuestro entorno han hecho afortunada-

mente evolucionar a los pacientes hacia el nivel de usuario, y posiblemente en el futuro al nivel de clientes, con una conciencia clara de sus derechos. Estos derechos implican la participación en las decisiones terapéuticas, que deberán ser asumidas junto con los profesionales sanitarios. Esta coparticipación deberá suponer un cambio de cultura en nuestros profesionales, habituados a tomar decisiones unilaterales, y que se basará en la asimetría de la información, 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 mejor formados y más exigentes de sus derechos, que no se conformarán con una opinión superficial, sino que exigirán una información competente y una segunda opinión que contrastará con la primera.

Esta abundancia de información obligará a seleccionarla, lo que a su vez implicará educar a los usuarios para que sepan discriminarla, obviando las informaciones sensacionalistas, por desgracia tan frecuentes en el entorno de la salud.

- **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 otros que tienen un sistema de seguros sociales, mantienen una razonable equidad y accesibilidad a la atención sanitaria, una situación que no se da en otros países, donde la equidad y la accesibilidad depende de la capacidad adquisitiva de los ciudadanos, lo que afecta negativamente a las clases más desfavorecidas de la sociedad.

Las nuevas tecnologías, como veremos en la segunda parte de este módulo, van muy por delante de la legislación e incluso de las normas morales regladas, por lo que políticos, directivos, profesionales sanitarios y pacientes nos enfrentamos tanto personal como colectivamente a dilemas éticos, como la eutanasia, la ingeniería genética, la eficiencia social, etc., que acentuarán los dilemas éticos entre los conceptos hipocráticos de la medicina, los económicos y los intereses, a veces no convergentes con la empresa, las organizaciones y el propio Estado.

- **La atención sanitaria se hará más próxima al entorno del paciente.**

Hasta hace algunos años, el sistema sanitario estaba fundamentado en la asistencia a la enfermedad y ésta se desarrollaba fundamentalmente en los hospitales con internamiento, que acaparaban un alto porcentaje del presupuesto sanitario, o en la atención primaria, que era un nivel con poca capacidad resolutoria y de reconducción de los pacientes hacia los hospitales.

La nueva orientación hacia la atención de la salud supone un cambio trascendental en el modo de realizar la producción de los servicios sanitarios y, por tanto, de las estructuras en las que se realizan, especialmente la tipología y formación de los profesionales necesarios para atender a otros niveles de atención que acerquen al entorno natural del paciente la atención a la salud, lo que sin duda mejorará su confort y la eficiencia de los

recursos utilizados. Las nuevas tecnologías posibilitarán la extensión de la atención hasta los domicilios de los usuarios y permitirán en un mayor grado el autocuidado de éstos. Es necesario crear esta cultura para que los profesionales la indiquen, los gestores la hagan posible y los usuarios la acepten. Estructuras como la hospitalización a domicilio, el desarrollo de la cirugía ambulatoria, la telemedicina o los hospitales de día deben desarrollarse de manera integral para buscar la máxima eficiencia en la atención de los pacientes.

- **Se prestará una mayor atención a la calidad de los procesos.** Se incidirá más sobre lo que hacemos y en cómo lo hacemos. La gestión eficiente y la medicina de la evidencia se impondrán como una norma de trabajo para no sólo realizar con calidad nuestras actividades, sino para hacer sólo aquello que la evidencia y la sostenibilidad económica nos dicten que se debe llevar a cabo. Esto pasa por hacer converger los intereses de los profesionales con los intereses del hospital y de los pacientes, que a su vez deben converger con los del sistema sanitario dictados por el financiador del éste.
- **Habrá una mayor descentralización de la gestión y mayor centralización de las decisiones de planificación.** A medida que el financiador tenga una mayor legitimidad y 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 debe ir paralelo a la oportunidad de participación y motivación de éstos. 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, donde 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 de que una adecuada formación puede optimizarlo, así como de la necesidad de la educación del paciente, que debe racionalizar el uso que hace de las prestaciones del sistema sanitario y que en un futuro es probable que deba pagar parte de los servicios, especialmente aquellos que no son sanitarios, como la hostelería hospitalaria, la medicación, etc., en función de su capacidad económica, sin afectar a los principios de equidad y accesibilidad sobre los que pivota nuestro sistema sanitario.

- **Habrán 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, pero debemos tenerla en cuenta. Al igual que hemos asistido en Europa a una disminución drástica de la natalidad, en los próximos años podemos asistir a un aumento de ésta, como de hecho ya está ocurriendo en algunos países de la Comunidad Económica 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 los de los países europeos.

El gran aumento de la inmigración en España no sólo afecta a la tasa de natalidad, sino también al aumento de las personas que hay que atender, ya que este colectivo genera una mayor atención cuantitativa y cualitativa, al manifestar una serie de patologías hasta ahora poco frecuentes en nuestro entorno. La crisis actual ha frenado la llegada de emigrantes, lo que sin duda paliará este efecto.

- **Se dará un mayor impacto de los estilos de vida en los servicios que deberá prestar el sistema sanitario.** Hace algunos años las enfermedades infecciosas eran las patologías dominantes, pero han ido disminuyendo y han aumentando las patologías crónicas.

Los nuevos estilos de vida están condicionando la aparición de nuevas patologías infecciosas, especialmente el SIDA, pero también otras como consecuencia de los estilos de vida, por ejemplo, el consumo de drogas, el estrés, las enfermedades por malnutrición, polución o contaminación, el aumento de la iatrogenia, etc.

- **Aumento continuo de la demanda de servicios sanitarios.** Como ya hemos comentado, la demanda de servicios sanitarios es incremental. Los factores fundamentales que contribuyen a este aumento son las expectativas de los usuarios y los profesionales de la sanidad. La evolución tecnológica permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos, en algunos casos no debidamente evaluados, con unos costes económicos

muy altos, pero que la presión de los usuarios, de profesionales y casas comerciales ha introducido, así como el creciente aumento de la esperanza de vida de la población y las posibilidades terapéuticas en edades avanzadas.

