



# Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias

*Editores:*

*FERNANDO SILIO VILLAMIL*

*OLGA SOLAS GASPAS*

*Nuevas perspectivas  
en la gestión estratégica  
de los recursos humanos en  
organizaciones sanitarias*

*EDITORES:*

*Fernando Silió Villamil  
Olga Solas Gaspar*



1999



## Catalogación por la Biblioteca de la EASP

Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias / editores, Fernando Silió Villamil y Olga Solas Gaspar.- Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.- (Documentos Técnicos EASP; 15)

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA  
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070  
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-50-8



Depósito Legal: GR-1098/99

Fotocomposición: Miguel Salvatierra

Imprime: Gráficas Alhambra

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a los profesionales sanitarios.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

*Seminario*

NUEVAS PERSPECTIVAS  
EN LA GESTION ESTRATÉGICA  
DE LOS RECURSOS HUMANOS EN  
ORGANIZACIONES SANITARIAS

*Conferencias y Debates*

*del Seminario celebrado en Granada*

*el 19 y 20 de Noviembre de 1998*



# Índice

INTRODUCCIÓN .....	9
INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO Ilmo. Sr. D. Ignacio Moreno Cayetano.....	13
EL MAÑANA DEL CAPITAL HUMANO Alberto Isla Zapirain .....	17
COMPETENCIAS Y ESTILO DE <i>MANAGEMENT</i> DE LOS DIRECTIVOS DEL 2000 José María Gasalla Dapena.....	45
<b>MESA REDONDA “EL FUTURO MARCO DE REGULACIÓN LABORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”</b>	
MODELO ESTATUTARIO <i>VERSUS</i> MODELO LABORAL EN EL ÁMBITO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS: UNA APROXIMACIÓN JURÍDICA AL DEBATE Salvador del Rey Guanter, Carolina Gala Durán.....	61
EL FUTURO MARCO DE REGULACIÓN LABORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Ramón Jiménez Romano .....	93
EL FUTURO MARCO DE REGULACIÓN LABORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Ignacio Sánchez Nicolay.....	105
LA COMUNICACIÓN INTERNA COMO ESTRATEGIA DE GESTIÓN: LA EXPERIENCIA DEL GRUPO ENDESA Antonio Torvá Jordán.....	119
INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA EL CAMBIO ORGANIZATIVO Antonio Valls Roig.....	127
COUNSELING Y GESTIÓN José Luis Bimbela Pedrola .....	145

LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS: UNA ESTRATEGIA EMPRESARIAL Lucía Miralles González .....	157
LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL ÁMBITO DE UNA ENTIDAD DE PROFESIONALES Albert Ledesma Castellort .....	175
CLAUSURA DEL SEMINARIO Ilma. Sra. D <sup>a</sup> Carmen Martínez Aguayo.....	187
APÉNDICES	
I. El Plan Estratégico del Hospital N. Sra. de Aránzazu, San Sebastián. V Premio MSD a las innovaciones en Gestión .....	191
II. Programa del Seminario .....	205
III. Listado de Asistentes .....	213

# *Introducción*

A lo largo de estos últimos cinco años, el Seminario de Gestión organizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharp & Dohme España se ha convertido en un foro privilegiado, donde se han presentado y debatido las últimas tendencias en la gestión de los servicios sanitarios, pudiéndolas además contrastar con los desarrollos prácticos de estas tendencias en experiencias concretas.

Así, el primer año se trató el tema de las oportunidades que presta la gestión empresarial a los sistemas sanitarios públicos. En el siguiente año se concretaron las claves de éxito en la gestión sanitaria del siglo XXI y en la tercera edición se analizó un problema más concreto, como es la integración de niveles asistenciales. En el cuarto seminario se complementó esta descripción de modelos con una profundización en las estrategias de cambio para alcanzar los resultados deseados.

Una reflexión que ha estado presente en todas las ediciones y en la mayoría de los temas tratados tiene que ver con que los principales actores de cualquier proceso de cambio son los profesionales de las organizaciones sanitarias.

El papel clave y central de estos profesionales siempre ha sido resaltado y es conocido desde siempre, pero mucho más en estos tiempos en los cuales las principales estrategias de cambio, como la gestión clínica, nos presentan modelos cada vez más descentralizados, en los cuales los profesionales asumen más autonomía de gestión y más competencias, y también más riesgos.

El cambio no sólo afecta a los profesionales, sino que los directivos de estas organizaciones también deben adaptar su rol a esta nueva situación, por lo que las estrategias en la gestión de recursos humanos deben ser cambiantes y adaptarse a esta nueva relación.

Para poder profundizar en este debate, y conocer las principales teorías y experiencias de gestión de recursos humanos en nuestro país y países de nuestro entorno, la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharp & Dohme España celebraron la quinta edición del Seminario de Gestión, los días 19 y 20 de Noviembre de 1998, bajo el título "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de recursos humanos en organizaciones sanitarias".

Los objetivos del seminario fueron:

- Conocer el marco teórico de las innovaciones en la gestión de RRHH.
- Analizar las diferentes aproximaciones y perspectivas
- Profundizar en las necesidades de los gestores para abordar con éxito los nuevos retos en la gestión de RRHH.
- Conocer las más recientes experiencias españolas en este campo



En este Documento Técnico N° 15 de la EASP, se presentan las conferencias y debates más importantes del seminario.

El documento comienza con una conferencia del Ilustrísimo Sr. Viceconsejero de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, donde se presentaron las principales ideas e iniciativas de la Consejería de Salud con relación a la gestión de los recursos humanos.

Posteriormente, Alberto Isla Zapirain, Socio Director de Price Waterhouse Coopers, hizo una introducción general al futuro de la Gestión de recursos humanos, con una conferencia sobre el futuro del capital humano, donde se analizaban las implicaciones de los factores de cambio en la función de recursos humanos, así como la misión y retos que debe alcanzar una moderna gestión y el desarrollo de un nuevo modelo organizativo de la función.

A continuación, José María Gasalla Dapena, Director Académico del Instituto Universitario Euroforum, desarrolló el tema de las competencias y estilo de *management* de los directivos del 2000, donde a partir de un análisis de los cambios históricos y las técnicas de gestión, introduce las nuevas necesidades de los directivos; se resalta la flexibilidad, la negociación, el trabajo en equipo y la creatividad como factores a potenciar en el entorno público.

Otra actividad central del Seminario consistió en una mesa redonda, donde bajo el título de “El futuro marco de regulación del Sistema Nacional de Salud”, se presentaron tres ponencias. Así, Carolina Gala Duran realizó una aproximación jurídica al tema del personal estatutario *versus* el personal laboral. Además, Ramón Jiménez Romano e Ignacio Sánchez Nicolay presentaron sus ideas sobre el tema de la mesa redonda.

La principal novedad de esta edición del Seminario de Gestión residió en la incorporación de talleres simultáneos donde, desde un punto de vista eminentemente práctico, se desarrollaron herramientas concretas en la gestión de recursos humanos. Las experiencias más importantes fueron:

- La comunicación interna como herramienta de gestión, desarrollado por Antonio Torvá
- La inteligencia emocional para el cambio organizativo, por Antonio Valls
- La gestión por competencias como estrategia empresarial, por Lucía Miralles
- La gestión de RRHH en el ámbito de una entidad de profesionales, por Albert Ledesma.
- *Counseling* y gestión, por José Luis Bimbela

Para finalizar este documento se presenta la conferencia de clausura, donde la Ilma Sra. D<sup>a</sup> Carmen Martínez Aguayo, Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud analizó el papel central de los profesionales en los servicios sanitarios, detallando las propuestas del Plan Estratégico del SAS con relación a estos aspectos.

El documento se completa con los debates de los asistentes a las conferencias. Adicionalmente se presenta el trabajo ganador del Quinto Premio MSD a las innovaciones en gestión.



# *Inauguración del Seminario*

IGNACIO MORENO CAYETANO

*Viceconsejero de Salud  
Junta de Andalucía*

*Intervención inaugural del Ilustrísimo Señor Viceconsejero de Salud de la Junta de Andalucía  
en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en  
organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO

Quiero dirigirles unas palabras de bienvenida a Andalucía, a Granada y a la Escuela Andaluza de Salud Pública. Este año contamos con la presencia de profesionales de fuera de nuestra comunidad autónoma y de nuestro país; también un reconocimiento a los responsables de MSD, por su continuo auspicio de estos eventos. Asimismo, también la bienvenida al presidente del Consejo General de Colegios de Médicos de España, por el espíritu de colaboración del colectivo profesional más importante de nuestro sistema de salud y todos los directivos que aquí se encuentran y aquellos a los que llegará la información de estas Jornadas.

Las Jornadas son tremendamente interesantes, por cuanto configuran una serie de temas importantes en la gestión de recursos humanos: la gestión de personal, lo que se viene llamando dirección de personas o desarrollo de personas que, como tal, calificamos a ese departamento en algunas de nuestras empresas públicas. Estas empresas públicas, agentes públicos sanitarios, forman parte de la organización del sistema sanitario público en Andalucía y están suficientemente consolidadas para la toma de decisiones con el conjunto del sistema. Conjunto del sistema que va a seguir siendo, al menos durante algún tiempo, una organización administrativa con rigideces importantes; organización donde se ha incorporado nueva tecnología, nuevas fórmulas, pero donde todavía falta una flexibilización importante en este manejo mutuo de intereses que, una organización tan profesional como la nuestra, obligadamente debe establecer ese espacio de entendimiento de interés específico de proyecto profesional y de intereses generales de la organización.

Tenemos posibilidades de cambio para mejoramiento, incluso dentro de ese marco administrativo. El Estatuto está ahora en negociación y todos confiamos en que esta negociación salga hacia adelante para bien de todos y para bien, sobre todo, del ciudadano que tiene que recibir atención por parte de nuestra organización, porque ése es el objetivo de nuestro sistema y no otro. Tenemos que ser capaces de conjugar intereses de la empresa, de la organización, con intereses de los profesionales. Eso se tiene que basar absolutamente en el consenso; pero se tiene que basar, sobre todo, en fórmulas que busquen la calidad. Esto involucra aspectos de formación y aspectos de acreditación que estamos desarrollando y que seguiremos desarrollando con acuerdos y estrategias perfectamente definidas.

El término carrera profesional me gusta muy poco, porque tiene un cierto componente funcional: termina uno pensando más bien en sexenios, lo cual produce una cierta inquietud de futuro. Quizá sea más adecuado el referirse a proyecto profesional, que tiene que pactarse entre la organización y todos y cada uno de los profesionales; es ese espacio común que nos hará ir avanzando hacia el futuro. En esta organización profesional, evidentemente aparte de ese proyecto, tiene que haber unas fórmulas de participación importantes; participación en la gestión, desarrollo de unidades que ges-

tionen íntegramente sus programas y recursos mediante un pacto con la dirección de la empresa, con participación en la decisión de nombrar directivos. En efecto, hemos tenido una experiencia, desde hace un par de años, en que la Junta Facultativa está, de hecho, proponiendo una terna de obligado cumplimiento para cada uno de nuestros gerentes en el Servicio Andaluz de Salud, para las dos direcciones técnicas —la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería—.

Esto está funcionando más que razonablemente bien, ha sido un punto de inflexión y están sucediendo, afortunadamente, algunos cambios en nuestros hospitales. Se trata de un proyecto de mejora continua de la calidad, de mejora continua de la atención a nuestros ciudadanos; es un proyecto que obliga a unas formas de dirección tremendamente flexibles y muy participativas, donde nuestros profesionales tienen cada vez más capacidad de gestión y de participación en las decisiones, beneficiándose cada uno de nuestros médicos y enfermeros.

La adopción de este modelo obligará también a cambios indudables en las rigideces de nuestro modelo retributivo, entrando en otras posibilidades de retribución que no sean los meros y fijos complementos a los que estamos acostumbrados.

Mis mejores deseos de éxito a algunos que veo aquí responsables del desarrollo del Estatuto y mis mejores deseos a todos para que en estas Jornadas entiendan, reflexionen y desarrollen, conceptos y fórmulas de otras organizaciones, algunas de ellas no sólo profesionales, sino también de artistas, que seguramente sean válidas para ambas.

También me gustaría que en este aprendizaje de fórmulas de otras organizaciones no entremos en lo que no nos podemos permitir ni los políticos ni siquiera los gestores: la melancolía. Quiero decir, no pensemos que algunas formas de gestión de otros tipos de organizaciones puedan ser trasladadas directamente a la nuestra. De nuevo nuestra mas cordial bienvenida a los de dentro y, sobre todo, a los de fuera, en este marco de nuestra Escuela Andaluza de Salud Pública que se ha consolidado de manera importante y reconocida como foro de debate sobre el tema de recursos humanos. Solicito también me hagáis llegar las deliberaciones y conclusiones de este V centenario para seguir adelante en este importante esfuerzo de entendimiento entre organización, profesionales y directivos. Sin más, queda inaugurado el V Seminario sobre Gestión Estratégica de Recursos Humanos.

Ignacio Moreno Cayetano  
*Viceconsejero de Salud  
Junta de Andalucía*

# *El mañana del capital humano*

ALBERTO ISLA ZAPIRAIN

*Socio Director*

*Price Waterhouse Coopers*

*Conferencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*





## **EL MAÑANA DEL CAPITAL HUMANO**

Los objetivos de esta presentación son tres: 1) Analizar la implicación de los factores de cambio en el área de los recursos humanos; 2) Reflexionar sobre cuál es la gran misión de la gestión de recursos humanos y cuáles son los retos que se le presentan en el futuro inmediato; y 3) Plantear un modelo organizativo de la función y su operatividad en la empresa.

### **FACTORES DE CAMBIO EN EL ÁREA DE LOS RECURSOS HUMANOS**

Factores profundos de cambio que inciden en nuestra disciplina son el entorno, las organizaciones, la demografía y la cultura.

En cuanto a los factores de cambio del entorno, esencialmente son los tecnológicos, la globalización de la actividad, la derregulación de mercados, la fragmentación de la demanda, la exigencia de calidad y servicio, el debilitamiento del Estado-Nación, etc.

En el campo de la organización, toda la problemática de alianzas, de fusiones, de adquisiciones y uniones de empresa que todos los días leemos en los periódicos, el progresivo aplanamiento de las estructuras organizativas, que se está produciendo en multitud de organizaciones, la búsqueda permanente de ventajas competitivas, la descentralización en la toma de decisiones, la ingeniería de procesos, la empresa virtual, la “red de empresas” son, simplemente, enumeraciones de cambios sustanciales que se están produciendo en el campo de la estructura organizativa de las empresas.

Por lo que respecta al cambio demográfico, el alargamiento de la esperanza de vida, la disminución de trabajadores jóvenes, el acceso progresivo de las mujeres a la vida laboral, la diversidad étnica, etc., son también aspectos fundamentales que inciden en la gestión de recursos humanos.

Los factores de cambio cultural importantes son los cambios de actitud hacia el trabajo, la mejora del nivel educacional de nuestros profesionales y de nuestros empleados, las nuevas exigencias del personal (desarrollo profesional, igualdad de oportunidades, igualdad de salarios, etc.), el desarrollo personal, el cultural, el del ocio, etc. Adentrémonos pues en el campo de la gestión de recursos humanos, el impacto que todos estos factores están produciendo en el campo de la gestión de recursos humanos. Podemos distinguir tres grandes “áreas de impacto”: la forma de trabajar, las relaciones contractuales y la propia configuración de la función de recursos humanos.

Las formas de trabajar en las que estamos inmersos son absolutamente distintas: los valores, la organización del trabajo, las exigencias tecnológicas, la forma de resolución de problemas también han cambiado, y si nos retrotraemos 10 ó 15 años en el tiempo, comprobamos fehacientemente que los temas sustancialmente son distintos. Empezando

por los intangibles, que es el campo de los valores culturales de una organización; antes los valores se imponían, hoy los valores tienen que ser compartidos; antes, todos los valores estaban orientados a la producción y ahora lo están hacia el mercado y hacia el cliente; antes los trabajadores, los empleados, hacían lo que se les mandaba, y hoy esos mecanismos y este estilo de dirección no funcionan: hay que dar participación, la gente tiene que entender las cosas, porque, si no, no se cumplen las órdenes.

	ANTES	AHORA
<b>Organización del trabajo</b>	Puestos definidos Grupos de trabajo Supervisión cerrada Toma de decisiones restringida Conocimiento individual	Roles y responsabilidades Trabajo en equipo Autonomía Toma de decisiones delegada Conocimiento compartido
<b>Rendimiento del trabajo</b>	Trabajo físico duro Trabajo repetitivo Información local	Trabajo "blando" Aplicación de principios y entendimientos Sistemas de información globales
<b>Resolución de problemas</b>	Entorno estable Predecibilidad	Entorno dinámico e interdependientes Incertidumbre
<b>Valores</b>	Impuestos Orientadas a producción Hacer lo que te manden	Compartidos, internalizados Conducidos por el mercado Uso del entendimiento e iniciativa

*Figura 1. Impacto de los factores de cambio en las nuevas formas de trabajar*

En el campo de la organización del trabajo, antes los puestos estaban definidos, la supervisión era cerrada, la toma de decisiones era restringida; ahora nos topamos con que ya no hay puestos definidos, sino que hay responsabilidades y "roles", funciona el trabajo en equipo, hay autonomía en la decisión, el conocimiento es compartido, las decisiones son delegadas, etc.

Si ponemos nuestra atención en el rendimiento del trabajo, vemos que mientras antes se hacía énfasis en el análisis, ahora se hace énfasis en la acción; mientras el trabajo físico era muy duro hace años, ahora el trabajo se ha hecho más blando; mientras la información era local, ahora la información es global.

En el campo de la resolución de los problemas empresariales, mientras antes teníamos un entorno estable que se movía poco, y las organizaciones duraban cinco o más años, ahora tenemos entornos dinámicos, entornos interdependientes que producen cambios profundos en las organizaciones; mientras los entornos eran predecibles, ahora hay una tremenda incertidumbre sobre qué va a ocurrir, no a largo plazo ni a medio plazo, sino, probablemente, en los próximos meses.

La primera reflexión sobre cómo podemos gestionar los recursos humanos es que las formas de trabajar en las organizaciones han cambiado sustancialmente. Si nos fijamos en las relaciones contractuales entre el empleador y el empleado, antes el enfoque

era la seguridad, ahora el enfoque es la empleabilidad, porque ya no hay seguridad de empleo, pero puede haber empleabilidad. En cuanto a la duración del contrato, hace años era una obsesión tener un contrato laboral de carácter permanente; las cosas también han cambiado en ese escenario: de todos es sabido que la proporción entre contratos indefinidos y temporales ya no es la de hace algún tiempo. Contratos indefinidos, según la última estadística, hay aproximadamente unos siete millones y unos tres millones y medio de empleados de trabajo temporal. Si analizamos, aunque sea brevemente, cuál es la relación contractual en estos momentos, nos encontramos con que hay un núcleo duro de relación laboral permanente, pero en la periferia de la organización hay muchos trabajadores con una relación laboral indeterminada en el tiempo, con los contratos a término, a tiempo parcial, la interinidad, etc.; o con una dependencia atenuada: el teletrabajo, los trabajadores itinerantes, etc. En los extramuros de la relación laboral están contribuyendo a la actividad empresarial contratos facilitados por las empresas de trabajo temporal o prestación de servicios sin relación laboral, como pueden ser los profesionales externos; incluso hay actividades que la empresa ya cede a través de las subcontratas o a través de empresas relacionadas.

Con esta simple relación vemos que mientras antes se gestionaban los recursos humanos con un núcleo duro de relación laboral permanente, el experto en recursos humanos no tiene ya un núcleo duro, sino que tiene una periferia, tiene relación laboral “extramuros”, personas relacionadas, empresas relacionadas, etc. Mientras antes se pedía lealtad y compromiso a los empleados y trabajadores, ahora se les exige un valor añadido y una nueva contribución. Trabajar muchas horas y ser leal a la empresa no es suficiente; hay que ser productivo, hay que ser eficiente y hay que dar valor añadido a la organización. Si antes la aportación principal del empleador era el salario estable, el puesto de trabajo asegurado, la carrera profesional (antes había carrera porque la jerarquía duraba mucho tiempo y había muchos niveles jerárquicos), ahora el empleador puede ofrecer oportunidades de autodesarrollo, el mismo término de la empleabilidad que citábamos antes; si antes el empleado aportaba tiempo y esfuerzo, ahora tiene que aportar competencias, contribuciones, rentabilidad, etc.

	ANTES	AHORA
<b>Enfoque</b>	Seguridad	Empleabilidad
<b>Duración</b>	Permanente	Limitada en el Tiempo Prestación de servicios sin relación laboral Cesión de actividades
<b>Resultado</b>	Lealtad Compromiso	Valor añadido
<b>Aportación principal del empleador</b>	Renta estable Carrera profesional	Oportunidad de autodesarrollo
<b>Aportación principal del empleado</b>	Tiempo Esfuerzo	Competencias Contribuciones

Figura 2. Impacto en las relaciones contractuales

Para explicar de forma gráfica cuáles son los contrapuntos del modelo de gestión de recursos humanos, pueden plantearse cuatro perspectivas: Una primera, de hace ya años, cuando el responsable de recursos humanos era “el guardián del orden establecido”, el vigilante de la norma, el que exigía cumplir a los empleados los dictados de la superioridad; sin embargo ahora, el responsable de recursos humanos, el gestor de recursos humanos es el “agente del cambio”, el gestor de la transformación, la persona que empuja a una organización a la renovación constante, etc. Segunda imagen: mientras antes el responsable de recursos humanos era el “administrador de recursos”, el que contrataba, el que pagaba, el que reducía la plantilla, ahora el responsable de recursos humanos tiene que compartir la responsabilidad del negocio, y si no comparte la responsabilidad del negocio, ese gestor de recursos humanos está mal orientado. Tercera perspectiva: mientras el hombre de recursos humanos ayer tenía una postura reactiva, siempre iba detrás de la jugada y respondía a los problemas urgentes (era el apagafuegos de una organización), hoy el responsable de recursos humanos tiene que adoptar una posición proactiva y solucionar las necesidades del mañana. Cuarta perspectiva: mientras el responsable de recursos humanos tenía antes una orientación táctica hacia mejoras operativas, hoy tiene que tener una orientación estratégica de los recursos humanos.

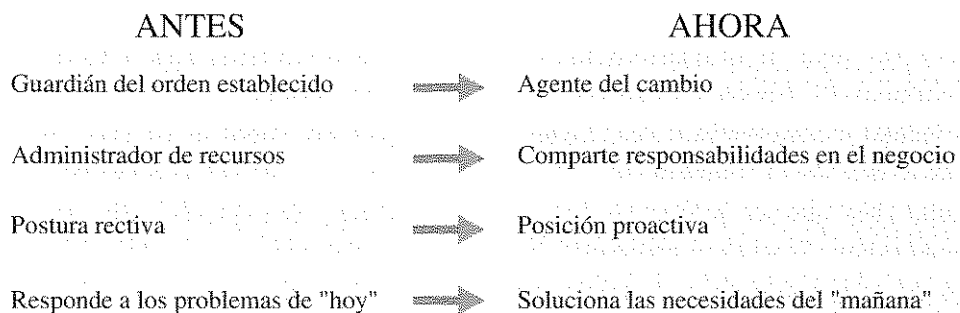


Figura 3. Impacto de los factores de cambio en la configuración de la función de Recursos Humanos

## LA GRAN MISIÓN DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LOS RETOS EN EL FUTURO INMEDIATO

Sobre la gran misión de los recursos humanos, la doctrina tiene muchas teorías. Una de ellas es que, en una organización, el área de recursos humanos tiene que procurar ser flexible e innovadora; otra, que el hombre de recursos humanos tiene que hacer organizaciones en aprendizaje, etc. Mi propia teoría (no soy el único, evidentemente), mi reflexión, es que la gran misión de la función de recursos humanos es crear un contexto organizati-

1 Cuando me refiero a la gestión de recursos humanos me estoy refiriendo simplemente al responsable funcional de recursos humanos, porque mi tesis central es que los gestores de recursos humanos son los directivos, los que tienen recursos humanos. Y el modelo que apoyo y por el que abogo en las organizaciones, la gran misión de recursos humanos, es que tengamos directivos que sepan gestionar ese activo que tienen en sus manos, no unidades burocráticas, unidades controladoras, como hay muchas en este país, todavía.

vo de renovación. Con una expresión un poco grandilocuente afirmo que hay que crear un contexto organizativo de renovación; esto es, que existan en la empresa reglas de juego, (muchas veces no existen o no se conocen). Que el propósito de la empresa esté claro, que la misión esté definida y esté difundida, que haya objetivos claros en las unidades, que las personas sepan qué hacen en la empresa y cuál es el valor añadido que aportan. Esto es lo que denomino reglas de juego empresarial. Crear un contexto organizativo es también tener una organización comprometida; y comprometida es que exista sentido de la responsabilidad, que no haya que vigilar, que existan directivos que sean responsables; es tener autodisciplina, que no sea necesaria la aplicación de la norma, que la gente contribuya, que el recurso humano sea eficiente, que participe, que se le comunique, que se dialogue con él, pero que sea rentable y que sea productivo. Esto es una organización comprometida. Crear un contexto es también generar confianza en la organización: cuando en las organizaciones se percibe confianza, las cosas funcionan de otra forma. Y confianza significa equipos que se ayudan, equipos que comunican, participación, facilidad de recursos, etc. Finalmente, que las organizaciones aprendan permanentemente a través de la transmisión del conocimiento, de la formación, de la canalización de las iniciativas, etc.

Ésta es pues la gran misión de los responsables de recursos humanos y de los gestores de recursos: crear un contexto organizativo que sea de renovación y de cambio. Cuando uno visita muchas empresas y percibe que ese contexto existe (se trata de un intangible, evidentemente), las cosas que están dentro funcionan de otra forma y eso también se percibe con facilidad.

#### CREAR UN CONTEXTO ORGANIZATIVO DE RENOVACIÓN

- **Reglas del juego** (Propósito, misión, objetivos, etc...)
- **Compromiso** (Responsabilidad, autodisciplina, contribución, eficiencia del RR.HH., etc...)
- **Confianza** (Ayuda, comunicación, facilidad de recursos, etc...)
- **Aprendizaje** (Creación y transmisión del conocimiento, formación, iniciativas, etc...)

#### *Cuadro 1. Misión de la función de Recursos Humanos*

En un congreso de directores de personal que hubo en Madrid en el año 92, participó un gurú del management que, con una metáfora muy ilustrativa, contraponía el hacer footing en el downtown de Calcuta en verano, y en los bosques de Fontainebleau en primavera. Explicaba, haciendo referencia al contexto organizativo del congreso, que, evidentemente, en verano y en Calcuta no apetece hacer footing y que, sin embargo, en Fontainebleau y en primavera el cuerpo pide ir a recorrer los bosques que rodean esa gran ciudad. La moraleja era, pues, que cuando la organización crea ese contexto de compromiso, de confianza, de aprendizaje, de reglas del juego, etc., los sistemas, la

organización, la estructura, la comunicación, los manuales, funcionan bien; y, cuando no se crea ese contexto, las cosas funcionan mal.

Muchas empresas invierten en sistemas, invierten en formación y no generan el contexto. Y debe ser al revés: crear el contexto y luego invertir en esas cosas.

## RETOS EN LA DISCIPLINA DE RECURSOS HUMANOS

Primer reto: la adaptación a la globalización. Hay nuevos mercados, nuevos productos, nuevas competencias, nuevas ideologías. El problema está en que hay que pensar globalmente, porque estamos en un mundo global, y luego hay que actuar localmente. ¿Y eso qué origina en el área de recursos humanos? Origina que el liderazgo sea distinto, que los sistemas sean distintos, que la relación contractual sea diferente, etc. El mundo global está ahí y el área de recursos humanos se tiene que adaptar a ese mundo global.

Segundo reto: el cambio permanente. Pero el cambio permanente ya no implica solamente el cambio, sino la velocidad del cambio; porque no solamente hay que cambiar, sino que hay que cambiar rápido; porque hay empresas que cambian pero tardan años y, cuando han cambiado, ya ha llegado otra nueva oleada. Todos estos procesos de transformación, de reingeniería, de aprendizaje continuo, son metodologías que tienen que estar incorporadas al mundo de la organización y de los recursos humanos, porque el mundo está en cambio permanente y el área de recursos humanos se tiene que adaptar a ese cambio permanente.

Tercer reto: el mirar al cliente. Al crear recursos humanos hay que olvidarse ya de prácticas endogámicas y hay que mirar al cliente, interno y al externo. El cliente interno, que son los equipos, los directivos, todas esas relaciones entre las organizaciones cuando hay participación en un sinfín de redes virtuales. Al crear recursos humanos no se pueden utilizar los mismos mecanismos que se utilizaban antes.

Cuarto reto: la rentabilidad del recurso humano. No solamente por la vía de la reducción de costes (el ajuste de los costes de personal es casi lo inmediato que a muchos gestores se le ocurre; hay que reducir costes, luego hay que echar a gente). Consigamos el crecimiento de los ingresos por otra vía: aumentando la cartera de clientes, potenciando las competencias nucleares, las fusiones, las compras, etc. No es que no haya que reducir costes en muchos casos, pero hay otros métodos, aparte de la reducción de costes, para hacer más eficiente el recurso humano. Lo que sucede es que es fácil decir que sobra gente y que los costes hay que reducirlos.

Quinto reto: convertir los objetivos estratégicos y de negocios en prácticas de recursos humanos. El área de recursos humanos tiene que estar en la estrategia de negocio. Sin embargo, muchas veces va detrás del negocio. Se define la estrategia y luego se dice: área de recursos humanos, oiga usted, quite, ponga, traiga. El área de recursos humanos tiene que estar alineada con la estrategia y el profesional de recursos huma-

nos tiene que luchar por estar en ese escenario. Los objetivos estratégicos del área son temas vitales. Entre las deficiencias más percibibles en las empresas está que no hay estrategia de recursos humanos. Es sorprendente que haya estrategias en muchos planos en el campo empresarial, pero el área de recursos humanos siempre va detrás; siempre se atiende a este área cuando hay un conflicto laboral o cuando se nos escapan cinco directivos; pero, si no, nos ocupamos de las “pequeñas cosas” de recursos humanos y no de los grandes temas. Y uno de los grandes temas de recursos humanos es tener estrategia de recursos humanos, tener un plan director de recursos humanos que oriente el futuro de la organización. Lamentablemente, no se hace, salvo excepciones.

Sexto reto: aprovechamiento de la tecnología. Tecnología, información y trabajo en equipo son elementos fundamentales de esta era en, en la era que estamos. Porque eso produce mejora del conocimiento, mejora de la eficacia organizativa. Tenemos que aprovechar la tecnología, tenemos que aprovechar todos esos mecanismos que nos dan el acceso a la información para, conjuntamente con el trabajo en equipo, ser más eficientes.

Séptimo reto: atraer, evaluar y conservar a las personas clave. Uno de los temas claves de una organización es la gestión del personal. Gestionar personal directivo no es solamente compensarles, o formarles; son muchas cosas. Es atraerles, es comunicarles, es darles participación, es exigirles, es desarrollarles; es un sinfín de cosas. Uno se encuentra gestores de personal directivo que creen que la solución del problema es la retribución variable o darles cursos. El tratamiento del personal directivo lleva muchísimas horas. Hay que exigir al personal directivo, hay que definir bien sus roles y sus perfiles. Es un tema complicado, pero hay que evaluar al personal directivo; eso en este país da miedo. Muchas empresas dan retribución variable a todos por igual porque es más cómodo. En muchas empresas están todavía con dificultades para sentarse con un directivo y decirle que no tiene el cien por cien de la retribución variable. Gestionar personal directivo dentro del tema de recursos humanos es el elemento clave dentro de la política de recursos humanos que aquí se defiende; el personal directivo es el motor y el elemento diferenciador de una política de recursos humanos.

- 1 Adaptación a la globalización
- 2 Aprendizaje y velocidad del "cambio permanente"
- 3 Énfasis en la cadena y red de valor
- 4 Rentabilidad vía reducción de costes y vía crecimiento de ingresos
- 5 Capacidad para convertir los objetivos estratégicos y de negocio en acciones y prácticas de RR.HH.
- 6 Aprovechamiento de la tecnología
- 7 Atraer, evaluar y conservar a las personas clave
- 8 Crear, transmitir y medir el capital intelectual (Gestión de Conocimiento)

*Cuadro 2. Retos de la función de Recursos Humanos*



## **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

Todo eso que se habla, quizás desde hace un par de años sobre la creación y transmisión del capital intelectual, es un tema vital y un reto también para los hombres de recursos humanos: convertir el conocimiento tácito en expreso, el conocimiento individual en colectivo. Es otro reto que tienen los gestores de recursos humanos. Hay que desterrar el mantener conocimiento individualmente. Muchos directivos no pasan información porque creen que es tener poder, y hay que reconvertir las organizaciones para que la comunicación de la información se comparta y se exija.

## **GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR HOSPITALARIO ESPAÑOL**

Ha habido avances y un posicionamiento orgánico diferente. Se ve con satisfacción que los responsables de recursos humanos están ya posicionados en los comités de dirección en muchas empresas. Es evidente también que ha habido una tecnificación del área, que ahora está razonablemente bien preparada. Aún desmistificando la técnica de recursos humanos (porque opino que no es una técnica muy compleja, con una cierta formación básica la tecnología de recursos humanos está al alcance de todo el mundo, un libro de recursos humanos es fácil de leer, lo más complicado es aplicarlo) uno de los grandes inconvenientes que tiene el área, es precisamente que cualquiera opina sobre recursos humanos y no muchos podrían hacerlo realmente.

Otro avance es que hay ya un discurso cultural en el país que reza “y el activo humano es muy importante...”. Desde hace seis o siete años, no hay memoria que no incluya una frase grandilocuente sobre lo importante que son los recursos humanos en la empresa. Luego muchas se quedan ahí, en la declaración conceptual; algunas incluso tienen cartelitos en la empresa de decálogo, etc. Pero el recurso humano y el tratamiento del recurso humano es un problema cultural, es un problema de sentimientos, es un problema que debe estar calando en el contexto de la organización, no es solamente un problema de discurso. De todos modos, puede anotarse evidentemente un avance; antes el recurso humano era solamente un coste, ahora ya hay algunos que lo consideran como una inversión y eso supone una concepción bastante diferente.

Pasemos a las barreras. La primera es la gestión estratégica. Se hace muy poca estrategia de recursos humanos, y eso es un error craso. Hacer estrategia de recursos humanos no es fácil, pero es posible, y, sin embargo, no se hace. En entrevistas con consejeros delegados y directores generales, al plantear qué tienen de estrategia de recursos humanos, resulta que tienen planes de inversiones, planes de producción..., pero no de recursos humanos. Es decir, sigue habiendo un gran peso administrativista de la función, lo cual es un error, porque no da valor añadido. Da mucho trabajo, muchos problemas día a día, y no aporta nada. Los responsables de recursos humanos deberían

intentar quitarse el peso administrativo, porque no añade nada a la función ni a la gran misión que tiene la gestión de recursos humanos. Además, hay ausencia de formación directiva en la gestión de recursos. De esta carencia tiene la culpa, tanto la alta dirección, como los profesionales de recursos humanos. En muchas empresas los directivos se preocupan nada más que de dar promociones, pero cuando hay que corregir, cuando hay que disciplinar, cuando hay que decir que "no", lo que dicen es: "vaya usted al departamento de recursos humanos, que allá le darán la noticia". No se asume la responsabilidad global de recursos humanos. A su vez, tampoco se da responsabilidad en retribuciones, ni se da responsabilidad al gerente en desarrollo, ni se exige realizar evaluaciones rigurosas, etc. Consecuentemente, es un problema y una responsabilidad de todos.

AVANCES	BARRERAS
Posicionamiento orgánico	Gestión Estratégica
Tecnificación del Área	Fuerte peso Administrativo
Discurso Cultural	Ausencia de Formación Directiva en GRH

*Cuadro 3. La gestión de Recursos Humanos en España*

## UN MODELO Y ALGUNAS FORMAS ORGANIZATIVAS EN LA EMPRESA

En los servicios sanitarios hay una nueva cultura, eso es evidente: Foros, debates, encuentros públicos. Hay una tendencia clara a la descentralización de las funciones y responsabilidades; hay una filosofía de mejora continua de la calidad; los entornos autonómicos están cogiendo fuerza; se dan nuevas orientaciones en la gestión de los nuevos centros de salud, etc. Hay un "caldo de cultivo" en este sector que anima a decir que se va avanzando, y hay un contexto favorable a que hagamos el gran cambio también en la gestión de recursos humanos. Pero siguen existiendo barreras. Es un modelo con mucha resistencia a la innovación, el marco jurídico es obsoleto, hay una falta de autonomía en gestión de recursos humanos: la selección, las retribuciones, el desarrollo profesional, están limitados por normas laborales ya antiguas. Además, volviendo al tema del perfil directivo, en este sector los perfiles directivos también carecen ausentes de formación en el área de recursos humanos.

AVANCES	BARRERAS
Nueva cultura en los servicios sanitarios	Resistencia a la innovación y progreso de cambio
Tendencia a la descentralización de las funciones y responsabilidades	Marco jurídico obsoleto en los centros de cambio
Posibilidad de dotar de personalidad jurídica propia a los centros sanitarios	Falta de autonomía en áreas clave para la Gestión de Recursos Humanos (selección, desarrollo profesional, retribuciones, etc...)
Relanzamiento de la filosofía de mejora continua y la gestión de la calidad total en la prestación de servicios	Necesidad de un nuevo perfil directivo
Fuerte iniciativa en los entornos autonómicos de responsabilidad descentralizada en el ámbito de la salud pública especialmente a través de las Fundaciones	
Nuevas orientaciones en la gestión de los nuevos centros de salud	

Cuadro 4. La gestión de Recursos Humanos en el sector hospitalario

¿Cómo debe ser la transformación del modelo?. Existen tres planos: el estratégico, el técnico y el operativo. El plano estratégico de la gestión de recursos humanos es aquel que interviene en la estrategia empresarial participando en ella en el momento de su elaboración, no después; que identifica las implicaciones de la estrategia empresarial para el área de recursos humanos. Por ejemplo, cuántas empresas deciden crecer y no tienen recursos directivos ni medios, pero lo deciden, y se encuentran con la traba de los recursos humanos a enviar al territorio. Es aquí donde la orientación estratégica define los objetivos globales y la estrategia del área, alineándola con el negocio, y actuando como impulsora y canalizadora del cambio organizacional. La orientación técnica es la de facilitar servicios de apoyo a las necesidades de la línea, diseñar técnicamente sistemas, hacer una arquitectura de sistemas y ponerlos a disposición de los mandos de la organización. Una aproximación operativa es toda la “táctica” de la gestión de recursos humanos: los aspectos relacionados con el personal, responder a las necesidades puntuales de la organización, etc.

ESTRATÉGICO	TÉCNICO	OPERATIVO
Interviene en la formulación de la estrategia empresarial, participando en la definición	Facilita servicios de apoyo a las necesidades del equipo directivo	Gestiona los aspectos relacionados con el personal
Identifica las implicaciones de la estrategia empresarial en los recursos humanos	Diseña técnicamente los sistemas y procedimientos de gestión de recursos humanos	Responde, con acciones puntuales, a las demandas de la Organización
Define los objetivos globales y la estrategia de área, alineándolos con el negocio		Realiza la implantación de los programas y sistemas de gestión
Actúa de impulsora y catalizadora del cambio en la organización		

Cuadro 5. Aproximación a un modelo de gestión de Recursos Humanos

El modelo deseable es el de la aproximación estratégica, donde los responsables de la función de recursos humanos deben definir las oportunidades y barreras para alcanzar los objetivos de negocio. Tiene “que estar presente”, cuando se definen los objetivos de negocio; el área de recursos humanos, en este plano, tiene que hacer reflexionar para facilitar una perspectiva más amplia de la organización; tiene que facilitar la asignación de recursos; el área de recursos humanos, a este nivel, tiene que priorizar las acciones y establecer planes directores o planes estratégicos de recursos humanos con horizontes de tres o cuatro años, y definir una orientación estratégica y de desarrollo del capital humano y del capital intelectual de la organización.