Todas estas tendencias evocan la necesidad de grandes cambios en las funciones de los profesionales sanitarios.

Como ya hemos comentado en varias ocasiones en esta documentación los profesionales sanitarios del futuro tendrán que trabajar en condiciones diferentes, con las cuales deben estar familiarizados. También deben tener en cuenta las estructuras docentes en las facultades de Ciencias de la Salud y en los programas de formación de especialistas, y deben, siguiendo a Ignacio Riesgo, en su reciente publicación *¿Médicos o Robots?*:

- Sentirse cómodos con los e-pacientes. Pacientes bien informados y comprometidos con su salud, dispuesto a preguntar y participar en las decisiones terapéuticas.
- Estar dispuesto a coordinarse y cooperar con otros profesionales sanitarios. A medida que los procesos de atención se hagan más integrados requerirán la participación de varios profesionales, cada uno especialista en una parte del procesos, lo que requerirá una mayor coordinación y utilización conjunta de la información.
- Estar habituado a planteamientos de mejora continua. Esto implica aceptar la revisión de trabajo y adaptación de los procesos a la estandarización de los mismos en función del estado del arte del mismo.
- Ser capaces de adaptarse a los cambios en los procesos de atención a los pacientes. Esto implica aceptar la formación continua y la adquisición de nuevas habilidades.
- Estar familiarizado con la tecnología. Las tecnologías forman y formarán cada vez más parte de los procesos de atención a los pacientes, por lo que tendrá que asumir los cambios que su introducción significa en su profesión.
- Estar acostumbrado a utilizar las herramientas de soporte a las decisiones clínicas. Los profesionales sanitarios deben ser capaces de utilizar las ayudas que provengan del uso de la información que les ayuden a mejorar la diagnosis y el tratamiento. Herramientas como la Inteligencia Artificial, Big Data, etc., deberían, cada vez más, ser utilizadas habitualmente en la rutina clínica.

La introducción de la tecnología y el proceso de industrialización de la atención a la salud condiciona un cambio en el rol tradicional de los profesionales sanitarios, tanto de médicos como de enfermeras:

- Hay tareas que pueden y que podrán cada vez más ser realizadas por máquinas, tanto en los servicios de soporte asistencial como radiodiagnóstica, en laboratorios, etc., como en el proceso puramente clínico con la ayuda de herramientas a la toma de decisiones, robots quirúrgicos, etc.
- Tareas que pueden ser realizadas por otros profesionales, algunas tareas que actualmente realizan especialistas pueden ser realizadas por médicos no especialistas, por enfermeras o por técnicos.
- Tareas específicamente médicas, en los procesos diagnósticos o terapéuticos complejos, así como procesos de comunicación y atención personalizada o de gestión y liderazgo de equipos.

Esto no significa que necesitemos menos médicos y enfermeras, sino que estos profesionales realizarán un trabajo mucho mejor adaptado a su formación, liberándoles de labores burocráticas, administrativas o rutinarias, que pueden realizar otros profesionales o máquinas con mayor eficiencia debido a su especialización.

Esta nueva organización lleva aparejados cambios internos, que debemos tener en cuenta en la gestión y en las funciones de los profesionales en la misma.

1) La nueva organización premiará la integración, la colaboración y la construcción de redes, el trabajo en equipo sobre el modelo individualista, basado en médicos de prestigio, sobre el que basculaba toda la organización de los procesos de atención a los pacientes.

2) Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación deben tener un papel mucho más activo, enfocando la organización de los hospitales para su utilización funcional, no solo para liberar a los profesionales de tareas burocráticas, sino para mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento. Esto requerirá una formación de los profesionales en estas nuevas tecnologías y un nuevo diseño de la organización que estimule su utilización.

3) La participación activa real de los pacientes y sus familiares en el proceso de atención debe servir para priorizar los objetivos de la organización y sus recursos económicos y de personal. Para que esta participación sea efectiva deberemos utilizar las nuevas tecnologías para informar a los pacientes y organizaciones de pacientes.

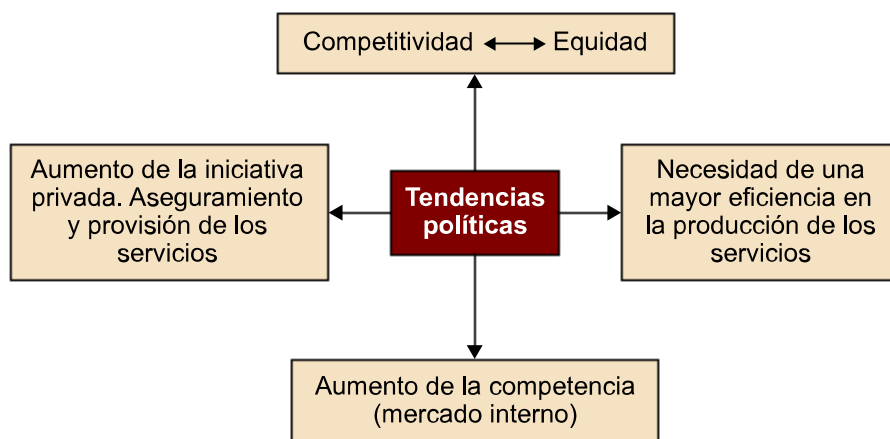
4) Los procesos de atención deberán ser realizados por equipos multidisciplinares de profesionales asistenciales en los que también deben intervenir los pacientes y los representantes de sus organizaciones.

5) La atención a los pacientes ya no se llevará a cabo solo en hospitales y consultorios, sino que la tecnología nos permitirá realizarla lo más cercano posible al entorno social del paciente y de una forma no presencial (domicilio del paciente, ambulancia, lugar de trabajo...) a medida que las tecnologías nos lo permitan (teléfono, e-mail, videoconferencia...).

6) Aumento de la atención extrahospitalaria. Los hospitales se reservarán para el tratamiento de pacientes complejos, desplazándose a otras estructuras los pacientes menos complejos que se puedan tratar adecuadamente en las mismas. La existencia de estructuras extrahospitalarias eficientes permitirán la continuidad asistencial para poder tratar al paciente en la estructura más eficiente, con la calidad adecuada y al menor coste posible.