- Define oportunidades y barreras para poder alcanzar los objetivos de negocio
- Hace reflexionar y facilita una perspectiva más amplia
- Facilita el proceso para la asignación de recursos a los programas y actividades
- Desarrolla el compromiso en los planes de acción
- Prioriza y establece las acciones de RR.HH a 2/3 años
- Facilita una orientación estratégica y desarrollo del capital intelectual

Cuadro 6. Razones de una aproximación estratégica a la gestión de Recursos Humanos

## ROLES BASICOS DE UNA FUNCION DE RECURSOS HUMANOS

Existen unos objetivos estratégicos de medio y de largo plazo, unos objetivos operativos de corto, está la organización y las personas; la función de recursos humanos tiene que estar en los planos de la gestión estratégica de recursos humanos, en la gestión del cambio y la difusión del conocimiento, en la gestión de la eficiencia en los procesos y sistemas y en la gestión de las contribuciones y competencias de las personas.

Volviendo al problema del peso administrativo, la tendencia es pasar esas tareas a los departamentos administrativos, dejando liviana la organización de recursos humanos para que se centre en lo esencial.

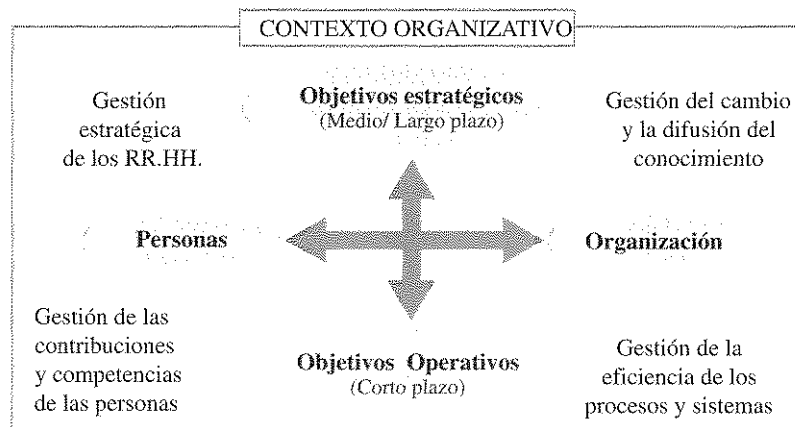


Figura 4. Nuevo rol funcional del área de Recursos Humanos

Surgen aquí unas breves reflexiones sobre las competencias de los profesionales de recursos humanos y de los directivos: cómo ha cambiado el área, cómo han cambiado los objetivos, en qué medida son distintos los retos a los profesionales de recursos humanos

## COMPETENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS

Una primera competencia de los gestores de recursos humanos es evidente: tienen que tener un pensamiento global, porque estamos en un entorno global. Una segunda: tienen que conocer el negocio, en el hospital tienen que estar al lado de los enfermos, al lado de las unidades de negocio; en la fábrica tienen que estar en producción; en un banco tienen que estar en las oficinas. No pueden estar en servicios centrales, como es el caso de directores de recursos humanos que no viajan, que no conocen el negocio. Hace años se buscaban abogados, luego se buscaron psicólogos, sociólogos; ahora se buscan personas de negocio. Por eso, en la profesión médica, un médico puede ser perfectamente director de recursos humanos, no hace falta que sea un especialista; lo que tiene que ser es una persona que comunique y encauce la transformación; que tenga capacidad de aproximarse a los escenarios, que sea negociadora y gestora, que sea asesora de la línea, que no tenga miedo a perder el puesto si tiene que plantar cara.

Los responsables de recursos humanos tienen más problemas con los compañeros del propio comité de dirección que con los sindicatos; por lo tanto, tiene que ser una persona que asuma su compromiso de cambio y transformación en el hospital y, si no asume eso, no es más que un administrador; hace falta tener otro talante. Cuando buscamos gestores, buscamos hombres con ese perfil, porque la técnica no es compleja, se puede formar técnicamente a una persona; lo que sí debe tener es un compromiso y, evidentemente, una sensibilidad dentro del área para poder gestionarla.

Los directivos en esta disciplina tienen que contribuir a ese contexto organizativo; tienen que ser transmisores de esa filosofía y esa cultura empresarial; tienen que saber movilizar a las personas, tienen que gestionar y desarrollar las competencias de sus equipos; tienen que abrir horizontes y espacios a la gente, tienen que compartir el conocimiento. Los directivos, cuanto más alto el nivel y más recursos humanos tienen a su orden, más se tienen que dedicar a estos temas. Casi nunca los problemas graves ocasionados por la mala gestión de los recursos humanos conllevan un cambio de responsables o una solución drástica, por más gente que dependa de esta área; sin embargo, sí habrá destituciones si el fallo es técnico o simplemente no cuadra la caja. De nuevo, esto es un error, porque si un directivo tiene muchos recursos humanos, aparte de saber técnicamente de muchas cosas, tiene que saber gestionarlos, que es una disciplina vital.

- Pensamiento Global
- Conocimiento de negocio
- Comunicador e impulsor de la transformación
- Capacidad de adaptación a escenarios diferenciados
- Negociador y gestor de contratos externos
- Consultor/asesor de la dirección de las organizaciones o empresas asociadas o diferenciadas

*Cuadro 7. Nuevas competencias de los profesionales de Recursos Humanos*

- Construir un contexto de colaboración y apoyo
- Transmitir y exigir una filosofía empresarial
- Movilizar a las personas
- Gestionar y desarrollar las competencias de los equipos
- Abrir horizontes y espacios, sin olvidar los resultados a corto
- Compartir el conocimiento

*Cuadro 8. Nuevas competencias de los directivos*

## MODELO DE CONFIGURACIÓN DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

No hay modelo universal pues, según sea el tipo de empresa, así será la centralización estratégica. Centralizada tiene que estar nada más la estrategia; lo demás puede estar descentralizado. Esas unidades que acaparan tareas, facultades, sostienen un planteamiento de hace veinte años. La centralización es tener clara la estrategia de recursos humanos, desarrollar el equipo directivo, gestionar el cambio y la transformación y gestionar el conocimiento. Con esto, un responsable de recursos humanos tiene contenido funcional más que suficiente. Y para eso, aunque la empresa sea muy grande, con tres o cuatro personas de nivel es suficiente. Esta es la esencia de un gestor de recursos humanos y es lo único que hay que centralizar. Lo demás puede pasar todo a la línea. Es verdad que puede haber servicios centralizados que, por sinergias operativas y por ahorro de costes, pueden estarlo. Pero solamente cuatro: 1) La formación gerencial, que puede unificar mensajes, valores, culturas, etc.; 2) La cobertura de los puestos de trabajo clave, que pueden ser un 1% de la organización. 3) La arquitectura de los sistemas de gestión: el área de recursos humanos tiene que tener una arquitectura similar a la de los sistemas de gestión, porque lo tiene que pasar a la línea; esto es, el diseño de la arquitectura puede estar centralizado, pero sólo técnicamente, porque quien

la tiene que aplicar es la línea; 4) Todos los sistemas de organización: las auditorías, los estudios de clima, etc.

Todos los demás servicios tienen que estar descentralizados operativamente. Los gestores de recursos humanos tienen que estar donde está el negocio, donde está la línea, donde están los recursos humanos, y contar solamente con gente con formación suficiente para ir alimentando todo ese proceso; pero el operativo tiene que estar en donde están las personas, no a 500 km.

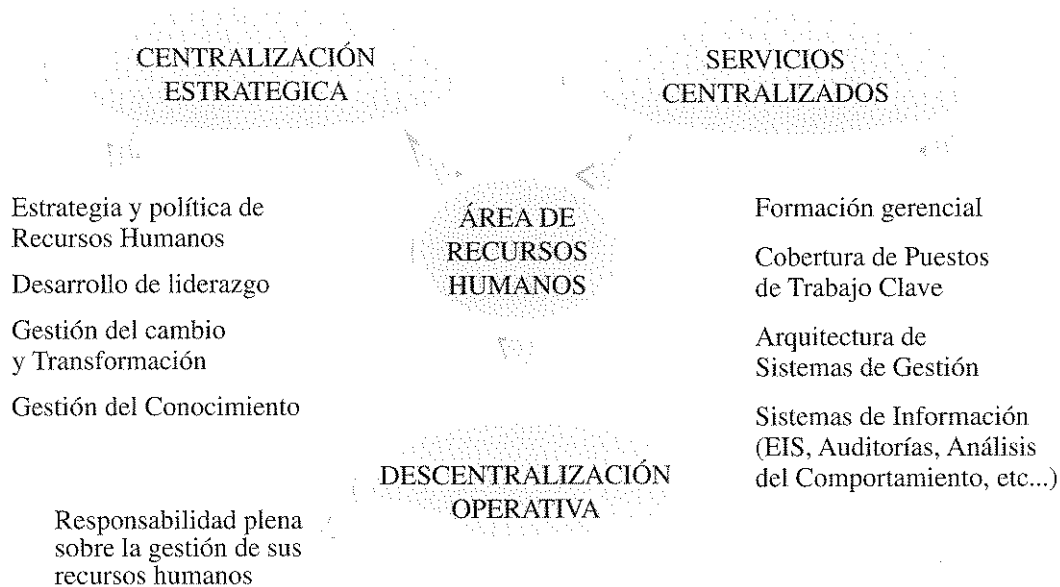
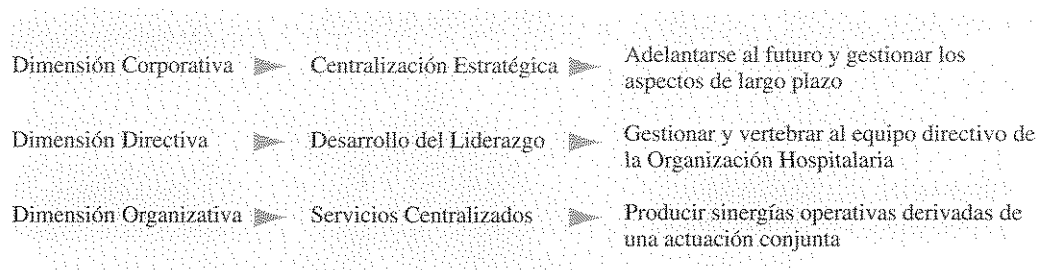


Figura 5. Modelo de configuración de la función de Recursos Humanos

## APORTACIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El hospital tiene un día a día muy duro, una operativa complicada; además, el área de recursos humanos, montada administrativamente, tiene mucha presión. Una unidad de servicios compartida tendría tres dimensiones: 1) Una dimensión corporativa, que es la centralización estratégica, adelantarse al futuro gestionando los aspectos a largo plazo; 2) La dimensión directiva, que es todo el desarrollo del liderazgo, gestionar y vertebrar equipos directivos en la organización hospitalaria; 3) La dimensión organizativa, crear algunos servicios centralizados para que se produzcan sinergias operativas.

La USC debería impulsar la función de Recursos Humanos en tres dimensiones básicas:



*Figura 6. Función de la Unidad de Servicios Compartidos*

Para cerrar el ciclo proponemos un modelo de servicios compartidos, una dimensión corporativa, que es el tratamiento de la cultura y los valores; sin perder de vista que toda empresa tiene su cultura y sus valores, y todo hospital tendrá por tanto su propia idiosincrasia; también habrá que tener en cuenta que subsiste un fondo de cultura corporativa de sector que podría ser definida, que podría expresarse con las siguientes frases: qué queremos de nuestros directivos; cuáles son sus roles; qué estrategia y política de recursos humanos hace el sector; por qué modelo de cambio y transformación apostamos; cuando queremos hacer de un hospital obsoleto un hospital moderno, cómo gestionamos ese proceso. Ésta sería la dimensión corporativa.

Después está la dimensión directiva: toda la gestión del personal directivo, todo el desarrollo de directivos es vital. El poderse sentar, el debatir colectivamente anima al equipo directivo a comportarse con hábitos distintos; porque al reunirse los directivos un par de veces al año, en un debate, en un foro, unifican criterios, visiones, cultura empresarial.

En cuanto a la dimensión organizativa, a la arquitectura de sistemas, diseñar un sistema de recursos humanos lleva tiempo, no resulta fácil. En esa unidad de servicios compartidos se podría generar una arquitectura de sistemas útil para las organizaciones. Por lo que respecta a los sistemas de información de recursos humanos propongo un EIS (Executive Information System) bien dotado, donde se analicen las productividades, las rentabilidades del recurso humano, las señales de alarma, etc. Se puede utilizar un modelo global y crear una “central de compras” y servicios para que estos sean más operativos y baratos.

Evidentemente, en todos estos procesos de modelos de servicios compartidos hay que involucrar a los distintos hospitales; impulsar la importancia en la gestión estratégica, impulsar el trabajo en equipo; es decir, que estos trabajos o esa unidad de servicios compartidos no sea una reflexión de laboratorio, ya que no hay nada peor en recursos humanos que hacer un trabajo virtual que no sirva para nada. Habría, por tanto, que buscar mecanismos, incluso, para medir los resultados de esa unidad en términos de eficacia, en términos de efectividad, para que los números resultantes estuvieran claros.



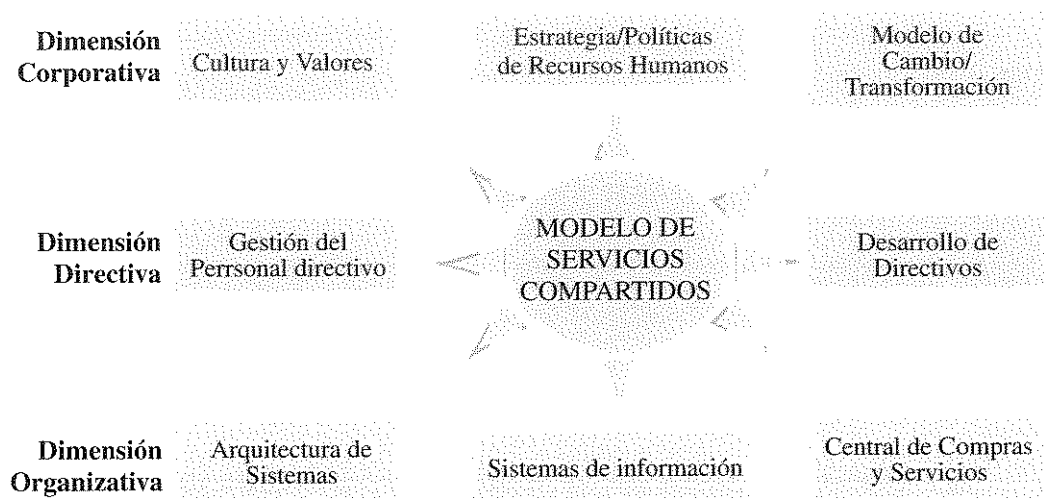


Figura 7. Dimensiones a desarrollar por la Unidad de Servicios Compartidos

Finalmente, cinco puntos sobre las claves de éxito en la gestión de recursos humanos: 1) Reducir el peso administrativo de la función, centrándose en lo importante; 2) Obtener credibilidad interna; el gestor de recursos humanos y el gestor directivo que gestiona el recurso humano tiene que conocer el negocio y cumplir los compromisos. Nadie que esté en el negocio de la empresa puede permitirse el lujo de no cumplir los compromisos, pues el profesional de recursos humanos, todavía más; la credibilidad interna se gana cumpliendo los compromisos, estando siempre en su sitio, conociendo bien el negocio y ayudando a la línea; 3) Implicar a los líderes del negocio en la gestión de sus recursos humanos; tienen que ser los directivos los que les formen para descentralizar al máximo; 4) Construir una organización y equipos reducidos de profesionales con marcada orientación al cliente interno; poca gente, bien preparada, es suficiente; en algunas empresas, incluso de 2.000 ó 3.000 empleados, se ha conseguido que con 4 ó 5 personas funcione; 5) Definir con claridad el rol de socio estratégico, que es un concepto que debe estar negociado con la alta dirección para posicionar claramente al área de recursos humanos.

- 1 Reducir el peso administrativo de la función
- 2 Obtener credibilidad interna (conocimiento del negocio y cumplir los compromisos)
- 3 Implicar a los líderes del negocio en la Gestión de "sus" Recursos Humanos
- 4 Construir una organización y equipo reducido de profesionales con marcada orientación al cliente enfermo
- 5 Definir con claridad el rol de Socio Estratégico

Cuadro 9. Claves del éxito de la gestión de Recursos Humanos

## DEBATE

### PREGUNTA 1:

La conferencia ha cumplido con creces los objetivos y la misión que le queríamos dar en este seminario. Creemos que la capacidad de abordar, de ordenar, de estructurar todo el tema ha sido extraordinaria, y nos gustaría recordar las cosas que más han llamado la atención en cuanto al énfasis que le ha puesto. La importancia que se ha dado al tema de crear el contexto, las reglas de juego, el compromiso, la confianza, el aprendizaje, es uno de los elementos que más me han importado de lo comentado. Luego el énfasis en el personal directivo como una de las claves de la gestión de recursos humanos, no sólo por la importancia que tiene la gestión de sus propios recursos humanos sino como objeto de la gestión en sí mismos.

El desplazamiento de la importancia de la gestión administrativa de recursos humanos al papel de gestión estratégica, de liderazgo, de gestión del cambio, de transformación, también sería una de las cosas que me gustaría debatir: ¿cómo se hace, cómo se traduce en la experiencia concreta? Tampoco es desdeñable recordar que la gestión de las personas debe estar donde están las personas. Una cosa es la gestión estratégica y otra cosa es la gestión operativa; el énfasis en la descentralización, repetido bastantes veces, ¿Cuál es la experiencia en el sector público en este país, en la gestión de personal en empresas públicas, cuánto puede ser y cómo puede ser, de verdad, en la práctica?

La idea de la unidad de servicios compartidos, no sólo en la aplicación práctica de la escuela, sino en la vida del sistema de salud en general: ¿Cómo reducir el peso administrativo? ¿Cómo cumplir los compromisos como uno de los elementos claves, y estar en los sitios en el momento necesario? ¿Cómo mejorar la credibilidad de los directivos, no sólo en los recursos humanos, sino de todos los directivos? ¿Cómo lograr la implicación de los líderes de negocio en la gestión de recursos humanos?

En la experiencia del conferenciante, que ha sido tanto del sector público como gestor y del sector privado como consultor, de todo lo que se ha dicho, ¿cuáles son las enseñanzas para los que gestionamos en el sector público?

### RESPUESTA:

Creo que el sector público tiene algunas connotaciones diferenciadoras en la gestión de recursos humanos. Hablo de mi experiencia en Iberia, donde fuí director general de relaciones laborales, y puede ser algo trasladable a vuestro sector. Creo que hay un tema bastante diferenciador que es el peso de las relaciones laborales y de la norma laboral. Es decir, en la empresa pública el sindicato, las relaciones laborales, el pacto, el convenio, toma un protagonismo muy importante y, -en consecuencia-, pesa más en la negociación y en el pacto que el desarrollo de las personas, porque el sindicato presiona más la relación laboral. Si, además, vemos la evolución desde 1977 del desarrollo sindical, los sindicatos en la empresa privada han ido perdiendo protagonismo y peso específico; en la empresa pública va quedando un reducto de gestión sindical en las relaciones laborales, la diferencia más significativa que he visto es el peso sindical y el peso de la norma.

El caso de Iberia era especialmente complejo porque teníamos varios convenios: de personal de tierra, de pilotos, de mecánicos, de azafatas,... y andábamos en una rueda maléfica de convenios de nunca acabar. Los que siempre hemos creído en el desarrollo de las personas teníamos unos huequitos escasos; ahora soy asesor estratégico de la compañía y veo que tampoco ha cambiado mucho. Creo que la diferencia fundamental es que hay que pactar con los sindicatos. Yo viví la transición democrática en el campo de las relaciones laborales y tuve la oportunidad de pactar y negociar con los grandes líderes sindicales, y es posible. No sé el tipo de representación de trabajadores que tengáis vosotros, pero es evidente que la norma laboral vuestra es obsoleta y que con una norma laboral obsoleta se puede avanzar muy poco; por eso en mi intervención decía que directivos con poca orientación hacia lo que es una gestión moderna de recursos humanos y con norma laboral obsoleta conforman un modelo que hay que romper; además la empresa pública tiene la connotación del pacto permanente y eso es una dificultad adicional. He visto los procesos de selección en algunos hospitales y es un embrollo: estáis en un sector en que el usuario mira mucho por su servicio público. Opino que si las cosas están bien pensadas, bien organizadas, no se puede aproximar frívolamente a este tema, porque como todo el mundo tiene recursos humanos, todo el mundo sabe lo que es la disciplina, todo el mundo sabe lo que son las retribuciones, todo el mundo sabe lo que es la selección, etc.

Cuando la empresa pública está ante la mira en tantos escenarios y tantos andan con la lupa mirando a ver qué se puede conseguir, hay que prepararse bien para discutir y resolver los problemas de recursos humanos. Yo estaba en alerta permanente y me llevaba la lección bien aprendida, y en conflictos gordos, como el de los pilotos, he estado con ese tema constantemente colgado de mi chepa profesional. Hay que preparar el tema y las estrategias también. Luego, hay un ángulo político, políticamente incide y te hacen cambiar el tiro. Todos sabemos que una empresa pública está influenciada por los condicionantes políticos que los gestores tenemos que asumir.

Sin embargo los gestores también tenemos mucho que decir en ese tema; soy luchador y he sido gestor duro de roer en los planteamientos, he dado la batalla también por lo que creía, y cuando me decían que tenía que ajustar los costes los ajustaba pero luchaba por que se ajustaran lo razonable, y cuando tenía que decir al ministro que había errores políticos en el planteamiento, lo decía. Luego me tenía que callar y me corregían. El gestor y el directivo, diciendo la verdad, probablemente no te quiten, probablemente te quiten; probablemente te hagan caso, probablemente no te hagan caso; pero uno se queda tranquilo con su conciencia y con su equipo. Ese es el valor más diferenciado, más profundo y permanente.

#### PREGUNTA 2:

En el momento actual de las relaciones laborales de la organización pública como la nuestra -sindicatos en general- ¿qué valores funcionan en las relaciones con las organizaciones sindicales?, ¿qué elementos confluyen o configuran lugares de encuentro

institución-organizaciones sindicales?, ¿qué elementos definen lo que rompe esos lugares de encuentro? y, en este contexto y desde este supuesto, ¿qué estrategias de negociación propone en el momento actual?

RESPUESTA:

Lamentablemente no voy a poder responder porque ya he dicho que no me conozco la problemática sindical de vuestro sector; sería absurdo contestar con lugares comunes, hay problemáticas sindicales que conozco y la vuestra en concreto no la conozco. Sé que hay un profundo cambio de todo el modelo sindical, sé algo de los sindicatos, pero sería osado por mi parte el decir ahora qué elementos estratégicos son los más adecuados para una negociación con los sindicatos.

PREGUNTA 3:

Globalizando: Institución pública-organizaciones sindicales.

RESPUESTA:

En ese tema puedo decir mi experiencia, en concreto, aunque no en el sector salud. Siempre he manejado la clave de la credibilidad que es muy importante para los gestores hospitalarios y para los gestores del sector salud. Una cosa que he dicho en las claves del éxito es la credibilidad. O sea, con los sindicatos hay que tener credibilidad como representante de los intereses de la empresa. La credibilidad se consigue, no porque un día determinado uno diga que va a ser creíble, sino porque su gestión tiene credibilidad. Porque los sindicatos te cazan enseguida porque son gente avezada, gente que tiene mucho oficio; hay profesionales del sindicato, como vosotros sabéis, gente que lleva muchos años en esa disciplina; gente que antes de la transición ya estaba ejerciendo la profesión y se las saben todas; comunican muchísimo mejor que los empresarios, tienen mecanismos internos que funcionan porque las máquinas están “engrasadas”.

El planteamiento empresarial, con carácter global es: Primero, ser creíble, es decir, cuando salgas a la plataforma estudia bien el tema, porque te puedes encontrar con una postura contraria y si el sindicato te ve flaquear en el camino, el recorrido va a ser complicado. Llevo ya una trayectoria de relaciones laborales con experiencias sindicales incluso en otros países antes del reconocimiento sindical en España y aprendí que en el campo éste hay que mirarse a los ojos de frente y hay que decir la verdad. Luego hay que tener un margen de maniobrabilidad del pacto. No hay que ir con planteamientos poco sinceros, ni con márgenes de maniobrabilidad muy escasos.

Segundo, tener a tu equipo bien informado. Hay planteamientos sindicales que se hacen entre dos o tres personas que se creen que arreglan el mundo; al equipo directivo hay que tenerlo bien informado del tema, es decir, cuando un equipo directivo asume el planteamiento empresarial ante un sindicato, los temas pueden salir adelante; ahora, cuando se gestionan en pequeñas camarillas y cuando hay planteamientos unilaterales, los temas van al fracaso.

Entonces: credibilidad, participación del equipo y reflexión. No salir al escenario de forma precipitada, pensar bien cuál va a ser la estrategia de negociación, pensar qué va a ocurrir si te dicen que no y hay conflicto. Una de las características de la empresa pública, es que al final el conflicto se aguanta con dificultad, y hay que saber esa condicionante política; que puede llegar tu ministro y decirte: "donde dije digo, digo Diego" y te ha cambiado la estrategia; son cosas que hay que hacer en la propia estrategia y yo diría que como gestores, asumir uno su propia dignidad profesional. En mi trayectoria profesional, con el tema sindical ha habido dos o tres momentos que he estado dispuesto a marcharme del puesto, pero sin montar ningún número; me marchaba porque no creía en lo que había que hacer, y el directivo tiene que asumir ese compromiso.

Creo que uno de los elementos claves que tenéis en la mano es la transformación de ese modelo de norma laboral obsoleto que tenéis.

#### PREGUNTA 4:

Planteaba Alberto que dentro de lo que eran las misiones y los retos de los profesionales de recursos humanos, cuando hablábamos de contención de costes, en vez de reducir los costes de personal había que mejorar los ingresos. En el sistema público tenemos un problema muy importante: está muy controlado el aumentar el coste de los recursos humanos, ha habido una reducción importante y, por otro lado, en la nueva cultura de los contratos-programa no se nos estimula a aumentar la producción, porque todo lo que pueda aumentar la producción aumenta globalmente los costes. Tampoco los ingresos en ese sentido van a poder aumentar, porque vienen de la misma bolsa, porque a nosotros nos financia el sector público. ¿Cómo compaginar eso dentro de la nueva cultura de decir: mejoremos mediante los ingresos, en toda esa contención de costes? Si queremos mejorar los ingresos en el sector público y nuestro financiador va a ser siempre la hacienda pública, mal podemos andar buscando recursos por la vía de mutuas porque nos pelearíamos con una parte importante del sector. Verdaderamente la contención ha sido mediante el control de recursos humanos, el no aumentar esos recursos humanos. Por otro lado, si queremos buscar la eficiencia de esos recursos humanos tenemos que aumentar las consultas, lo que aumenta la prescripción de pruebas suplementarias, las intervenciones quirúrgicas, etc., lo cual aumenta el coste. O sea, esa misión de mejorar el rendimiento de los recursos humanos incrementando los ingresos es muy difícil en nuestro sector público porque no podemos incrementar los ingresos, porque no nos dan más.

#### RESPUESTA:

Sí, evidentemente el sector público tiene tremendas dificultades como las que apuntas; tiene limitaciones por la entrada y por la salida del modelo, y eso es lo difícil. Lo que quería decir con la reflexión que comentaba era que la política histórica de los recursos humanos ha sido siempre considerar el recurso humano como un coste y no como una inversión. Entonces uno se ha encontrado que toda la incidencia del tema de recursos humanos iba siempre a ajustar eso: bien echar plantilla, bien congelar las retribuciones, etc.

Otro tipo de reflexión: en el sector hospitalario puede ocurrir que los mayores ingresos produzcan mayores costes, pero puede haber mecanismos. Por ejemplo, ahora estoy pensando en un trabajo que estamos haciendo de una empresa pública que estamos negociando con hacienda la posibilidad de romper el modelo retributivo; llevamos ya tres o cuatro sesiones y el tema está complicado pero ya le vemos la luz pues estamos considerando que ya no es por la vía de los ingresos; por la vía de los mayores costes del recurso humano se puede rentabilizar más el recurso humano, porque si tenemos equipos directivos con retribución variable, con un DPO fijado, etc., la gestión de los recursos humanos puede ser más eficiente. Es un sistema de gestión que variabiliza el coste, que incrementa los costes y que queremos que el recurso humano sea más eficiente.

La línea general del discurso que quería hacer es que hay una obsesión, diría que histórica desde hace muchos años: que el único problema que se puede resolver en los recursos humanos es a través de reducir los costes. Me niego a entrar en esa línea por principio, y uno de los problemas que tuve fue un ajuste de costes en mi empresa. Yo fui de los que me planté, fue una de las dos o tres veces que me planté porque no me parecía legítimo que siempre el recurso humano era el que tuviera que soportar el ajuste de la crisis y creo que eso no es correcto en todos los casos; puede haber casos que sí y puede haber casos que no.

Mi tesis es que el recurso humano también es una inversión, que también hay que invertir en el recurso humano, que eso bien gestionado puede ser rentable para la empresa, que puede ser eficiente para la empresa. Esa es mi parte de reto que explicaba en el tema. Claro, ya en el caso concreto de que si produzco más, eso pues evidentemente tú tienes razón. Que rompáis en vuestro sector todo el modelo de la norma de las retribuciones, de la selección, que sé que tenéis un problema; pues hay que luchar con fuerza para que esos modelos se rompan y que en esos costes se apueste por el recurso humano, porque el recurso humano también puede ser eficiente.

#### PREGUNTA 5:

El SAS en los dos últimos años está definiendo un plan estratégico en el que estamos en este momento también intentando pergeñar para los próximos años un plan director de recursos humanos. Por tanto, lo que me ha parecido más sugerente de la intervención ha sido esa unidad de servicios compartidos que planteabas y que me parece una idea brillante y novedosa, especialmente en el sector público. En ese sentido me gustaría que profundizaras en lo que ha sido tu experiencia en la creación de un tipo de servicio similar, si es posible en el sector público, y cómo conseguir despegarse de la lógica administrativa y de la lógica de las relaciones con los agentes sociales para adentrarse en la creatividad y en la estrategia.

#### RESPUESTA:

En relación con la unidad de servicios compartidos tenemos algunas experiencias; en el sector público ahora no recuerdo, pero en grandes empresas sí las recuerdo. Primero voy

a hacer una referencia a lo que tú has dicho del plan director, de lo positivo que es tener un plan director de recursos humanos en algunas experiencias en empresas grandes, de ocho o nueve mil empleados. Ese plan director, bien diseñado y bien compartido con los equipos directivos de la organización, llega a ser una referencia continua a lo largo de los cuatro o cinco años siguientes de su instauración. Para conseguir que ese plan director cale en tu organización, hay que comunicarlo, hacer marketing (nosotros hicimos vídeos), hay que venderlo bien.

Los planes estratégicos de recursos humanos que hemos creado, siempre en grandes empresas, pueden ser un gran éxito, siempre que tengan un plan estratégico.

Las unidades de servicios compartidos dependen de cada organización. Hay organizaciones incluso que ya van separando las relaciones laborales con áreas de desarrollo, con servicios compartidos, o sea, que la evolución del área está ya caminando en una determinada dirección. Las empresas públicas, que tienen un peso específico muy importante en las relaciones laborales las están separando de la línea de desarrollo de personas. Eso ya es una forma de quitarse una problemática puntual, y esa unidad de servicios compartidos en las grandes empresas está funcionando bien. Para estas cosas hay que tener voluntad política de hacerlas, de política empresarial, pero técnicamente no es muy complicado: Oiga, ¿qué es puesto clave en una organización? Cien personas. Esas cien personas pertenecen a esta unidad de servicios compartidos. Y se ocupa de la formación, de la retribución, etc, ese es un tema. Oiga, ¿Cuál es la arquitectura de sistemas? Esta unidad es la que tiene que diseñar los sistemas de gestión del área de recursos humanos.

Para crear una unidad de servicios compartidos es más difícil e importante la decisión empresarial de acometerlo, que técnicamente llevarlo a cabo. Organizativamente no es un tema más complejo; en un servicio como del que estamos aquí ocupándonos tendría que haber un organismo superior que se ocupara de ese centro, pero técnicamente no es un tema complejo. Por eso, en mi modesta reflexión, he dicho: si yo que conozco algún hospital por ahí, que he hablado con algún gerente y sé los problemas que tienen, ¿cómo le voy a meter a ese hombre de recursos humanos todo ese tema? Pues si le saco del centro, creo una unidad de servicios compartidos donde algunos profesionales participen de ese proceso, creo honestamente que puede ser una gran aportación para el área.

La lógica administrativa enseña que eres tú el que tiene que resolver la ecuación, es decir, el hombre de recursos humanos es el que tiene que romper las propias barreras organizativas de la propia organización. La administración de personal la regalo al que pase porque no aporta absolutamente nada más que papeles, y entonces digo: quítate la administración personal y pásala a la dirección administrativa; eso, en principio, no es tan complicado. Y, ¿qué quiero decir con eso? Que si el gestor de recursos humanos se quiere quitar día a día te aseguro que se lo puede quitar día a día siempre que lo pacte con su director general y con su comité de dirección.

Lo que pasa es que hay muchos directores de recursos humanos que les gusta el papel y que si no están con el papel se sienten incómodos y si no controlan la organización no saben otra cosa que hacer porque son personas burocráticas, personas sin perfil avanzado. Ahora, el gestor de recursos humanos, en este caso tú, es quien tiene que ser protagonista del cambio y pactar con tu director general responsable o con el gerente del hospital el cambio organizativo.

**PREGUNTA 6:**

Por lo que he escuchado, puede haber ciertas similitudes entre lo que es una compañía como Iberia con las organizaciones sanitarias, es decir, diferentes estamentos profesionales, de diferente cualificación, diferentes retribuciones, etc. Por lo que padecemos los que viajamos, parece que Iberia tiene también ciertos problemas en la gestión de sus profesionales más avanzados, que deben ser los pilotos. La pregunta concreta es: además de lo que todos sabemos ya, ¿hay algo que hacer, es decir, son gestionables ese tipo de profesionales, perfectamente retribuidos, muy formados, etc., etc., como pueden ser los pilotos de Iberia o, en nuestro medio, los médicos?

**RESPUESTA:**

Diría que la problemática de los médicos la conozco por los periódicos y la de los pilotos la he sufrido. ¿Puede ser gestionable ese colectivo? Yo diría rotundamente que sí. ¿Tuvimos oportunidad de gestionar ese colectivo? También digo que tuvimos oportunidad de gestionarlo. En el sector del transporte aéreo todas las empresas modernas han resuelto el problema de los pilotos e Iberia no lo ha resuelto. Iberia lleva con la problemática de los pilotos desde la transición, (van a cumplirse los 25 años). Anteriormente, cuando procedían básicamente del ejército, los que se llamaban en la jerga ibérica los bramanes daban una orden y el sindicato se ponía firme.

Yo no quiero hablar de los médicos porque honradamente no la sé contestar. Pero, esos colectivos complejos (como uno que conozco, también complejo, los periodistas), todos son gestionables.

Lo que pasa es que para gestionar los conflictos complejos hace falta: primero, tenerlo claro estratégicamente, y segundo, tenerlo amarrado políticamente, y si las dos claves no están ajustadas yo diría que no hay que meterse en ese lío porque sales escaldado. ¿Por qué no se van a poder resolver esos conflictos de los maquinarios de RENFE, de los médicos, de los periodistas y de los pilotos? Pues claro que sí, técnicamente se puede resolver ese problema. En el sector médico, como en el sector de los pilotos, hay gente estupenda y gente razonable; lo que pasa es que sindicalmente es un problema un poco más complejo y ya entraríamos en el campo sindical: quiénes son los representantes de ese colectivo, por qué son representantes de ese colectivo, etc.

Soy optimista. Ahora, lo que sí es cierto en el transporte aéreo, que me conozco muy bien el tema, todos esos problemas, todas las compañías que lo han resuelto, lo han resuelto



con un gran conflicto, de meses. Pero el conflicto se resuelve. Las compañías más avanzadas, todas han tenido un conflicto fuerte con los pilotos pero lo han resuelto. Las que no lo han resuelto, ahí siguen; Iberia no lo resolvió y tuvimos una oportunidad histórica de resolverlo en el 84 y no se resolvió porque estaba orientado estratégicamente y, un día, políticamente nos dijeron que había que ir por otra vía y vuelta a empezar. Hay que confluir muchas voluntades políticas y profesionales para que el tema se resuelva. Es un tema complejo, largo, penoso, duro... Hay que estar preparado para la batalla, hay que echar una cantimplora para la travesía del desierto y saber a qué se juega.

#### PREGUNTA 7:

Quería primero dar las gracias por la dignificación que se ha hecho del área de recursos humanos. Aquí hay mucho gerente y es importante porque somos de esta actividad. Estoy también de acuerdo en que hay que separar lo que es la administración de personal de la gestión de personal, son cuestiones distintas; en nuestras organizaciones el día a día nos come. En la Sanidad, el 70% más o menos de su gasto corresponde a personal; tenemos que hacer gestión de recursos humanos, ésa es nuestra asignatura pendiente.

Se ha dicho que la gestión de recursos humanos puede hacerla cualquiera, son manuales fáciles de leer, lo difícil es aplicar; que puede haber hasta buenos gestores de recursos humanos de profesión médico, psicólogo, abogado, etc. Yo quisiera que definiera cuál es el perfil competencial que se exigiría a un director de recursos humanos dentro de este mundo sanitario que es bastante complejo.

#### RESPUESTA:

Las técnicas de recursos humanos las entiende cualquiera. Cuando coges un libro de recursos humanos o un papel relacionado con recursos humanos y lo entregas a un gerente normal, a una persona con una determinada formación, lo entiende. Tú estudias un proceso de selección, hablas de retribuciones, hablas de relaciones laborales, hablas de formación, y lo entiende todo el mundo. Entonces yo eso lo trivializo un poco para ir al fondo de la cuestión y digo: eso no es lo complicado, la técnica se puede aprender como tantas técnicas.

Lo complicado, y ahí vienen las competencias del hombre de recursos humanos, es aplicar y aplicarlo es muy complejo, yo diría que tan complejo como educar hijos. ¿Qué cosa más complicada que gestionar tus propios recursos humanos en la unidad familiar? Todos sabemos, al niño que llega tarde, le chillo o no le chillo, si le doy el palo... La empresa es parecido a la unidad familiar; es una unidad más grande que tiene más personas, y entonces, cuando yo digo qué competencias tiene que tener un hombre de recursos humanos, digo: hombre, como la técnica no es muy compleja, no quiero que sea un gran tecnólogo y que sepa mucho de psicología, de sociología jurídica, etc., etc., porque yo he visto personas con gran formación en ese campo que en mi concepción no son buenos gestores de recursos humanos.

¿Cuáles son los requisitos?

Primero, creerse lo que dice, es decir, tener una concepción de área y saber profundamente qué es un recurso humano en una empresa; eso es un sentimiento, es algo que genéticamente uno lo ha de llevar dentro y le debe gustar.

Segundo, comunicar bien. En el área de recursos humanos, como hay que convencer a la línea de que hay que hacer cosas distintas, tiene que comunicar muy bien.