Los aspectos comentados requieren una nueva redistribución en cantidad y calidad de los profesionales de las nuevas organizaciones, que como responsables de la gestión de los mismos debemos tener en cuenta.

Las principales **tendencias políticas** que creemos que afectarán al futuro de nuestras organizaciones están esquematizadas en la siguiente figura y comentadas a continuación.



- **La confrontación entre las ideas de competitividad y equidad.** Se producirá un acercamiento entre los objetivos de los sistemas europeos, tendentes al mantenimiento de la sociedad del bienestar, y de los sistemas liberales, más proclives a la responsabilidad personal de la financiación de la salud. Los primeros, manteniendo el principio de equidad y accesibilidad, se moverán hacia una mayor eficiencia en la producción de los servicios en aras de su 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. Actualmente estamos asistiendo

a esta evolución. Nuestro entorno europeo se caracteriza por un aumento de la participación de los usuarios en la sostenibilidad del sistema sanitario, con introducción de medidas como el copago, y en Estados Unidos el Congreso ha aprobado recientemente la propuesta de la Administración del presidente Obama de una mayor universalización de la protección de la salud, muy lejos todavía de los niveles de equidad y accesibilidad de los sistemas sanitarios europeos.

- **La introducción de nuevos sistemas de financiación y de aseguramiento con incentivos a la racionalización de la eficiencia.** La 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 (U. B. A., U. P. A, etc.) y posteriormente agrupaciones de procesos de isoconsumo, del tipo de los grupos relacionados por diagnósticos (G. R. D.) o *patient management categories* (P. M. C.), para poder cuantificar y cualificar la producción de los servicios sanitarios hospitalarios. Asimismo, se han desarrollado otros índices para evaluar la producción de los procesos ambulatorios y las urgencias.

Tímidamente se va implantando también en los hospitales la contabilidad analítica, que nos permitirá comparar el coste de los procesos en los hospitales y su eficiencia. En Cataluña existe la Central de Balances, y desde hace poco la Central de Resultados, que permite comparar la eficiencia de los hospitales con financiación pública.

La crisis económica ha puesto sobre las mesas de reflexión de los políticos algunos temas apartados desde el informe, Abril Martorell de septiembre de 1991, sobre la racionalización de la eficiencia, la colaboración público-privada y la diversificación del aseguramiento.

- **La 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 éste 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 sean válidas, se deberá contemplar la posibilidad de cerrar servicios e incluso hospitales por falta de clientela que los elija.

La gestión privada con financiación pública, con la generación de un cierto mercado sanitario, se está llevando a la práctica desde hace casi 10 años en la Comunidad Valenciana, con el denominado modelo Alzira, implantado también en los últimos años en otras comunidades, como la madrileña.

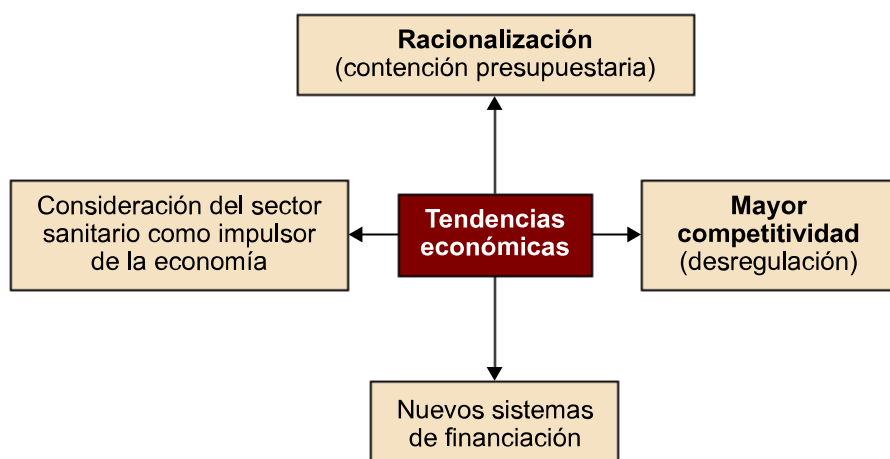


- **El aumento de la iniciativa privada.** Debemos esperar, como de hecho ya está ocurriendo, una mayor participación-colaboración entre la iniciativa privada y el sector público, tanto en lo que se refiere al aseguramiento como a la provisión de los servicios sanitarios, en aras de aprovechar todos los recursos existentes en nuestro país.

Esta colaboración debería entenderse como una colaboración integral y no complementaria, utilizada frecuentemente por el financiador público en los momentos de aumento de las listas de espera o de falta de financiación para la construcción de los nuevos hospitales.

Ya hemos mencionado en el anterior apartado el modelo Alzira, que supone una colaboración con asunción de riesgo para la empresa que gestiona el hospital.

Las principales **tendencias de índole económica** que creemos que afectarán al futuro de nuestras organizaciones están esquematizadas en la siguiente figura y comentadas a continuación.



- **Una mayor racionalización del gasto.** Esta tendencia no sólo va en la dirección de fijar una cartera de servicios que el financiador se compromete a asegurar mediante los proveedores, sino que además debería ir acompañada de una concienciación de los profesionales y usuarios, sobre los que se puede ofertar 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.  
Esta racionalización será mayor en la situación de crisis económica en la que nos encontramos. Los sistemas públicos tienen una baja eficiencia, por lo que la disminución del gasto puede provenir de su mejora.
- **Una mayor competitividad.** Se irá produciendo una desregulación de los sistemas que promoverá un mercado interno modulado que permita la transferencia de riesgo del comprador al proveedor y, de este modo, la motivación de aquellas instituciones y profesionales más eficientes. Un

claro ejemplo de esta tendencia son los nuevos modelos, que ya hemos comentado, para la construcción y gestión de los hospitales, iniciado por la Comunidad Valenciana con el denominado modelo Alzira e implantado ya en otras comunidades.