Tercero, ser valiente. Como sea un gestor de recursos humanos que se achica porque el gerente o el director general le dice no sé qué, si va a un comité de dirección con una propuesta en la que cree y porque ve que el ambiente está difícil, la retira; si no sabe poner a un sindicato en su lugar aunque el sindicato pida su cabeza, ese hombre no sirve para los recursos humanos.

Cuarto, tener credibilidad. Tiene que estar en su sitio siempre, los lunes, los martes, un año, a los cinco años y a los siete años. Se puede equivocar, como todos los hombres nos equivocamos, pero debe mantener una misma línea siempre de honestidad, de seriedad, de sentarme a la mesa con los temas estudiados, de no decir una *cantamañanada* a las primeras de cambio, etc.

Por todo lo expuesto creo tanto que hay que descentralizar a los gerentes, hay que convencerlos de que hay que aproximarse de otra forma, hay que darles una arquitectura de sistemas, hay que darles formación, hay que darles responsabilidad. A veces queremos maravillas de los gestores de línea, queremos que sean pequeños gerentes, todo eso lo decimos todos los días. Luego resulta que no le damos manuales, que no les dejamos decidir, no pueden dar una retribución, etc.; entonces hacemos gerentes con las capacidades limitadas. Por eso yo dignifico la función más allá de la tecnología.



# *Competencias y estilo de management de los directivos del 2000*

JOSÉ MARIA GASALLA DAPENA

*Director Académico*

*Instituto Universitario Euroforum*

*Madrid*

*Conferencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## COMPETENCIAS Y ESTILO DE *MANAGEMENT* DE LOS DIRECTIVOS DEL 2000

Al cabo de los años una de las cosas que resulta evidente es que hay un porcentaje de situaciones y de problemas que son similares, comunes a los distintos sectores. Esto parece lógico, puesto que en todas las organizaciones detrás están las personas y a veces son problemas inherentes a éstas en distintos papeles, en distintas culturas organizacionales, en distintas estrategias y estructuras, en distintos sectores.

En el taller de Antonio Valls, celebrado también en este seminario, se comentaba que, en definitiva, hemos avanzado tremendamente en todo el proceso tecnológico del ser humano pero no hemos avanzado tanto en lo que es el desarrollo social y la integración de la persona en la sociedad. En una colaboración que tengo con una revista he recurrido ya en un par de artículos a los autores presocráticos. Y uno se sorprende al encontrar una gran identificación con los mensajes que lanzan los últimos gurús de moda. Es decir, no hemos avanzado tanto, sobretodo en el tema del significado de la persona y el desarrollo de la misma.

Quiero aclarar desde un principio que hablo de dirección y de desarrollo de personas. Desde hace siete u ocho años he emprendido una campaña en contra de la denominación de "recursos humanos". La razón fundamental es que, al final, los "recursos humanos" se gestionan de una manera similar a los recursos financieros, tecnológicos, materiales. Y si preguntamos, a pesar de lo ya comentado por Alberto Isla, qué es lo que han hecho los directores de recursos humanos de las grandes empresas en España durante los últimos 4 ó 5 años, a qué han dedicado su tiempo, nos encontraríamos que ha sido a aumentar la productividad en base a minimizar los costes salariales o el número de recursos humanos. A fin de cuentas una gestión cuantitativa en un porcentaje muy alto es un error en el sentido de que, además, en esa gestión cuantitativa de cara a la cuenta de resultados o a la productividad, el problema en una organización que no va a nivel de beneficio es la aplicación lineal de esas políticas. Es decir, uno de los temas que tenemos que ir cambiando es el paradigma lineal, rectilíneo. Es absurdo, totalmente ridículo, que utilicemos modelos rectilíneos cuando estamos en situaciones complejas.

En general, se piensa poco que nos estamos metiendo en una rueda de activismo y que nos autojustificamos pensando, en definitiva, qué podemos hacer si hay una cantidad de limitaciones y restricciones que no podemos tocar, si en realidad hay unos problemas que no podemos solventar. Lo que nos queda en definitiva es una huída hacia adelante y al final del día el problema es saber si hemos hecho lo que nos hubiese gustado hacer. Hay algunos colectivos con los que trabajo que afirman, a nivel *cuasi* directivo, que andan en un 70 u 80% de solución de imprevistos al cabo del día. Pero incluso a esos colectivos les propongo que ese 20% sea controlado por ellos y que se creen un espacio propio en ese 20% aunque sea para dedicarlo a pensar. Lo que pasa es que llamaría la atención encontrarnos en el despacho simplemente pensando y que no estu-

viéramos con la activación, con el ordenador o escribiendo; o sea, que el estar pensando parecería una pérdida de tiempo. Cada vez nos cuesta más concentrarnos y eso le pasa también a la gente joven. En la universidad hago pruebas de concentración y noto una verdadera dificultad para la concentración; hay una serie de estímulos simultáneos que nos están perturbando esa claridad mental que necesitamos.

En este sentido es muy importante para el directivo lo que puede significar el manejo de la distancia de intervención. Entendemos por distancia de intervención el saber cómo acercarse al problema y a la vez qué capacidad se tiene para alejarse de él, para, sin estar contaminado, pensar con claridad; tarea que no es fácil. Muchas veces se recurre a asesores externos, consultores. Sin embargo, ¿qué es lo que saben más que nosotros? Pocas cosas, pero a lo mejor tienen una ventaja: simplemente no estar metidos en el día a día. El juego de esa distancia de intervención es importante, lo mismo que saber pararse a pensar. Observando un poco nos daremos cuenta que el problema no es solamente español sino que algo parecido está ocurriendo en otros países europeos.

Para el desarrollo de este artículo propongo abordar el tema desde una perspectiva más lejana, es decir, ver cual es el panorama y hasta dónde nos está envolviendo, combinándola con un análisis más detenido. A nivel macro estamos pasando de una era agrícola, donde en realidad la fuerza física era importante, a una era industrial donde lo importante era la manufactura, para llegar a una era de los servicios donde, seguramente, la relación es lo importante y gracias a ello adquiere sentido la inteligencia emocional. Importancia tiene la relación porque se está convirtiendo en uno de los elementos clave, pero seguramente no una relación en el sentido tradicional, sino una relación que podemos añadirle profesionalizada.

Pero en efecto la era de los servicios ha estallado a partir de los años 60, y si se analiza el PIB en cualquier país desarrollado, los servicios están del orden del 70, 75 y hacia el 80%. Pero en países subdesarrollados o en vías de desarrollo tipo Brasil ya han pasado del 50%. Por lo tanto el sector primario es muy importante pero los servicios cada vez están llegando más alto debido seguramente al siguiente paso, la era de la información, donde el valor radica en el conocimiento. Pero cuidado, información no es igual a conocimiento, no es equivalente y esto es un tema que tenemos que tener muy en cuenta. Tradicionalmente se buscaba la información como fuente de poder y cuanta más información se tuviera, mayor poder se podía ejercer. El problema en este momento está empezando a dar vueltas en ese sentido de cantidad de información. Lo primero es distinguir lo que son datos de lo que es información y, lo segundo, lo que es información útil, aplicable, actualizada. Por ejemplo en banca si se quiere anular a alguien se le sabotea mandándole más y más información, llegando a la parálisis por el análisis. En este momento, una de las claves del directivo es la capacidad de discernimiento entre qué es lo que tiene que tener en cuenta y qué es lo que no le vale.

Una de las claves de ese discernimiento la encontramos también en programas informáticos, como por ejemplo en la universidad autónoma, donde existe un centro de

inteligencia artificial con un "modelo experto de minería de datos", al cual se le indican a priori los temas de interés y selecciona los textos a leer. En ese sentido Internet es un verdadero riesgo de dispersión. Porque uno de los mayores peligros, como ya he comentado al principio, es la dispersión que impide concentrarse y focalizar. Claro está que tampoco se puede ser rígido porque al mismo tiempo es imposible no dejarse influenciar por los comentarios que nos sugieren aprovechar las oportunidades metiéndonos en la dificultad de gestionar lo ambivalente, lo paradójico.

Llevo trabajando casi diez años en la gestión de lo paradójico por lo que creo que es uno de los elementos claves en el cambio de paradigma actual. Hemos sido educados en el paradigma dicotómico, o lo uno o lo otro. Esto ya no vale a nivel organizacional. Por ejemplo ¿qué es lo que se va buscando hoy en día? Normalmente se van buscando organizaciones descentralizadas con gran control central. Y lo paradójico no es contradictorio, al revés, es complementario, porque para que se ponga en marcha una organización descentralizada necesariamente hay que colocar un gran control central, porque en caso contrario se da la pérdida de la sinergia que puede producir la propia organización. Eso es paradójico y no es tan fácil cambiar el chip mental en el cual todos estamos inmersos, que es el dicotómico; podría explicarse desde el punto de vista de la filosofía oriental con el Ying y el Yang.

En este momento nos dirigimos hacia lo que ya se está empezando a llamar la "era de la bioeconomía" y la era del conocimiento. Esto se traduce en las carreras universitarias que se consideran con futuro, aun estando por explotar, que van a ser "lo bio-", la. biomedicina, la biogenética, la biopsicología, la bioeconomía; es más en este momento hay un gran déficit de profesionales en EEUU, a nivel informático. Aparte de las carreras puras también llama la atención el tema del derecho en sentido amplio. Si estamos yendo a un mundo global, cada vez va a haber más interrelación e interdependencia entre unos sistemas y otros, sociales, jurídicos, de todo orden. Es decir, vamos a necesitar personas que sean verdaderos gestores de conflictos, gestores de la mediación, la conciliación, el arbitraje (un buen ejemplo lo tenemos con Pinochet en Londres, aun siendo éste un caso aislado). Cada vez estamos más inmersos en sistemas que están dentro de otros sistemas por lo que se tienen que gestionar los límites de dichos sistemas. Otra carrera con futuro es la de la transmisión del conocimiento, es decir, la enseñanza, la formación y el aprendizaje. La verdadera y gran discriminación del siglo que viene va a ser la discriminación por el conocimiento, que conllevará una discriminación social y económica.

Este conocimiento tiene que ser actualizado y útil, las dos cosas plantean el problema de dónde está la utilidad y este será el sistema que va a regir. En este momento estamos ante un sistema materialista en donde la utilidad es la aplicación directa y habrá que ver si podemos salir de este materialismo de alguna manera. Existen áreas de conocimiento donde el índice de obsolescencia está en dos años y medio. Por lo tanto lo característico de la sociedad del conocimiento no es que se disponga de mucha información, sino que hay que saber más y mejor.





Figura 1

Llegados a este punto introducimos el concepto cualitativo, que es otro cambio de paradigma. Tradicionalmente, lo cuantitativo estaba en el centro de la búsqueda de los objetivos; esto ya no está tan claro, ni siquiera para las grandes multinacionales, aunque en este momento estemos asistiendo a una fiebre de absorciones y de compras de empresas. De hecho, se da la paradoja de que se están haciendo grandes conglomerados empresariales y al mismo tiempo se están fragmentando esas empresas para ser operativas. La IBM, por ejemplo, actualmente consta de más de 100 empresas distintas y desde el año 93 al 96 tuvo que poner en la calle a 75.000 personas. Pongo este ejemplo por el hecho de que a veces todavía se va en busca del concepto de seguridad clásico, o sea, introducirse en una gran empresa por sentirse más protegido. Sin embargo la única protección será indudablemente la "autoprotección", al igual que la "automotivación". Algo parecido ocurre con el aprendizaje cuyo proceso va desde una fase de ser "inconscientemente incompetente", pasando por una segunda fase donde se empieza a ser "consciente de la propia incompetencia". Hay mucha gente que nunca llega a esta segunda fase, con lo cual es imposible que aprenda nada. Es decir, el paso previo para el aprendizaje es ser consciente de que se es incompetente. El tercer estadio sería llegar al "conscientemente competente", eso podría ser más o menos lo que tradicionalmente llamamos aprender. Pero con eso no es suficiente, hay que llegar a la fase del aprehender, esto es, incorporarlo dentro sí mismo. Y estoy hablando de todo aprendizaje que signifique cambio de conducta porque, en definitiva, no existe aprendizaje si no hay cambio, está ligado directamente; puede existir acumulación de conocimiento pero no aprendizaje.

Se trata pues de un proceso mucho más complicado de práctica y análisis, repetidos hasta que queden incorporados. Kurt Lewin decía que había que descongelar para volver a congelar. Indudablemente hay que desaprender para aprender. Luego el proceso de aprendizaje de adultos no es nada sencillo y, por supuesto, no son una herramienta válida los simples seminarios, cursos y cursillos. Habrá que trabajar a nivel de *counselling*, a nivel de *mentoring*, a nivel de tratamiento individualizado.

Planteémonos por qué a los seminarios no suelen ir los presidentes, los números uno de las organizaciones. Parece que sería arriesgado para ellos. El problema es que las organizaciones todavía están mirando qué es lo que hacen los de arriba. Me he topado con muchos procesos de "calidad total" -me parece que es un error hablar de total, mejor sería integral- de "reingeniería" en los que me pregunto por qué sucede que el alto directivo va a la primera reunión, a la segunda reunión, a la tercera ya manda al adjunto, a la cuarta a la secretaria y a la quinta está el formador o el consultor o el de recursos humanos. Lo que se necesita es su involucración.

Estamos rodeados por el *marketing* de consultoras, un *marketing* de algunas escuelas de negocios, un *marketing* de etiquetas. Ciertamente se pueden coger ideas de un modelo u otro, pero primero hay que tener en cuenta si la organización en ese momento está en una situación adecuada para aplicar ese modelo. Segunda cuestión: coherencia; Alberto Isla hace alusión a la credibilidad que es totalmente necesaria; pero ésta tiene varios elementos: uno de ellos la sinceridad, otro es la formalidad y finalmente la coherencia. ¿Qué es sinceridad? Decir lo que se piensa. ¿Qué es formalidad? Hacer lo que se ha dicho que se va a hacer. ¿Qué es coherencia? Actuar en la forma que se está diciendo que conviene actuar. El problema está en que se suele ser incoherente y se lanzan discursos que no son coherentes ni con la política de dirección, ni con el desarrollo de personas, ni con la política de recursos humanos, ni con los procesos ni con la estrategia.

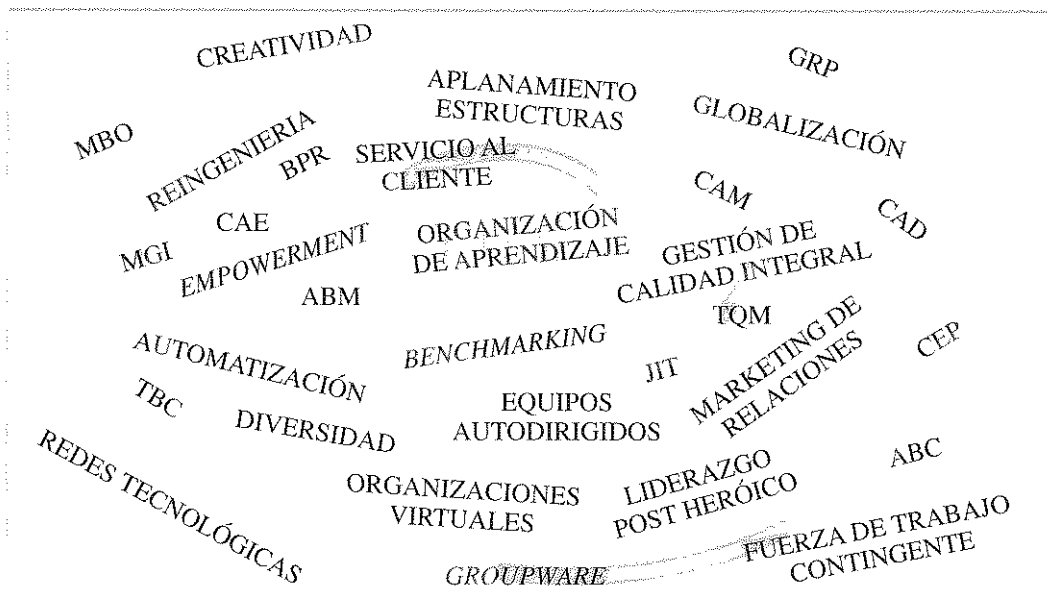


Figura 2. Panorama en los '90

## UN MODELO DE ORGANIZACIÓN

Éste es el modelo de organización que propugno.

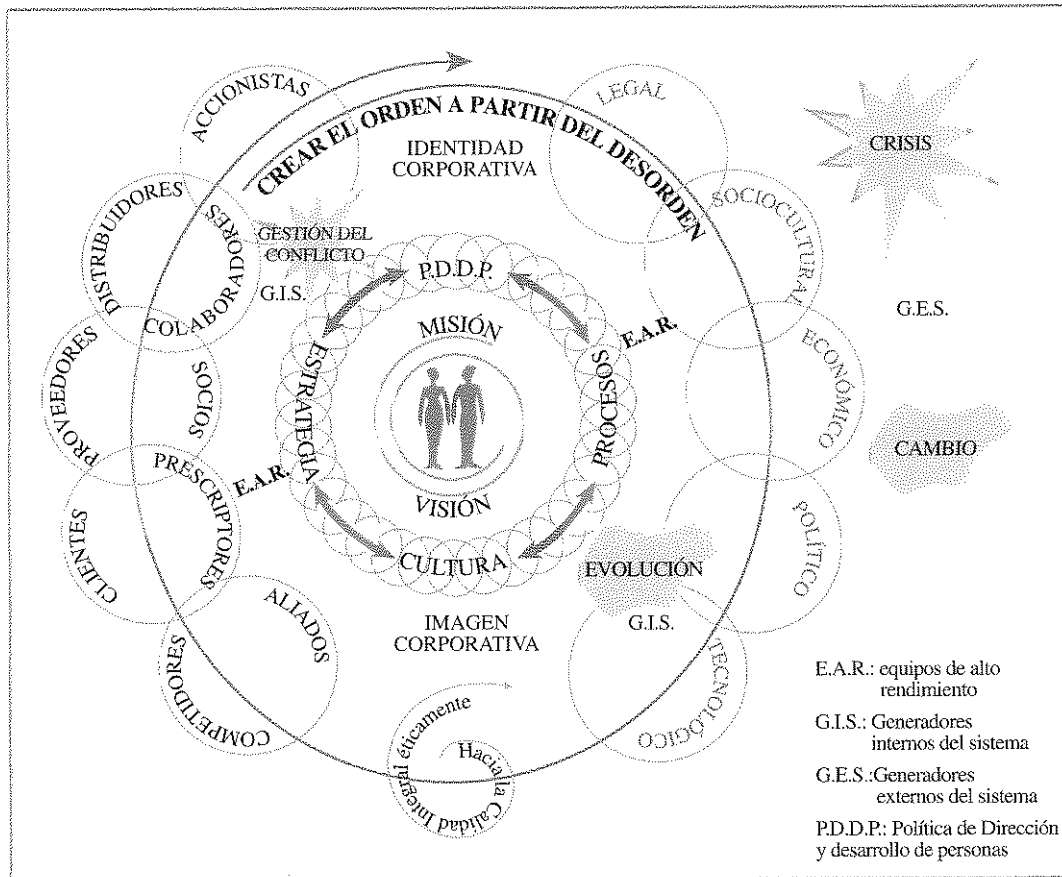


Figura 3. La Organización como constelación en equilibrio dinámico, innovador y completo

Se trata de describir 5 ó 6 elementos clave del modelo. Primer elemento clave es que las personas -el cliente interno y cliente externo- deberían estar en el centro. Esto implica aceptar otros planteamientos, en caso contrario estamos ante la pura teoría. El planteamiento es que por fuera existe una crisis y un cambio y por dentro hay que producir una crisis para un cambio. Es decir, las cosas se cambian porque nos fuerzan las situaciones a cambiarlas. Seguimos actuando de forma reactiva por lo que el cambio en profundidad de una cultura organizativa resulta poco probable cuando esa empresa u organización van bien. Uno de mis clientes es Coca-Cola, que es líder indiscutible en el mercado español. Es muy difícil que consiga un cambio cultural de fondo, entre otras cosas porque la realidad parece que le confirma que siguiendo esa forma de actuar le va a seguir yendo bien. Sin embargo lo cuestiono muy seriamente. Uno de los gurús más clásicos, el austriaco Peter Drucker dijo hace 5 ó 6 años que los 500 de la revista *Fortune* no tenían ningún sentido. Con ello quería significar que una empresa que salga ahora, en el año 98, no significa que en el año 2004 vaya a existir como empresa ya que no hay ninguna garantía hoy en día. Estamos en unas situaciones de ruptu-

ra, no de evolución tranquila, fluctuando tremendamente y deberíamos de ser suficientemente autocríticos porque, aunque no tengamos esa cuenta de resultados tendríamos que ver cómo nos encontramos frente a los demás. Hoy en día es inevitable lo relativo, no vale decir que estamos mejor que hace 3 años, ¡la productividad en el hospital es mayor!, ¡el clima parece que es mejor!. Tendremos que practicar un poco de *Bench Marking*, es decir, de comparación con otras instituciones, tanto públicas como privadas, y ver si en realidad estamos pendientes, nos estamos manteniendo o estamos bajando incluso esa pendiente comparativa.

Por lo tanto, primer factor fundamental, el cambio de crisis por dentro. Hay que producir el cambio interno y para ello hay que sacar a relucir los conflictos que tradicionalmente hemos estado acostumbrados a tapar. Aquí tenemos uno de los cambios fundamentales: aprender a gestionar conflictos. Es uno de los temas pendientes del directivo: cómo ser capaz de gestionar conflictos sin producir rupturas y sin producir disfuncionalidades. Hemos huido de la gestión del conflicto porque tradicionalmente, en nuestra educación, ha valido más el no discutir, sobre todo cuando la jerarquía impone una voz con más poder -ahí no hay conflicto posible porque se tratará más bien de un aniquilamiento-. E indudablemente si empezamos a saber gestionar conflictos tendremos que hacerlo separando lo racional de lo emocional.

Otro elemento importante es crear el orden a partir del desorden. Eso significa que tenemos que asumir que el desorden existe y seguramente estamos en un sistema entrópico; acordémonos del segundo principio de la termodinámica en el que el planteamiento de la entropía era una magnitud que medía el grado de desorden de un sistema y, por definición, la entropía de los sistemas abiertos siempre es creciente. Traduzco: el desorden en los sistemas abiertos siempre es creciente.

El sistema de organización es cada vez más abierto y lo que está fuera está dentro como lo que está dentro está fuera. Y esto está claro en las cadenas de valor cuando nos damos cuenta cómo podemos incorporar una cadena de valor por un lado y por otro y nos damos cuenta de que hay servicios que a lo mejor se van a sacar fuera, pudiendo sin embargo, incorporar al cliente dentro incluyendo la línea de proveedores, dentro, e interesándonos por lo que lo que le pase al proveedor.

Así funcionaba el señor López de Arriortúa cuando iba a un proveedor: "Me va a hacer el 40% de descuento." Entonces el proveedor contestaba que no podía, a lo que "Super-López" respondía: "No se preocupe vengo con mi gente y consigo que saque usted un margen del 45%. Usted se queda con un 5, a mí me da el 40, y le aseguro durante 3 años ser proveedor cualificado de la Volkswagen". La idea no está nada mal porque le ayudó a ser más productivo, potenciando de este modo los distintos eslabones de la cadena de valor. Ya no vale decir: "No me interesa lo que ocurre fuera" y un elemento clave en este modelo es que lógicamente, tenemos una columna que es la cultura, la visión, la misión y la política de dirección y desarrollo de personas, que va a ser una de las claves identificativas de la organización.

## QUÉ ES LO QUE PRETENDE ESTA ORGANIZACIÓN Y EN QUÉ VALORES ESTÁ FUNDAMENTADA

Cuando se elabora un plan estratégico y se monta una estrategia lo primero que hay que tener en cuenta es hasta qué punto hay una coherencia entre estos elementos. Indudablemente la cultura va a ser uno de los elementos clave diferenciadores de cualquier organización y de ello es ahora cuando empezamos a darnos cuenta de que, en efecto, empieza a ser básico y de que hay diferenciaciones dentro de ese capital humano. Existen igualdades básicas en cuanto a las personas: como seres humanos y en las oportunidades (intentar buscar la igualdad de oportunidades es casi una utopía pero creo que no debería de dejar de ser un reto). Por lo tanto, a partir de esas dos igualdades, creo cada vez más en las diferencias -cosa que discuto mucho con los sindicatos- porque igualdad no es equidad.



Figura 4

Creo en la diferenciación, la única cuestión es que tenemos que buscar sistemas evaluativos objetivos, terreno en el que ya se está trabajando mucho. Se está avanzando significativamente en todos los sistemas de valoración y evaluación, aun siendo una de las cosas más molestas porque conlleva el valor de intentar conocerse a si mismo. Sin el sentido de autocrítica, es muy difícil que se pueda ir criticando y evaluando a los demás sin una falta de coherencia y credibilidad.

## HACIA LA CALIDAD INTEGRAL ÉTICAMENTE

Calidad y ética son otros dos conceptos de los cuales se viene hablando hace unos diez o quince años. Tanto uno como otro no son conceptos meramente verbales, ni siquiera conceptos de pensamiento sino conceptos empíricos, de demostración empírica.

Por lo que respecta la calidad nos topamos con que en la Administración Pública andamos con la calidad entre manos desde hace diez años. He trabajado implantando sistemas en el Instituto Nacional de la Seguridad Social tratando este tema y su principal problema es que es un concepto en gran medida subjetivo-perceptivo. La segunda dificultad que presenta es que es dinámico, o sea, las expectativas de calidad dependen de las experiencias anteriores. El tercer elemento de dificultad es que es relativo al coste o al precio. Todas estas dificultades nos llevan a estar continuamente analizando si esas percepciones están variando y contrastando lo que está pasando extramuros.

En Administración Pública lo primero es entender lo que es administrar, el concepto lo conocemos, va en la línea de servir, con lo cual, uno de los elementos clave para cualquier directivo o cualquier persona de la organización es esa capacidad de "salirse de sí hacia el otro".

## “MINISTRARE” SERVIR

Esa empatía que se necesita tener con el otro no significa para nada la pérdida de autoestima, significa más bien disminuir un poquito el ego. Como ya se se ha comentado en este Seminario "de acuerdo, y quién organiza a los médicos, a los pilotos, a los futbolistas", el asunto se complica todavía más porque indudablemente nos estamos metiendo en sistemas complejos. Pero lo que no podemos hacer es administrar sistemas complejos de la misma forma que administrábamos modelos lineales y todavía nos encontramos aferrados a los modelos mecanicistas. Se trata pues de un trabajo mental de apertura. Claro que siguen existiendo los corporativismos y los poderes. Llevo en la universidad desde el año 75 y es tremendo organizar algo en la universidad, el cambio cultural es muy dificultoso para que realmente se involucren tanto catedráticos, como personal administrativo, como los propios alumnos. Crea verdadera impotencia. A veces sin embargo se trata de producir una crisis, porque seguramente por simple mejora continua no conseguiremos el cambio. Y es ahí donde hay que tomar decisiones. La crisis no tiene porqué ser siempre despedir a la gente, pero sí por lo menos percibir que existe un peligro.

Estamos inmersos en una cultura donde es más fácil ver el fallo que reconocer el acierto. Nos resulta muy difícil un aprendizaje por reforzamiento de éxitos. No cabe duda de que tiene que haber una reciprocidad en este sentido. Por ejemplo a los vendedores siempre les propongo dar no cursos de técnicas de venta sino de técnicas de compra: "salte de ti y ponte en el otro lado, a ver cómo visualizas la situación". A nivel de gestión de conflictos es muy interesante hacer simulaciones donde en realidad te colocas en el otro papel e intentas defender la postura y la posición del otro. Lo que

sucede es que todavía hay un sentimiento de propiedad increíble en todas las organizaciones, a nivel no solamente de tener el despacho que da a la esquina o a la calle, sino en cualquier posición que pueda significar poder. Me gusta mucho comparar el sistema familiar con el sistema organización, porque a mi entender el sistema familia en general, la relación entre padres e hijos, donde había un poder, una influencia, una jerarquía de alguna manera, ha evolucionado significativamente. Aunque en las organizaciones el tema del poder sigue muy anclado, en muchos casos porque hay mucho Peter emboscado. Recordemos el "Principio de Peter", que todos van llegando y promocionando hasta su nivel de incompetencia. Y hay tanto incompetente emboscado que no pueden abrirse a un planteamiento de participación y la única posibilidad que tienen es protegerse en una comunicación unilateral, sin dar oportunidad a que se les pueda preguntar, discutir o debatir sus ideas, opiniones y decisiones.

## LA MUJER EN EL CAMBIO

Hace unos años la entonces Directora General de la Función Pública me comentaba dos problemas. El primero, que la vocación por ser funcionario tenía ya poco que ver con la de antes y mucha gente buscaba ser funcionario porque es lo que se podía encontrar. El segundo problema, aunque sea menor, era que la Administración Pública se estaba llenando de mujeres. Éstas accedían por oposición teniendo exactamente el mismo derecho que el hombre, pero las mujeres ascendían a un 70 o un 75% del personal y temía que se fuera a pensar que la Administración era protectora de mujeres.

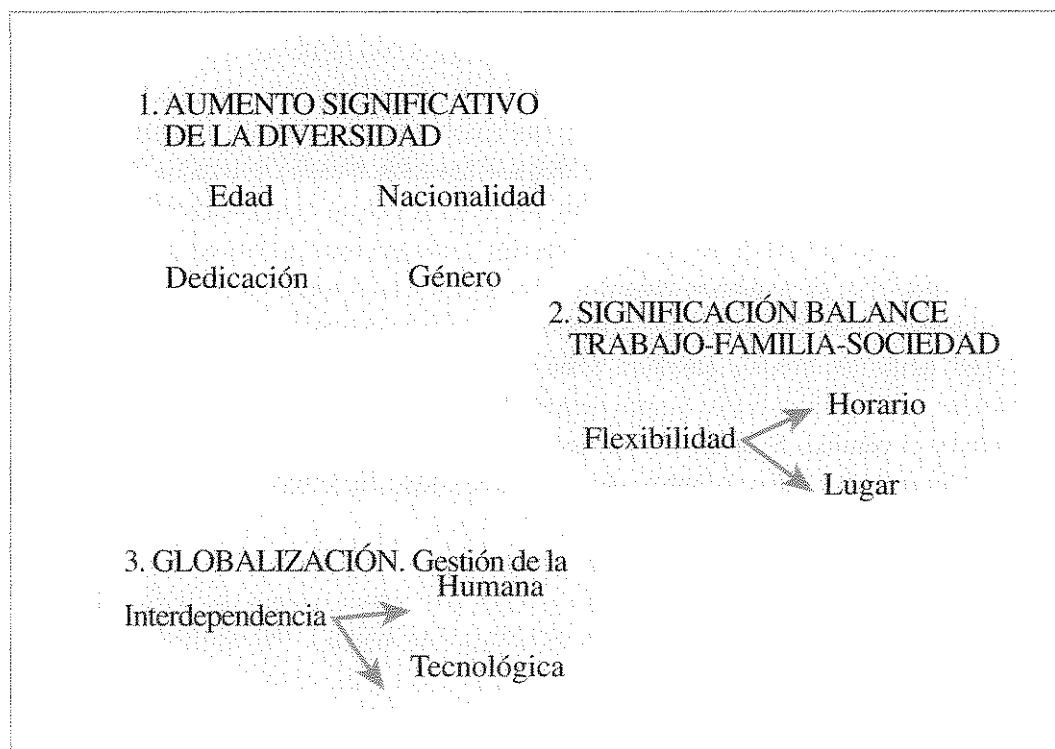


Figura 6. Tendencias en dirección y desarrollo de personas en el sector público

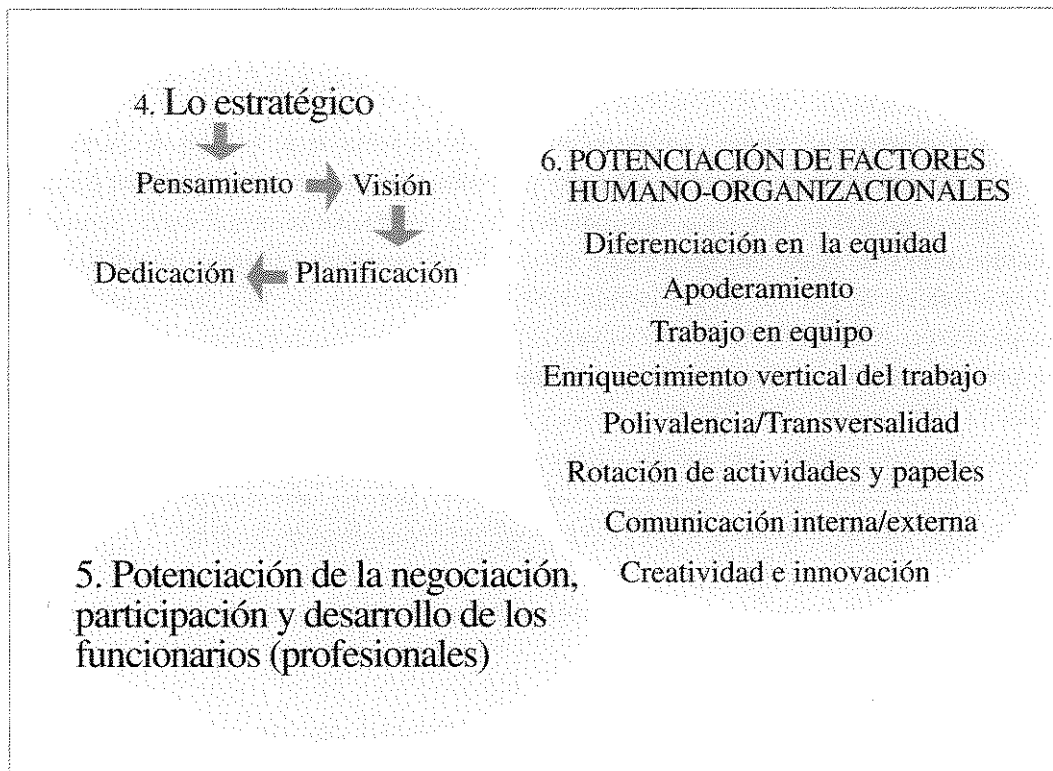


Figura 6. (Cont.)

Lo mismo ocurre en el momento actual en la Universidad, de los 10 mejores expedientes de mis clases, 8 son mujeres. Lo femenino va a tener que conjuntar con lo masculino y en este momento lo femenino debería ser un motor importante para conseguir el cambio en las organizaciones. Llama la atención que haga referencia a lo femenino no a las mujeres simplemente, ya que el mayor peligro que puede haber es que haya mujeres que intenten subir escalones aplicando modelos masculinos. Cada vez van a tener más importancia esas "competencias femeninas", esas capacidades, por ejemplo, de congeniar distintos intereses, a veces contrapuestos, de ir más allá de la simple visión rectilínea, que muchas veces, en un pensamiento deductivo-inductivo los hombres hemos estado inmersos, esa capacidad, incluso, de explicitar, de expresar emociones abiertamente. En eso estamos muy limitados los hombres por cuestiones sociales, por cuestiones educacionales. Además se están haciendo grandes investigaciones, por cuestiones fisiológicas: la conexión entre el córtex de los dos hemisferios parece que es más fácil en la mujer.

Para terminar diría que el cambio básico es salir de ese acomodamiento en que hemos estado. Realmente nos ha encantado estar protegidos, estar amamantados, estar en el lecho cómodamente. Tendremos que arriesgar un poco más. Si queremos ser agentes de cambio, el agente de cambio arriesga. Indudablemente estos son los retos difíciles de conseguir, aquello que parece contradictorio, pero que seguramente no será contradictorio sino paradójico.



## DEBATE

### PREGUNTA 1:

Una de las cosas que me ha llamado la atención es el tema de la gestión de conflictos, y ha dicho exactamente qué para producir el cambio interno en las organizaciones hay que sacar a relucir lo que ha estado tapado. En la organización hospitalaria, que es el mundo en el que desarrollo mi trabajo, es realmente complicado porque muchas veces sacar a relucir lo que ha estado tapado significa que el que se tiene que marchar del hospital con cierta premura es uno mismo. Creo que tiene mucho que ver con el grupo de presión o como se le quiera llamar de más importancia en el hospital, que son los médicos. Hay quien dice, Drucker, Moreu y otros, que el hospital es la organización más compleja de dirigir porque está llena de artistas. Creo que esto tiene mucho que ver con la dificultad de la gestión de conflictos, eso por un lado. Luego hay dificultades de otra índole, que pueden ser la relación con los sindicatos u otra.

Quería que pudiera explicar un poco más, es decir, ayudarnos a saber hacer eso.

### RESPUESTA:

Estoy totalmente de acuerdo. No solamente las organizaciones van a ser cada vez más complejas, sino que los individuos o grupos de individuos que la conforman van a tener, por distintas razones, unos poderes especiales que no van a permitir una comunicación más o menos al mismo nivel de entendernos y de crecer juntos. En algunas organizaciones en que no existe ese poder médico pasa lo mismo que con lo que Mitzberg llama la "tecnoestructura". Muchas veces, en un banco por ejemplo, el poder se piensa que está en el presidente y sin embargo resulta que hay tres o cuatro capas de expertos que saben que tienen el poder; que por mucho que diga el señor presidente, no hay nada que hacer.

El caso de los médicos es otro tema similar porque tienen un poder determinado. ¿Cuál es la posibilidad? La única posibilidad es balancear mínimamente los poderes. ¿Cómo se balancean mínimamente los poderes? O incrementando el poder de la contraparte o intentando de alguna manera que ese poder suyo disminuya. Eso ya depende de cada organización; depende después de la aceptación y asunción de cada persona, seamos ingenieros, médicos o albañiles, o sea, hay gente que está dispuesto a ser un buen técnico y no hacer uso del aparente poder de experto.

El problema muchas veces no son las personas sino los corporativismos. Indudablemente hay corporativismos en todos los países, pero estamos hablando de España, en donde seguramente están un poco salidos de madre; les importa tres pepinos lo que diga la opinión pública, pero cuidado, porque hemos visto caer grandes montañas empezando por grandes políticos y a lo mejor grandes corporaciones y, por qué no, grandes corporativismos. Fijaros en lo que está pasando en este momento en el Colegio de Arquitectos de Madrid, hay una verdadera revolución, hay una lucha a muerte. Se dice: "los archi-

TECTOS son intocables”. Pero ¿es que un arquitecto de 28 años piensa lo mismo que uno de 60? El concepto va variando y seguramente vosotros lo habréis podido apreciar también. ¿Podemos unificar a todos los médicos en el mismo saco? Creo que no. He trabajado en un hospital con jefes de servicios médicos y dentro de ellos también había diferencias, porque los jóvenes vienen incluso con una visión distinta; no digo que todos porque las generalizaciones son absurdas.

Creo que no se puede ir a esa gestión de conflictos si no hay un mínimo de balance de poderes, porque entonces el que está arriba te machaca todavía más y eres el primero que sale. Conozco un hospital con el cual estuve yo trabajando, que el director de recursos humanos se atrevió a meter las narices más de la cuenta y le hicieron salir. Balanceando es como sí se puede.

#### PREGUNTA 2:

QUISIERA buscar un poco aquí cuál es el perfil del futuro directivo. Nos ha puesto una transparencia con 12 ó 14 cualidades, dice que todas no las va a reunir, luego ha empezado a preguntar que cuáles son las carreras del futuro y ha dicho que nos podremos encontrar con que haya matemáticos. Yo digo: que haya matemáticos que sean directores de recursos humanos, puede ser que tengamos a un filósofo director financiero, si él reúne esas cualidades... Hoy se está hablando de que se busca generalmente la formación más conceptual, más generalista, ¿cómo hacemos este puzzle de formación generalista conceptual con cualidades? ¿Selección por competencias? ¿Qué tipo de directivo?

#### RESPUESTA:

Hoy en día se debate lo de generalista/especialista, y su relación con las competencias.