La mayor disponibilidad económica de los usuarios y la rigidez de las normativas públicas están condicionando la aparición de nuevos modelos de gestión de las organizaciones sanitarias públicas a modo de concesiones administrativas y de modelos *public private partnetship* (P. P. P.), así como 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 de aquellos proveedores que puedan ofrecerlos con la máxima calidad al menor coste, independientemente de que sean públicos o privados.

- **Aparición de nuevas formas de atención y nuevas formas de hospitalización que estimulen la eficiencia.** Sin duda, se tenderá a hospitalizar a los pacientes lo menos posible y dentro de los hospitales existirá una graduación de éstos en función de los cuidados que necesiten: cirugía ambulatoria, hospitales de día, hospitalización domiciliaria, etc. Las nuevas tecnologías posibilitarán procesos y modos organizativos difícilmente concebibles en la actualidad, por lo que habrá que realizar 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.
- **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 da trabajo al 7% de los trabajadores del país, es un sector que se debe tener en consideración como fuente de riqueza e inversiones y no sólo como generador de un gasto incontenible, como hasta ahora se concibe. La mayoría de nuestros hospitales son las mayores empresas de la comunidad en la que están implantados y no sólo generan una gran cantidad de puestos de trabajo de alta cualificación, muy estables y bien retribuidos, sino que además condicionan la existencia a su alrededor de industrias, comercios, etc. En el contexto de la crisis actual, el sector sanitario es de los menos sensibles a ésta, ya que la demanda prácticamente no se modifica.

Todas estas consideraciones nos llevan a que en **el futuro** probablemente tendremos organizaciones sanitarias:

- Más diferenciadas, para una atención más eficiente de pacientes hiperagudos, subagudos y crónicos, pero integradas, de manera que el usuario esté siempre en la posición de máxima eficiencia.

- Con una menor estancia media en los hospitales, aunque esta disminución tendrá un límite. Al realizarse ambulatoriamente muchos de los actuales procesos de hospitalización, los que requieran hospitalización serán más complejos y la estancia media tenderá a estabilizarse.
- Con un número menor de hospitales de agudos y un aumento de los hospitales subagudos y crónicos.
- Con una concentración de alta tecnología y un aumento de camas altamente dotadas en hospitales terciarios. También en éstos las camas equivalentes a las actuales camas de medicina intensiva pueden alcanzar un 20-25%.
- Con una mayor utilización de la atención primaria como puerta de entrada al sistema, y una mayor capacidad resolutive e integración en la atención especializada, sociosanitaria y mental.
- Con una concepción integral de la persona, en sus aspectos biopsicosociales, que debe condicionar su modo de atención.
- Con un personal sanitario, especialmente los médicos, al que se le va a exigir en el futuro competencias mucho más complejas que las meramente técnicas que en la actualidad se enseñan en las facultades, por lo que debemos prepararlos y prepararnos para esta próxima situación. En los programas de formación de los profesionales sanitarios deberán aparecer la comunicación, la calidad y la gestión como partes integrantes de aquéllos.

Para que estos cambios se produzcan, se deberán producir simultáneamente la eclosión de la cultura de la salud pública en los usuarios: aumento de los programas de promoción y educación para la salud, cultura de los autocuidados y desmedicalización. Se necesita un desarrollo de indicadores y políticas de atención a la salud.

Asimismo, habrá que desarrollar una red de hospitales y residencias que atiendan a pacientes crónicos y sociales, actualmente insuficientes en muchos países, entre los 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 de los pacientes agudos, básicamente intrahospitalaria, a la atención primaria y a la atención de estructuras crónicas y sociales, lo que ha enlentecido, si no imposibilitado, esta reforma pendiente.

Respecto a los **RR. HH.**, debería existir una mayor especialización con la incorporación de nuevos profesionales y especialización de los actuales médicos y personal de enfermería de los hospitales terciarios, pero también deberá ha-

ber una gran demanda de médicos generales para la atención de la mayoría de los usuarios, que no deberían llegar al hospital sin haber sido atendidos en las organizaciones de atención primaria (médicos de familia), cuya capacidad resolutoria obviará muchos de los ingresos. Además de los profesionales clínicos habrá una eclosión de otros profesionales que permitan abarcar todos los aspectos, no sólo clínicos, de los usuarios. En este sentido, habría que tener muy en cuenta al paciente en su globalidad biopsicosocial, por lo que la incorporación de profesionales que atiendan estos aspectos, como trabajadores sociales, psicólogos, etc. será imprescindible.

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, una mayor movilidad y la asunción de riesgos por los profesionales que se deberían compensar con una diferenciación tanto profesional como económica (carrera profesional real, retribución variable en función de resultados, etc.), 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 a "pacientes" asociados con "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 les aportarán valor añadido cuando el responsable del proceso se lo solicite, huyendo de la organización por especialidades clínicas, diseñadas en función de los profesionales y no de los pacientes.

Esta estructuración permite optimizar la cultura de libertad y riesgo de los profesionales de la sanidad con la necesaria planificación que requiere la complejidad de las organizaciones sanitarias.

El paso de la sociedad industrial a la sociedad de la información actual y a la sociedad del conocimiento futura posicionará 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 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 estos servicios.

- 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, en el que el puesto vitalicio, con dominio de una única habilidad, pasará a la historia.

Por lo tanto, debemos preparar nuestras organizaciones sanitarias para "ese futuro" que, nos guste o no, ya tenemos encima.

## 15. Potencialidades para el cambio

### Actividad inicial

Antes de leer este capítulo, reflexionad sobre las preguntas que se exponen a continuación y escribid vuestras respuestas. 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 10 años?

2) ¿Cómo os afectará personalmente? ¿Qué seréis y dónde estaréis dentro de 10 años desde el punto de vista familiar y profesional?

¡Pensadlo detenidamente, es importante!

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 RR. HH., de lo que ese futuro nos exigirá. Vimos la necesidad de adaptar las peculiaridades de nuestra organización a aquellos procedimientos no siempre extrapolables de las empresas de producción de bienes.