En ese debate de generalista con especialista, como soy gallego, contestaría: Generalista con un gran espíritu de mejora continua y de ir buscando una línea de actuación. Tengo ingenieros aeronáuticos compañeros míos que están trabajando en la NASA, en EEUU y son muy prestigiados, es decir, tienen mucho reconocimiento. Siempre digo que hay una razón para ello y es que hay un distinto planteamiento en la formación europea y española respecto de la norteamericana. Aquí normalmente hemos dado formación conceptual, capacidad de abstracción, (digo en ingeniería, por ejemplo). En EEUU se han ido mucho más a la superespecialización. El ingeniero norteamericano, en general, no digo todos porque allí hay muchos niveles de formación, sabe muchísimo de un chip concreto, pero ahora le cambian el chip y se desconcierta. El español puede bajar de ese chip a su base conceptual abstracta y subir al nuevo chip con mucha más facilidad. Soy un gran crítico con lo que se está intentando hacer con la educación en España y con lo que quieren que la universidad sea. Estamos intentando ir hacia el modelo norteamericano y bajo mi punto de vista es un error. Estamos intentando ir hacia una formación especializada porque dicen que esta universidad se encuentra después muy lejos de la realidad, en el terreno de juego. Creo que la universidad no está para formar especialistas, porque si tú formas especialistas en cualquier área de conocimiento en este

momento te vas a encontrar con que eso que ha estudiado, a los tres años ya está fuera de juego, está obsoleto. Lo que tienes que enseñar es a pensar, a analizar, a sintetizar, a buscar, a descubrir. He estado ocho años estudiando ingeniería aeronáutica, después se me ocurrió estudiar administración de empresas y ahora estoy con un doctorado en psicología. Y me dicen: pero, tú ¿para qué has hecho ingeniería y qué sacaste de allí? Lo que saqué fue la capacidad de análisis y la capacidad de síntesis. -¿Y para eso tantos años? -Pues sí, quizá fuesen muchos pero indudablemente eso lo saqué e intento describir las realidades en base a un análisis y soy capaz después de poderlo sintetizar. Esto quiere decir que si quitamos esos aspectos, igual que si ahora se dice que quitamos el latín, quitamos el griego, ¡como si fuesen asignaturas normalitas! Son asignaturas de pensamiento, para conceptualizar, para meterse en ello.

Soy partidario de ir a ese planteamiento de base, aunque después cada uno vaya focalizando poco a poco hacia una línea de actuación. Y eso liga con las competencias. Fijaros que en esa página, la mayoría de las competencias son competencias relacionales, emocionales. Son esas capacidades que te hacen llegar a los otros, esa capacidad que te hace conocerte a ti mismo, esa capacidad que te hace saber ser flexible ante los distintos cambios que aparecen. Esas capacidades son esenciales a nivel directivo, aunque después tengamos que tener unos especialistas expertos que están manejando unas máquinas o unos diagnósticos que necesitas aprender. A nivel directivo, me iré mucho más con esas competencias de dirección de personas. Creo que por ahí va el juego a nivel general, luego los expertos harán su contribución especializada, importante y útil.

*Modelo estatutario versus  
modelo laboral en el ámbito  
de las instituciones sanitarias:  
una aproximación jurídica  
al debate*

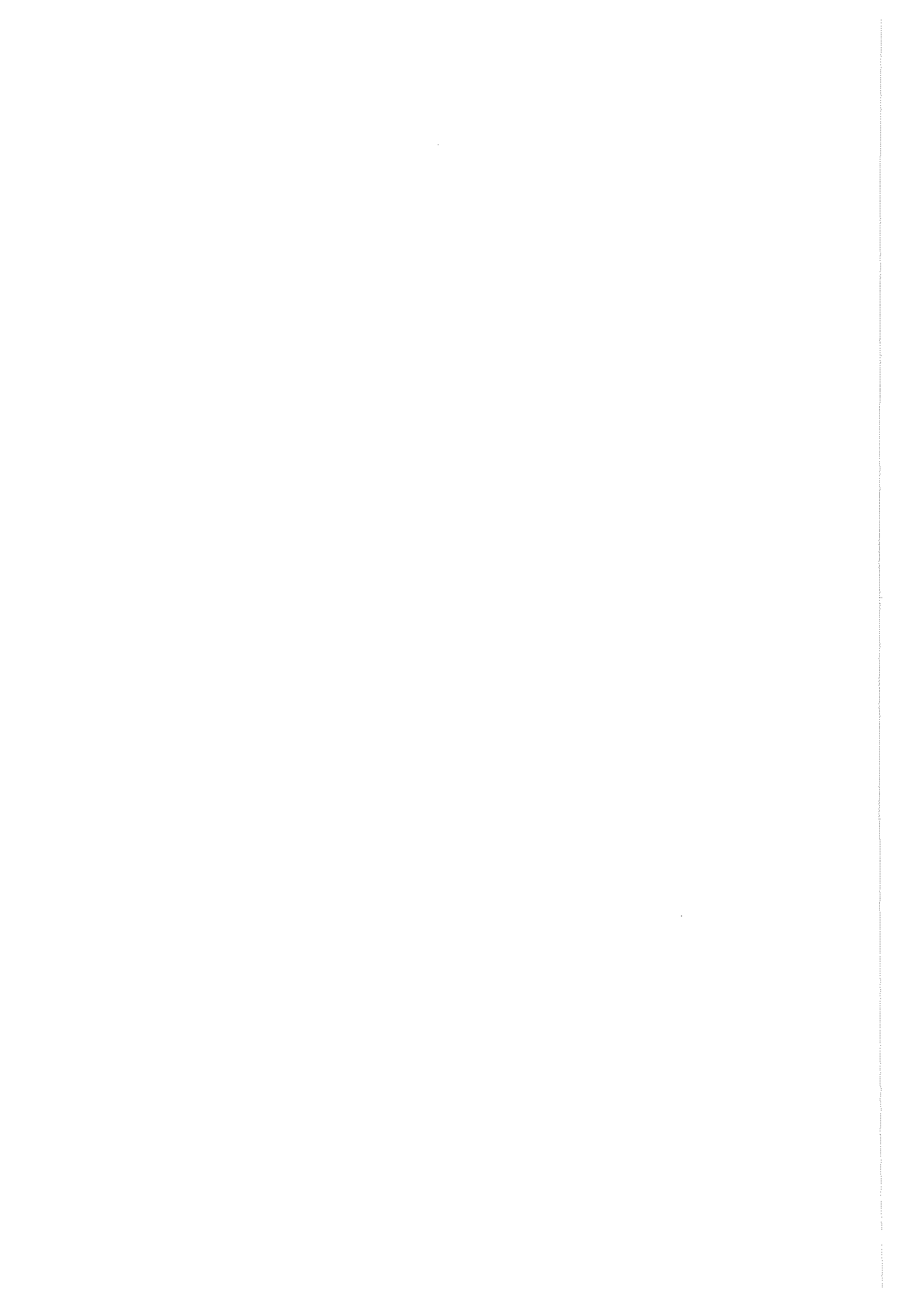
SALVADOR DEL REY GUANTER

*Catedrático de Derecho del Trabajo  
Universidad Pompeu Fabra  
Barcelona*

CAROLINA GALA DURÁN

*Profesora Titular de Derecho del Trabajo  
Universidad Autónoma  
Barcelona*

*Conferencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# MODELO ESTATUTARIO VERSUS MODELO LABORAL EN EL ÁMBITO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS: UNA APROXIMACIÓN JURÍDICA AL DEBATE

## I. EL MARCO GENERAL DE LA RELACION ESTATUTARIA.

El personal estatutario al servicio de las instituciones sanitarias públicas, integrado a su vez por el personal facultativo, no facultativo y no sanitario, y regido por normas propias desde los años 60<sup>1</sup> ha planteado y vuelve a plantear en la actualidad importantes interrogantes. Entre ellos destaca el de su propia naturaleza, esto es, la duda de si el mismo debe incardinarse en el ámbito de las normas laborales -procediéndose a su "laboralización", tal y como se ha recomendado desde varios foros (Libro Blanco de la Seguridad Social de 1977 o el Informe Abril de 1991) y se defendió años atrás por los propios tribunales<sup>2</sup> -o, por el contrario, debe regirse por las normas que regulan la función pública -tal y como defienden, siquiera sea implícitamente, la Ley 30/1984,

---

1 Constituidas, principalmente, por el Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre; y por las órdenes de 26 de abril de 1973 y 5 de julio de 1971.

2 Así, entre otras muchas, en la STS de 2 de diciembre de 1974, se señalaba que "... el contenido de las relaciones del médico con la Seguridad Social no se agota en las recíprocas prestaciones nacidas del vínculo contractual, pues el médico decide sobre dispensación de especialidades farmacéuticas, ingreso en instituciones hospitalarias, asistenciales, quirúrgicas o recuperadoras, y determina cuándo el trabajador beneficiario de la Seguridad Social ha de causar baja en el trabajo o se ha de reintegrar a él, y como ello implica desembolso y gasto a cuyo remedio acuden todas las empresas y todos los asalariados del país con sus cuotas y cotizaciones, y el Estado mismo con subvenciones anualmente crecientes, bien se comprende que <la relación laboral> a cuya luz examina el problema la sentencia recurrida, es muy diferente de la así denominada, sin más aditamentos en el Derecho del Trabajo, pues cualquiera que sea su naturaleza, de ella trascienden efectos económicos y sociales que rebasan la esfera contractual típica". Asimismo, en la sentencia del Tribunal Central de Trabajo de 8 de marzo de 1988 se establecía que: "... la relación que vincula a las partes es de naturaleza estatutaria, pues de manera expresa se reconoce así en los arts. 45 y 116 de la Ley de Seguridad Social, y asimismo su exclusión del ámbito regulado por el art. 1.3.a) del Estatuto de los Trabajadores, pero esa peculiar característica de dicha relación jurídica no puede suponer un obstáculo insalvable para la aplicación de la legislación común en determinados supuestos, en razón a que, como expresa la sentencia de 24 de octubre de 1981 de este Tribunal, <el régimen de prestación de servicios de naturaleza estatutaria y el de naturaleza laboral, en su regulación, no están totalmente incomunicados, como confirma una consideración armónica e integradora del ordenamiento jurídico en general que sugiere que, en situaciones similares, aunque producidas en distintos campos del Derecho, deben encontrar soluciones coherentes deduciendo de los principios básicos de los distintos órdenes afines las consecuencias pertinentes, particularmente para cubrir vacíos de norma legal aunque respetando lo que de cada campo del Derecho es peculiar>, por eso, cuando la normativa estatutaria de aplicación preferente no proporcione las pautas para resolver los problemas jurídicos que la realidad pueda plantear, debe colmarse ese vacío mediante la aplicación del criterio analógico previsto en el art 4.1 del Código Civil, extendiendo una norma a un supuesto no previsto por ella de manera concreta, pero que guarda una innegable relación de semejanza con el expresamente regulado en la misma, y la mayor analogía se produce entre las situaciones que contemplan los Estatutos de personal al servicio de la Seguridad Social y el Estatuto de los Trabajadores, como tuvo ocasión de afirmar el Tribunal Supremo en sentencias de 18 de diciembre de 1984 y 24 de enero de 1985..". También en favor del carácter laboral se manifestó la sentencia del Tribunal Constitucional 158/1982.

de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública<sup>3</sup>, la Ley 9/1987, de 12 de mayo, de determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas y con matices, el proyecto de Estatuto de la Función Pública de 1998 y el Borrador de Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud de abril de 1998. En fin, esa misma idea de “*funcionarización*” del personal estatutario subyace en la vigencia provisional de lo establecido en el artículo 45.1 de la LGSS de 1974<sup>4</sup> reconocida por la disposición derogatoria única del TRLGSS; vigencia provisional que junto a la exclusión de toda referencia al personal estatutario en el articulado del mencionado TRLGSS hace pensar en un cambio de rumbo y en un paso más en el proceso de funcionarización ya iniciado por la Ley 30/1984, de 2 de agosto.

Y todo ello, sin olvidar que la opción tradicional en la jurisprudencia ha consistido en defender que el personal estatutario tiene carácter de “*tertium genus*”, al considerarse situado, como una tercera vía, entre el contrato de trabajo y la relación funcional<sup>5</sup>. Opción que también se recoge en el artículo 1.3.a) del TRLET y en el artículo 1.1 de la Ley de 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, que diferencian expresamente entre personal “*funcionario*” y personal “*estatutario*”.

- 
- 3 Que si bien no incorpora directamente al personal estatutario, sí sienta el principio de que “en aplicación de esta Ley podrán dictarse normas específicas para adecuarla a las peculiaridades del personal.. sanitario”, para más adelante, en conexión con el expresado mandato, ordenar que este personal se regirá “por la legislación que al respecto se dicte”. De este modo, aunque la norma básica del Derecho de funcionarios no es de directa aplicación al personal estatutario, sí es cierto que, al ordenar que ella misma ha de adecuarse a las particularidades de aquel personal está incluyéndolo, de manera implícita, dentro de su ámbito. En fin, tal y como señala el artículo 1.5 de la Ley 30/1984, ésta será de aplicación supletoria en el ámbito del personal estatutario.
- 4 En el que se señala que “la relación entre las Entidades Gestoras y, en su caso, Servicios de la Seguridad Social y el personal a su servicio se regulará por lo previsto en los Estatutos de Personal aprobados por el Ministerio de Trabajo o por el Estatuto general aprobado por el propio Ministerio”.
- 5 En este sentido se manifiesta la STS de 29 de octubre de 1993, al afirmar que “la relación estatutaria del personal que presta servicios en las Instituciones de la Seguridad Social no es homologable a la relación jurídica derivada del contrato de trabajo, asumiendo, en cambio, aquélla, características muy próximas a la relación funcional, en mérito al carácter público que ostenta la Seguridad Social conforme a lo previsto en el art. 41 de la Constitución Española. De aquí que mantenga una posición intermedia dentro del ámbito jurídico de prestación de servicio por cuenta ajena y que su regulación se contenga en normas propias y específicas que son los Estatutos de Personal de la Seguridad Social. Prueba de lo que se dice es la exclusión de su ámbito normativo que, al respecto, se recoge en el art. 1.3.a) del Estatuto de los Trabajadores...”. En términos semejantes, en la STS de 6 de febrero de 1995, se señala que: “... el personal estatutario de la Seguridad Social no está vinculado a ésta por una relación jurídica de naturaleza laboral, sino que su relación con ella encierra una clara condición de Derecho público, al intervenir y contribuir de alguna forma en la gestión, actuación y realización de un servicio público, como es la Seguridad Social... Es indiscutible la similitud y proximidad existente entre este personal.. y el personal funcionario.. si bien no puede olvidarse que aquél presenta ciertas particularidades y caracteres específicos que le dan una estructura y consistencia propias, diferenciándolo, de algún modo, de los funcionarios administrativos en sentido estricto...”. En fin, en la STS de 22 de noviembre de 1993, se afirma que: “... la relación jurídica estatutaria, -sobre todo desde la vigencia de la Ley 30/84, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública- se configura con unos perfiles propios en el marco de una regulación autónoma que la sitúa como un <tercius generus>, con

Sin embargo, cabe plantearse el por qué de ese debate sobre la naturaleza del personal estatutario y, asimismo, por qué surgen tantas dificultades a la hora de zanjarlo de una vez por todas.

El por qué de ese debate se encuentra, a nuestro entender, en la presencia en este ámbito de varios elementos que contribuyen a crear cierta confusión en torno al régimen jurídico aplicable al personal estatutario y en torno a su propia identidad.

En efecto, cabe citar, en primer lugar, el propio debate surgido en torno a la naturaleza jurídica de su "empleador", esto es, sobre el carácter público o privado de las entidades gestoras de la Seguridad Social; ese debate, aunque resuelto legalmente en favor del carácter público a partir del Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, no deja de retornar cada cierto tiempo bajo el ropaje del posible recurso a fórmulas descentralizadas de gestión de la asistencia sanitaria, inspiradas en modos de gestión empresarial.

En segundo lugar, la confusión en este ámbito se ve incrementada por la existencia de una concurrencia en la competencia jurisdiccional, por cuanto mientras que determinadas cuestiones litigiosas son atribuidas a la jurisdicción contencioso-administrativa, otras -la gran mayoría- corresponden al orden jurisdiccional social.

De este modo, mientras que las cuestiones litigiosas referidas a la convocatoria, trámite y resolución de los concursos para la provisión de plazas sea cual sea la duración del vínculo (al tratarse de actos de la Administración sujetos al Derecho Administrativo) son competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa, el orden jurisdiccional social conocerá de todas las cuestiones referidas a la relación estatutaria una vez constituida <sup>6</sup>.

---

más proximidad a esta última que a la primera..". Vid, asimismo, SSTS de 29 de octubre de 1993, 7 de febrero de 1994, 15 de julio de 1994 y 6 de febrero de 1995 y STSJ de Aragón de 15 de septiembre de 1992. También algunos autores se han decantado por ese carácter de "tertium genus", así, LOPEZ GANDIA, J., "El personal estatutario y las fuentes de regulación de sus condiciones de trabajo". Actualidad Laboral, nº 23. 1990. Pág. 267 y ss.

6 En este sentido se manifiesta la STS de 4 de febrero de 1994, al señalar que "... el artículo 45 de la Ley General de la Seguridad Social.. atribuye al orden social el conocimiento de las contiendas que se susciten con sus entidades gestoras. Pero cuando la reclamación afecta, como aquí acontece, a la resolución de un concurso abierto y permanente, los artículos 26, 38 y 153 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo articulan un procedimiento selectivo para cubrir las plazas gobernado por normas de Derecho Administrativo... Esta Sala ha resuelto ya... la incompetencia de este orden social jurisdiccional para conocer de la convocatoria de un concurso abierto y permanente de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social, por entender que se están impugnando actos de la Administración Pública sujetos al Derecho Administrativo...". Por su parte, la STS de 23 de diciembre de 1994 establece que "... en función de la naturaleza de la norma a aplicar, del órgano al que incumbe aplicarla y de la finalidad perseguida con ella, se advierte la existencia de una situación de significativa actuación de índole jurídico-administrativa caracterizada por el ejercicio del <ius imperium> del Estado, lo que provoca una actuación del orden jurisdiccional contencioso-administrativo respecto de las controversias surgidas en torno a la convocatoria de concursos selectivos en el ámbito del personal estatutario de la Seguridad Social. Lo expuesto no contradice ni merma el área de acción del art. 45 del Texto Articulado de la Ley de Seguridad Social cuya vigencia sigue siendo indiscutible para el personal estatutario... Lo



La base legal para esta última atribución de competencias se encuentra en lo dispuesto en el, aún vigente, artículo 45.2 de la LGSS de 1974 en el que se prevé que sin perjuicio del carácter estatutario de la relación, la jurisdicción social será la competente para conocer de las cuestiones contenciosas que se susciten entre las entidades gestoras y su personal<sup>7</sup>.

Téngase en cuenta, no obstante, que esa atribución de competencias resulta discutible, en primer lugar, desde una perspectiva de lógica jurídica, por cuanto si bien legal y jurisprudencialmente se está aproximando al personal estatutario al ámbito de la función pública y por tanto, al de la jurisdicción contencioso-administrativa, procesalmente la competencia sigue anclada en el ámbito jurisdiccional social, aun cuando para resolver los pleitos deban aplicarse principios y normas que no son laborales.

En segundo lugar, la base en que se fundamenta la competencia del orden jurisdiccional social es ciertamente discutible, por cuanto el fuero jurisdiccional social no viene autorizado por la Ley de Bases de Seguridad Social 193/1963, de 28 de diciembre, de modo que podría tratarse de un precepto reglamentario producido "*ultra vires*" de la delegación legal.

Por otra parte y dando lugar a una mayor confusión, existen cuestiones concretas en las que son competentes ambas jurisdicciones. Así, resulta pacífica la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa en materia disciplinaria respecto del personal facultativo y no facultativo<sup>8</sup>, en base a lo dispuesto en el -aún

---

que ocurre es que la convocatoria de un concurso selectivo, de persona en el que, a mayor abundamiento, pueden intervenir personas ajenas a la relación estatutaria ya constituida, se revela como algo que excede el propio ámbito de la concreta e individualizada relación estatutaria que mantiene cada empleado de la Seguridad Social con los organismos gestores de ésta última, para adquirir los perfiles propios de un acto de la Administración Pública, sujeto al derecho Administrativo en materia de Seguridad Social, con una clara vocación universal que afecta, por ende, a personas ajenas a la relación jurídico-estatutaria...". En el mismo sentido, SSTs de 26 de marzo de 1993, 11 de noviembre de 1993, 25 de abril de 1994 y 23 de diciembre de 1994 y SSTSJ de Andalucía/Málaga de 16 de febrero de 1995, de Baleares de 1 de marzo de 1993, de Aragón de 6 de octubre de 1993, de Madrid de 26 de junio de 1992, 8 de marzo de 1994 y 3 de abril de 1995 y de Andalucía/Granada de 3 de julio de 1995. En contra, con criterio ciertamente discutible, STSJ de Aragón de 15 de diciembre de 1993 y ST de la Audiencia Nacional de 13 de julio de 1992.

7 Precepto que sólo fue derogado por la Ley 30/1984, de 2 de agosto, para el caso del personal funcionario y que se mantuvo expresamente en vigor por el TRLGSS.

8 En este sentido, la STS de 16 de abril de 1994 dispone que "... el artículo 123 de la Ley General de la Seguridad Social atribuye al Ministerio correspondiente, hoy Ministerio de Sanidad y Consumo, la competencia para el ejercicio de <la facultad disciplinaria sobre el personal sanitario que preste, por cualquier título, servicios a la Seguridad Social>, y ello <con independencia de cualquier otra jurisdicción a que aquél esté sujeto en razón de actividades ajenas a la Seguridad Social>. La misma atribución de competencia en el ámbito disciplinario es la contenida en el artículo 121 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo... De tales preceptos se concluye que corresponde a la jurisdicción contencioso administrativa el conocimiento de las impugnaciones, en vía judicial, de las sanciones y medidas disciplinarias acordadas por las Autoridades administrativas. En relación con ello es oportuno señalar que, por su carácter específico, dada la concreción de la materia y del personal a que se refie-

vigente- artículo 123 de la LGSS de 1974<sup>9</sup>, por cuanto que el mismo no se limita al personal facultativo, sino al sanitario<sup>10</sup>; sin embargo, no ocurre lo mismo con el personal no sanitario, por cuanto el mencionado artículo 123 no se refiere a él y junto a ello el artículo 70 de su Estatuto atribuye expresamente el conocimiento en materia disciplinaria a la jurisdicción social<sup>11</sup>, postura que ha sido aceptada por los tri-

---

re, el precitado artículo 123 constituye una excepción a la norma general contenida en el artículo 45 de la misma Ley General de la Seguridad Social, que establece la competencia de la jurisdicción laboral <para conocer de las cuestiones contenciosas que se susciten entre las Entidades Gestoras y su personal>. Por otra parte, tal conclusión no resulta en absoluto alterada, sino más bien refozada, por el hecho de que el artículo 9.5 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, atribuya a los Juzgados y Tribunales del orden jurisdiccional social competencia para conocer de <las pretensiones que se promuevan dentro de la rama social del Derecho>, ya que justamente la relación jurídica establecida entre el personal sanitario que nos ocupa y la Entidad Gestora no es de carácter laboral sino de carácter estatutario.. de modo que el conocimiento de las cuestiones contenciosas existentes entre tal personal y entidad por los órganos judiciales de lo Social ño se debe a que dichas relaciones se inserten en la rama social del derecho por su propia naturaleza.. sino solamente por voluntad del legislador...". Vid, asimismo, SSTTS de 11 de noviembre de 1993 y 23 de diciembre de 1994 y SSTSJ de Cataluña de 7 de octubre de 1993 y de Aragón de 13 de septiembre de 1995.

- 9 En el que se señala que "la facultad disciplinaria sobre el personal sanitario que preste, por cualquier título, servicios a la Seguridad Social corresponde al Ministerio de Trabajo, con independencia de cualquier otra jurisdicción a que aquél esté sujeto en razón de actividades ajenas a la Seguridad Social. Las medidas que a este respecto pueda adoptar el Ministerio de Trabajo no tendrán necesariamente repercusión en otras actividades que se ejerzan al margen de la Seguridad Social".
- 10 En este sentido, la STS de 16 de abril de 1994 dispone que "... el artículo 123 de la Ley General de la Seguridad Social atribuye al Ministerio correspondiente, hoy Ministerio de Sanidad y Consumo, la competencia para el ejercicio de <la facultad disciplinaria sobre el personal sanitario que preste, por cualquier título, servicios a la Seguridad Social>, y ello <con independencia de cualquier otra jurisdicción a que aquél esté sujeto en razón de actividades ajenas a la Seguridad Social>. La misma atribución de competencia en el ámbito disciplinario es la contenida en el artículo 121 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo... De tales preceptos se concluye que corresponde a la jurisdicción contencioso administrativa el conocimiento de las impugnaciones, en vía judicial, de las sanciones y medidas disciplinarias acordadas por las Autoridades administrativas. En relación con ello es oportuno señalar que, por su carácter específico, dada la concreción de la materia y del personal a que se refiere, el precitado artículo 123 constituye una excepción a la norma general contenida en el artículo 45 de la misma Ley General de la Seguridad Social, que establece la competencia de la jurisdicción laboral <para conocer de las cuestiones contenciosas que se susciten entre las Entidades Gestoras y su personal>. Por otra parte, tal conclusión no resulta en absoluto alterada, sino más bien refozada, por el hecho de que el artículo 9.5 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, atribuya a los Juzgados y Tribunales del orden jurisdiccional social competencia para conocer de <las pretensiones que se promuevan dentro de la rama social del Derecho>, ya que justamente la relación jurídica establecida entre el personal sanitario que nos ocupa y la Entidad Gestora no es de carácter laboral sino de carácter estatutario.. de modo que el conocimiento de las cuestiones contenciosas existentes entre tal personal y entidad por los órganos judiciales de lo Social no se debe a que dichas relaciones se inserten en la rama social del derecho por su propia naturaleza.. sino solamente por voluntad del legislador...". Vid, asimismo, SSTTS de 11 de noviembre de 1993 y 23 de diciembre de 1994 y SSTSJ de Cataluña de 7 de octubre de 1993 y de Aragón de 13 de septiembre de 1995.
- 11 Por cuanto dispone que los acuerdos de sanción por faltas leves y graves tendrán carácter definitivo y podrán impugnarse en vía jurisdiccional y los de sanción por faltas muy graves serán recurribles ante el Consejo de Administración, con "*valor de reclamación previa, dejando expedita la vía jurisdiccional laboral*".

bunales<sup>12</sup> a pesar de lo poco convincente de la desigualdad, que más parece deberse a imprevisión del legislador que a una causa digna de traslucirse en el ordenamiento jurídico<sup>13</sup>.

La misma situación se produce en el ámbito de las incompatibilidades, por cuanto como consecuencia de la aplicación al personal estatutario de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, en unos casos las cuestiones litigiosas se remiten a la jurisdicción contencioso-administrativa<sup>14</sup>, mientras que otras cuestiones las resuelve la jurisdicción social<sup>15</sup>. La solución depende de la procedencia de la resolución impugnada, de forma que si se dictó dentro del ámbito de la entidad gestora, corresponderá conocerla al orden social por aplicación del artículo 45.2 de la LGSS y en los demás supuestos al orden contencioso-administrativo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Ley Orgánica del Poder Judicial<sup>16</sup>. Sin embargo, existen sentencias que atribuyen la competencia, única y exclusivamente, a la jurisdicción contencioso-administrativa<sup>17</sup>.

12 En este sentido se manifiesta, entre otras, la STSJ de Aragón de 13 de septiembre de 1995, en la que se afirma: "... en tanto que toda duda está despejada para el personal sanitario, facultativo o no, con apoyo en el art. 123... aquélla queda en pie respecto del personal no sanitario que no cuenta con el respaldo legal de los otros colectivos y tal circunstancia se refería a las precisiones al respecto de su propio Estatuto, al reservar la competencia para resolver los asuntos de personal y expedientes disciplinarios a órganos de la propia institución (art. 3) y al regular la impugnación de sanciones ante el orden jurisdiccional social (arts. 4 y 70)...".

13 GARCÍA PIQUERAS, M., "Régimen jurídico...", op.cit. pág. 137.

14 Es el caso de la STS de 16 de abril de 1985.

15 Así, SSTS de 14 de julio de 1986 y de 7 de junio de 1989.

16 En este sentido se manifiesta la sentencia del Tribunal Central de Trabajo de 17 de febrero de 1989, en la que se afirma: "... si el órgano competente para resolver sobre la cuestión de incompatibilidad de la actora es la Presidencia del Gobierno, las cuestiones judiciales que de ello se deriven habrán de pasar a la jurisdicción contencioso administrativa; sin embargo... la demanda origen del presente procedimiento tiene por objeto la pretensión de impugnación de la resolución del Instituto Nacional de la Salud en que se determinaba la necesidad de opción por parte de la actora entre su plaza de médico adjunto de análisis clínicos... dependiente del Instituto Nacional de la Salud, y la titularidad de una farmacia abierta al público en la misma localidad. Se trata, sin duda alguna, de una cuestión contenciosa entre una entidad gestora de la Seguridad Social y de su personal, por lo que es claro que... resulta competente este especializado orden jurisdiccional...". Vid, asimismo, la STSJ de Andalucía/Sevilla de 2 de octubre de 1992.

17 Es el caso de las SSTS de 24 de septiembre de 1984 y 16 de abril de 1985, en las que se establece: "... y no en atención a la calidad y origen de la resolución impugnada, sino por la razón fundamental ya anunciada, de que en la relación jurídica que liga al demandante con la Seguridad Social, es criterio de este Tribunal Supremo -sentencia de la Sala cuarta de 26 de mayo de 1980- por analogía distinguir dos aspectos bien diferenciados: uno, laboral de prestación de servicios por cuenta ajena que determina la intervención de la jurisdicción de trabajo para conocer de los conflictos individuales que se susciten entre la Seguridad Social como empresa, y el (profesional) al servicio de ésta, y otro, administrativo de vinculación a un servicio público sometido a un régimen estatutario de sujeción especial en el que la Administración como persona jurídica tiene unas facultades -así respecto a las incompatibilidades establecidas a que alude la Ley 20/82, haciéndolas extensivas al personal que ostente la condición de funcionario de la Seguridad Social, art. 1.3.d)- que ejerce dentro de un procedimiento típicamente administrativo con recursos de igual naturaleza que legitiman la jurisdicción de los Tribunales contencioso-administrativos...".

Finalmente, respecto a los derechos colectivos del personal estatutario, conforme al artículo 3.1.a) del TRLPL (objeto de nueva redacción por la reciente Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social<sup>18</sup>) la jurisdicción social no conocerá de las cuestiones litigiosas referidas a los derechos de libertad sindical y huelga del personal estatutario, recogándose con ello la doctrina contenida en la STS de 3 de octubre de 1997 que declaró “*ultra vires*” la redacción original del mencionado precepto<sup>19</sup>.

Sin embargo, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.g) y h) del mencionado TRLPL cabe atribuir al orden jurisdiccional social el conocimiento de las cuestiones litigiosas referidas a los aspectos orgánicos de la libertad sindical, tales como la impugnación de las resoluciones de las oficinas públicas rechazando el depósito de estatutos, la impugnación de los estatutos del sindicato, así como una serie de cuestiones afectantes al régimen de admisión y expulsión del sindicato y, en general, al régimen de reclamaciones en materia de derechos y obligaciones de los afiliados respecto del sindicato. Y ello por cuanto en ambos casos no se especifica nada del lado subjetivo y por tanto resultan aplicables tanto a los sindicatos de trabajadores como a los de funcionarios públicos, manteniendo en este punto la unidad temática y conceptual del artículo 1.2 de la Ley Orgánica de Libertad Sindical, que considera trabajadores tanto a aquéllos que sean sujetos de una relación laboral, como a aquéllos que lo sean de una relación de carácter administrativo o estatutario, al servicio de las Administraciones Públicas<sup>20</sup>. Dualidad competencial que en este ámbito resulta especialmente discutible, y por dos motivos: por la posibilidad de que cuando la conducta afecte a funcionarios y laborales la solución sea distinta en cada una de las jurisdicciones implicadas<sup>21</sup> y por otro lado, por el hecho de que la jurisdicción contencioso administrativa esté conociendo de cuestiones que pueden ser más propias, desde una perspectiva material, del orden social.

A nuestro entender, no hay duda de que la confusión competencial apuntada incrementa los interrogantes existentes en torno a la propia naturaleza del personal estatutario. Interrogantes que, al menos en esta cuestión competencial, podría haber resuelto la reciente Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, aclarando de una vez por todas cuál es la jurisdicción competente en este ámbito; jurisdicción que en aras a la propia economía procesal y seguridad jurídica debería serlo una sola.

La tercera razón para el debate se halla en que estamos ante un ámbito sometido a una importante inseguridad jurídica, al regirse por normas reglamentarias -claramente

18 Cabe tener presente que la anterior redacción del citado precepto en su conjunto la llevó a cabo la también reciente Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

19 En efecto, la mencionada sentencia declaró inválido el artículo 3.c) del TRLPL en lo que se refería a la tutela del derecho de huelga del personal estatutario, al tratarse de un supuesto de un “*ultra vires*”.

20 SALA FRANCO, T., “Problemas de delimitación de competencias entre el orden contencioso administrativo y el orden social de relaciones laborales en el sector público”. Consejo General del Poder Judicial. Madrid, 1993.

21 Es el caso recogido en la STSJ de Cataluña de 7 de octubre de 1993.

desfasadas-, circulares e instrucciones que no tienen carácter normativo y por acuerdos sindicales que en muchos casos no han cumplido la reserva de ley <sup>22</sup>, a lo que hay que añadir las constantes dudas sobre el derecho supletorio aplicable, laboral o funcionarial; todo ello ha dado lugar a la construcción de un régimen jurídico específico con una pobre elaboración normativa que ha dado lugar, asimismo, a una gran litigiosidad.

Asimismo, el lenguaje empleado es inadecuado y la sistemática defectuosa, lo que hace difícil determinar en cada caso la norma a aplicar, dada la forma en que se han ido modificando las mismas, por acarreo y acumulación, dando lugar a graves problemas interpretativos <sup>23</sup>.

Por otra parte, cabe destacar que las modificaciones legales introducidas en el marco del personal estatutario se han caracterizado por su parcialidad, al tratar cuestiones muy concretas (retribuciones, sistema de selección y provisión de puestos) y por su inadecuación al utilizarse vías tan extrañas para introducirlas como el Real Decreto-Ley (3/1987, en materia retributiva o 1/1999, de 8 de enero, en materia de selección y provisión de plazas) o la Ley de Presupuestos Generales del Estado (artículo 34.4 de la Ley 4/1990, de 29 de junio, donde se regulaba el sistema de selección y provisión de puestos). Esa última característica ha tenido como resultado el que la STC de 15 de octubre de 1998, estimando que la Ley de Presupuestos no es el marco adecuado para la regulación del sistema de selección y provisión de plazas en las instituciones sanitarias, ha declarado inconstitucional y, por tanto, nulo el artículo 34.4 de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1990, afectando asimismo a la propia validez del Real Decreto 118/1991, de 25 de enero.

En cuarto lugar, no ha ayudado tampoco a resolver el debate planteado el que el propio Tribunal Supremo haya ido modificando su criterio respecto a la naturaleza del personal estatutario y si bien en una primera etapa se inclinaba hacia las instituciones laborales <sup>24</sup>, posteriormente cambió de criterio y descartó la posibilidad de aplicar instituciones (condición más beneficiosa) o preceptos (ascenso por desempeño de tareas superiores <sup>25</sup>, con-

22 Así, pueden ser de dudosa legalidad por regular cuestiones que se refieren a derechos y deberes, materia reservada a la Ley, los acuerdos de 22 de febrero y 3 de julio de 1992 relativos básicamente a la regulación de aspectos retributivos y de jornada en atención especializada y primaria y el Acuerdo de 1 de junio de 1993, sobre descanso, vacaciones y permisos.

23 LOPEZ GANDIA, J., "El personal estatutario y las fuentes de regulación de sus condiciones de trabajo". Actualidad Laboral, nº 23. 1990.

24 Entre otras muchas, STS de 2 de diciembre de 1974, STCT de 8 de marzo de 1988 y STC 158/1982.

25 Entre otras, STS de 4 de junio de 1993, en la que se declara que "... si esto es así, y en materia retributiva lo que dispone el Real Decreto Ley 3/87, de 11 de septiembre es reproducción de lo dispuesto en el art. 23 y 24 de la Ley 30/84, en donde se estructura un sistema retributivo que nada tiene que ver con el del art. 23 ETT, la conclusión que se extrae por las razones que en la sentencia ya mencionada se dicen, es que dicho precepto no tiene cabida en el ámbito normativo del personal estatutario de la Seguridad Social, como tampoco lo tiene en el de los funcionarios públicos, por tanto los actores no tienen derecho a cobrar lo que reclaman.". En el mismo sentido, SSTs de 26 de julio de 1993, 19 y 29 de octubre de 1993, 3 de noviembre de 1993, 21 de febrero de 1994, 4 y 10 de marzo de 1994 y 6 de febrero de 1995.

versión en indefinida de la relación que une a la institución sanitaria y al personal a su servicio<sup>26</sup>, excedencia<sup>27</sup>, u horas extraordinarias<sup>28</sup>) propios de la esfera laboral, reafirmando la especialidad del personal estatutario y, en todo caso, la imposibilidad de integrar vacíos normativos acudiendo a las normas laborales.

Así, tras diversas vacilaciones y matizaciones la jurisprudencia parece haber optado, finalmente, por aislar el ámbito laboral y el estatutario, por entender que el vínculo estatutario queda más próximo del funcional<sup>29</sup>; y en este sentido tal y como resume la STS de 17 de octubre de 1991 *"las llamadas en la práctica jurídica <relaciones estatutarias> tienen una configuración más próxima al modelo de la función pública que al modelo de la contratación laboral. Esta mayor afinidad se aprecia tanto en el origen normal de la relación (concurso de méritos), como en la fijación de su contenido (predeterminado por las normas de los estatutos particulares), como en la dinámica o desarrollo de la misma (donde se acentúan la estabilidad en el empleo y en el puesto de tra-*

26 STS de 26 de mayo de 1993, en la que se afirma: "... siendo la naturaleza de la relación de los actores con el Instituto demandado estatutaria y fundando la sentencia recurrida su resolución desestimatoria del recurso confirmando la estimación de la demanda, en la aplicación de normas jurídicas laborales, lo que es improcedente por las razones antes dichas y que además se expresan en la sentencia de contraste, estableciendo una doctrina errónea en el punto debatido, procede que estimando el recurso... revocando la sentencia de instancia, desestimando la demanda, pues si la relación de servicios del actor con el recurrente es estatutaria como se declara en unificación de doctrina, no procede la declaración de fijeza del Médico accionante, pese a lo extraño de su situación dado el tiempo de duración de sus servicios..".

27 Así, STS de 4 de octubre de 1991, en la que se señala que "... las sentencias del Tribunal Supremo se refieren a supuestos de relación laboral común... con sumisión directa e inmediata al régimen establecido por el Estatuto de los Trabajadores, tratándose, por ende, de una relación obviamente diferente a la estatutaria vigente entre las partes de la presente litis, que se rige por las especificadas disposiciones del Estatuto del Personal Médico de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, y modificado por Real Decreto 1033/1976, de 9 de abril, cuyo art. 15 prevé y regula el <reingreso de excedencia voluntaria> en forma diferente a la establecida, para la relación laboral común, por el art. 46 del Estatuto de los Trabajadores...".

28 En este sentido se manifiesta la STS de 22 de noviembre de 1993, en la que se afirma que "... la propia y específica regulación normativa del personal estatutario de la Seguridad Social impide aplicar al mismo criterios extraídos de la norma laboral, por más que en ocasiones, la jurisprudencia hubiera hecho aplicación de principios jurídicos extraídos de la Ley reguladora del contrato de trabajo. En este sentido... la relación jurídica estatutaria -sobre todo desde la vigencia de la Ley 30/84, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública- se configura con unos perfiles propios en el marco de un <tercibus generis> entre la relación laboral y la funcional, con más proximidad a esta última que a la primera. Desde esta perspectiva enjuiciadora si el Estatuto de Personal en aplicación, en previsión de necesidades de servicio regula un turno adicional nocturno a realizar por todo el personal, cuya ejecución comporta el cambio de turno diurno y para el que se halla previsto un plus consistente en el 20% del salario global de la hora nocturna trabajada, a esta específica regulación debe estarse, sin que pueda aplicarse otra regulación extraña al ámbito donde se produce el exceso de jornada. Es evidente que con dicho turno adicional se excede el cómputo bimensual de 70 horas de la jornada nocturna pero no lo es menos que su específica regulación dentro del Estatuto de Personal aplicable, impide configurar como horas extraordinarias y abonar como tales las integradas dentro de dicho turno adicional...". En el mismo sentido, SSTS de 7 de febrero de 1994 y 11 de marzo de 1994 y STSJ de Cantabria de 21 de diciembre de 1993.

29 Así, ya en la STS de 22 de enero de 1990 se señala que "los médicos de la Seguridad Social están sometidos a un régimen estatutario especial, no laboral, cuya regulación, en función integradora del ordenamiento jurídico, se ha de contemplar en situación de similitud con la de los funcionarios, a la que dada su naturaleza se aproxima..".

bajo). La aproximación de las relaciones estatutarias al régimen de los funcionarios públicos, y el alejamiento correlativo del modelo laboral, se han hecho más perceptibles en la evolución reciente del ordenamiento, como se puede comprobar en la exclusión expresa de la Ley de Relaciones Laborales y del art. 1.3 a) del Estatuto de los Trabajadores, en la aplicabilidad de las mismas, en principio, de las disposiciones de la Ley 30/1984 de Medidas Urgentes de Reforma de la Función Pública, y en la propia inclusión del personal estatutario en la normativa de incompatibilidades del sector público...<sup>30</sup>. Descartándose, incluso, la aplicación en el ámbito estatutario de los criterios jurisprudenciales elaborados en sede laboral<sup>31</sup>, así como la aplicación analógica del TRLET<sup>32</sup>. Sin embargo, todavía es posible citar sentencias que admiten, en el ámbito del personal estatutario, el recurso “en supuestos excepcionales” a las normas laborales<sup>33</sup>.

Finalmente, el debate en torno al personal estatutario se ha visto también incitado por la propia finalidad atribuida a la institución a la que sirve aquél, esto es, el cuidado de la vida y la salud de los ciudadanos, configurado como un “servicio al usuario” y considerado como una función estatal<sup>34</sup>, pero que sin embargo, está sometido,

30 Doctrina completada, entre otras muchas, por las SSTS de 20 de julio de 1994 y de 29 de octubre de 1993, estableciéndose en ésta última que “.. la relación estatutaria del personal que presta servicios en las Instituciones de la Seguridad Social no es homologable a la relación jurídica derivada del contrato de trabajo, asumiendo, en cambio, aquélla, características muy próximas a la relación funcional, en mérito al carácter público que ostenta la Seguridad Social conforme a lo previsto en el art. 41 de la Constitución Española..”. En el mismo sentido, SSTS de 4 de octubre de 1991, 12 de marzo de 1993, 4 de junio de 1993, 26 de julio de 1993, 19 y 29 de octubre de 1993, 3 y 22 de noviembre de 1993, 21 de febrero de 1994, 15 de julio de 1994, 30 de diciembre de 1994, 6 de febrero de 1995 y 15 de marzo de 1995 y SSTSJ de Cantabria de 21 de diciembre de 1993 y de Navarra de 31 de octubre de 1995.

31 En este sentido se manifiesta la STS de 15 de marzo de 1995, al afirmar que “... debe significarse, por último, que el carácter que es propio de la relación material traída al proceso lleva consigo la aplicación del ordenamiento estatutario correspondiente, sin que deba extenderse a tal tipo de relaciones la línea jurisprudencial que inicia nuestra sentencia de 17 de noviembre de 1987... todas ellas referidas al artículo 4 del Real Decreto 2104/1984...”.

32 Entre otras, SSTS de 7 de febrero de 1994 y 11 de marzo de 1994.

33 En este sentido se manifiesta la STS de 6 de febrero de 1995 al afirmar que “... los médicos de la Seguridad Social están sometidos a un régimen estatutario especial, no laboral, cuya regulación en función integradora del ordenamiento jurídico se ha de complementar en situaciones de similitud con la de los funcionarios, a la que dada su naturaleza administrativa se aproxima, sin perjuicio de que, por la razón de constituir una relación de prestación de servicios, pueda verse también excepcionalmente influida por la normativa laboral en aspectos peculiares de ésta no contemplados en la regulación administrativa...”. En el mismo sentido, SSTS de 4 de junio de 1993 y 19 y 29 de octubre de 1993.

34 Así, tal y como reconoce la sentencia del Tribunal Constitucional 103/1983, “la protección de los ciudadanos ante situaciones de necesidad se concibe como una función del Estado, rompiéndose en buena parte la correspondencia prestación-cotización propia del seguro privado, superada por la dinámica de la acción protectora de titularidad estatal..” (en el mismo sentido, SSTC 65/1987 y 37/1994); función estatal que, sin embargo, no hay que confundir con el hecho de que se instituya en exclusiva un servicio estatal de salud, pues nada impide la concurrencia del sector privado en la prestación de la atención sanitaria. Y es que la Constitución Española no impone monopolio alguno en la gestión de servicios públicos asistenciales, sino que reconoce los principios de economía de mercado y de libertad de empresa. Pero, a pesar de ello, no hay duda de que el Estado ha de intervenir para garantizar la efectividad de los derechos y deberes en materia sanitaria.

desde hace algunos años, a un importante proceso de descentralización organizativa, en un intento de acercar cada vez más la asistencia sanitaria al ciudadano y de prestarle un servicio más ágil y flexible, por cuanto tal y como señala el artículo 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios “*de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad*”.

Baste citar a tales efectos la Ley de 15 de abril de 1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que legitima la gestión directa o indirecta de la sanidad pública a través de “*la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho*”, habilitando al poder ejecutivo -estatal o autonómico- para establecer peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados<sup>35</sup>. O las recientes -y polémicas- fundaciones públicas sanitarias, reguladas en el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, y respecto de las que se prevé que el personal a su servicio se registrará, con carácter general, por las normas estatutarias, pero podrá incorporarse personal que ostente vinculación de carácter funcionarial o laboral, al que le será de aplicación su propia normativa.

Sin embargo, la atribución de determinadas áreas de la gestión sanitaria, a través de diversas fórmulas jurídicas -conciertos, empresas públicas, fundaciones... etc.- a entes que van a ejercer esa gestión contratando a personal por la vía laboral, puede estar encubriendo un proceso de “*laboralización*” del ámbito sanitario, incrementando el peso de la norma laboral -incluyendo una muy importante negociación colectiva- en el mismo.

A la vez el mencionado proceso está dando lugar a la aparición de supuestos en los que en un mismo ámbito geográfico -por ejemplo, un hospital- convive personal sujeto a dos regímenes jurídicos muy diferentes -el estatutario y el régimen laboral-, con derechos y obligaciones distintos con toda la problemática añadida que ello comporta, por cuanto la exclusividad de regímenes jurídicos debería ser la regla básica a seguir en toda la Administración Pública.

Pues bien, partiendo de ese debate y con el objeto de presentar las distintas alternativas a las que se enfrenta actualmente el personal estatutario, consideramos acertado realizar una comparación, desde una perspectiva global y jurídico-organizacional, entre los dos universos normativos ya presentes, en mayor o menor medida, en este

---

35 A fin de favorecer la posible integración del personal estatutario en las nuevas entidades de gestión, el artículo 116 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, regula una situación especial de excedencia voluntaria por incompatibilidad, con reserva del puesto de origen durante un plazo de tres años y, transcurrido dicho plazo, el derecho de reingreso provisional a plaza estatutaria.



ámbito, esto es, por un lado los Estatutos del personal facultativo, no facultativo y no sanitario junto con la aplicación supletoria de la legislación de los funcionarios públicos, y, por otro, las normas laborales.

El objetivo de esta comparación es determinar, en términos generales, las ventajas e inconvenientes que cada uno de esos universos normativos posee a los efectos de la gestión de los recursos humanos en el ámbito de las instituciones sanitarias. Debiéndose hacer hincapié, ya inicialmente, en que la normativa que rige al personal estatutario depende más de las características del “*empleador*”, en tanto que ente sometido a Derecho Público o a Derecho Privado, que de las características en sí de la prestación de trabajo en el sector sanitario.

En todo caso, el cauce que va a ayudarnos a llevar a cabo la mencionada comparación es la idea de “*flexibilidad*”, entendida como idoneidad de la norma jurídica para posibilitar el que el factor humano se pueda adecuar a las necesidades de la empresa o institución derivadas de su posición en el mercado.

Flexibilidad que puede analizarse desde dos perspectivas: como “*flexibilidad externa*”, esto es, atendiendo a cómo se configura el inicio -flexibilidad inicial o de entrada- y el final -flexibilidad de salida o final- de la relación constituida entre el empleador y el sujeto que presta los servicios, y como “*flexibilidad interna*”, analizando las concretas fuentes de regulación de las condiciones de trabajo existentes en cada uno de esos ámbitos normativos así como su contenido y las posibilidades modificativas de esas condiciones de trabajo una vez establecidas (en especial, salario, tiempo de trabajo y movilidad).

## II. LA FLEXIBILIDAD EXTERNA: LA ESTABILIDAD EN LA RELACION DE TRABAJO

Centrándonos, en primer lugar, en la “*flexibilidad externa*”, cabe señalar que el modelo estatutario-funcionario que rige actualmente al personal estatutario se caracteriza por una gran rigidez desde la perspectiva organizacional, y ello por varias razones.

En primer lugar, porque el acceso al empleo se estructura en torno al “*acto de nombramiento*”, ejemplificado en el artículo 13 del Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en el que se señala que “*finalizado el plazo de presentación de la documentación, se acordará el nombramiento de los aspirantes aprobados, que se publicará en la forma que la convocatoria determine*” añadiendo que “*los nombrados dispondrán del plazo de un mes para incorporarse a la plaza adjudicada*”. Ello implica que el acceso está regido, tal y como reconoce el artículo 1 del mencionado Real Decreto-Ley, por los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, y articulado, con carácter general, a través de las fases de concurso y de oposición.

Junto a ello, el personal estatutario, una vez incorporado, está sujeto a un régimen estricto de incompatibilidades cuya finalidad es garantizar una dedicación plena a la función asistencial, fomentándose con ello el principio de eficacia de la asistencia sanitaria.

En segundo lugar, en cuanto a la forma de vinculación con la institución sanitaria, los Estatutos vigentes parten del principio de estabilidad en el empleo aunque admiten, con carácter ciertamente excepcional, la vinculación temporal del personal<sup>36</sup>, aun cuando en este punto la regulación estatutaria es de por sí diversa para cada uno de los colectivos que la integran y en ella se entremezclan varios universos normativos.

Así, aun cuando los tres Estatutos prevén las figuras de la "interinidad" y de la "eventualidad", no coinciden totalmente -de forma, por otra parte incomprensible- ni en su contenido ni en la normativa aplicable en cada caso. A este respecto, el mayor interés se encuentra en el Estatuto del personal no sanitario en el que se recogen las dos mismas figuras<sup>37</sup>, pero no sometidas a la regulación estatutaria sino a la normativa laboral; carácter laboral que implica que, salvo las peculiaridades expresamente previstas, resulta de aplicación lo previsto en el artículo 15 del Estatuto de los Trabajadores, con lo que de "laboralización" del personal estatutario ello puede suponer.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la regulación estatutaria en este tema no coincide totalmente con lo dispuesto en el Estatuto de los Trabajadores, siendo, sin duda alguna, más restrictiva. Así, es posible poner de manifiesto varias peculiaridades de la normativa estatutaria: 1ª) Los trabajadores se rigen por su contrato pudiéndose concretar en el mismo los preceptos del Estatuto que les son de aplicación (tendríamos así a un contratado laboral al que le es de aplicación parte o la totalidad de la normativa estatutaria); 2ª) La interinidad sólo se prevé para la sustitución de personal en caso de reserva de plaza, no, por tanto, para los casos de cobertura de plazas vacantes, sin que quepa entender factible esta segunda posibilidad vía aplicación supletoria del Estatuto de los Trabajadores, dado el principio de legalidad que rige la relación estatutaria; 3ª) La interinidad se extingue en caso de reingreso del sustituido o baja definitiva de éste en la plantilla, causas de extinción que no coinciden totalmente con las previstas en la normativa laboral; 4ª) A diferencia del régimen laboral, en ningún caso, el trabajador

36 El mismo carácter de excepcionalidad se desprende de lo dispuesto en la disposición adicional 4ª del Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, al establecer que: "Cuando sea imprescindible, por razones del servicio, la incorporación de personal temporal, la selección del mismo se efectuará por procedimientos que, respetando los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, garanticen la necesaria agilidad y eficacia, y cuenten con la participación de las organizaciones sindicales. El personal así nombrado podrá mantenerse en la plaza hasta la incorporación a la misma de personal estatutario fijo designado para su desempeño, o hasta que la misma sea amortizada".

37 Así, se considera "interino" a quien se contrata para sustituir a un trabajador con derecho a reserva de plaza, y trabajador "eventual" al que debe atender necesidades urgentes de carácter no permanente y que no pueden ser atendidas por la plantilla de la institución sanitaria.

podrá consolidar su plaza, por cuanto ello supondría vulnerar las vías de acceso previstas legal y constitucionalmente y los principios de mérito y capacidad que han de regirlas<sup>38</sup>; 5ª) La duración máxima del contrato de eventualidad es de 6 meses, improrrogables, a diferencia del régimen laboral; y, 6ª) No cabría tampoco la ampliación de la citada duración ni cualquier otra intervención de la negociación colectiva, no prevista ni admitida en el ámbito estatutario.

Todo ello nos lleva a pensar en un régimen de vinculación temporal del personal estatutario más rígido que el previsto en el ámbito laboral, aun cuando sea posible, en algunos casos, la intervención supletoria del Estatuto de los Trabajadores.

Finalmente, la garantía de la estabilidad en el puesto del modelo estatutario/funcionarial también se manifiesta en la "salida" por cuanto sólo puede ponerse fin a la relación estatutaria a través de la renuncia del propio personal, de la jubilación o de una sanción disciplinaria impuesta siguiendo un largo y riguroso procedimiento sancionador, que pretende excluir cualquier tipo de discrecionalidad. Cabe hacer hincapié, asimismo, en que a diferencia del ámbito laboral, se trata de causas que están exclusivamente ligadas a la propia conducta del trabajador.

Partiendo de todo ello, cabría pensar que el fundamento de esa rigidez del modelo estatutario/funcionarial en el ámbito de la "flexibilidad externa" se halla en la voluntad de salvaguardar la imparcialidad, la independencia y la profesionalidad del personal estatutario, ésta última justificada en un intento de garantizar la mejor defensa posible del interés público en juego, incluso frente al propio principio de jerarquía orgánica presente en el ámbito administrativo.

Sin embargo, aun admitiendo tal fundamento cabe hacer al respecto varias reflexiones.

En primer lugar, cabe tener presente que la estabilidad no tiene valor en sí misma sino en cuanto se traduce, entre otros, en elementos tales como la inversión empresarial en formación profesional, la profesionalidad del personal, el compromiso del trabajador con la organización empresarial y con sus valores culturales, etc.

En segundo lugar, cabe preguntarse si la estabilidad no corre el riesgo de convertirse en una medida perjudicial para la motivación del propio personal en la presta-

---

38 Así, en la STS de 21 de julio de 1992 se afirma que cabe excluir "... que el transcurso del tiempo en situación de interinidad genera derecho a la adquisición de la titularidad, pues conclusión contraria, que no sería conciliable con los principios de mérito y capacidad a que se refiere el artículo 103 de la Constitución, viene vedada por el artículo 5 del Estatuto jurídico aplicable..". Por su parte, la STSJ de Castilla y León/Burgos de 28 de junio de 1995, establece que "... la relación convertida en de por tiempo indefinido, que no fijeza laboral como se declaró, lo habría así de ser hasta tanto la plaza se cubriera en forma reglamentaria bajo los postulados rectores de los arts. 23.2 y 103.3 CE y art. 19 L 30/1984, de Reforma de la Función Pública..". Vid, asimismo, STS de 25 de octubre de 1994 y STSJ de Aragón de 16 de marzo de 1994.

ción de sus servicios; y junto a ello cabe tener en cuenta que la profesionalidad sólo puede justificar adecuadamente la estabilidad del personal cuando va acompañada de otras medidas.

En tercer lugar, no cabe olvidar que no se requiere la “rigidez” como presupuesto necesario para tener un personal imparcial y profesional; ejemplo de ello es que aquélla no es un presupuesto de la normativa laboral y no existen dudas sobre la profesionalidad e imparcialidad de los trabajadores sometidos a ella.

Finalmente, cabe plantearse si la independencia es un atributo imprescindible respecto del personal no sanitario, teniendo en cuenta las funciones atribuidas al mismo conforme a lo dispuesto en el Estatuto que lo regula.

Ahora bien y como contraposición, en el ámbito de la “flexibilidad externa” la normativa laboral se caracteriza, sin duda, por una mayor flexibilidad en el inicio de la relación, habiéndose producido al respecto una clara evolución legal.

En efecto, hasta la reforma laboral de 1994, los principios básicos fueron el de la estabilidad en el empleo y el del carácter indefinido de la relación laboral. Sin embargo, tras la mencionada reforma desapareció la presunción del carácter indefinido del contrato de trabajo, pero continuaron vigentes mecanismos subyacentes de favorabilidad del contrato por tiempo indefinido (principalmente, la causalidad tasada y el hecho de que el contrato en fraude de ley se presumiese celebrado por tiempo indefinido).

Por su parte, la reforma laboral de 1997, con la finalidad de resolver algunas de las insuficiencias creadas por la anterior reforma laboral -principalmente un 35% de temporalidad y la generalización de mecanismos de escape ante una normativa legal inadecuada-, volvió a hacer hincapié en la estabilidad en el empleo -a través del contrato para el fomento de la contratación indefinida-, pero a la vez restringió las posibilidades de contratación temporal (suprimió el contrato temporal por lanzamiento de nueva actividad y endureció algunas de las condiciones de los contratos para obra o servicio determinado y eventual, lo que repercutió, de hecho, en una mayor gestión de la temporalidad a cargo de las empresas de trabajo temporal) y se flexibilizó la “salida”, mediante la facilitación de los despidos de trabajadores por causas objetivas y la implantación de una nueva definición del despido individual por causas empresariales. Todo ello implica que la reforma de 1997 se tradujo en una mayor estabilidad en el ámbito laboral, pero condicionada a una mayor flexibilidad en la salida, o al menos, a un coste menor.

Finalmente, en esa misma línea de “fomento de la estabilidad” se sitúa, sin duda, el nuevo contrato a tiempo parcial implantado por el Real Decreto-Ley 15/1998, de 27 de noviembre, así como el incremento de la cotización por desempleo en determinadas modalidades de contratos temporales y en los contratos realizados por empresas de trabajo temporal, previsto por las normas de cotización a la Seguridad Social para el año 1999.

Por último, respecto a la flexibilidad de salida, cabe tener en cuenta que los dos ámbitos -el estatutario y el laboral- comparten, aunque con importantes matices, la renuncia, la jubilación y la sanción como vías de extinción de la relación que une a las partes, pero la principal diferencia se halla en que sólo la vía laboral permite esa extinción en el caso de concurrencia de “*causas empresariales*”.

En efecto, en el ámbito del personal estatutario no cabe afectar la estabilidad de un sujeto en su puesto de trabajo en base a una causa “*económica o de producción*” (la propia configuración de la administración lo impide) y las causas “*tecnológicas u organizativas*” de darse, sólo podrían tener como respuesta la movilidad del trabajador pero no la extinción de su relación con la Administración.

Por el contrario, los artículos 51 y 52.c) del Estatuto de los Trabajadores sí permiten fundamentar la extinción del contrato de trabajo en cualquiera de esas causas; rebajándose, incluso en algún caso, el coste económico de tal medida en el supuesto de que la misma sea calificada judicialmente como improcedente.

Junto a todo ello, si bien un incumplimiento grave y culpable del trabajador puede tener como consecuencia un despido disciplinario -artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores- o la extinción del vínculo estatutario<sup>39</sup>, en la normativa estatutaria esa posibilidad está construida claramente desde la perspectiva de la “*estabilidad*” del trabajador y por ello se encuentra rodeada de numerosos trámites y garantías, que hacen casi imposible su efectividad práctica (así, en concreto, se requiere la tramitación de un riguroso expediente disciplinario<sup>40</sup>). Dejando de lado las razones de justicia, no hay duda de que es más fácil despedir a un trabajador conforme al Estatuto de los Trabajadores -carácter voluntarista- que extinguir una relación estatutaria por razones disciplinarias.

En cuanto al resto de causas, cabe señalar, simplemente, que a diferencia del régimen laboral se prevé la jubilación por incapacidad física y que la edad prevista para la jubilación -con carácter general y en clara descoordinación con la normativa de Seguridad Social- es la de 70 años<sup>41</sup>.

Pues bien, de todo lo anterior se concluye que utilizando el baremo de la “*flexibilidad externa*”, ésta es mayor tanto de entrada como de salida en el ámbito laboral que en el ámbito estatutario/funcionarial.

---

39 Al respecto, Cap. VII del Estatuto del personal facultativo, cap. XI del Estatuto del personal sanitario no facultativo y cap. VIII del Estatuto del personal no sanitario.

40 Al respecto, vid artículo 43 del Estatuto del personal facultativo.

41 Vid arts. 17 del Estatuto del personal facultativo, 138 del personal sanitario no facultativo y 23 del personal no sanitario.

### III. LA FLEXIBILIDAD INTERNA Y LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Respecto a las posibilidades de gestión interna de los recursos humanos en los ámbitos laboral y estatutario, cabe tener en cuenta una doble perspectiva: las fuentes de determinación de las condiciones de trabajo en cada uno de esos ámbitos, y el contenido y posibilidades modificativas de las condiciones de trabajo una vez establecidas (en especial, salario, tiempo de trabajo y movilidad de los trabajadores).

Con carácter previo, cabe tener muy presente que las fuentes de determinación de las condiciones de trabajo tienen una especial influencia en la eficiencia de la gestión de los recursos humanos en una organización. Concretamente, ha de darse la posibilidad de: regulación con legitimación, de adaptación de lo más general a lo más concreto (diversificación) y de variabilidad (en entornos abiertos).

Desde esa perspectiva, el ámbito laboral se ha caracterizado en los últimos años -reformas laborales de 1994 y 1997- por un continuo retroceso de la norma estatal frente a la negociación colectiva, quedando aquélla casi restringida a la regulación de las cuestiones de orden público.

Sin duda, en la base de esa situación -enormemente favorecida a partir de la reforma laboral de 1997- se hallan las ventajas atribuibles al convenio colectivo como forma de establecimiento y regulación de condiciones de trabajo: a) se trata de una vía plenamente aceptada por los interlocutores sociales (legitimación); b) se caracteriza por su adaptabilidad a las circunstancias concretas de los ámbitos que regula (empresariales/sectoriales) así como por su variabilidad, por lo que no crea condiciones más beneficiosas (derechos adquiridos, en la terminología funcionarial); y, c) en su ámbito no rige el principio de igualdad, sino el de no discriminación. Y junto a ello, no cabe olvidar el importante papel atribuido en la determinación de las condiciones de trabajo a los pactos y acuerdos de empresa, así como a la propia autonomía individual.

Por el contrario, el marco estatutario/funcionarial se caracteriza, de nuevo, por una mayor rigidez, al venir determinadas las condiciones de trabajo del personal por la propia norma legal, sin posibilidad de mejora o modificación por otra vía, aun cuando, en algunos casos, esa norma ha sido previamente consensuada entre la Administración sanitaria y los representantes del personal. Mayor protagonismo de la norma estatal que se debe a varios motivos: presupuestarios, de interés público, voluntad de centralización.. etc.

Junto a ello, se imponen importantes límites al ejercicio de la negociación colectiva en este ámbito, al tener un carácter más centralizado que la desarrollada en el ámbito laboral, no poseer eficacia normativa directa -tal y como se prevé en, la ya citada, Ley 9/1987, de 12 de junio-, existir limitaciones presupuestarias, y estar más vinculada al principio de igualdad a la hora de establecer condiciones de trabajo; sin embar-

go, algunos de esos aspectos de “rigidez”, principalmente los referidos a la eficacia, podrían verse resueltos en un futuro próximo, si llegara a aprobarse el proyecto de Estatuto de la Función Pública de 1998.

Por otra parte, también la autonomía individual juega un papel distinto del que se le atribuye en el ámbito laboral, al no constituir, de hecho, una fuente de determinación de las condiciones de trabajo en el ámbito estatutario.

Finalmente, las diferencias entre ambos marcos normativos aumentan si tenemos en cuenta el importante papel que juega, en determinados aspectos de la relación estatutaria, la voluntad unilateral del “empleador”/institución sanitaria, pudiendo incidir aquélla tanto en la instauración de determinadas condiciones de trabajo como en su modificación, requiriéndose, única y exclusivamente, la existencia de una “necesidad asistencial” y la no concurrencia de abuso de derecho o arbitrariedad. No hay duda de que en estos ámbitos concretos la flexibilidad de la normativa estatutaria es mayor que la de la norma laboral.

Entrando ya en las condiciones concretas de trabajo y en su posible modificación, cabe señalar, en primer lugar, que tanto la regulación de la jornada como la del salario resultan más flexibles en el ámbito laboral que en el ámbito estatutario/funcionarial.

Así, frente a las características de flexibilidad y adaptabilidad, carácter consensuado (con la atribución de un importante papel a la autonomía de la voluntad tanto individual como colectiva) y variabilidad presentes, en términos generales, en la normativa laboral, la estatutaria se caracteriza, entre otras, por las siguientes notas:

- a) Por la predeterminación estricta tanto de la jornada como del salario por parte de la normativa legal -no hay espacio ni para la negociación colectiva ni para la autonomía individual-;
- b) Por la preferencia de los intereses generales -servicio público- frente a los particulares del personal a la hora de modificar o incrementar la jornada a realizar, otorgándose un amplio margen de discrecionalidad a la dirección de la institución sanitaria;
- c) Por la uniformización de los conceptos retributivos a percibir por el personal, siguiendo claramente el modelo funcionarial, excluyéndose expresamente, tal y como ha reiterado la jurisprudencia, la existencia de figuras laborales tales como las “horas extraordinarias”<sup>42</sup>, haciéndose, por otro lado, especial hincapié en conceptos retributivos actualmente en vías de desaparición en el ámbi-

---

42 SSTS de 7 de febrero de 1994 y 11 de marzo de 1994 y STSJ de Cantabria de 21 de diciembre de 1993.

to laboral, como es el caso de la compensación económica de la antigüedad en la empresa (manifestada en este ámbito en el concepto de “*trienio*”). Junto a todo ello, la propia conformación de la relación estatutaria excluye la aplicación de novedosas figuras laborales, como son las dobles escalas salariales o el descuelgue salarial (al poder afectar el principio de igualdad que rige la mencionada relación).

A nuestro entender, en estas materias las diferencias entre ambos marcos normativos se deben, principalmente, a dos razones: en el ámbito de la jornada, al hecho de que la función asistencial que cumple este tipo de personal puede requerir de un mayor sacrificio por su parte en cuanto a la conformación de su tiempo de trabajo -excluyéndose la presencia de derechos adquiridos<sup>43</sup>-; admitiéndose, incluso, la existencia de “*guardias médicas*” con un carácter de obligatoriedad, sólo excluibles, como regla general, mediante exención expresa por parte de la dirección del centro sanitario, con carácter de discrecionalidad. En todo caso, y como regla general, la duración legal de la jornada suele ser inferior en el ámbito estatutario (una media de 36 horas/semana).

En cuanto a la retribución, la diferencia se debe a una opción clara del legislador por la asunción de un modelo funcionarial, como avanzadilla de lo que debería haber sido el Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad.

En segundo lugar, en el ámbito de los descansos y vacaciones del personal estatutario juega un papel muy importante la discrecionalidad de la dirección del centro sanitario, y ello es debido a la escueta regulación existente en esta materia e incluso a su carácter obsoleto. En todo caso, tanto la duración como las facilidades para su ejercicio son más limitadas que en el ámbito laboral (con carácter general, un día de descanso semanal, preferiblemente en sábado, 30 días de vacaciones a disfrutar de junio a septiembre, aprobación de los turnos de vacaciones por parte de la dirección del centro... y todo ello condicionado a las “*necesidades asistenciales*” del centro en el que se presta servicios).

En tercer lugar, en cuanto a la regulación de los permisos y licencias, ambos ámbitos normativos coinciden sustancialmente, aun cuando, de nuevo, las necesidades organizativas de la institución sanitaria pueden suponer un límite infranqueable para el disfrute de los mismos.

La principal diferencia se halla, no obstante, en la posibilidad reconocida al personal estatutario de solicitar permisos no retribuidos por asuntos propios (de hasta 3 meses) o para el disfrute de becas o la realización de cursos de formación, supuestos éstos no contemplados en la normativa laboral y que acercan al personal estatutario al ámbito funcionarial, adquiriendo un carácter más garantista para el trabajador.

---

43 Tal y como se señala en la STS de 28 de enero de 1981, frente al interés general de la mejor prestación de un servicio público no pueden oponerse derechos ni condiciones adquiridas.



En cuarto lugar, y justificado en el carácter garantista o de estabilidad en el empleo, la figura de la excedencia -requerida, no obstante, de una necesaria actualización- tiene un mayor juego en el ámbito del personal estatutario que en el marco laboral. Ello porque, junto a la excedencia voluntaria -y siguiendo el modelo funcionarial- se prevé la excedencia forzosa, la especial en activo y la jubilación<sup>44</sup> (aun cuando ésta sea propiamente causa de extinción de la relación y no una mera "*vicisitud*"), reconociéndose como causa específica la declaración de incompatibilidad de puestos de trabajo en la Administración. Asimismo, como supuesto concreto, se prevé la excedencia por enfermedad, que aunque regulada de forma distinta en cada uno de los Estatutos, implica una importante garantía para el trabajador por cuanto todo el tiempo que se le reconozca en tal situación o se equipara a la situación de excedencia forzosa o directamente a la de servicio activo.

En quinto lugar, también con mayor rigidez se estructura en el ámbito del personal estatutario la cuestión de la clasificación profesional, recogiendo un sistema que cabe calificar de obsoleto, de poco preciso en determinados ámbitos, complejo y en algún caso contrario al propio artículo 14 de la Constitución Española, al prever categorías profesionales claramente feminizadas<sup>45</sup>.

Así, en términos generales, la regulación que en el Estatuto del personal facultativo se realiza de esta cuestión cabe calificarla como de poco precisa, con lo que no quedan claramente definidas las funciones atribuidas a tal personal<sup>46</sup>; en segundo lugar, el personal sanitario no facultativo se clasifica en base a tres criterios básicos: titulación, función y modalidad de prestación de servicios, regulándose las funciones concretas de forma muy minuciosa y detallada, aun cuando las mismas resulten ampliables mediante el recurso a las facultades organizativas de la dirección del centro sanitario<sup>47</sup>; y finalmente, el personal no sanitario se estructura en cuatro grupos: técnico, de servicios especiales, de oficio y subalternos, definidos de forma muy detallada, aunque poco actualizada<sup>48</sup>.

Finalmente, respecto a la movilidad del personal y a la modificación sustancial de las condiciones de trabajo, la regulación estatutaria es mucho más rígida y compleja que la laboral, dados los trámites formales requeridos para su efectividad. Esa mayor complejidad posee menor trascendencia en el caso del personal facultativo, dada su

44 Vid, entre otros, arts. 9 del Estatuto del personal facultativo, 39 del personal sanitario no facultativo y 30 del personal no sanitario.

45 Así, el art. 18 del Estatuto del Personal no sanitario prevé las categorías profesionales de "gobernanta", "planchadora", "lavandera" o "limpiadora".

46 En efecto, la descripción de las funciones de los médicos especialistas se limita a señalar que aquéllos deberán asumir "la asistencia completa dentro de su especialidad de las personas protegidas por la Seguridad Social que le hayan sido adscritas por el Instituto Nacional de Previsión, de acuerdo con las normas reglamentarias". Vid, asimismo, arts. 1º y 20 a 23 del Estatuto del personal facultativo.

47 Al respecto, vid arts. 1, 2 y 57 a 85 del Estatuto.

48 Al recogerse categorías profesionales como la de "fogonero". Vid, arts. 1 y 5 a 14 del Estatuto del personal no sanitario.

mayor especialización, pero comporta importantes límites en el ámbito del personal no sanitario, al venir definidas sus funciones de forma muy precisa.

Sin embargo, hay que tener presente que esa mayor rigidez y complejidad se ve salvada, de hecho, mediante el reconocimiento a la dirección del centro sanitario de unas facultades organizativas bastante amplias, únicamente limitadas, tal y como reconoce la propia jurisprudencia, por la arbitrariedad o el abuso de derecho<sup>49</sup>. Facultades organizativas que pueden traducirse en la movilidad funcional del trabajador o en la modificación de algunas de sus condiciones de trabajo -jornada/horario-, o en fin, en el ejercicio de la movilidad geográfica dentro del Área de Salud correspondiente. Y junto a todo ello, en el ámbito estatutario resulta aplicable la teoría de los derechos adquiridos en materia retributiva y de tareas exigibles al personal (y que implica que tales cuestiones resultan inmodificables), mientras que en el marco laboral rige el principio de condición más beneficiosa, suprimible a través del mecanismo de la compensación y absorción o mediante la vía del artículo 41 del Estatuto de los Trabajadores.

Por contraposición, de nuevo, el modelo laboral se caracteriza por la construcción "*consensuada*" (no legal) del sistema de clasificación profesional -a través de convenio o acuerdo colectivo-, por la conformación genérica de los criterios clasificatorios con una clara preferencia por el grupo profesional (potenciado como línea de futuro por la reforma laboral de 1997) y por la inclusión del concepto "*categoría profesional equivalente*". Asimismo, existen amplias posibilidades de movilidad funcional y geográfica y de modificación sustancial de las condiciones de trabajo de los trabajadores, potenciándose especialmente la figura del trabajador polivalente.

En consecuencia, resulta totalmente distinto el tratamiento por cada uno de los ámbitos normativos referidos del supuesto concreto en que un trabajador desempeña funciones superiores a las que le corresponden según su clasificación profesional. En un ámbito -el laboral- ello le permitiría, siguiendo lo dispuesto en el artículo 39 del Estatuto de los Trabajadores, reclamar no sólo el salario correspondiente a la categoría superior sino incluso la atribución efectiva de tal categoría. Por el contrario, y tal y como ha reiterado la jurisprudencia<sup>50</sup>, esa posibilidad no existe en relación con el personal estatutario, constituyendo el concurso de traslado la única vía posible de acceso a funciones distintas o superiores de las que se venían desempeñando. Asimismo, la rígida estructura retributiva prevista en el Real Decreto 3/1987, excluye el reconocimiento de una retribución superior, al no estar ésta expresamente prevista.

Por otra parte, mientras que en el ámbito laboral se regulan, de forma amplia, las figuras del desplazamiento y del traslado de los trabajadores, la movilidad geográfica del personal estatutario, siempre y cuando exista una necesidad imperativa de la orga-

49 Entre otras, STS de 12 de noviembre de 1993.

50 SSTS de 26 de julio de 1993, 19 y 29 de octubre de 1993, 3 de noviembre de 1993, 21 de febrero de 1994, 4 y 10 de marzo de 1994 y 6 de febrero de 1995.

nización sanitaria que la justifique, sólo podrá ejercerse dentro del Área de Salud correspondiente. La decisión en este último caso, con el límite del abuso de derecho, se atribuye a la dirección de la institución sanitaria.

De todo ello se deduce que en el ámbito de la “*flexibilidad interna*”, la normativa laboral, de nuevo, resulta más flexible que la estatutaria, si bien con ciertas excepciones. En efecto, en algunos casos -tiempo de trabajo y movilidad- la flexibilidad puede ser mayor en el ámbito del personal estatutario, a través de una vía indirecta, centrada en el importante papel que en esas materias puede cumplir la discrecionalidad administrativa.

En efecto, la jornada, el horario, las vacaciones, las funciones o el lugar de trabajo del personal estatutario pueden depender de hecho, tanto en su instauración como en su eventual modificación, de la decisión última de la institución sanitaria en la que se presta servicios. No hay duda, sin embargo, de que esa discrecionalidad debe entenderse limitada, ya actualmente, por la interdicción de la arbitrariedad y del abuso de derecho así como por el principio de igualdad y de derechos adquiridos, y en el futuro debería restringirse, expresamente, a través de la incipiente negociación colectiva desarrollada en este ámbito.

Por último, el ámbito laboral y el estatutario comparten el hecho de que en los mismos, si bien en distinta medida, se están articulando fórmulas que pretenden solucionar la inadaptación de la normativa vigente a las necesidades derivadas de la gestión de los recursos humanos.

En efecto, en el ámbito laboral con tal finalidad se ha incrementado, en los últimos años, el recurso a las contratas y subcontratas de obras o servicios y a las empresas de trabajo temporal; fórmulas extrapolables también, con importantes peculiaridades, al ámbito de la Administración pública y con ello a las instituciones sanitarias. Y en el ámbito estatutario cabe preguntarse si las nuevas fórmulas de gestión sanitaria no son consecuencia, asimismo, de una cierta inadaptación normativa.

#### **IV. REFLEXIONES FINALES**

Una vez puestas de relieve las diferencias entre el ámbito estatutario/funcionario y el laboral, cabe hacer varias reflexiones finales, unas referidas a la situación actual del personal estatutario y otras relacionadas con la previsible situación futura.

En cuanto a la situación actual, cabe señalar, en primer lugar, la incongruencia que supone el que sea la jurisdicción social la competente para resolver la mayoría de las cuestiones conflictivas que surgen en torno al personal estatutario, por cuanto teniendo en cuenta el modelo (presente y futuro) al que aquél responde debería asumir tal función la jurisdicción contencioso-administrativa.

Jurisdicción que aunque menos ágil procedimentalmente que la social, tiene como función específica la aplicación de principios claramente coincidentes con los que subyacen en la propia normativa estatutaria y de ese modo resultaría definitivamente acorde la regulación sustancial y su articulación procedimental. La decisión consecuente debiera ser, por tanto, declinatoria de la competencia de los Tribunales del orden social, para deferirla a los del contencioso-administrativo, como así corresponde a la naturaleza de la relación de servicios, por aplicación del principio general de reserva de ley en materia jurisdiccional y de lo que concretamente disponen los apartados a) y p) del artículo 2 de la Ley de Procedimiento Laboral. Esta solución no ha sido acogida, salvo excepciones <sup>51</sup>, por los Tribunales, que no renuncian a resolver los numerosos conflictos surgidos en sede del personal estatutario <sup>52</sup>.

Sin embargo, junto a ello deberían trasladarse y potenciarse en este ámbito los logros ya alcanzados en sede laboral en materia de medios extrajudiciales de solución de conflictos, por cuanto sí éstos han alcanzado éxitos en un ámbito en el que se articula un proceso ágil y rápido, aún mayor eficacia cabrá augurarles en el marco contencioso-administrativo, procedimentalmente más rígido y lento.