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

- Debemos contar con profesionales más cualificados y con habilidades para desarrollar procesos más flexibles y con el uso de las nuevas tecnologías.
- Los directivos deberán estar mejor formados y tener la habilidad para tomar mejores decisiones basadas en la información y el conocimiento.
- Hay que generar innovaciones mediante la creación de servicios y productos con mayor valor añadido que puedan satisfacer a unos clientes cada vez más informados y exigentes.
- Se debe actuar en mercados globales y con una mayor competencia.

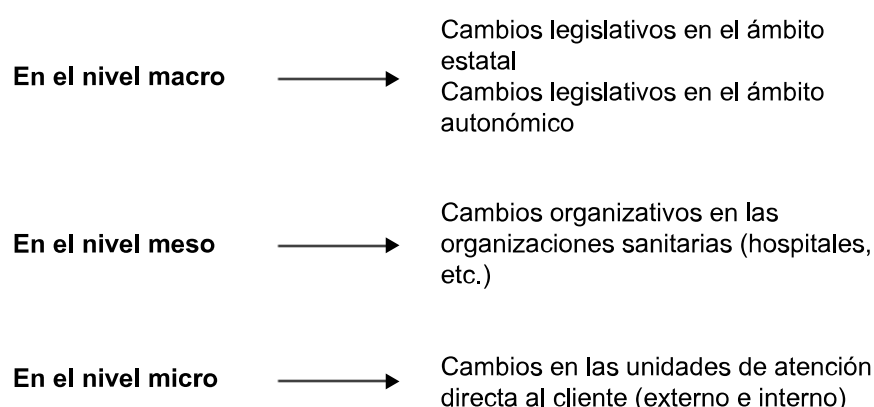
- Es necesario desarrollar habilidades para trabajar en entornos virtuales y la aplicación masiva de las nuevas tecnologías.

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 y 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. Un país como Estados Unidos, con un sistema liberal, tiene coberturas para las personas (indigentes y mayores) que no cuentan con medios económicos. Todos los países europeos poseen un sistema sanitario equitativo, accesible y financiado públicamente. Las discusiones, en estos casos, se inician a partir de este nivel, lo que es muy importante, porque no estamos discutiendo lo fundamental, sino un elemento importante.

No vamos a entrar a discutir la necesidad de un aseguramiento diversificado que permita iniciar la competencia, madre de la eficiencia en el nivel de la compra de los servicios. Nos limitaremos a aquellos hechos que van a mover hacia la eficiencia el escalón de la provisión de servicios, y más concretamente al modo como participan éstos en la mejora de la gestión de los RR. HH., eje sobre el que gira el resto de los aspectos de la organización.

Potencialidades para el cambio:



Es necesario:

- La convicción de los políticos de la necesidad del cambio.
- La creación de equipos directivos preparados para el cambio.

- La profesionalización de las direcciones de RR. HH.
- La preparación de profesionales sanitarios técnica y culturalmente para el cambio.
- El apoyo de la sociedad civil (usuarios).
- **La convicción de los políticos sanitarios de la necesidad del cambio:**
  - Directivos y mandos intermedios para el cambio.
  - Direcciones de RR. HH. reforzadas.
- **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 además la enriquecerán con sus aportaciones. Una vez logrado el armazón básico con la participación entusiasta de los médicos, la integración del resto de los profesionales es natural y se puede lograr organizaciones en las que existan algunas cabezas pensantes, limitadas a los directivos, y que los miles de profesionales de una empresa sanitaria pongan su inteligencia a disposición de ésta.
- **Apoyo de los usuarios.** A partir del desarrollo de la sociedad del bienestar, se ha avanzado en la defensa de la sanidad por parte de los ciudadanos, que son quienes la pagan, lo que ha influido en que los políticos tengan en cuenta valores que de otro modo hubieran quedado en segundo plano. Cada día es más frecuente la presencia de asociaciones de defensa de la sanidad en sus manifestaciones más variadas. Estas asociaciones influirán cada vez más en sus asociados para obtener más servicios del sistema sanitario y para que la producción de estos servicios se lleve a cabo con eficiencia, ya que su coste está sustentado en los impuestos de todos los ciudadanos, que deben ser gastados con total eficiencia para evitar dilapidar 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 se enseñan en las facultades, por lo que debemos prepararlos y prepararnos para esta próxima situación.

Los papeles de los profesionales médicos en el futuro serán los siguientes:

- Comunicador social.
- Gestor del conocimiento.
- Experto.
- Profesional.
- Cuidador.
- Gerente y directivo.
- Gestor de recursos sanitarios.
- Agente principal del sistema sanitario.



**Recordad**

- Que 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.
- Que necesitamos mejores gestores y profesionales más líderes convencidos de que juntos se puede realizar el cambio.
- Que uno de los grandes lastres contra el cambio es la inercia del propio sistema funcional y sus defensores.
- Que si no cambiamos, no cambiarán.

**Actividad**

Volved a revisar las respuestas que disteis a las preguntas que planteamos al inicio de este capítulo. ¿Seguís pensando lo mismo? Reflexionad sobre las diferencias.

## 16. Anexos

### 16.1. Ejemplo de cálculo de plantilla. Médicos

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

El número de estancias posibles será:

- Camas  $\times$  365  $\times$  índice ocupación =  $300 \times 365 \times 0,85 = 93.075$
- El número de ingresos = estancias/estancia media =  $93.075/9 = 10.342$  ingresos.

Repartidos en:

- Servicios no médicos: 6.205
  - Servicios médicos: 4.137
  - Unidades especiales<sup>2</sup>: 1.083

Las consultas externas pendientes serían:

- Primeras consultas =  $1 \times$  número de ingresos =  $1 \times 10.342 = 10.342$
- Consultas sucesivas =  $2,5 \times$  número de primeras consultas =  $2,5 \times 10.342 = 25.855$
- Interconsultas = 15% de los ingresos =  $0,15 \times 10.342 = 1.551$

Para el cálculo de locales:

- Consultas externas:
  - Tiempo necesario para primera consulta:  
Tiempo primera consulta  $\times$  número de primeras consultas =  $30 \text{ min} \times 10.342 = 310.260 \text{ min} = 5.171 \text{ h}$
  - Tiempo necesario para consultas sucesivas:  
Tiempo consultas sucesivas  $\times$  número consultas sucesivas =  $15 \times 25.855 = 387.825 \text{ min} = 6.464 \text{ h}$
  - 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.