Como hemos señalado páginas atrás, la reciente Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa parece haber desaprovechado la ocasión de ofrecer una solución definitiva y clara al respecto.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que la inadecuación normativa en la regulación de las relaciones de trabajo puede tener repercusiones negativas.

Así, es generalmente aceptado que la inadecuación de las normas laborales en ciertas materias de gestión de personal ha llevado a la generalización de "*vías de escape*", plasmadas en una utilización abusiva de las modalidades contractuales temporales, de las empresas de trabajo temporal o de las contratas y subcontratas de obras o servicios.

En el ámbito sanitario, la alternativa a una rigidez de la norma estatutaria puede traducirse en un aumento de la intervención de fórmulas privadas en la gestión de las prestaciones sanitarias y en una progresiva "*laboralización*" del personal que las desarrolla. Fórmulas de gestión privada que, si responden a que esa fórmula se adecúa mejor que la pública a las necesidades asistenciales, no resultan problemáticas, pero si su razón de ser se halla en una inadecuación entre la normativa vigente y las necesidades de ges-

51 STSJ de Cantabria de 21 de diciembre de 1993.

52 Por todas, STSJ de Aragón de 15 de septiembre de 1992, en la que se señala: "... las cuestiones contenciosas de este personal (excluido del orden Social el resto del personal estatutario -ajeno a II. Sanitarias- de la S. Social, al derogarse el punto 2 del artículo 45 de la Ley de S. Social por D.D de la Ley para la R. de la F. Pública, en relación con su DA 16ª) se introducen en el orden jurisdiccional social no por mediar una relación laboral, sino por expresa atribución legal, es artículo 2º p), del TALPL, en tanto para el mismo -por lo que se acaba de señalar- se mantenga vigente para este personal del II.SS el mandato del punto 2 del artículo 45 LSS, citado..". En el mismo sentido, SSTs de 11 de noviembre de 1993, 23 de diciembre de 1994 y STSJ de Andalucía/Granada de 3 de julio de 1995.

ción de personal, se está obviando una necesaria reforma de la mencionada normativa. En todo caso, no hay que olvidar que esas nuevas formas de gestión sanitaria están implicando una clara vía de “laboralización” de la relación que une al personal y a la institución sanitaria.

En tal sentido, en la regulación que de las fundaciones públicas sanitarias en el ámbito del INSALUD hace la reciente Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, se prevé que el personal a su servicio se regirá, con carácter general, por las normas estatutarias, pero podrá incorporarse personal que ostente vinculación de carácter funcionarial o laboral, al que le será de aplicación su propia normativa. Con ello, si bien se está reconociendo la existencia en tales ámbitos de personal estatutario, a la vez -y aquí se encuentra el proceso de laboralización antes señalado- se sitúa en el mismo nivel que el estatutario al personal funcionarial y al laboral, con lo que la decisión última sobre el tipo de personal que va a prestar servicios recae, en gran medida, sobre la dirección del propio centro sanitario.

En tercer lugar, han de tenerse en cuenta los cambios que en el ámbito sanitario ha producido el traspaso de competencias del Estado a las Comunidades Autónomas; cambios que también han afectado al propio personal, dando lugar, a nivel de Comunidad Autónoma, a distintos regímenes jurídicos en aquello que no constituye su regulación básica.

En cuarto lugar, el ámbito estatutario es muy propicio para el desarrollo de la negociación colectiva, a través de la cual, y si prospera finalmente el modelo recogido en el proyecto de Estatuto de la Función Pública de 1998, no sólo se podrían concretar, de forma directa, las condiciones de trabajo del personal, sino que también serviría de freno a la actuación unilateral de la institución sanitaria en la determinación o modificación de las mencionadas condiciones, en aquellos casos en que esa intervención resulte desmedida. Junto a ello, no cabe olvidar que la negociación colectiva es una clara vía de adaptación y flexibilidad en el ámbito de la gestión de los recursos humanos.

Finalmente, entrando en las “perspectivas de futuro” y en la cuestión de fondo que nos ocupa, esto es, la propia “identidad” del personal estatutario, cabe realizar varias consideraciones generales.

Cabe partir del hecho de que las diferencias antes vistas entre el régimen laboral y el estatutario/funcionarial vienen establecidas por la regulación legal que el legislador ha querido establecer de forma distinta, más que por razón de las diferencias de prestaciones de servicios entre funcionarios y trabajadores, pues, en ambos casos, los contenidos básicos son iguales, ya que se trata de prestación de servicios, retribuidos, por cuenta de un empleador, público o privado, y dentro de su ámbito de organización y dirección, aun cuando la propia Constitución Española prevé la existencia de distintos regímenes para unos y otros (artículos 35.2 y 103.3).

Por tanto, debería entenderse superado en gran medida el largo debate sobre si el personal estatutario debe regirse por la normativa laboral o por la normativa funcionarial, en cuanto que lo auténticamente trascendente es la necesaria presencia de una

regulación propia y específica, actualizada y adaptada, por tanto, a las necesidades actuales del personal al servicio de las instituciones sanitarias.

Normativa específica fundamentada, por otra parte, en la propia especialidad de la tarea llevada a cabo por este tipo de personal, por cuanto el cuidado de la vida y la salud de los ciudadanos constituye un ámbito en el que el interés público está presente de una forma muy directa e inmediata, y en el que, por tanto, no resulta suficiente la aplicación exclusiva de la normativa funcionarial común o la de la norma laboral general.

Por tanto, debería aprobarse lo antes posible el "*Estatuto Marco*" que ha de regular la relación entre la institución sanitaria y el personal a su servicio (previsto no sólo en el artículo 84<sup>53</sup> de la Ley General de Sanidad, sino también, y más recientemente, en el proyecto de Estatuto de la Función Pública de 1998 y en el Informe de la Subcomisión del Congreso de los Diputados constituida para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud<sup>54</sup>, aunque con contenidos ciertamente distintos) y

---

53 En el que se señala que: "1. El personal de la Seguridad Social regulado en el Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el personal de las Entidades Gestoras que asuman los servicios no transferibles y los que desempeñen su trabajo en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, se regirán por lo establecido en el Estatuto-Marco que aprobará el Gobierno en desarrollo de esta Ley, todo ello sin perjuicio de lo previsto en el artículo 87 de esta Ley. 2. Este Estatuto-Marco contendrá la normativa básica aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo, garantizando la estabilidad en el empleo y su categoría profesional. En desarrollo de dicha normativa básica, la concreción de las funciones de cada estamento de los señalados en el apartado anterior se establecerá en sus respectivos Estatutos, que se mantendrán como tales..."

54 Publicado en el Boletín del Congreso de los Diputados de 17 de noviembre de 1997. Una de sus recomendaciones es potenciar el protagonismo de los profesionales, en los siguientes términos: "Los profesionales sanitarios constituyen el principal activo del Sistema Nacional de Salud. Su motivación y compromiso con la gestión son, sin lugar a dudas, retos históricos pendientes de resolver en el sistema público. Dos factores pueden considerarse el origen de esa situación: la falta de un adecuado sistema de incentivos y la burocratización y rigidez de las relaciones profesionales. Para abordar la resolución de este problema, la Subcomisión considera imprescindible el establecimiento, por ley básica, de un nuevo modelo de relación laboral para el personal estatutario de los servicios de salud. Respetando las competencias en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas es preciso abordar un nuevo régimen de personal compatible con la autonomía de gestión de los centros, al objeto de alcanzar los siguientes fines: a) Regular las peculiaridades del personal estatutario de las instituciones sanitarias públicas mediante un Estatuto profesional propio, de carácter básico para todo el sistema, sin perjuicio de su desarrollo por las Comunidades Autónomas. b) Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional en el plano de las organizaciones proveedoras y garantizando con criterios objetivos la calidad de los servicios y el mantenimiento permanente de la motivación personal. c) Flexibilizar el régimen de dedicación, mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo, promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad, y hacer efectiva la participación de los profesionales en la toma de decisiones de los centros. d) Adecuar las plantillas a las necesidades efectivas de las instituciones, y promover soluciones legales para el ajuste por los centros de las mismas y regular la negociación colectiva a nivel de centro, bajo pautas comunes a todo el sistema, por lo que se refiere al volumen total de empleo en el sector y a las condiciones salariales básicas. e) Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección..."

que en él se regule de la forma más completa y actualizada posible todos los aspectos de esa relación, y que por tanto la intervención de las normas supletorias, sean cuales sean, sea la mínima imprescindible. Estatuto Marco que tal y como ha aclarado el propio Tribunal Constitucional (STC 99/1987, de 11 de junio) y se recoge en el proyecto de Estatuto de la Función Pública de 1998, debe tener rango de Ley.

Ahora bien, ¿cuáles deberían ser las normas supletorias a aplicar de ser ello necesario? La respuesta depende de varios factores.

En efecto, tal y como ha señalado la doctrina<sup>55</sup>, el mencionado Estatuto Marco sería libre para establecer la aplicación supletoria de las normas laborales o bien de las normas funcionariales, así como para atribuir la competencia jurisdiccional a la jurisdicción social o a la contencioso-administrativa; tratándose, en definitiva, de una cuestión de política legislativa.

Partiendo de ello, si nos rigiéramos por términos de “flexibilidad” como hemos hecho páginas atrás, no hay duda de que la normativa más flexible tanto desde la perspectiva externa como interna es la normativa laboral, pudiéndose reclamar así una “laboralización” del personal estatutario, aun partiendo de una regulación propia y específica, a través de su propio estatuto, lo que ya ocurre -salvando las distancias- con otros tipos de personal como el personal al servicio del hogar familiar, los altos cargos, etc., que encuadrados en el ámbito laboral poseen, sin embargo, su propia normativa. Se trataría, en definitiva, de incluir al personal estatutario en el ámbito laboral a través del establecimiento de una relación laboral de carácter especial adaptada a sus peculiaridades. En favor de esta opción algunos autores señalan que se trata de un ámbito en el que, salvo excepciones, no se ejerce la “potestas” del Estado y que esa opción no supondría tener que reestructurar la Administración Pública, sino, por el contrario, cambiar el modelo.

No cabe olvidar, sin embargo, que la propia normativa laboral -el artículo 1.3.a) del Estatuto de los Trabajadores- excluye expresamente de su ámbito de aplicación al personal estatutario; aun cuando esa exclusión se ha considerado tradicionalmente como “constitutiva”, al producirse al amparo de una Ley y obedecer a razones de oportunidad, y no ser, de hecho, total por cuanto en determinados casos excepcionales se va a aplicar la normativa laboral y como hemos visto, la jurisdicción social es competente para conocer de la mayoría de los litigios que se producen en este ámbito.

Y junto a todo ello, cabe tener presente que sólo hay dos caminos para conseguir la “laboralización” del personal estatutario, los dos con un elevado coste:

- a) La vía legal, consistente en derogar todas las normas que contemplan la necesidad de la regulación estatutaria (artículo 45 de la LGSS de 1974, disposición adi-

---

55 SALA FRANCO, T., "El personal al servicio del Sistema Nacional de Salud", en AA.VV., "Cuestiones actuales de Derecho del Trabajo". MTSS. Madrid, 1990.

cional 16ª de la Ley 30/1984, de 2 de agosto...), resulta evidente el coste político de esta vía y la fuerte oposición a la que se enfrentaría; y,

- b) La asunción voluntaria por el personal estatutario de la condición de “laboral”, que requería de los correspondientes incentivos económicos -frente a las restricciones presupuestarias existentes- y que en todo caso resultaría una vía lenta.

Pero si, por el contrario, nos regimos por un criterio de “*tradición histórica*”, de “*antecedentes*” y de “*herencia*”, no hay duda de que esa normativa supletoria es la funcionarial, tal y como han señalado en los últimos años los tribunales y se recoge como ya hemos señalado, siquiera sea de forma implícita, en varias leyes.

Pues bien, también es esa la opción del proyecto de Estatuto de la Función Pública de 1998 y la del Borrador de Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud de abril del mismo año.

En efecto, el primero de ellos supone, sin duda, un paso más en la “*funcionarización*” del personal estatutario por cuanto en el mismo se señala expresamente que el Estatuto de la Función Pública resulta de aplicación al personal estatutario (con una mayor contundencia que en el caso de la Ley 30/1984, de 2 de agosto); sin embargo, no es un paso definitivo por cuanto, tal y como se señala en su disposición adicional séptima, el personal estatutario seguiría rigiéndose provisionalmente por sus propios Estatutos y, una vez aprobado, por un Estatuto Marco con la normativa básica específica adaptada a las características del ejercicio de las profesiones sanitarias y a la organización del Sistema Nacional de Salud.

Junto a ello, el Estatuto Marco propuesto está más condicionado que el recogido en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, al preverse en más de un artículo y en la propia disposición adicional séptima del Estatuto de la Función Pública, que éste resultará de aplicación en todo caso. No se dejan opciones, por tanto, a una posible “*laboralización*” del personal estatutario.

Y en fin, la disposición adicional séptima del proyecto de Estatuto de la Función Pública de 1998 legaliza, de forma totalmente discutible, la dualidad de jurisdicciones competentes (contencioso-administrativa/laboral) en el ámbito estatutario.

En relación con el Borrador de Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, sus principios básicos son los siguientes:

- 1º) El establecimiento de una relación funcionarial especial para el personal estatutario, pero claramente marcada por una mayor flexibilidad en la gestión del personal y por una mayor autonomía de gestión de los propios centros sanitarios. Esto es, manteniendo “*la forma*” se pretende flexibilizar el “*contenido*” de la relación jurídica estatutaria (mediante, por ejemplo, el estableci-



miento de planes de ordenación del personal por centros<sup>56</sup>, la movilidad funcional y geográfica obligatorias<sup>57</sup>, nuevas formas de selección del personal<sup>58</sup>...). Esto es, y en palabras de su Exposición de Motivos: "*modificación del modelo de relaciones laborales del personal estatutario, integrándolo dentro del concepto global de la coordinación general sanitaria, haciéndolo compatible con la autonomía de gestión de los Centros y personalizando las relaciones de trabajo*"<sup>59</sup>. Asimismo, se reconoce expresamente la supletoriedad de las normas sobre función pública de la Administración correspondiente, y se distingue al personal estatutario del personal funcionarial y laboral, excluyéndose a los médicos residentes, considerados sujetos de una relación laboral temporal de carácter especial.

- 2º) El establecimiento de una normativa básica estatal sobre el personal estatutario con estricto respeto a las competencias de ordenación de los recursos humanos de los respectivos Servicios de Salud que las Comunidades Autónomas tienen atribuidas<sup>60</sup>.
- 3º) La adecuación de los principios generales del régimen de la función pública a las peculiares características del ejercicio de las profesiones sanitarias, al servicio sanitario-asistencial y a los principios organizativos del Sistema Nacional de Salud.

56 Cuyo objetivo es el adecuado dimensionamiento, distribución, desarrollo, formación y capacitación del personal, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios (serán objetivos y negociados en las Mesas de Negociación). Podrán: modificar las estructuras y criterios de organización de los servicios y de la distribución de las funciones, suspender la incorporación de nuevo personal (tanto de nuevo acceso como de traslado), imponer la movilidad forzosa o voluntaria del personal, medidas de promoción o reclasificación del personal, modificación del grado de dedicación, horarios o jornadas, excedencias o jubilaciones anticipadas.. (art. 12).

57 Como gran novedad se prevé la movilidad geográfica (temporal en la misma o distinta Area de Salud, y definitiva en la misma Area de Salud y fuera de la misma conforme al correspondiente Plan de Ordenación de Recursos Humanos) o funcional obligatoria "por necesidades" del servicio (temporal), Arts. 10 y 11.

58 La selección del personal se efectuará para cada centro, institución sanitaria o Servicio de Salud, con lo que se gana en flexibilidad y autonomía. La selección se hará "a través de procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección y de acuerdo con los criterios de igualdad, mérito y capacidad" (art. 14). Asimismo, se potencia la jubilación voluntaria (art. 22.3). También se prevé la revocación del nombramiento del personal que no conserve debidamente actualizados los conocimientos (art. 23).

59 También se recogen "principios ordenadores" del personal de los Servicios de Salud, entre los que destacan la eficacia y competencia en el desempeño de las funciones y en la prestación del servicio sanitario, la eficiencia en la utilización de los recursos, la integración en el régimen organizativo y funcional de los servicios y responsabilidad en el ejercicio profesional, estabilidad en el empleo, coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones Sanitarias Públicas y participación y negociación para la determinación de las condiciones de trabajo. Algunos de esos principios parecerían responder a una nueva forma de gestión del personal.

60 Se prevé un solo Estatuto, con aplicación en el INSALUD y en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (art. 2.1). El desarrollo de las bases corresponde al Estado y a las Comunidades Autónomas (art. 3).

- 4º) La consideración del Estatuto Marco como elemento impulsor de la dinámica de evolución y consolidación del Sistema Nacional de Salud.
- 5º) La derogación del artículo 45 de la LGSS de 1974, con lo que desaparece la atribución de competencias al orden jurisdiccional social.

Opción por una “*funcionarización*” más flexible del personal estatutario, que sin embargo, y por lo que se refiere especialmente a Cataluña, debería convivir con la opción “*laboralista*”, articulada a través de la atribución de determinadas áreas de la gestión sanitaria, a través de diversas fórmulas jurídicas -conciertos, empresas públicas, fundaciones.. etc.- a entes que van a ejercer esa gestión contratando a personal por la vía laboral, incrementando, por tanto -y en sentido contrario a la opción anterior-, el peso de la norma laboral -incluyendo asimismo una muy importante negociación colectiva- en este ámbito.



*El futuro marco de  
regulación laboral del  
Sistema Nacional de Salud*

RAMÓN JIMÉNEZ ROMANO

*Consejero técnico*

*Gabinete Técnico de la Subsecretaría General de Relaciones Laborales.*

*Ministerio de Sanidad y Consumo.*

*Madrid*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## EL FUTURO MARCO DE REGULACION LABORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Quiero comenzar agradeciendo a la EASP la invitación realizada a la Subsecretaría de Sanidad y Consumo para participar en esta Mesa de este V Seminario, centrado en las nuevas perspectivas en relación con los recursos humanos del Sistema Sanitario. Ya en el plano más personal, quisiera dar a José Martín, nuestro moderador, un especial agradecimiento por su amable presentación.

El título de la propia Mesa, "El futuro marco de regulación laboral del Sistema Nacional de Salud", hace una inequívoca referencia a ese Estatuto marco del que todos llevamos hablando desde el año 1986, y que hasta ahora no hemos podido ver publicado en el BOE. Ello no obstante, en este año de 1998 se ha producido un hecho, por primera vez, que ha sido un acuerdo de todas las administraciones sanitarias públicas sobre lo que podría ser un primer texto de ese Estatuto marco. Entiendo que mi intervención en esta Mesa ha de estar centrada, por razones obvias, en la presentación y explicación de ese texto.

Me gustaría comenzar centrando la cuestión del personal del Sistema Nacional de Salud. Cuando hablamos del personal del Sistema Nacional de Salud estamos hablando de un colectivo absolutamente heterogéneo, que es fruto de la propia evolución, o mejor del proceso histórico de formación del Sistema Nacional de Salud. El Sistema Nacional de Salud se constituye con la Ley General de Sanidad, hace poco más de doce años, con lo cual la situación de la sanidad pública anterior a la transición española todavía determina bastantes de las características de muchos de nuestros centros.

Antes de la transición española había múltiples organismos públicos que mantenían competencias en materia sanitaria. Teníamos los ayuntamientos, las diputaciones, la Dirección General de Beneficencia, la Dirección General de Sanidad, el Ministerio de Educación, a través de los Hospitales Clínicos, el Instituto Nacional de Previsión, que gestionaba toda la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la Sanidad Militar, la Sanidad Penitenciaria, el Registro Civil y Forense y otra serie de organismos semipúblicos como Cruz Roja, etc. Hay que resaltar que no existía ni siquiera un órgano central superior, no existía entonces un Ministerio de Sanidad y que la red sanitaria más importante de este país, la de la Seguridad Social, era gestionada por un órgano, como el Instituto General de Previsión, que no era un órgano específicamente sanitario, era una entidad gestora de la Seguridad Social que tenía atribuidas todas las cuestiones relativas a la Seguridad Social, desde la recaudación al pago de las pensiones.

Con la transición española, se crea de entrada el Ministerio de Sanidad, con lo cual se introduce un elemento de racionalidad en el modelo, de forma tal que ya existe a nivel central esa autoridad en materia sanitaria, de la que dependen directamente la AISNA, la sanidad local y el INSALUD, que tiene una cierta influencia sobre los

servicios sanitarios de los clínicos, diputaciones y semipúblicos por la vía de los conciertos que hacen con la Seguridad Social. También tiene una cierta autoridad respecto a las competencias sanitarias de los ayuntamientos. Dejo aparte la sanidad militar, la sanidad penitenciaria, los servicios sanitarios del Registro Civil y Forense porque quedan todavía al margen del asunto.

Esta situación, que empieza con términos de racionalidad, ve un hecho que afecta a todo el país, evidentemente, y que, sin perjuicio de las valoraciones a nivel político, a nivel de organización sanitaria supone una complicación: el proceso, que dura desde el año 1978 al año 83, en el que se aprueban la Constitución y los diferentes Estatutos de Autonomía; aparecen nuevos entes territoriales, las comunidades autónomas, que van a asumir competencias en materia de sanidad y algunas de ellas en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Esta situación es la que afronta la Ley General de Sanidad mediante la constitución del Sistema Nacional de Salud, que supone la incorporación de todos los servicios sanitarios a un único servicio de salud de cada una de las comunidades autónomas. Pero, y dado que no todas las comunidades autónomas asumen de forma similar la competencia de la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social en el territorio nacional, ese INSALUD se mantiene y convive con el servicio de salud de la comunidad autónoma. Así los servicios sanitarios de ayuntamientos y diputaciones, de la sanidad local y de AISNA pasan al servicio de salud de la comunidad autónoma, pero el INSALUD y los clínicos, en su día dependientes del Ministerio de Educación pero que ya se habían incorporado a la red de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en algunos casos se van a incorporar al servicio de salud de la comunidad autónoma y otros van a seguir dependiendo del INSALUD. Los sistemas de sanidad penitenciaria y de los Registros Civil y Forense, aunque la Ley General Sanidad prevé una participación de estos servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, todavía no se han articulado. En cuanto a la sanidad militar, sí ha habido algunos convenios de colaboración y los semipúblicos se incorporan a la red sanitaria pública mediante la vinculación o mediante conciertos singulares.

Estamos ante un modelo estructural absolutamente heterogéneo ya en su formación y los centros que se incorporan a este sistema Nacional de Salud se van a incorporar cada uno de ellos con el personal que a su vez tenía, es decir que el personal va a continuar con el vínculo jurídico que tenía en los órganos o centros sanitarios de origen. Así las cosas, en el Sistema Nacional de Salud podemos encontrar estos cuatro tipos de personal: el personal funcionario, el personal laboral, el personal estatutario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social y otro personal que luego comentaremos.

¿De dónde proceden los funcionarios públicos? Mayoritariamente proceden de los servicios sanitarios de la antigua Dirección General de Sanidad, que ha sido transferido por el Estado a las comunidades autónomas, es decir, los sanitarios locales y el personal de la AISNA, el transferido por diputaciones y ayuntamientos, que tenía también

carácter de funcionario público y el propio de las comunidades autónomas que se ha incorporado a los servicios de salud, básicamente también sanitarios locales. Recientemente, todos los profesionales sanitarios de Navarra, dado que ha habido una ley foral que establece que el personal del Servicio Navarro de Salud tendrá la consideración de funcionario público. Por eso se pone abajo que hay unos colectivos con opción, bien fueran personal estatutario, bien fuera personal laboral que, en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, han podido optar a acceder a la condición de personal funcionario.

El personal funcionario tiene su propia normativa, como ya se ha destacado aquí en esta Mesa, la Ley 30 del año 84, la Ley 53/1984, que es la Ley de Incompatibilidades y las leyes que regulan los órganos de participación y negociación colectiva. En cada servicio de salud tienen las leyes de función pública de cada una de las comunidades autónomas aprobadas en el marco de las bases que establecía la Ley 30/84.

¿De dónde sale el personal laboral? El personal laboral básicamente se incorpora a los centros del Sistema Nacional de Salud: a) trasferido desde la Administración General del Estado, en número francamente residual; b) trasferido por diputaciones o ayuntamientos, que es numéricamente más importante; por ejemplo en la Comunidad de Madrid tenemos el Hospital Gregorio Marañón, uno de los hospitales más grandes de Europa, que todo su personal es personal laboral, procedente de la Diputación Provincial; c) luego hay un nuevo personal que se incorpora ya directamente con un régimen laboral, fundamentalmente en los servicios sanitarios de Cataluña (hay una ley catalana que opta de forma genérica por un modelo de relación laboral para el personal de sus propios servicios sanitarios); d) el personal que se incorpora a los centros del Instituto Nacional de la Salud, que van por los denominados nuevos modelos de gestión; y e) el personal que se incorpora a otras instituciones de la Seguridad Social, que también han optado por hacerlo, al menos a nivel experimental, centros con el nuevo modelo de gestión. El personal laboral del Sistema Nacional de Salud, obviamente también tiene su propia normativa, que es el Estatuto de los Trabajadores, los convenios colectivos, etc., tanto en el Sistema Nacional de Salud en su conjunto como en cada uno de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

¿De dónde viene el personal estatutario? En su totalidad de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Era la única que disponía de este régimen laboral. Ha habido también colectivos con opción, como los centros clínicos que se han incorporado a la red de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social con el fin de hacer más fácil la gestión dentro de los centros. Se ha elegido la vía de ofertar a los interesados la posibilidad de adquirir directamente la condición de personal estatutario con el fin de que todo el colectivo del centro esté sometido al mismo régimen jurídico.

Obviamente, el personal estatutario también tiene sus normas aplicables: los tres estatutos de personal más una serie de normas básicas y de aplicación supletoria, como antes nos hablaba Carolina. Me interesa resaltar aquí una cosa fundamental, que es que a diferencia de los dos colectivos que hemos visto anteriormente, que tenían normas básicas posteriores a la Constitución, aquí estamos hablando de unas normas básicas



que no es sólo que sean anteriores a la Constitución, es que son antiquísimas: el estatuto jurídico del personal médico data del año 1966. Este bloque normativo, al que Alberto Isla se refería anteriormente como legislación obsoleta, está absolutamente sobrepasada por la realidad.

Otra cuestión que me gustaría resaltar también, para centrar después el tema en el Estatuto marco, es la evolución que el propio concepto de personal estatutario -también lo había resaltado Carolina Gala con anterioridad- ha tenido, desde un origen muy cercano al concepto de personal laboral (estamos hablando del art. 45.3 de la Ley General de la Seguridad Social, que decía: "Sin perjuicio del carácter estatutario de la relación de empleo, las cuestiones contenciosas se atribuyen a la Magistratura de Trabajo"). Era exactamente la situación que había en esos momentos para cualquier trabajador de este país, es decir, en un momento en el que no existía negociación colectiva, que no estaban reconocidas las organizaciones sindicales, las relaciones laborales se establecían directamente por el Ministerio del Trabajo a través de las ordenanzas laborales, como se establecían para el personal estatutario a través de los estatutos. Las competencias para juzgar los conflictos que surgieran entre trabajadores y empresarios se atribuían a la jurisdicción social, entre el personal estatutario y el INP entonces, también se atribuían a la jurisdicción social.

Sin embargo, hubo un proceso de evolución de este concepto que me gusta poner en paralelo con la propia evolución del concepto de entidad gestora de la Seguridad Social. En su origen, la entidad gestora de la Seguridad Social no estaba sometida por supuesto a la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado; tampoco estaba incluida dentro de la Ley de Entidades Estatales Autónomas. Nadie sabía exactamente lo que era una entidad gestora de la Seguridad Social, como pasaba exactamente lo mismo con el personal estatutario y, sin embargo, ambos conceptos han evolucionado a lo largo de todo el proceso de transición de tal forma que hoy en día nadie duda de que una entidad gestora de la Seguridad Social es administración pública y que el personal estatutario de la Seguridad Social es funcionario público.

Hablaba antes de dos colectivos profesionales específicos, que sólo se producen dentro de las estructuras del Sistema Nacional de Salud: los residentes, especialistas en formación que todos conocéis y los titulares de plazas vinculadas; en el primer caso se trata de una relación laboral especial y en el segundo caso de una relación funcional especial, ya que son funcionarios de las universidades que además desarrollan actividades asistenciales en los centros sanitarios.

Este es el esquema de personal que hay cuando la Ley General de Sanidad del año 1986, en su célebre art. 84, hace referencia al Estatuto marco. El art. 84 lo que contiene es un mandato al gobierno: que el gobierno aprobará un estatuto que determinará la normativa básica aplicable exclusivamente a lo que hasta ahora hemos entendido como personal estatutario, es decir, al personal estatutario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. El art. 85 de la propia Ley General de Sanidad establece que el personal funcionario se regulará por la Ley 30 y por las normas de desarrollo

de las comunidades autónomas, de forma tal que la Ley General de Sanidad opta por mantener distintos regímenes jurídicos en función de cómo se ha incorporado el personal a cada uno de los centros.

De acuerdo con este mandato, ya en el año 1987, en el Ministerio de Sanidad elaboramos un primer Proyecto de real decreto, que era el mandato que contenía la Ley General de Sanidad, proyecto que tuvo una cierta difusión y que consecuentemente, insisto, con el mandato de la ley, se circunscribía al personal estatutario. También consecuentemente con el mandato de la ley, era un proyecto para ser aprobado por Real Decreto por el Consejo de Ministros, pero una sentencia que el Tribunal Constitucional dicta en el recurso de inconstitucionalidad contra la Ley 30 del año 84, contra la ley de funcionarios, establece que las remisiones a la potestad reglamentaria del gobierno tienen que tener límites estrictos, límites que no tenía el art. 84 de la Ley General de Sanidad. Así las cosas no es posible aprobar el Estatuto marco por real decreto y se inicia de inmediato la elaboración de un proyecto de ley sobre el personal. Al ser un proyecto de ley, es decir, poder ir más allá de las previsiones que el art. 84 de la Ley General de Sanidad tenía, este proyecto de ley se enfoca, inicialmente al menos, como aplicable a todo el personal del Sistema Nacional de Salud, tanto al personal estatutario como al funcionario y laboral, tratando de unificar los regímenes jurídicos, respondiendo también a un principio que en ese momento existía y una tendencia que todavía perdura ahora: la necesidad de homogeneizar regímenes jurídicos. Si os fijáis, la Ley 30 del año 84 tiene una especial preocupación por unificar los regímenes jurídicos de todas las administraciones públicas.

El anteproyecto de ley que se elaboró fracasa casi desde su inicio, no tiene gran difusión porque empieza a ser contestado dentro de la misma estructura de las administraciones públicas el modelo organizativo y el modelo de recursos humanos de los centros e instituciones del Sistema Nacional de Salud. Entramos en un período en el que se cuestiona permanentemente este modelo; hay multitud de planteamientos, multitud de propuestas de solución, multitud de alternativas. Es la época, por ejemplo, en que se produce el Informe Abril, en el año 92, que aboga directa y llanamente por una laboralización total del personal.

Dentro del Ministerio de Sanidad se continúan haciendo estudios sobre la cuestión del Estatuto marco y planteando posibles alternativas, pero evidentemente ninguna de ellas prospera, ni siquiera en su nivel más inicial, y durante todos estos años las únicas iniciativas fueron la aprobación por decreto ley del año 87 del nuevo régimen retributivo y el nuevo sistema de selección de personal y provisión de puestos de trabajo del año 91.

Sin embargo se produce a partir del año 96 lo que denominaría un nuevo escenario en relación con el Estatuto marco, y los datos en los que me apoyo para hablar de ese nuevo escenario son la constitución en el Congreso de los Diputados de una comisión parlamentaria sobre consolidación y movilización del Sistema Nacional de

Salud, una revitalización del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y la tramitación del Anteproyecto de Ley del Estatuto básico de la función pública.

Analizando cada una de estas tres cuestiones en orden inverso, diré que el Anteproyecto de Estatuto básico de la función pública, que se da a conocer en el primer trimestre del año 1997, tenía una prohibición expresa en relación con el personal estatutario, que era su inclusión directa en su ámbito de aplicación sin un régimen específico para este personal. Ante esta previsión, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el pleno celebrado el día 21 de julio de 1997, propone la introducción de una disposición adicional a ese Estatuto básico de la función pública que prevea la adaptación de los principios globales que en el Estatuto básico de la función pública se contienen al personal de las instituciones o de los servicios de salud. Al mismo tiempo, crea un grupo de trabajo dentro del Consejo para la elaboración de un primer borrador de lo que sería el Estatuto marco.

El tercer dato era la constitución de una comisión parlamentaria cuyos trabajos finalizan en un acuerdo en el mes de diciembre del año pasado; en el pleno del Congreso de los Diputados del día 18 de diciembre de 1997 se aprueban una serie de principios indicativos de cara a la regulación del personal de los servicios de salud.

Con este marco global descrito, el grupo de trabajo creado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud termina en abril de 1998 la elaboración de un borrador de Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. Este borrador lo tenéis entre la documentación que habéis recibido. He de deciros que este borrador es el único oficialmente dado a la publicidad por parte del Ministerio y del conjunto de las administraciones que han participado en su elaboración. Aunque no es el texto que en estos mismos momentos se puede estar manejando, porque ha habido consultas y sobretodo sesiones de trabajo con representantes de los profesionales y con los representantes de las propias administraciones públicas, lo cierto es que el Ministerio no ha considerado procedente ir dando sucesivamente a la publicidad los nuevos borradores, a medida que se iban modificando aspectos puntuales. Entonces el borrador que tenéis entre la documentación nos puede servir para resaltar sus características básicas y los contenidos que yo he considerado más sobresalientes.

En cuanto a sus características básicas o generales, la primera es que en principio es un borrador aplicable exclusivamente al personal estatutario, es decir, no entrarían dentro de su ámbito de aplicación ni el personal laboral ni el personal funcionario por lo que comentábamos antes: estamos ante una serie de normas absolutamente obsoletas, pero esas normas obsoletas son las del personal estatutario, no las del personal laboral ni las del personal funcionario, que ya han sufrido su proceso de modificación y adaptación a las nuevas situaciones derivadas de la Constitución Española.

Por otro lado, su aplicación exclusiva al personal estatutario también viene a respetar las legítimas opciones que han efectuado ya algunas de las administraciones públi-

cas y servicios de salud para disponer de personal sometido a derecho laboral en algunos casos, sometido a derecho funcionarial directamente en otros. Es decir, son ambas cuestiones: hay que modernizar el régimen estatutario y hay que respetar las legítimas opciones ya efectuadas por determinadas administraciones públicas.

Segunda característica: define la relación estatutaria como una relación funcionarial especial; es decir, incide en ese proceso de evolución del concepto de personal estatutario, en su origen muy cercano al personal laboral y ahora muy cercano al personal funcionario, definiendo la relación estatutaria como una relación laboral especial. Efectivamente, es una especie de régimen especial dentro del derecho administrativo relativo al personal, como la tienen otros colectivos, por ejemplo el personal de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, el personal docente, el personal destinado en el extranjero, los funcionarios del poder judicial o los funcionarios de las Cortes.

En esta línea de incidir en su carácter funcionarial, se atribuiría a la jurisdicción contencioso-administrativa el conocimiento de todos los contenciosos que este personal pudiera plantear respecto a las administraciones sanitarias públicas. Luego, como característica general, dos absolutamente ligadas, tendría dos anclajes constitucionales, no sólo uno, es decir, no sólo resultaría ser las bases del régimen estatutario de este personal, previstas en el art. 149.1.18, sino que además formaría parte de la coordinación general sanitaria que el art. 149.1.16 de la Constitución también atribuye al Estado.

En cuanto a los aspectos más significativos hay que hablar que el borrador de Estatuto marco tiene clasificaciones genéricas, es decir, distribuye el personal en cuatro grandes grupos: el personal facultativo sanitario, el diplomado sanitario, el técnico sanitario y el personal de administración y servicios. Hay una ausencia de categorías predefinidas, es decir, no se estructuran las categorías del personal, porque la estructuración del personal en categorías, en definitiva, determina la estructura de la organización de los centros. No añade nada el establecer unas categorías, como por ejemplo las tienen ahora todos los estatutos, y sin embargo dificultaría la incorporación de nuevas profesiones en el ámbito sanitario.

Es evidente que las categorías, en lo que se refiere al personal sanitario, coinciden con las diversas profesiones y especialidades que en el ámbito sanitario existen; mientras es fácil crear una profesión, una especialidad, se adapta rápido a la evolución del conocimiento y se crea mediante una norma de rango reglamentario, la creación de categorías dentro del personal estatutario, y más si se identifica con el funcionario público, se identificaría con la creación de cuerpos y sería necesaria una ley.

Se introducen los planes de ordenación de recursos humanos, ya previstos en la normativa actual sobre funcionarios públicos, con el objetivo de establecer mecanismos que permitan una razonable y racional planificación, distribución y desarrollo de los recursos humanos de los servicios sanitarios.

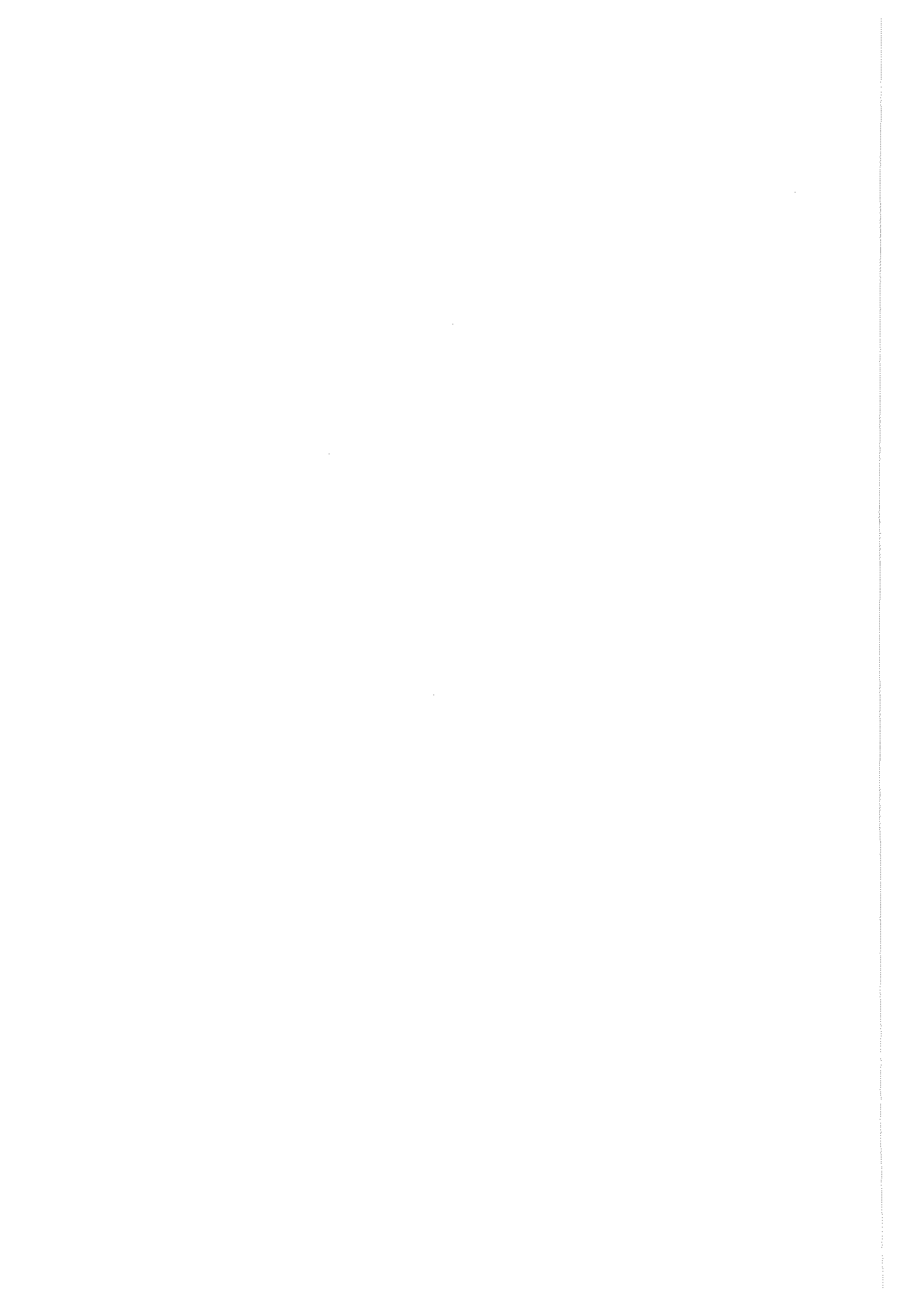
Declarar la libre circulación de profesionales es uno de los aspectos fundamentales para la coordinación general de todo el Sistema Nacional de Salud. Se prevé la posibilidad de una revocación del nombramiento, que es uno de los aspectos más criticados del borrador. A modo de explicación, haría aquí una reflexión sobre cuál es el origen histórico del principio de inamovilidad del funcionario. El principio de inamovilidad del funcionario no surge como un derecho del funcionario, surge como un derecho del ciudadano, es decir, la inamovilidad del funcionario se constituye como una garantía del propio ciudadano de que los poderes y potestades que ostenta la administración se ejercen al margen de los cambios políticos y con independencia de éstos. A eso es a lo que responde la inamovilidad del funcionario. Bueno, pues estamos en un ámbito, el sistema sanitario, en el que no se ejercen potestades y poderes, sino que se presta un servicio. ¿Cuál es la garantía para el ciudadano aquí? Asegurar que el profesional que le atiende mantiene su competencia profesional, porque presta un servicio al ciudadano, no desarrolla poderes y potestades, como antes comentaba.

Seguimos con los aspectos más significativos. Hay una ausencia de carrera profesional básica. Ya en esta Mesa con anterioridad se ha criticado el concepto de carrera profesional. Hay una ausencia de carrera profesional básica en el sentido de que se entiende que el tema de carrera profesional es algo que trasciende a la propia relación laboral, y que afecta más a todo el colectivo de profesionales, tanto trabajen en centros sanitarios públicos como en centros privados como lo hagan por cuenta propia. Los efectos que esa carrera profesional pueda tener en ámbitos estrictamente laborales, en la relación del profesional con el centro en el que trabaja, no es algo que tenga que ser común y uniforme en todo el territorio del Estado sino que, a lo mejor, en cada uno de los centros hay que especificar cuáles son los efectos de esa carrera profesional.

En cuanto al régimen retributivo se flexibiliza estableciendo unas básicas comunes y unas complementarias a determinar por cada uno de los servicios de salud. El procedimiento disciplinario, otra de las cuestiones más criticadas, es especialmente detallado debido a la necesidad de que se establezcan sus principios fundamentales por una norma de rango de ley y a que el principio de inamovilidad generalizada aconseja tener una coordinación especial en materia de sanciones y de faltas. En cuanto a las incompatibilidades y a la negociación colectiva se mantiene el régimen general, el previsto en el nuevo Estatuto básico de la función pública, si bien, en lo que se refiere a incompatibilidades se mantiene la posibilidad de opción para el personal facultativo, y en lo que se refiere a la negociación colectiva se establece la posibilidad de crear una mesa del Sistema Nacional de Salud, que no sería tanto una mesa con capacidad negociadora, cuanto una mesa de coordinación de las distintas administraciones sanitarias y las organizaciones sindicales.

Otra serie de cuestiones que se puede resaltar es la posibilidad de nombramientos en méritos, la integración de otro personal, en el sentido de que se prevé que, aunque existe personal de diferentes regímenes jurídicos, puedan tener una adecuada conexión entre ellos; se prevé una regulación específica de la función directiva profesional y finalmente la derogación de los actuales estatutos.

No quería finalizar sin hacer referencia a que desde el Ministerio se ha pensado que el Estatuto marco no es una norma única, sola, sino que necesita un complemento necesario, que sería lo que podríamos denominar una ley de ordenación de las profesiones sanitarias, cuyos contenidos muy aproximados podrían ser estos: la determinación de lo que sean las profesiones reguladas, la regulación del ejercicio profesional con todo lo que ello conlleva de establecimiento de ámbitos funcionales para cada una de las profesiones, la regulación del acceso a la formación y, finalmente, esa carrera profesional de la que hablábamos antes y que no se incluía en el borrador del Estatuto marco.

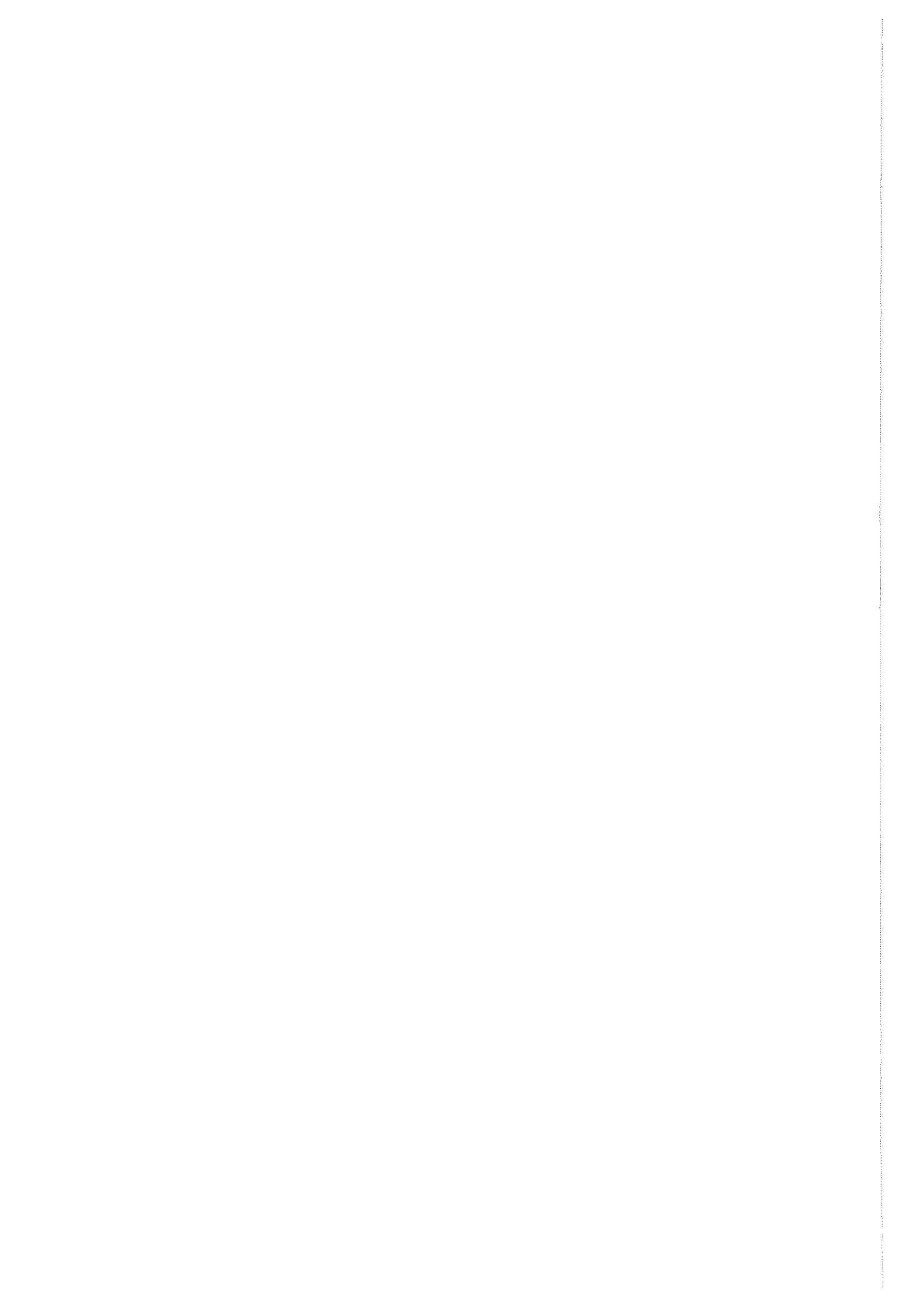


*El futuro marco de  
regulación laboral del  
Sistema Nacional de Salud*

IGNACIO SÁNCHEZ NICOLAY  
*Presidente Organización Médica Colegial  
Madrid*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*





## EL FUTURO MARCO DE REGULACION LABORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Deseo agradecer especialmente la invitación al Comité organizador por su confianza y las atenciones que está teniendo, incluso al Viceconsejero por sus palabras a la Organización Médica Colegial y sus deseos de que exista una mutua colaboración.

Mi mensaje en los diversos foros que estoy interviniendo respecto al Estatuto marco intenta mantener la imparcialidad y una rigurosa asepsia. Indudablemente conduce a un diagnóstico, la decepción es que no tengo tratamiento y tampoco me lo aceptarían, por supuesto. Intento también comentar mi experiencia, que está relacionada más con la evolución del borrador y su análisis. Voy a asumir el papel de crítico, no crítico malo, crítico independiente. Así lo hemos convenido los tres, o sea que a mí me dejaban esta fase final para ello. Y en esta línea de equidad yo no puedo evitar los antecedentes, como en cualquier otra patología, que deben hacerse constar en el historial.

Como perspectiva de la administración se halla la del Subsecretario General, que cataloga este documento como documento innovador, donde se explica la regulación de todo el personal del servicio de salud y los trámites a seguir desde que se inicia la redacción que, como ustedes saben, es por un grupo del Consejo Interterritorial, pasando por todas las negociaciones de órganos sindicales, de los profesionales que pueda dar lugar, por el trámite de las administraciones y la audiencia pública hasta llegar al debate parlamentario.

Asimismo y con una representatividad ministerial también selecta, el presidente del INSALUD lo describió hace unos días en mi presencia, asegurando que el Estatuto marco es una medida necesaria y lo justificaba en primer lugar por razones históricas y exigencia de un mandato legal que está contemplado por la Ley General de Sanidad del año 86. Del mismo modo también lo acomodaba al marco constitucional y a diversos acuerdos parlamentarios de consolidación, de los que todos hemos oído hablar. De modernización del Servicio Nacional de Salud. Lo presentaba como un estatuto profesional de carácter básico y le daba varias consideraciones: decía que se descentralizaban las condiciones de trabajo, que se personalizaban las condiciones de trabajo, que se acercaban las plantillas a las necesidades de la institución, que había una evaluación de las opiniones directivas y una adecuación de las especialidades sanitarias a las necesidades del sistema.

Todo esto está francamente fenomenal porque son cuestiones totalmente lógicas. No hablaba nada de los futbolistas, por cierto, en cuanto a la relación o similitud con los médicos. Bueno, asimismo advertía su normativa que cumplía la doctrina del Tribunal Constitucional con las bases de régimen estatutario de los funcionarios en las autonomías. Como materia jurídica de la relación estatutaria se hallaría incluido en el concepto genérico de la atención pública que no existiría burocratización y que no habría impedimentos en la agilidad de gestión.

Previamente a esta reunión todos los medios de comunicación fueron extraordinariamente sensibles a la noticia del Estatuto marco; entre los diversos titulares les voy a recordar: "El Estatuto marco, un documento que hubiese preferido no leer", decía el presidente del Colegio de Médicos de Madrid. "Un primer aviso de navegantes", del representante nacional de hospitales de la AMC, posiblemente aludiendo al Titanic. Posteriormente "Un segundo aviso para navegantes", del mismo modo y del mismo autor haciendo un llamamiento a la unión de todos los médicos en defensa de nuestra profesión, a través de las organizaciones profesionales y sindicales que nos son propias.

Luego el letrado del Consejo General anunció que este primer borrador suprime la vía social (no voy a decir nada nuevo) al funcionalizar al médico y le retiene la posibilidad de disminuir sus diferencias con la administración sanitaria imponiéndole la vía contencioso-administrativa, que todo el mundo sabe que es el cuento de nunca acabar. Realmente con estas modificaciones el médico se integraba en el régimen de funcionarios públicos. La Organización Médica Colegial, la cual represento, también ha manifestado un rechazo al Estatuto marco tras la reunión mantenida con los sindicatos (con CCOO, con UGT, con la CSIF y con la Coordinadora de Hospitales); posteriormente la CENS también nos envió por escrito su negativa acompañada de su artículo, publicado en el Diario Médico, que decía que no es el estatuto que queremos.

La Coordinadora de Hospitales tenía un estudio verdaderamente interesante, son tres documentos pretéritos que ella empleó: uno es el Anteproyecto de Estatuto marco del año 88; otro es el del Estatuto básico de la función pública del 87; el tercero un documento anónimo y apócrifo filtrado en el año 97, titulado "Hacia un nuevo estatuto del personal del Sistema Nacional de Salud" y que hace comentarios a 26 puntos negativos y dice: "Aunque hemos obviado voluntariamente cualquier reflexión que no se ajuste al más puro marco técnico, no podemos evitar reconocer que, tras más de una década de espera con problemas acuciantes, crónicos y demorados, esperábamos más de un borrador que nos ha defraudado absolutamente".

El propio Ministro de Sanidad estaba preocupado con este tema; su llamada fue para insistirme que el texto era un borrador, que no nos pasáramos de ahí y eso demostraba su preocupación, que era un documento abierto y que era posible incluir en él diversas opiniones, diversas alegaciones para que llegáramos a un consenso, que ésa era su máxima aspiración. Admitía correctamente que el texto necesitaba del contrapunto de profesionales y que no había otro borrador, que el que hubiese de más sería apócrifo. Nuestra preocupación apunta especialmente a rasgos importantes del borrador que, además de la funcionalización, que afectan a la movilidad geográfica, que han cambiado ya, y la funcional hacia categorías inferiores que, a nuestro entender, eran vejatorias. Algunos de estos objetivos han sido posteriormente puestos en entredicho; el Portavoz de Sanidad del PP en el Congreso anunciaba la actualización de la competencia también, que había desaparecido al parecer de los términos previstos en el borrador, sustituido por un nuevo capítulo dedicado a la formación continuada y que no puede ésta suponer un despido, sino que correspondería al capítulo de derechos y

deberes y precisamente en esta formación continuada se contempla la voluntariedad. El Ministro también ha prometido adquirir propuestas y alegaciones al mismo y, aunque prometió que no iba a filtrar ningún otro documento hasta conseguir el consenso, me parece que le han sobrepasado; al menos las manifestaciones de su personal han rectificado continuamente el borrador inicial. Uno de los puntos era el de la movilidad geográfica que ya se aviene "a no traspasar los límites del área de salud; su carácter temporal, sería en ese caso menor de seis meses, siendo distribuido por dicho puesto". Supeditado a la titulación y a la petición expresa del interesado (de eso no decía nada el primer borrador). La revocación del nombramiento no será propuesta por el nivel de competencia sino por ineptitud sobrevenida (o sea, que es otra cosa). La garantía del procedimiento requerirá (para dejarnos tranquilos) una propuesta motivada, un informe, una audiencia al interesado, Consejo de Estado e intervención y acuerdo con el interesado.

En cuanto a los cursos de formación organizados y financiados por el servicio de salud, anteriormente eran de peculio personal; ahí no se decía que nos abonarían, en el caso de este profesional sanitario que estuviese en esas condiciones de infrutilización porque su preparación no era la suficiente, indicando nosotros siempre que éticamente tenemos que estar formados continuamente.

De este modo, con un trazado que nos parece poco ortodoxo, se está elaborando el futuro Estatuto marco. En junio nace del grupo de trabajo de la Comisión, en abril es el problema del Territorial, aunque su norma básica la tiene que dictar la administración central.

Por otra parte y paralelamente, independientemente, sin conocer la relación, se habla mucho de que no se avanza en la carrera profesional o, como el Viceconsejero ha dicho esta mañana, que a él no le gustaba ese término, lo cual para mí puede tenerlo una compañía y le quería llamar el "proyecto profesional". Que se debía estar negociando activamente con las organizaciones sindicales este Estatuto y, desde luego, si en estos días ha tenido lugar alguna proposición de las instituciones profesionales, nosotros no nos hemos enterado, nos hemos quedado compuestas y sin novio, pero que cada autonomía, al parecer, con esto puede hacer de su capa un sayo. La promesa del Ministro también es compartida por el presidente del INSALUD, dice: "No habrá texto si no se olvidan las descalificaciones, si no se pone un control por ambas partes y un estatuto no puede suplantar las funciones de las autonomías".

Otras posturas coinciden con mi intencionalidad inicial de imparcialidad y corresponde con opiniones de médicos más moderados, que los hay y además importantes, a los que parece que el Estatuto marco es una oportunidad (y es verdad), y dice que esa oportunidad es de modernización (pues es posible), y de una reglamentación en la sanidad pública que no debe ser desaprovechable. Defiende este grupo la preservación del sistema con todos sus defectos, incluso los del propio Estatuto, de los que adolece el Estatuto marco y aconseja no emplear la expresión "rechazo total y global al borrador".

Su mayor defecto, comenta este grupo, que está a favor de que se continúe esta vía, es el de no contemplar una diferencia específica para el personal médico, a quién protege, diferenciándolo del resto de profesionales sanitarios con tres argumentos. Uno sería que el médico tiene un adiestramiento, para separarlo del resto dice: "el adiestramiento largo, intenso y continuado que precisa el médico, el cuestionamiento de su responsabilidad, agravado últimamente, como todos saben, por el incremento de reclamaciones y la dedicación horaria, las guardias y la aprobación de jornada", que da la impresión de que le da una cierta independencia por esta actividad que tiene el médico en estas condiciones tan diferentes al resto. Reclama este grupo que sea bienvenido un nuevo estatuto para el personal al servicio de la sanidad pública que venga a proporcionar nuevas armas y recursos para que el sistema sea más competitivo (lo cual todos estamos deseando), y acorde con los nuevos tiempos y modos de funcionamiento experimentados con satisfacción en países similares al nuestro.

Este último relato coincide con ese *alto el fuego*, que es otra de las notas aparecidas en prensa sensacionalista, como última expresión que voy a utilizar, aconsejando con ella que cese la artillería pesada (por nuestra parte, vamos) y que esa justificada demencia de los profesionales, que están en un momento en que cualquier cosa les perturba, eso hay que tenerlo en cuenta, como las diferencias que tenemos con los enfermos o que nos comprometen ciertas leyes y ciertos articulados de la ley con el paciente. Porque nosotros creemos que no cuida la administración esa relación como debe, que da lugar a pequeños enfrentamientos.

Ese es el tema y no hay tiempo que perder. Como consideraciones previas yo he excluido todo comentario a las competencias asignadas a los sindicatos, tales como retribuciones, condiciones de trabajo, jornadas, permisos... Ahí, la intención de los colegios y del Consejo General en la elaboración del Estatuto marco debe reducirse, por nuestra parte, a aspectos profesionales. Como hemos examinado, existen diversas parcelas que directa o indirectamente se relacionan con ellas y que van a intervenir en el ejercicio profesional de los médicos. Es en estas parcelas donde nuestros letrados al menos nos indican que no nos podemos separar de ellas y que son los límites de nuestra intervención.

Una cuestión que nos preocupa es el argumento muy utilizado, incluso por el propio Portavoz de Sanidad del PP, de que cuando se trabaja para la administración no se puede hablar de profesión liberal y yo contestaba a esta traducción respondiendo que la mayoría de los médicos están convencidos de ello. Pero también la mayoría de los médicos reconocen que la enfermedad no entiende de sanidad pública o privada, si es lo que pretende insinuarse con ese término de liberal, y que el médico no trabaja casi nunca para la Administración; trabaja para la sociedad a través de la Administración.

Muchas gracias a todos por su atención.

## DEBATE

### *Intervención de José Martín Martín:*

Muchas gracias a los ponentes por las tres magníficas intervenciones. Tenemos la oportunidad -habida cuenta que hemos empezado con cierto retraso y que el tema es complejo y tiene suficientes aristas- para un pequeño debate o preguntas a cualquiera de los ponentes.

### *Intervención del Dr. Angel Garijo:*

Quiero hacer dos observaciones y una pregunta a la mesa.

En primer lugar, se supone que la estructura organizativa y jurídica de los recursos humanos tienen que ver con obtener calidad y eficiencia en los resultados de los servicios al ciudadano. Ésa es una primera premisa desde mi punto de vista. Si eso es así, los elementos que se han descrito de flexibilidad externa y flexibilidad interna parecen más bien un planteamiento laboral que un planteamiento estatutario. Esto no sólo en ellos, sino en lo que es el cambio y la adaptación a lo que son aspectos sociales, aspectos tecnológicos, aspectos de cambio en general. Hay que ver cómo ha cambiado el Estatuto de los Trabajadores y desde cuándo son los estatutos marco que tenemos.

En segundo lugar, no deja de ser curioso que cada vez que un gestor o un político se plantea una nueva estructura organizativa de reforma, lo que busca es un régimen jurídico que se impregne en el ámbito laboral, nunca elige el estatutario ni, obviamente, el funcionarial. Si le preguntara a cualquiera de los gestores si tiene libertad de elección, ¿qué elige para su gestión, el laboral o el funcionarial?, estoy convencido de que la respuesta sería unánime. Si esto es así, me gustaría que la mesa me dijera una razón, que no fuera seguir la típica senda del elefante para hacer una relación funcionarial especial.

### *Intervención de Ramón Jiménez Romano:*

¿Una razón para hacer una relación funcionarial especial? Para empezar, dejar sentado que las diferencias entre el régimen laboral y el régimen funcionarial son mínimas, sobre todo cuando hablamos de un empleador que es la administración pública. Como ejemplo: el otro día ha sido noticia la firma por el Ministro de Administraciones Públicas de un convenio colectivo para todo el personal laboral de la administración del Estado. La nota de prensa, era una nota no muy larga y venía a decir que los laborales de la administración, un colectivo de cerca de 100.000 personas de la administración general del Estado exclusivamente, conseguían un régimen en todo similar al de los funcionarios públicos.

Porque resulta que cuando estamos hablando de un laboral que trabaja en un servicio público no estamos hablando de un laboral. El laboral que trabaja en un

servicio público, por ejemplo, no tiene negociación colectiva como se entiende en el ámbito de las empresas. Cuando se adopta un acuerdo en una mesa negociadora de un convenio, ese acuerdo no adquiere validez y firmeza, en absoluto, como lo adquiere en el ámbito del derecho privado. Entonces, los representantes de la administración o servicio público se llevan ese acuerdo firmado a su respectivo Ministerio de Hacienda y le dicen: Oiga, ¿me lo aprueba? Y si se lo aprueba, ese convenio adquiere vigencia y si no se lo aprueba, no sirve para nada.

Cuando hablamos de un laboral dentro de un servicio público, realmente estamos hablando de un funcionario. La propia evolución del concepto de personal estatutario, desde el concepto muy cercano al personal laboral al concepto absolutamente identificado con el personal funcionario, no se produce tanto por su normativa, sino por la constatación de que estamos ante un personal sometido a un estatuto que aprueban las autoridades administrativas y que desarrolla funciones que tienen relevancia fuera del marco propio de las relaciones laborales. Cuando un médico da un parte de baja, eso es un acto administrativo que reconoce derechos en favor del ciudadano, porque le da derecho a una prestación de incapacidad laboral transitoria; es decir, que estamos realmente ante un funcionario público en cualquier caso.

En cuanto a hacer una relación funcionarial especial, el marco global del funcionario público español lo identificamos básicamente con el que trabaja en los servicios administrativos. Evidentemente no sirve para unos centros sanitarios y hay que hacer un régimen funcionarial adaptado a esas circunstancias.

*Intervención de Carolina Gala Durán:*

Estoy de acuerdo en que el ámbito laboral, en una empresa privada no es lo laboral en el ámbito público; la flexibilidad que se puede conseguir en una empresa privada, una empresa que se dedique a la fabricación de no sé qué, no es la flexibilidad que se va a poder hacer en el ámbito de la administración pública, es decir, no se puede identificar uno con otro. También considero que hay diferencias entre el ámbito laboral y el ámbito funcionarial dentro de lo que es propiamente la administración pública.

Creo que, en el fondo, es un enfrentamiento por un lado entre un modelo estatutario de función pública histórico y, por otro lado, un régimen laboral que ha ido claramente y muy deprisa, en los últimos años, hacia una flexibilidad, es decir, la reforma en cuatro años: la reforma del 94, mayor flexibilidad, la reforma del 97, mayor flexibilidad y ayer salió publicado un informe de la OCDE que reclama mayor flexibilidad todavía. Pero no es posible comparar los dos ámbitos tal y como está organizada la función pública en nuestro país. Si hablamos de Italia, saben que hace unos años se intentó laboralizar la función pública. Son dos ámbitos distintos, la propia Constitución los recoge, Estatuto de los Trabajadores, art. 35, Estatuto de los Funcionarios Públicos, art. 103 de la Constitución y hay bastante de historia en esos dos ámbitos.

*Intervención de Ignacio Sánchez Nicolay:*

Para el Dr. Garijo, que también es intensivista. Cuando hablo de espíritu liberal y de querer mantener ese concepto que es romántico, que es nostálgico, entiendo que debe trabajar para la sociedad, que debe trabajar para el paciente y que le debe de importar poco que la administración le pague. Éste es un concepto filosófico, deontológico, como quieran llamarlo, que estamos perdiendo. En mis intervenciones deseo apoyarlo para que se recuerde ese tema. Pero tampoco me jugaría muchos dedos ni pondría la mano en el fuego cuando dice que está seguro: no ha dicho de qué está seguro, si laboral o funcionario, qué es lo que decidiría en una votación el médico. No ha dicho cuál de las dos. Digo que el médico sabe muy poco de las dos en general y no quiere meterse en muchos problemas. Claro que tiene sus representantes que lo tienen que hacer; pero él, particularmente, si los coges de la calle no es fácil saber qué votaría.

*Intervención de N. N.:*

Para mí ha sido una mesa francamente interesante pero me quedan algunas interrogantes. Hoy día, el ser funcionario laboral o estatutario es indiferente, dado que lo que configura es que el empleador es la administración pública. Las diferencias hoy día se van aproximando entre el personal laboral, el estatutario y el funcionario. Entonces creo que el problema está aquí y es lo que se ha reflejado ahí, el problema que llamamos de la opción voluntaria en el momento de elegir el modelo, porque realmente no hay ninguna funcionalidad; tengo en mi hospital trabajando personal estatutario y laboral haciendo lo mismo y no le encuentro ninguna diferencia.

La pregunta que yo quería hacerle a la mesa, en el momento en que tienen que hacer una opción voluntaria, ¿qué oferta se le podría hacer concretamente al personal laboral para que pasara al régimen estatutario? Tengo en este momento que intentar hacer una oferta de opción y me gustaría que se me diera algún argumento para que esa opción sea atractiva para quien la tiene que comprar.

*Intervención de Ramón Jiménez Romano:*

Quiero plantear que no hay soluciones válidas para todo el sistema. En cada uno de los centros habrá que evaluar si merece la pena incentivar ese cambio. La funcionalización del personal laboral de la administración (la administración pública tenía muchísimo personal laboral dedicado a funciones administrativas que a partir de la sentencia del Tribunal Constitucional que antes comentábamos sobre la Ley 30, eran funciones que tenían que pasar a ser desempeñadas por personal funcionario), se ha llevado a cabo a través de sistemas de oposición; es decir, se les ha obligado a los trabajadores a concurrir a un proceso de selección y sólo alcanzan la categoría de funcionarios si superan ese proceso de selección.



Ciertamente es un proceso de selección sencillo, pero un proceso, a fin de cuentas, que exige un esfuerzo personal. Eso se está haciendo desde que se han articulado ofertas de integración al personal laboral para acceder a la condición de personal estatutario; esa oferta es simple y llanamente decir que sí, o sea, no se le exige ningún procedimiento específico para adquirir la condición de personal estatutario, cosa que ya es un incentivo de por sí, (quiero decir el no someterlo a un procedimiento reglado). Luego ya, en cada centro concreto, se verá si las disfunciones que provoca la existencia de dos tipos de personal justifican incentivar ese paso a la opción que sea. Si la justifican, los incentivos básicamente tienen que ser económicos. Si desde la condición de personal laboral se cobra más de lo que se va a cobrar con la condición de personal estatutario es difícil; si se cobra menos, ahí hay un incentivo. No veo otro tipo de incentivos.

*Intervención de Ignacio Sánchez Nicolay:*

En Navarra ya existe esa posibilidad de conocer los resultados porque era un régimen estatutario, excepto los del Hospital de Navarra; cuando la transferencia seguía siendo estatutaria en los hospitales del Servicio Nacional de Salud, de la Seguridad Social, se propuso la funcionarización. La mayoría de los médicos se molestó muchísimo porque el Colegio de Médicos hizo una explicación imparcial. Pero lo que querían ellos era que dijésemos qué es lo que tenían que ser y no lo consiguieron. Pero no hay forma de conocer las diferencias. Ahora en Navarra dicen los expertos de la administración que es mejor seguir de estatutario, pero tampoco sabemos por qué.

*Intervención de Ramón Jiménez Romano:*

No conozco exactamente la cuestión pero creo que en Navarra es mejor ser funcionario, me da a mí esa impresión, pero lo mío no tiene base objetiva. Lo digo porque Navarra tiene competencias casi exclusivas en la materia y entonces probablemente trate mejor a sus funcionarios de lo que nos tratan en el resto de las administraciones públicas.

*Intervención de Carolina Gala Durán:*

En teoría, la estabilidad en el empleo; en la práctica, los incentivos que ha señalado el Sr. Jiménez. La estabilidad en el empleo: ámbito laboral, no; ámbito funcionario para toda la vida, ámbito estatutario para toda la vida; en la práctica, los incentivos que antes ha comentado el Sr. Jiménez.

*Intervención de N. N.:*

Espero que nadie piense que mi planteamiento es contradictorio porque tuve la suerte de formar parte del grupo de trabajo que elaboró el borrador del Estatuto marco y, por tanto, sé del esfuerzo especialmente de Ramón Jiménez. Mi pregunta iría al Dr. D. Ignacio Sánchez, y tiene que ver con que el borrador de estatuto

marco se centra fundamentalmente en lo que es la definición o la regulación de la mesogestión, de la naturaleza de las instituciones. Sin embargo, dice bien poco de las profesiones, que desde mi punto de vista resulta fundamental y singular en cuanto a las relaciones de la atención sanitaria: la relación profesional-usuario, ciudadano, cliente o como le llamemos.

En este sentido, cuando he escuchado a la Organización Médica Colegial, normalmente he escuchado un sentido de cuestionarse la revocación del nombramiento, hacer este tipo de planteamiento o reclamar la carrera profesional. Siempre me he planteado si no hay la ocasión de llegar a un acuerdo entre todas las comunidades autónomas y el propio ministerio, para conseguir ponerlo encima de la mesa, salvando las diferencias que cada comunidad autónoma señal sobre el borrador. Echo de menos en el borrador -y me gustaría saber la opinión de quien representa a los facultativos en la Organización Médica Colegial- el desarrollo profesional en cuanto a lo que las profesiones sanitarias y lo que tienen que ver con la autonomía, con la responsabilidad, con la flexibilidad. En suma, toda la definición de lo que es o puede ser el desempeño profesional en las instituciones sanitarias.

*Intervención de Ignacio Sánchez Nicolay:*

Mi opinión es la misma que hemos seguido con la formación continuada. Creo que el convenio sectorial que se ha realizado a través del Consejo Interterritorial, es el primer acuerdo con todos los representantes de los profesionales sanitarios. En el Consejo Interterritorial está el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación; asimismo están los médicos, está el Consejo de Enfermería y ahora ha ingresado el Consejo de Farmacia, las asociaciones científicas, mas el Consejo Nacional de Especialidades.

Eso es lo que conforma en este momento y hemos estado debatiendo desde enero en Sevilla este tema y hemos conseguido un consenso sin ninguna votación en toda esa estructura. Creo que eso no se había hecho nunca y probablemente en el Estatuto marco sería lo conveniente hacer. Están todas las fuerzas vivas, están representando cada una de ellas y consensuando cada día este problema. Es la primera vez que el Consejo Interterritorial, que la política con los profesionales, han conseguido algo muy importante como es este tipo de acreditación para la formación continuada.

En cuanto a ese médico que no presentaba en cierto momento una capacidad suficiente, decía que se examinase a todos los profesionales para saber en qué situación se encuentran en determinado momento de su carrera. La sociedad exige que los médicos estén a un primer nivel de actualización siempre. Sin embargo el problema de la recertificación lo vemos muy difícil por la sencilla razón de que la recertificación exige unos condicionantes que, probablemente sin haber existido la acreditación previa, van a ser imposibles de solucionar.

Hay médicos que trabajan bien, que hacen diagnósticos correctos sólo en determinadas parcelas de la especialidad. Ello no les va a permitir recertificarse en la “especialidad” sino a puntos concretos a los cuales están asignados, en lo que podríamos llamar la subespecialidad o la supraespecialidad. El recertificar ahora parece un problema muy complejo. Esto podría ser tarea de la Comisión Nacional de Formación Continuada. Estoy con ese grupo de médicos que dice que otros incentivos son necesarios y que pueden proceder de un estatuto, no de éste sino de otro estatuto que se establezca por consenso.

*Intervención de José Luis de Sancho:*

Soy gerente del Hospital Clínico de Granada y he creído ver en una de las transparencias que ha puesto Ramón Jiménez que una de las premisas era que el Estatuto marco que se elabore sea compatible con las nuevas formas de gestión. Creo que estamos en un momento crítico de cara al final de siglo e inicio del próximo siglo en el que se apunta, con carácter general, que hay que cambiar muchas cosas, sobre todo en la organización hospitalaria. Han surgido muchas iniciativas que pueden correr un serio riesgo de venirse abajo porque la expectativa que se ha generado entre los profesionales médicos fundamentalmente, también de enfermería, sobre estas formas de organización, estos sistemas de contratación, esta flexibilización de los sistemas de selección, esta capacidad de elegir al mejor es muy alta.

Si no se lleva a la práctica me temo que muchos de estos institutos, unidades clínicas, proyectos de gestión clínica, áreas del corazón, etc., pueden venirse abajo, pueden defraudarse las expectativas no sólo de los gerentes de hospital, que yo creo que en general estamos todos por esa línea, sino también de los profesionales que van a liderar, que están ya liderando estos proyectos. Me considero escéptico hacia cualquier estatuto marco para el siglo XXI, lo he dicho siempre que intervengo. Creo que este sistema estatutario, de alguna manera, ha quedado ya desfasado, no creo en él. Observo que lo que ha dicho el presidente de la Organización Médica Colegial y otros, ha sido contestado por todo el mundo y creo que el debate fundamentalmente habría que plantearlo así: ya que llevamos esperando 30 años un nuevo estatuto, merecería la pena esperar un año más y encajarlo mejor.

Hay aquí algunas cosas que me han gustado de lo que dice el Estatuto: flexibilizar los sistemas de selección (vamos a ver hasta dónde llega eso), ausencia de categorías predefinidas (eso puede dar margen de maniobra), en fin, vamos a esperar algo. Creo que el debate quizá pudiera ir por ahí, ya que estamos casi todos de acuerdo en que hay que ir organizándose de otra manera, adaptar mucho más todavía el sistema, a las nuevas formas de gestión, incluso planteándose el régimen laboral, aunque parece que no tiene grandes diferencias como alternativa al régimen estatutario.

*Intervención de Ramón Jiménez Romano:*

Soy de la opinión de que no hay que tener una fe ciega en las normas. Evidentemente el Estatuto marco, si es que algún día sale, no va a modificar por sí mismo la realidad de nuestros centros sanitarios. Hay que aplicarlo y, como nos decían en la primera conferencia de esta mañana, han de aplicarlo gestores que crean en el cambio. Siempre pongo el ejemplo de que el Decreto Ley del año 87 no tenía en sí mismo ningunas maldades, si hablas de un complemento de productividad a todo el mundo le parece razonable. ¿Cuál es el problema? Cómo se aplicaba. El complemento de atención continuada iba dirigido a acabar con ese círculo vicioso en que se habían convertido las guardias y que todavía siguen. Es decir, la norma por sí misma no resuelve nada, eso está clarísimo.

Ahora, es cierto que tenemos tres colectivos de personal en el sistema, el personal funcionario, el personal laboral y el personal estatutario. El personal funcionario tiene sus propias normas que han tenido un origen y una evolución propias, el personal laboral lo mismo; hablábamos hace un momento de que hace poco se está planteando una nueva flexibilización, es decir, un régimen o un sistema que evoluciona, que se va adaptando a los tiempos. Pero resulta que el personal estatutario está anclado en el pasado.

Tenemos un régimen laboral que afecta a probablemente más de 200.000 profesionales del sistema, si no son bastantes más, que tienen unas normas reguladoras absolutamente obsoletas y eso hay que cambiarlo. Porque no podemos decir de la noche a la mañana: ¡El personal estatutario es laboral! Eso no se puede hacer, eso cuesta dinero, eso hay que objetivarlo. Entonces lo que hay que hacer es actualizar el régimen. No he entrado en detalles, he hablado solamente de ideas clave porque me parece que el texto es un borrador inicial hecho por las administraciones sanitarias públicas y, evidentemente, sujeto a todo el proceso de elaboración que tiene una ley: primero, hablar con los representantes de las organizaciones sociales, después con las fuerzas políticas y luego, en definitiva, su tramitación parlamentaria. Esto no servirá de nada si luego seguimos dando la productividad por partes iguales, será lo mismo. Si estamos hasta las narices de un régimen retributivo, lo cambiamos y se aplica igual, entonces la norma no sirve para nada.

*Intervención de José Martín Martín:*

Agradezco a todos ustedes la participación que han tenido, y en particular a los ponentes la exposición que han hecho de los distintos puntos de vista.



*La comunicación interna  
como estrategia de gestión.  
La experiencia del  
Grupo Endesa*

ANTONIO TORVÁ JORDÁN  
*Director de Comunicación  
Endesa*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



*La comunicación interna  
como estrategia de gestión.  
La experiencia del  
Grupo Endesa*

ANTONIO TORVÁ JORDÁN  
*Director de Comunicación  
Endesa*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*





## LA COMUNICACION INTERNA COMO ESTRATEGIA DE GESTION. LA EXPERIENCIA DEL GRUPO ENDESA

El Grupo Endesa se configura como una empresa muy heterogénea cultural y geográficamente. El crecimiento económico de la compañía, la expansión hacia un mayor número de mercados internacionales (Asia, África, Latinoamérica, Norteamérica y Europa principalmente), y el aumento de recursos humanos (20.000 personas) y tecnológicos, hace necesaria la puesta en marcha de un Plan de Comunicación Interna aplicable a todo el Grupo a mediados de 1997.

Qué preguntas hay que responder en relación con un Plan de Comunicación Interna:

- Para qué un Plan de Comunicación
- Qué debe contener un Plan de Comunicación
- Cómo se transmite la comunicación

### Para qué

Ante todo, en los Planes de Comunicación es importante delimitar para qué sirven. Esta premisa es importante porque en las organizaciones se suele achacar a la comunicación las causas de problemas o situaciones conflictivas que tienen su origen en otros puntos de la organización.