#### Nota

Según el ejemplo que vamos a realizar, tomaremos la cifra de **1.635 horas/año** como referencia.

<sup>(2)</sup>Para estas unidades se ha adoptado una estancia media de cinco días y una ocupación del 70%.

- Quirófanos.

Número de quirófanos necesarios = número intervenciones  $\times$  duración de intervenciones/tiempo disponible =  $6.205 \times 1,5 \times 1,1^3 / 1.635 = 6,26 = 7$  quirófanos

<sup>(3)</sup>índice que relaciona ingresos con reintervenciones y no intervenciones quirúrgicas.

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

Las actividades que hay que cubrir, ya calculadas, son:

- Hospitalización: 180 camas, 6.205 ingresos y 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:  $55.845 \times 15 \text{ min} = 13.961 \text{ h}$
- Primeras visitas  $6.205 \times 30 \text{ min} = 3.103 \text{ h}$
- Visitas sucesivas:  $15.513 \times 15 \text{ min} = 3.878 \text{ h}$
- Interconsultas:  $931 \times 30 \text{ min} = 466 \text{ h}$
- Quirúrgico:  $6.825 \times 1,5 \text{ h} \times 2 = 20.475 \text{ h}$
- Tiempo asistencial total = 41.887 h

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

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

El resto de su tiempo, 36% (588 horas/año), lo 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.

## 16.2. Ejemplo de cálculo de plantilla. 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 del turno de noche

H2: horas del turno del personal de enfermería

H3: horas anuales contratadas con el personal de enfermería/año

## Puestos

### Necesarios de DUE:

- **Mañana:**  $NDUE1 = (N \times O \times H1 \times DUE \times M) / H2$
- **Tarde:**  $NDUE2 = (N \times O \times H1 \times DUE \times T) / H2$
- **Noche:**  $NDUE3 = (N \times O \times H1 \times DUE \times No) / H2$

### DUE que hay que contratar:

- **Mañana:**  $(NDUE1 \times H2 \times 365) / H3$
- **Tarde:**  $(NDUE2 \times H2 \times 365) / H3$
- **Noche:**  $(NDUE3 \times H2 \times 365) / H3$

### 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.

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

**DUE que hay que contratar** =  $3,28 \times 7 \times 365 / 1.645 = 5,09$  DUE 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)

RDUE: relación DUE/camas en cada turno

RAE: relación AE/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.

$$NDUE = N \times O \times RDUE$$

$$NAE = N \times O \times RAE$$

**DUE que contratar** para cubrir esos puestos de trabajo =  $(NDUE \times H2 \times 365) / H3$

**AE que contratar** para cubrir esos puestos de trabajo =  $(NAE \times H2 \times 365) / H3$

### Ejemplo:

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

Los puestos de trabajo necesarios serían:

- NDUE mañana =  $33 \times 0,85 \times 1/8 = 3,5$  puestos de trabajo
- NDUE tarde =  $33 \times 0,85 \times 1/12 = 2,34$  puestos de trabajo
- NDUE noche =  $33 \times 0,85 \times 1/20 = 1,4$  puestos de trabajo
- NDUE = **7,24 puestos de trabajo**

Los diplomados en enfermería que se deben contratar son:

- NDUE mañana =  $(3,5 \times 7 \times 365) / 1.645 = 5,43$
- NDUE tarde =  $(2,34 \times 7 \times 365) / 1.645 = 3,63$
- NDUE noche =  $(1,4 \times 7 \times 365) / 1.645 = 2,17$
- NDUE = **11,23 DUE**

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

### 16.3. Ejemplo de desarrollo de carreras profesionales. Médicos

A pesar de las dificultades antes expuestas y 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 presentan algunos ejemplos desarrollados en España de implantaciones de carreras profesionales.

#### 16.3.1. Fundación Puigvert (Barcelona)

Posiblemente, éste es el proyecto de desarrollo profesional más antiguo del país, dado que sus inicios datan de hace más de 30 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 30 años de un modelo de desarrollo profesional (MDP) por el que se evalúan el desempeño y los resultados anualmente.
- El desarrollo de un sistema de información integral.

- La 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 junior, 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 que duran: de 5 a 7 el primero y 10 el resto.

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

### **16.3.2. Hospital Clínico de Barcelona**

Se basa en:

- La separación de categorías y cargos.
- Que los cargos son temporales y renovables.
- La vinculación universitaria a categorías y no a cargos.
- Que 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 avalúan cada cuatro años, según el cumplimiento de los objetivos pactados en el 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 período 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 éste. Se han producido un 3% de reclamaciones.

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

### **16.3.3. Red de Hospitales de Utilización Pública de Cataluña (XHUP-Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública) 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, que son diferentes para los años 1998-2001 y sucesivos, en las que se evalúan la permanencia en el cargo, en principio siete 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 los facultativos nombrados por el comité de empresa.

### **16.3.4. Instituto Catalán de la Salud (ICS)**

En Cataluña, el ICS ha desarrollado la carrera profesional en todas sus categorías profesionales, y en este año 2009 ha terminado su período 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 XHUP, existe una convergencia de retribuciones en el desarrollo de la carrera profesional.

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

A continuación, se exponen las retribuciones con datos correspondientes al año 2007:

		Ingreso	Nivel A		Nivel B		Nivel C				
			1 año	5 años	10 años	15 años	20 años	25 años			
XHUP	Fijo	39.138	45.265	45.564	45.813	46.062	46.311	46.311	46.311	46.311	46.311
	Variable máxima	3.537	8.890	8.890	12.576	16.258	16.258	19.103	19.103	19.103	19.103
	Subtotal	42.675	54.155	54.454	58.389	62.320	62.569	65.414	65.414	65.414	65.414
	Atención continua-da	15.545	15.546	15.547	15.548	15.549	15.550	15.551	15.552	15.553	15.553
	Total	58.220	69.701	70.001	73.937	77.869	78.119	80.965	80.966	80.967	80.967
ICS	Fijo	43.178	43.178	43.788	45.010	46.231	46.842	48.064	49.243	49.896	49.896
	Variable máxima	5.695	5.695	9.381	9.381	12.733	15.880	18.492	18.492	18.492	18.492
	Subtotal	48.873	48.873	53.169	54.391	58.964	62.722	66.556	67.735	68.388	68.388
	Atención continua-da	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562	13.562
	Total	62.435	62.435	66.731	67.953	72.526	76.284	80.118	81.297	81.950	81.950

Desarrollo de la carrera profesionales en Cataluña. Retribuciones ICS-XHUP en euros en el año 2007.  
Fuente: ICS, 2007.

### 16.3.5. Servicio de Salud del País Vasco (Osakidetza)

Desde el año 2003, Osakidetza ha venido diseñando, mediante 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 los que 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 de la atención primaria y 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 –según el 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 médico.
- Director de personal.
- Un facultativo representante del consejo técnico.
- Un facultativo representante del personal.
- Un facultativo de la tipología profesional del evaluado.
- Un técnico de recursos humanos, quien 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. Sólo 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 se retribuirá con 6.000 euros anuales.

El nivel III se retribuirá con 8.000 euros anuales.

El nivel IV se retribuirá con 11.000 euros anuales.

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, para que su crecimiento profesional contribuya a mejorar la atención sanitaria.
- Promover una actitud individual permanente hacia el crecimiento profesional que ofrezca 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, docencia y 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 tendrán reconocidos sus respectivos niveles de desarrollo profesional aplicados a sus efectos retributivos, y verán así cumplida una de sus mayores aspiraciones.

### **16.3.6. Otros modelos**

Existen 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

## **16.4. Ejemplo de desarrollo de carreras profesionales. Enfermería**

### **16.4.1. Carrera profesional de enfermería propuesta por el sindicato de enfermería (SATSE)**

Contempla su aplicación para todos los enfermeros y enfermeras, y diplomados 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 a 4,5 y 5 años, respectivamente, y una evaluación que en los tres primeros niveles la llevará a cabo una comisión evaluadora en el ámbito autonómico. El acceso al nivel de consultor sería en el ámbito nacional.

Los niveles tendrían diferente retribución, que debería ser discutida en las 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.

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

- Afecta al personal diplomado sanitario con carácter fijo.

- Su acceso es voluntario.
- Se estructura en cuatro grados, con acreditación de períodos mínimos:
  - = Grado 1.º : 5 años. Implantación inmediata.
  - = Grado 2.º : 5 años. Implantación el 1 enero del 2007.
  - = Grado 3.º : 6 años. Implantación el 1 de enero del 2008.
  - = Grado 4.º : 7 años. Implantación el 1 de enero del 2009.
- La evaluación se realiza en función de la capacitación profesional y la actividad profesional.
- El importe anual inicial para el año 2007, indicado a continuación, se actualizará 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. Este comité estará 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.

### **16.5. Comparación de la carrera profesional de los médicos en las Comunidades Autónomas**

PDF 1. Carrera profesional. Estudio comparativo 2009-2011

### **16.6. Carrera profesional de los médicos en la Comunidad Autónoma de Madrid**

PDF 2. Modelo de Carrera Profesional de Licenciados Sanitarios de la Comunidad de Madrid

## Glosario

**absentismo laboral** *m* Inasistencia al trabajo y/o retraso en acudir a él.

**acción social** *f* Dedicación de recursos humanos, técnicos o financieros a proyectos de desarrollo social en la empresa o su entorno.

**AE** *m o f* Auxiliar de enfermería.

**ajuste de plantillas** *m* Reestructuración del personal de una organización.

**análisis de puestos de trabajo** *m* Estudio y descripción de las aptitudes y condiciones necesarias para ejecutar las tareas de un puesto de trabajo determinado.

**aprendizaje organizacional** *m* Creación, adquisición y transferencia de conocimientos para cambiar el comportamiento de la organización.

**actitudes** *f pl* Esquema de valores del individuo que lo condiciona para actuar.

**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** *m o f* Ayudante técnico sanitario.

**auditoría de recursos humanos** *f* Análisis y diagnóstico de los RR. HH. de una organización.

**benchmarking (competitividad)** *f* 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 a 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 posee la empresa.

**Case mix** *m* Tipología de procesos que tiene un hospital.

**CC. AA.** *f pl* 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* 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 en 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 empresa.

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

**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.

**dirección 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** *m o f* Diplomado universitario en enfermería.

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

**eficiencia** *f* Alcanzar los objetivos de producción pero al menor coste posible.

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

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

**empowerment** *m* Potenciación del poder de decisión y de la motivación de los trabajadores.

**estatutario (personal)** *m* Potenciar el poder de decisión y la motivación de los trabajadores.

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

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

**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 todas las personas que se relacionan con él.

**excelencia** *f* Atributo de máxima consideración con relación a la calidad, competencia, etc. Cuando una empresa la alcanza, hablamos de empresas excelentes.

**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* 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* 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 de éste 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* Capacidad de la organización para adquirir y explotar económicamente los conocimientos en el sector productivo de la empresa.

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

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

**HUC** *m* Hospital Universitario de Canarias.

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

**GRD** *m pl* Grupos relacionados por el diagnóstico.

**INEM** *m* Instituto Nacional de Empleo.

**inteligencia emocional** *f* Cualidades no estrictamente técnicas o directamente estudiadas que poseen algunas personas.

**jerarquización** *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 leyes en el marco laboral son los: Estatutos de los trabajadores, la Ley por la que se regulan las Empresas de Trabajo Temporal, la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, la Ley sobre Reversión y Reindustrialización, la Ley de Sociedades Anónimas Laborales, la Ley Orgánica de Libertad Sindical, la Ley General de Sanidad, la Ley Básica de Empleo, la Ley de Medidas Urgentes sobre Fomento del Empleo y Protección del Desempleo, la Ley de Procedimiento Laboral, 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, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

**liderazgo** *m* Proceso por el que 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** *m o f* Médico interno residente.

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

**outplacement (ayuda al despido)** *m* Medidas que la empresa ofrece al trabajador que cesa en ésta de manera planificada para facilitarle el encuentro de un nuevo puesto de trabajo.

**PIB** *m* 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* Relación entre la producción y los medios humanos dedicados a ésta.

**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 que depende del rendimiento del trabajador.

**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 por el que se elige a 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** *f* Unidad básica de asistencia.

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

**UPA** *f* Unidad ponderada de asistencia.

**XHUP** *f* Red de hospitales de utilización pública (Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública).



## Bibliografía

**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, vol. 4, pág. 131-142).

**Carpallo, S. C.** (2014). *La Situación actual de los RRHH en el S.N.S.* El Médico.

**Carrillo, J.; Villalobos, J.** (1999). "Diagnóstico de clima laboral del personal no sanitario en un hospital terciario". *Capital Humano* (núm. 125, septiembre, pág. 40-45).

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

**Chase, R.; Aquilano, N.** (1992). *Production and Operations Management: A Life Cycle Approach* (6.ª ed.). Burr Ridge, Illinois: Irwin.

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

**Collis, D. J.; Montgomery, C. A.** (2007). *Estrategia corporativa*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

**Colom, D.** (2008). *El trabajo social sanitario*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

**Colomer, J.; Gil, E.** (2015). *Health Big Data: Invertir en los datos y en las organizaciones no solo en tecnología*. SEDISA S. XXI.

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

**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). *Sistema Nacional de Salud 2008: Nueva etapa, nuevos retos*. Madrid.

**Gan, F. y otros** (1996). *Desarrollo de recursos humanos. Manual de programa*. Madrid: Apóstrofe.

**Gorricho, J. A.** (2009). "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* (núm. 196, abril, vol. LXIV).

**Grau, J.** (2009). *El negocio sanitario*. Barcelona: Ediciones Viena Ensayos.

**Hidalgo, A.; Llano, J. del Y.; Pérez, S.** (2007). *Recursos humanos para la salud*. Colección economía de la salud y gestión sanitaria. Barcelona: Masson.

**Hughes, R. L.; Ginnett, R. C.; Curphy, G. J.** (2007). *Liderazgo. Cómo aprovechar las lecciones de la experiencia*. México, DF: McGraw-Hill.

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

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

**Lawler III, E. E.; Hackman, J. R.** (1971). "Corporate profits and employee satisfaction: Must they be in conflict?". *California Management Review* (núm. 1, vol. XIV).

**Malaret, J.** (2007). *Negociaciones en acción*. Madrid: Díaz de Santos.

**Manchen, F.** (2009). *La creatividad y las nuevas tecnologías*. Madrid: Díaz de Santos.

**Maslow, A.** (1954). "A theory of human motivation". *Psychological Review*.

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** (2015). *Estadística de Gasto Sanitario público 2013*.

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

**Moore, G. B.; Rey, D. A.; Rollins, J. D.** (1997). *La sanidad en el tercer milenio*. Madrid: Andersen Consulting.

**Newstrom, J. W.** (2007). *Dirección*. México, DF: McGraw-Hill.

**Observatorio Europeo de la OMS** (2013). *Health Systems in Transition (HiT)*.

**Organización Médica Colegial** (2014). *La Carrera Profesional del Médico en España*. Madrid.

**Peiro, M.; Vilanova, N.** (2004). *La comunicación en el entorno hospitalario*. Barcelona: ESADE y Grupo Inforpress.

**Petrick, J. A.; Furr, D.** (1997). *Calidad total en la dirección de los recursos humanos*. Barcelona: Gestión 2000.

**Ponsy, L.** (1967). "Organizational Conflict: Concept and Models". *Administrative Science Quarter*.

**Porter, M.** (2003). "Ser competitivo". *Harvard Business Review*. Bilbao: Deusto.

**Prahalad, C. K.; Krishnan, M. S** (2008). *The new age of innovation*. Londres / Nueva York: McGraw-Hill.

**Riesgo, I.** (2015). *¿Médicos o Robots? La medicina que viene*. Ed. Rasche.

**Sánchez Pérez, J.** (2006). *Fundamentos de trabajo en equipo para equipos de trabajo*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

**Taylor, F. W.** (1911). *Principles and methods of scientific management*. Nueva York: Harper.

**Thomas, K. W.** (1992). "Conflict and Negotation Process in Organization". En M. D. Dunetter. (ed.), *Handbook of Industrial and Organization Psychology*. Palo Alto: Consulting Psychologists.

**Villalobos, J.** (2004). "La necesaria convergencia de intereses". *Gestión Hospitalaria* (núm. 15, pág. 70-75).

**Villalobos, J.** (2007). "El futuro de la organizaciones sanitarias". En: J. Villalobos (ed.). *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

**Werther, W. B.; David, K.** (2008). *Administración de recursos humanos* (6.ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

## Documentos

Debates de expertos. Sistema nacional de salud 2008. Nueva etapas, nuevos retos. Fundación Agbar, 2009.

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.

Diario Sesiones del Congreso de los Diputados nº 306 de 25 de Septiembre de 1991.

Informe de la Comisión sobre Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Fernando Abril Martorell. 25 Sept. 1991.

Informe de la ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo. BOE, núm. 483, de 18 de junio del 2010.

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 y Salud

Ministerio de Sanidad y Consumo

Organización Mundial de la Salud

Asociación de Economía de la salud

Joint Commission (EE. UU.)

Instituto Carlos III

Agencia de Evaluación Tecnológica

Organización Europea de Salud

Time Manager Internacional

Instituto Nacional de Estadística