El Plan de Comunicación parte de la decisión estratégica del Grupo Industrial Integrado de alcanzar tres Retos:

- Ser competitivos en el mercado internacional
- Mantener el liderazgo de su sector
- Ampliar el negocio a otros espacios geográficos

De esa decisión estratégica surgen diferentes líneas/vectores de desarrollo entre los que se encuentra el Plan de Comunicación.

La situación previa de la que la parte el Plan de Comunicación es:

- Los resultados de estudios realizados indican que no hay suficiente captación del grupo.
- Se están produciendo cambios constantes y rápidos que requieren orientación continuada y coordinada.

- Se produce demanda continua de información por parte de los empleados que se plantean diferentes preguntas: *¿hacia dónde vamos?, ¿qué está sucediendo?, ¿cómo vamos a hacerlo?, ¿qué puedo aportar?*

Se concluye que hay necesidad de fomentar una cultura de grupo, entendida como una forma diferenciada de hacer las cosas.

Las Aportaciones que hace un Plan de Comunicación son:

- Aumentar y mantener la percepción y el conocimiento del grupo.
- Reforzar y reconocer los logros conseguidos.
- Potenciar a los responsables como agentes de la comunicación y motores del cambio, esto es, responsabilidad real de toda la organización, y no sólo de un grupo o unidad determinado. De lo contrario cualquier intento se queda en voluntarismo.
- Facilitar la adaptación a los cambios y procurarles una orientación clara y fiable.
- Reforzar la identidad de los empleados como factor de motivación intrínseca.
- Mejorar el papel de los empleados como líderes de opinión positivos.

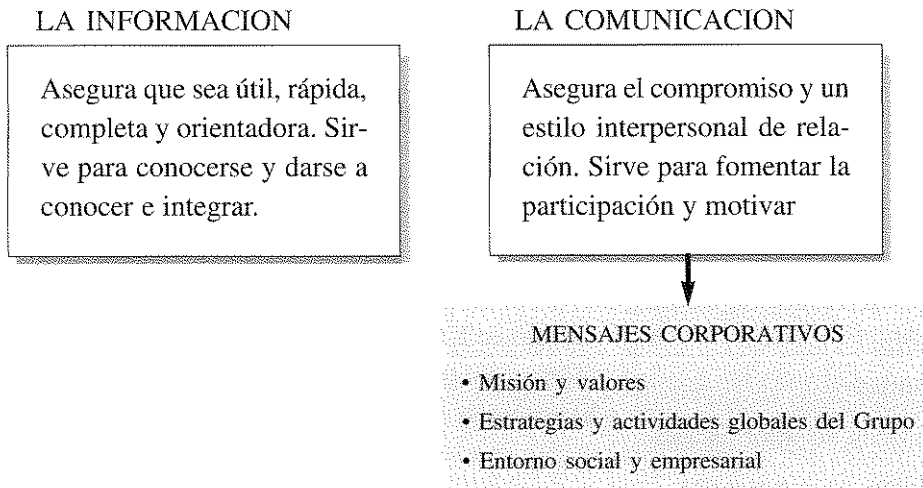
En relación a este penúltimo punto, se resalta la importancia de contar con la figura de los líderes de opinión positivos. La propia experiencia del Grupo demostró que un plan de comunicación puede fracasar en algunos sectores si se cuenta con líderes de opinión negativa dentro de la empresa, aunque, en muchos casos, esos líderes no tengan un conocimiento real de lo que se está poniendo en marcha.

- Mejorar el clima laboral y mejora de la imagen externa del Grupo. Se hace comunicación interna para mejorar la imagen externa.

En resumen de lo apuntado, todo Plan de Comunicación aporta, fundamentalmente, facilitar la adaptación y la integración de los colectivos del grupo y su implicación como agentes del cambio y su papel como líderes positivos de opinión. El objetivo es crear ventaja competitiva del Grupo Endesa, pues se parte de la premisa de que *ante procesos homogéneos, al final son las personas las que marcan la diferencia de la empresa.*

## ¿Qué?

Es importante diferenciar información de comunicación.



Los Planes de Comunicación tienen sus propios límites y alcances:

- No toda la comunicación que tiene lugar en el grupo es objeto de la política de comunicación.
- El objeto de la comunicación interna es dar a conocer el grupo, su actividad, sus consecuencias, retos, su entorno, y contribuir a la asunción de las orientaciones básicas:

Facilitando la comunicación ascendente, descendente y horizontal.

Definiendo y regulando los procedimientos y medios de comunicación interna.

Coordinando y evaluando los procesos de comunicación interna. Debe quedar claro que si no se evalúa, el Plan de Comunicación no sirve para nada.

Las características de la Comunicación Interna son:

- Está liderada por la alta Dirección de la empresa.
- La Dirección juega un papel dinamizador, de apoyo y de seguimiento.
- Cada responsable de un equipo humano tendrá incorporada en su gestión la comunicación como herramienta de trabajo. La comunicación se convierte así en un instrumento en el que se prevé lo que se va a hacer, se lleva a cabo y posteriormente se evalúa.
- La comunicación exige corresponsabilidad, participación y delegación.
- La actividad de imagen y comunicación tendrán carácter obligatorio en todo el grupo. Esto significa que la comunicación concierne a toda la organización.

## ¿Cómo?

En comunicación interna hay dos tipos de canales:

- Canales Físicos: exigen agilidad y abarcan a la totalidad.

### CANALES FÍSICOS

INFORMÁTICOS	ESCRITOS	AUDIOVISUALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intranet: elimina el papel y democratiza la información</li> <li>• Internet</li> <li>• Kioscos de información</li> <li>• Buzón de sugerencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartas del Presidente o líderes en general: cartas basadas en Libro de Estilo (cómo contar las cosas y hacerse entender)</li> <li>• Notas</li> <li>• Folletos informativos</li> <li>• “Línea Directa”</li> <li>• Guía o Agenda: saber quién es quién, nº de teléfono de contacto, resolver problemas comunes, del día a día.</li> <li>• Publicaciones</li> <li>• Tablones de anuncios</li> <li>• Revistas: recoge información más local.</li> <li>• Boletines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vídeo-conferencias: permite la información de todos los puntos clave de la empresa, además de ahorrar costes de viaje, hoteles, etc.</li> <li>• Vídeos</li> <li>• CD Rom</li> </ul>

Cada uno de estos instrumentos tiene su propio manual de funcionamiento. Es importante que quien quiera hacer uso de los mismos, tenga a su alcance el nombre de la persona responsable.

- Canales Personales: son de mayor intensidad y subrayan lo esencial.

Son los propios de la comunicación-participación y conducen al compromiso de todos los miembros de la organización.

El plan de comunicación debe aprovechar los foros de gestión para incorporar los objetivos de la comunicación.

### CANALES PERSONALES- FOROS DE GESTIÓN

Comité Directivos	Consejo de Dirección	Jornadas de Directivos	Reuniones Operativas	Jornadas de Comunicación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define los mensajes y el nivel de difusión</li> <li>• Recibe y analiza la información de las diferentes áreas básicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparte y define mensajes de la organización.</li> <li>• Recibe información de las diferentes áreas de negocio y de las empresas del grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparte resultados y orientaciones genéricas a medio plazo</li> <li>• Percibe el clima de las diferentes empresas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparte mensajes corporativos e intercambia ideas y opiniones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslada la filosofía de las Jornadas directivas a niveles y ámbitos diferentes.</li> </ul>

### DEBATE

#### PREGUNTA 1:

¿Qué soluciones se dan ante lo que parece ser una estructura de canales personales de comunicación verticalizada como la que plantea el Grupo Endesa?

#### RESPUESTA:

El plan de comunicación cuenta con coordinadores de comunicación interna, cuyas funciones son:

- Colaborar con la directiva en temas de comunicación interna y mantenerles informados.
- Facilitar la difusión de información.
- Recoger temas de interés en su área para trasladarlos a la dirección.
- Apoyar y velar para las acciones de información.
- Participar en las reuniones de la dirección.

De todas las reuniones hay actas públicas. Por otro lado, se realizan evaluaciones para ver qué se ha hecho.

La importancia de la comunicación radica en que se debe eliminar la idea de que *“la gente no se entera de nada”*. Ante todo, un plan de comunicación parte de la premisa de *“no despreciar la inteligencia de la gente. Uno se entera si le interesa”*.

#### PREGUNTA 2:

¿Hay experiencia en trabajos cualitativos?

#### RESPUESTA

En general, los resultados extraídos de estos estudios tienen que ver con la satisfacción, la imagen de la empresa y la imagen corporativa. La opinión es que los resultados de estos trabajos son “epidémicos” y -a veces- confusos y desordenados.



# *Inteligencia emocional para el cambio organizativo*

ANTONIO VALLS ROIG

*Profesor colaborador IDEC*

*Universitat Pompeu Fabra*

*Socio Director de HUMAN SUCCES ®*

*Barcelona*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*





# INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA EL CAMBIO ORGANIZATIVO

*Las reglas del trabajo están cambiando, se nos juzga con nuevos criterios no sólo por lo inteligentes que somos, sino también por la manera en que nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás.*

Daniel Goleman

## 1. INTRODUCCIÓN

El cambio organizativo es insoslayable, y la inteligencia emocional juega -como veremos un papel crucial, en el éxito o el fracaso de cualquier proceso de transición o renovación de una entidad, que afecte a todos o parte de sus colaboradores.

Para dilucidar con precisión ese particular cometido de la inteligencia emocional, abordaremos el tema en tres apartados consecutivos:

### 1. La inteligencia emocional:

Porqué mencionarla, dónde situarla, qué es y qué peso específico tiene en el trato con el paciente de un hospital o ambulatorio.

### 2. El cambio organizativo en ambulatorios y hospitales:

- Las fuerzas del entorno.
- Las nuevas estrategias organizativas.
- La creación de la organización evolutiva y adaptable.
- Los tres pilares de la acción renovadora en una organización.

### 3. La gestión del cambio con inteligencia emocional en la práctica:

- El cambio individual.
- El liderazgo en la preparación del cambio.
- El cambio organizacional.
- El implantar el cambio.

## 1. Qué es la inteligencia emocional

Probablemente, antes que nada es perentorio preguntarse:

*¿Por qué inteligencia emocional?*

*¿No basta con la inteligencia racional para implantar cambios en las organizaciones?*

Hasta hace muy pocos años, la gestión de la evolución de personas y grupos de personas se planteaba casi exclusivamente bajo un prisma cartesiano y racional. El progreso personal y organizacional tenía lugar en un contexto relativamente estable. Los valores por los que se regía la vida del individuo eran constantes y compartidos por la mayor parte de la colectividad a la que este pertenecía. El entorno político, cultural, tecnológico, económico y social en que este se movía, cambiaba poco y despacio. Unos pocos ajustes; inspirados en el sentido común, aplicados de vez en cuando en uno mismo o en una institución, eran suficientes para asegurar una apacible y honorable continuidad del *status quo*. Pero hoy las cosas no presentan ni de lejos, este idílico cuasi inmovilismo.

Por otra parte, en el terreno de la gestión de los recursos humanos recientemente se ha podido observar en organismos públicos y privados de toda índole, como personas con impecables historiales académicos resultan un fiasco como directivos o empleados, (y aunque con menos frecuencia, también se da el caso contrario). La formación académica básica y tradicional sigue siendo un ingrediente necesario para el éxito profesional; pero ahora ya no es suficiente. En nuestros días, cualquier profesional sin una habilidad mínima para tomar conciencia de sí mismo, y para la empatía y la escucha en sus relaciones con sus clientes, jefes, colegas y subordinados, tiene dificultades para afrontar con éxito los crecientes desafíos que se le presentan en su cotidiana labor. Y esas habilidades son precisamente, las que configuran la inteligencia emocional. Ser capaz de memorizar y gestionar grandes cantidades de información, ya no es garantía de que hoy se tendrá la competencia necesaria para inspirar a un equipo de trabajo o a un grupo de personas, y capacitarlo para dar respuestas adecuadas a un entorno que cambia: y evoluciona a gran velocidad, y que torna rápidamente en obsoleta cualquier nueva iniciativa.

Investigaciones recientes en el campo de la medicina y la psicología, han puesto de manifiesto la íntima conexión entre la mente racional y emocional de la persona, habiéndose detectado la existencia de una relación físico-evolutiva entre ambas modalidades de "pensamiento". Y ésto ha dado mucho que pensar a directivos y líderes, algunos de los cuáles ya han descubierto el enorme potencial de realizaciones institucionales que encierra considerar *también*, la vertiente emocional del *ser* de sus empleados. Este enfoque más amplio en la consideración del individuo, es imprescindible a la hora de diseñar o implantar nuevas estrategias en cualquier departamento u organización.

## El lugar de la inteligencia emocional en la persona

Nuestro cerebro actual tiene un tamaño tres veces superior al de nuestros ancestros, y ha crecido a partir de su forma básica -el tallo encefálico- que permitía a los primeros seres humanos el gobierno automático de sus funciones corporales, tales como el movimiento, andar, etc. Hasta muchos años después no se desarrolló el sistema límbico, o un primer cerebro que es el que posee inteligencia emocional, y que realiza juicios y aconseja cursos de acción a su poseedor, basándose en la captación inmediata de las personas y los hechos que afronta, sin mediar reflexión o razonamiento. En los primeros tiempos del hombre -y todavía hoy-, este primer cerebro ayudó a sobrevivir a la especie, porque ante lo que ocurre en torno al individuo, emite señales de utilidad o peligro que ponen en marcha conductas de acogida, confrontación o huida, en relación a las personas o acontecimientos que le afectan.

En el siguiente paso, evolutivo y ya después de millones de años de la aparición de vida orgánica sobre la tierra, se formó en nuestro cerebro el neocórtex o nuevo cerebro, que hace las funciones de procesador lógico, y que según todas las apariencias es el gran responsable de nuestro extraordinario progreso material. Sin embargo, como ya hemos hecho notar, muchos ya han descubierto -algunos a costa de grandes desilusiones- que en una organización de hombres no es posible ignorar sus emociones, siempre presentes en las relaciones interpersonales. Y se ha detectado que un empleado necesita no solamente un alto cociente intelectual, sino también inteligencia emocional en alto grado, para mantenerse en puestos de trabajo con un nivel de responsabilidad de tipo medio-alto en una organización donde se gestiona el continuo cambio y la renovación institucional en consonancia con las necesidades propias del grupo y la evolución del entorno.

La inteligencia emocional permite crear y sostener relaciones sinérgicas con otras personas, imprescindibles en una organización adaptable y flexible; y se está reconociendo que apelar a la inteligencia racional de un empleado para que cambie su conducta -que es lo que habitualmente hacemos-, no sirve de nada si no superamos primero la barrera del primer juicio que hace de nosotros y de nuestras propuestas, la inteligencia emocional de este empleado. La comprensión, de lo que es la inteligencia emocional es pues ineludible en la gestión del cambio organizativo.

## La inteligencia emocional definida

Si bien cuanto se ha dicho hasta aquí ha podido acotar un poco lo que es la inteligencia emocional, no sería apropiado profundizar en su papel en la dirección de una institución, sin tratar de definirla de alguna manera.

El término *inteligencia emocional* parece que recibió carta de naturaleza en 1993, por los psicólogos John Mayer y Peter Salovey, de las universidades de New Hampshire y de Yale respectivamente. Sin embargo este término no ha adquirido notoriedad hasta

la publicación del libro ‘Inteligencia Emocional’ (Daniel Goleman, 1995), en el que con un estilo ágil, de divulgación, y con un gran aporte documental, se repasan los hallazgos más sobresalientes que han tenido lugar en este campo en los últimos diez años.

Herdrie Weisinger (1998) define la inteligencia emocional así: *“Simplemente, inteligencia emocional es el inteligente uso de las emociones: hacemos intencionalmente que nuestras emociones trabajen para nosotros, utilizándolas de manera que nos ayuden a guiar nuestra conducta y nuestros procesos de pensamiento, de manera que produzcan mejores resultados.”* Así definida, una breve mirada a nuestro alrededor en cualquier ambiente de trabajo, basta para convencernos de que la inteligencia emocional necesita mayor atención de la que ha recibido hasta ahora en nuestras organizaciones. En su ‘Ética a Nicómaco’ ya Aristóteles escribió: *“Enfadarse está al alcance de cualquiera, esto es sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, esto ciertamente, ya no resulta tan sencillo”.*

Tanto en el trabajo como en otras circunstancias de la vida, la inteligencia emocional nos es útil para ayudarnos a nosotros mismos y ayudar a los demás a manejar las emociones. Hay diversas formas de definir lo que es una emoción. En realidad los investigadores todavía no están de acuerdo sobre cuáles son las emociones más importantes y qué otras lo son menos o están subordinadas a las primeras. Para el caso podríamos decir que *“una emoción es cualquier fuerte sentimiento como la alegría, la tristeza, la reverencia, el odio o el amor que parece subjetivamente sin un esfuerzo mental consciente.”*

Weisinger -inspirado en los estudiosos pioneros- resume las habilidades que comporta la inteligencia emocional en cuatro apartados:

- La habilidad de percibir, juzgar, y expresar la emoción con precisión.
- La habilidad de acceder o generar sentimientos a solicitud, cuando pueden facilitar la comprensión de uno mismo o de otra persona.
- La habilidad de comprender las emociones y el conocimiento que de ellas se deriva.
- La habilidad de regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual del individuo.

La inteligencia emocional puede desarrollarse y estas habilidades acrecentarse. Aunque este breve escrito no tiene por objeto central hacer una exposición exhaustiva de los métodos de desarrollo de la inteligencia emocional propia o ajena -un saber que ha aumentado pero del que todavía no se ha dicho la última palabra-, mencionaremos diversas formas de afrontar con mejores resultados, situaciones de cambio en las organizaciones que impliquen a un cierto número de personas... y por tanto a su inteligencia emocional.

Por su parte Goleman nos recuerda que hay una palabra muy antigua para referirse a todo el conjunto de habilidades representadas por la inteligencia emocional: el carácter. *“Si el desarrollo del carácter constituye uno de los fundamentos de las sociedades democráticas, la inteligencia emocional es uno de los armazones básicos del carácter. Y la piedra de toque del carácter es la autodisciplina (...) que se basa en el autocontrol”*... puntualiza Goleman. Y luego citando a Lickona resume: *“Para actuar correctamente con los demás debemos comenzar dominándonos a nosotros mismos (...) Así la emoción permanecerá bajo el control de la razón”*.

### La inteligencia emocional del paciente en una organización sanitaria

Probablemente los cambios organizativos más importantes que sufrirán las instituciones sanitarias en las próximas décadas, tendrán su origen en el reconocimiento de la inteligencia emocional del paciente al que tratan.

Como nos indica Goleman con brillantez, tradicionalmente el personal sanitario se ha ocupado de las dolencias físicas, pero suele descuidar las reacciones emocionales de sus pacientes. El territorio de la enfermedad está dominado por el temor y la emoción; y sin embargo se soslaya la creciente evidencia de que el estado emocional del enfermo repercute en la prontitud de su recuperación. Si bien es cierto que hay profesionales compasivos que buscan curar pero también cuidar, casi nadie negará la verdad que a veces encierra el cuadro anexo.

Entrevista de un paciente con un médico

Es	Debería ser
Desesperanzadora	Tranquilizadora
Indiferente hacia el enfermo	Amable
Apresurada	Afectuosa

La evidencia empírica muestra sin embargo que la intervención emocional, tiene ventajas clínicas en el tratamiento de enfermedades graves:

- Disminuir el estrés del enfermo equivale a acrecentar su resistencia inmunológica. Se le puede enseñar a relajarse. Se le puede informar mejor para disminuir sus temores infundados. Se le puede preparar emocionalmente para una operación quirúrgica.
- Rebajar el enojo del paciente favorece el tratamiento de ciertas enfermedades del corazón.
- Tratar la depresión del enfermo puede adelantar el plazo de recuperación de muchas enfermedades. El optimismo y la esperanza confieren capacidad para afrontar los retos que presenta la vida.
- Hay pruebas de que el aislamiento social del internado es más pernicioso que el tabaquismo. Mitigarlo es enarbolar un elemento protector más contra su enfermedad.

A un enfermo lo que más le favorece es una enfermera o un doctor capaces de ponerse en su piel, de estar atentos a sus pacientes y de ser versados tanto en escuchar como en hacerse oír. Pero lamentablemente, muchos de nosotros todavía no sabemos lo que es escuchar, El escritor castellano José Luis Martín Descalzo nos ha explicado bellamente lo que esto significa:

*“Para oír basta con no estar sordo. Para escuchar hacen falta muchas otras cosas tener el alma despierta; abrirla para recibir al que, a través de sus palabras, entre en ti; ponerte en la misma longitud de onda que el que está conversando con nosotros; olvidarnos por un momento de nosotros mismos y de nuestros propios pensamientos para preocuparnos por la persona y los pensamientos del prójimo... ¡Todo un arte!”.*

Una medicina más humana tiene ventajas clínicas pero también económicas:

- Prevenir o retardar la enfermedad y/o acelerar el proceso de recuperación del paciente, ahorra gastos sanitarios.
- El tratamiento integral del paciente contribuye a fidelizar a los “clientes”.
- Una medicina mas humana promociona la ética médica, ensalzando la imagen del colectivo formado por el personal sanitario.

## 2. EL CAMBIO ORGANIZATIVO EN AMBULATORIOS Y HOSPITALES

Dichas instituciones, al igual que cualquier otra clase de organización, tendrán que adaptarse a la evolución de su entorno. Cierta autor anónimo sentenció “Lo único que permanece constante es el cambio”. Esto es cierto en cualquier campo del hacer humano. Y ante el cambio no hay otra disyuntiva posible renovarse o morir.

### Los mandatos del entorno

John Macdonald (1998) puntualiza muy acertadamente para los demasiado adictos a la implantación de cambios en las organizaciones, que lo que tiene lugar en el entorno no es una revolución, sino seis clases de evoluciones que están cambiando el mundo y que condicionan fuertemente su futuro. Estas son:

1. La evolución tecnológica.
2. La evolución competitiva.
3. La evolución del conocimiento.
4. La evolución demográfica.
5. La evolución de las crecientes expectativas de la población
6. La evolución educacional.

Todos reconocemos a nuestro alrededor hechos tales como:

- Tecnología cada vez más avanzada, que cambia nuestra manera de vivir y de trabajar.
- Mercados cada vez más abiertos e internacionalizados.
- Comunicaciones cada vez más fluidas.
- Valores sociales más subjetivos en contraposición a los idearios colectivos clásicos.
- Mayor orientación al ocio que al trabajo (a la inversa que antaño) por parte del empleado; deseo de una mayor calidad de vida.
- Mayor competitividad entre organizaciones y personas, cada vez más cualificadas.

Estas realidades junto a una creciente democratización de los estamentos políticos, y la presencia de una concepción neoliberal del capitalismo, hacen que en todas las organizacionales concurra:

- Una mayor presión fiscal, o racionalización del gasto estatal (en caso de entidades públicas).
- El resquebrajamiento de los muros monopolistas (y privatizaciones).
- Más incertidumbre y por lo tanto más necesidad de aperebirse de los cambios que se avecinan.
- Más hostilidad en todos los ambientes, y por lo tanto una mayor necesidad de gestionar con éxito tensiones y rivalidades competitivas susceptibles de surgir por doquier.

### **Las nuevas estrategias organizativas**

En medio de estas tendencias, cualquier organismo o institución que quiera sobresalir -o quizás simplemente sobrevivir- tendrá que diseñar nuevas estrategias encaminadas a:

1. Reconocer al verdadero cliente de la organización (en hospitales y ambulatorios ya no será el dueño de los fondos sino el paciente), y enfocar los esfuerzos hacia él.
2. Ampliar y mejorar servicios actuando con criterios de rentabilidad, y aprovechar todas las posibilidades que ofrece la moderna tecnología.
3. Concentrarse en lo que la organización sabe hacer y subcontratar todo lo demás.
4. Profesionalizarse y racionalizar funciones.
5. Descentralizarse o dar poder a los empleados de todos los niveles jerárquicos del grupo. (Ver lectura anexa, "Compartir el poder")



6. Establecer nuevos sistemas de control de gestión.
7. Comunicarse adecuadamente con el interior y el exterior de la institución.
8. Racionalizar las inversiones y las financiaciones.

### **La organización evolutiva y adaptable**

Por más que las nuevas tendencias organizativas anteriormente mencionadas están invadiendo prácticamente todos los sectores, tampoco hay que asimilar ciegamente cualquier propuesta que altere lo que se está haciendo en una institución. Como nos recuerda Macdonald, cualquier nueva idea debe tratar de adaptarse a los valores y a la cultura existentes en la organización. Algunos adeptos al cambio (que los hay) ya han aprendido que se debe tratar de evitar a toda costa el típico programa de acción demasiado revolucionario que por ello mismo puede restar efectividad o destruir lo mejor que existe en una institución.

Las organizaciones más evolutivas (y menos revolucionarias) introducen cambios sin perder de vista en ningún momento lo esencial, lo que las caracteriza. De hecho, en ninguna ocasión dejan de enfocar sus esfuerzos a ello. Y lo esencial suele ser el “cliente”, y los procesos a través de los cuáles se le sirve.

Centrarse en el cliente quiere decir que la gestión a todos los niveles de la organización, deja de enfocarse hacia adentro para empezar a pensar en términos del cliente. El centro de los esfuerzos deja de ser la dirección (desde la que tradicionalmente “se espera” que emanen todas las ideas), y pasa a “mandar” el cliente, quien al fin y al cabo es el que justifica la mera existencia de una institución; y de esta guisa tanto el personal de base como los cuadros y la propia dirección, tienen que pensar, decidir y optar continuamente por aquellas alternativas de servicio, que mejor satisfagan los deseos y necesidades -expresados o no-, de sus clientes.

Por otra parte las buenas entidades e instituciones saben cómo cambiar cuando es necesario, pero lo hacen sin entrar en pánico, o excederse en su acción reformadora. Para ellas el cambio es un medio, no un fin.

Es cierto, sin embargo, que hay clases de organizaciones en las que el cambio es más fácil de implantar, y su impacto más positivo en su devenir. Algunas de sus características son:

- Las personas son el centro en torno a las cuáles gravita la organización.
- Las unidades funcionales son lo más pequeñas posible, porque se admite que en genera operan mejor que las grandes.
- Las personas tienen capacidad de decisión. Ésto ayuda a que la organización pueda autorenovarse.

- Los directivos y jefes controlan relativamente pocos aspectos de la actividad, (que son aquellos que tienen verdadera importancia), pero lo hacen con rigidez e inflexibilidad.

### **Los tres pilares de la lección renovadora en una organización**

Obviamente cada institución tiene aspectos difíciles de mejorar porque son inherentes al sector al que pertenece, o relativos a problemáticas específicas que surgen de su propia idiosincrasia. Ello hace que a menudo resulte complejo definir una nueva estrategia para una organización. Sin embargo, de modo general puede afirmarse que cualquier iniciativa de cambio organizativo será muy provechosa, si va dirigida a resolver aquellos problemas que:

1. Presentan oportunidad de lograr algo muy positivo, singular y diferenciado dentro del propio sector, en la manera en que la organización sirve a su cliente.
2. Impactan favorablemente y con intensidad, la motivación y el rendimiento del empleado.
3. Tienen mucha repercusión en el resultado económico de la organización.

## **3. LA GESTIÓN DEL CAMBIO EN LA PRÁCTICA**

Como se ha comentado, el cambio organizativo tendrá éxito, será eficaz y provechoso para todos los implicados, si se empieza por reconocer en sus protagonistas al ser humano en su totalidad, es decir, como poseedor de inteligencia racional y emocional. Hemos visto también que será decisivo por otra parte, que cualquier esfuerzo renovador sea coherente con la evolución del entorno en que opera una institución, y que las acciones de cambio que se emprendan incidan en la problemática esencial de dicha organización. Pero ¿cómo tener éxito en la gestión del cambio propiamente dicha?, ¿cómo transformar una institución en la práctica?, ¿cómo gerenciar el proceso renovador en una organización?, ¿cuál es el verdadero papel de la inteligencia emocional para el cambio de las organizaciones?

### **El cambio individual**

Como se muestra en la Figura 1 no tiene sentido pensar en el cambio organizacional si primero no se logra que el individuo asuma positivamente la nueva situación que se pretende alcanzar. Antes, hay que cambiar las perfecciones de las personas que componen la institución, con respecto a su manera de hacer y de conducirse, y en relación a su propia visión del entorno, de la organización y de la tarea que realizan. Y esta visión personal del empleado, está muy mediatizada por su inteligencia emocional a la que, por tanto, se debe tratar de influir.

Reconocerlo así es crucial porque ante la perspectiva de un cambio, nuestra inteligencia emocional es la que hace que reaccionemos con una actitud de aceptación o de rechazo. Esta actitud influye decisivamente en que veamos lo nuevo como una oportunidad o como una amenaza. Y lo que se percibe como una oportunidad nos permite adelantar y llegar más lejos en nuestras actuaciones profesionales. Mientras que ante una amenaza real o imaginaria nos detenemos o nos movemos hacia atrás, retrocedemos profesionalmente.

En el individuo, el cambio adaptativo tiene lugar ante las presiones -forzosas o asumidas- de las fuerzas externas que le rodean; pero para que el cambio sea verdadero han de concurrir también unas fuerzas internas, fuente de su propia visión de las cosas. Y puesto que lo natural en las personas es la resistencia al cambio, ante una fuerte modificación de su entorno sus fuerzas internas serán en primera instancia restrictivas. Inicialmente, el individuo sólo contempla las amenazas contra su prestigio o su dinero, que la nueva situación puede representarle.

Pero hasta la persona más conservadora en el fondo sabe que en un mundo cambiante resistirse es fatal. Así es que si se la ayuda a percibir las potenciales ganancias que puede representar para ella un cambio, pronto enarbolará la bandera de la novedad. De esta forma las fuerzas restrictivas individuales se habrán transformado en fuerzas impulsoras hacia un nuevo rumbo personal y profesional, y eventualmente organizacional.

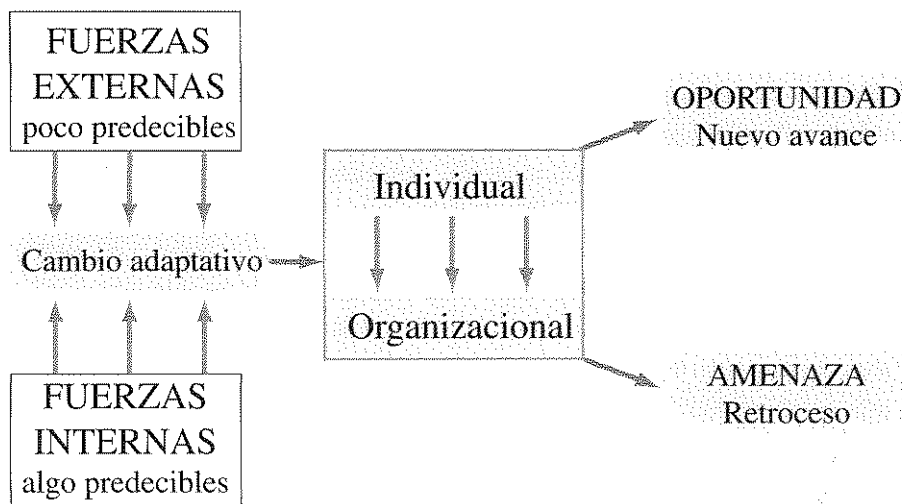


Fig. 1. La gestión del cambio en perspectiva

Si bien es verdad que hay buenos profesionales que al menos en su actitud están siempre preparados para lo inesperado, éste no es el caso gerencial. Lo frecuente será encontrar empleados cuya inseguridad aumentará ante la ausencia de objetivos organizativos creada por drásticos cambios externos, o ante políticas de dirección ambiguas cuyo origen hay que buscarlo en la falta de capacidad para liderar de los dirigentes. Y la inseguridad engendra torpezas e inactividad por parte del empleado, que obstaculizan la positiva evolución de la organización.

Ante el cambio -y ante la vida misma-, nuestra actitud depende fundamentalmente de la clase de pensamientos que habitualmente alentamos en nuestra conciencia, y de nuestra forma de asimilar las sucesivas experiencias vividas.

Según los hábitos que cada uno se crea con el transcurrir del tiempo, el contenido de nuestra conciencia puede ir desde el color negro de la hostilidad y el resentimiento, hasta el verde de la esperanza que es producto del “pensamiento efectivo” (Gerald Kuschel, 1991), basado en la paz interior, el sentido de propósito y el espíritu de aventura, típicos de los profesionales de “éxito poco común” (según concluyó en su investigación el mencionado autor).

Así, según la actitud que cada uno como empleado aparte a una nueva situación vital u organizacional, vencerá su natural resistencia al cambio de una de las tres maneras siguientes :

1. Algo o alguien le impondrá su autoridad. (Pero recordemos aquello de que *“Quien domina por la fuerza sólo domina a medias ”*).
2. El empleado se identificará con las actuaciones y creencias de otra persona, a la que seguirá.
3. El nuevo escenario divierte al individuo. Coincide con sus principios y valores. Acepta el cambio como cosa propia, y lo impulsa de manera genuina.

En la práctica, siempre encontraremos que la manera número 3 de encarar un cambio es la más efectiva para el individuo y la organización, porque hace sentir al empleado que es motor y causa de los acontecimientos.

### **El liderazgo en la preparación del cambio**

El cambio individual en la dirección correcta exige un trabajo preparatorio en varios frentes.

En primer término, el liderazgo efectivo sabe transmitir un sentido de urgencia para la acción. Muestra constantemente con el ejemplo y con la palabra, que hay que proceder “ya”; que la oportunidad de actuar está aquí y ahora, y que o se la aprovecha, o jamás volverá. El líder empuja a sus seguidores eficazmente hacia un nuevo mañana que muestra con claridad en todas sus atractivas facetas, y que recrea sin cesar para que ninguno de sus colaboradores pierda ni por un momento de vista, el objetivo final y deseado.

En el proceso de cambio el individuo es asimismo instado a no descuidar su trabajo habitual, es decir, aquel que en cualquier caso debe realizarse (y que a un tiempo y por su familiaridad con él, proporciona un sentido de seguridad a la persona).

Al líder no le preocupa -sino que más bien provoca- que los protagonistas del cambio se anticipen un poco a los plazos previstos para la acción. Y lo consigue explicando continuamente la “visión” de lo que se quiere lograr con el nuevo objetivo. Y lo hace personalizando sus ventajas para cada uno de sus colaboradores, y destacando el valor añadido que el cambio aporta a la organización desde el punto de vista social.

El cambio organizativo efectivo no es ciego a los obstáculos que plantea, sino que los conoce y se prepara para combatirlos. Los más frecuentes son:

- “si algo puede ir mal, irá mal...y lo hará en el peor momento posible”.
- Todo tarda mas tiempo del previsto.
- Se tiende a alimentar expectativas exageradas con respecto al futuro.
- Siempre se tropieza con escépticos que parecen irreductibles.

### **El cambio organizacional**

Lo visto sobre las fuerzas en juego en el cambio individual es fundamental, porque el cambio organizacional sólo puede implantarse con éxito si se respetan las exigencias del ser humano como tal. Al fin y al cabo una organización puede llegar a renovarse únicamente en la medida en que sean capaces de renovarse los colaboradores que la componen.

A menudo el cambio individual quiere llevarse un poco demasiado lejos y atenta contra las necesidades básicas del ser humano. El cambio así concebido a la larga no tendrá éxito.

Aunque la idea de “hombre” (o “mujer”) está hoy sometida a un intenso proceso de frivolidad, es un hecho constatado que el hombre crece y se desarrolla, y se logra su adhesión y colaboración en un nuevo y ambicioso proyecto, si se le trata con integridad, honestidad y dignidad. Mientras que si se le rebaja, la persona se vuelve inoperante. Apelar al espíritu de servicio de que es capaz el ser humano, a sus talentos potenciales y a su afán de lograr la excelencia en su trabajo, será siempre más efectivo que chantajearlo, tiranizarlo, o plantearle metas mediocres. En realidad, por este segundo camino destruiremos cualquier posibilidad, a largo plazo, de que la organización adquiera flexibilidad y las competencias necesarias para autorenovarse.

A nivel organizativo, la buena gestión del cambio implica pues:

1. Identificar las fuerzas más críticas, impulsoras y restrictivas, que gravitan en torno a la situación actual.
2. Diseñar un programa de aprovechamiento de fuerzas que conduzca a la situación objetivo, y que conste de objetivos (constantes) y actividades y compromisos de transición y futuros (flexibles)

3. Involucrar a las personas pertinentes
4. Buscar facilitadores del proceso de cambio

Identificar las fuerzas más relevantes que intervienen en el proceso de cambio es esencial para poder gobernar dicho proceso, controlando las fuerzas restrictiva y liberando las fuerzas impulsoras que pueden permitir pasar de la situación actual a la situación objetivo deseada para la organización. Y en la mayoría de los casos, una buena parte de dichas fuerzas habitan en la inteligencia emocional de quienes deberán protagonizar el cambio.

La situación objetivo que persiga una organización debe estar claramente definida, todo el mundo debe comprenderla, ha de ser asequible, y el proceso de aproximación hacia ella tiene que estar explicitado y debe ser mensurable. Ya hemos visto como la ambigüedad de objetivos impide el progreso de la organización hacia nuevos horizontes, porque es un freno para las personas que han de avanzar en pos de ellos. Por contra, identificar, definir y concretar dichos objetivos de manera participativa y en lo posible consensuada con dichas personas, involucra y compromete estrechamente a la gente en el nuevo proyecto. Se lucha con mayor ahínco por lo que uno hace suyo.

Por otra parte en gestión del cambio, hay diversos pasos concretos que pueden darse para facilitar el proceso evolutivo de la organización. Y quizás el más importante es tratar de conseguir que las tareas específicas a desarrollar para el logro del proyecto organizativo objetivo, coincidan con las capacidades y talentos de quienes deban poner en práctica dichas tareas. En la medida en que los colaboradores tengan un reto acorde a sus habilidades (Mihaly Csikszentmihalyi, 1990), y estos puedan sentirse intrínsecamente motivados a lograr su cometido porque pueden acceder con facilidad a la “experiencia óptima” (o al disfrute) a través de su trabajo, las posibilidades de que se consiga el objetivo buscado aumentan considerablemente. No en vano ya Frederick Herzberg (1957) identificó el *logro*, como el principal motivo de satisfacción laboral. Un motivo, por cierto, que no tiene ninguna relación con la retribución del empleado; recordemos que para Csikszentmihalyi, “experiencia óptima” o “flujo” es un estado de involucración tal con lo que uno hace -que por otra parte transcurre con pasmosa naturalidad y falta de esfuerzo-, que se llegan a olvidar completamente otras facetas de la vida. En el extremo, el disfrute que se experimenta en este estado es tal, que uno no haría otra cosa.

En la gestión del cambio organizativo, facilita asimismo el proceso de transición entre la situación actual y la situación objetivo, dar toda clase de explicaciones al personal, prestarle apoyo personal, profesional y formativo, evaluar su desempeño con objetividad y criterio, y reconocer y aprobar el éxito. Es más eficaz proporcionar al empleado un minuto de merecido reconocimiento, que una hora de crítica -así sea constructiva-. A las personas nos cuesta mucho -especialmente a los españoles- aceptar cualquier crítica. Somerset Maugham afirmó “*La gente te pide que la critiques, pero lo único que*

*quiere es que la alaben*". Y Lao Tse fue un poco más allá a la manera oriental "*Las palabras verdaderas no caen bien. Las palabras que caen bien no son verdaderas*".

### **Implantar el cambio**

La implantación del cambio organizativo exitoso, descansa en dos grandes premisas: actuar, y otorgar poder. Donde la dirección no se mueve, la base permanece estática. Y para que el cambio prospere es esencial mantener un elevado ritmo de trabajo a todos los niveles. Y si no se otorga capacidad de decidir y actuar a todos los responsables de las respectivas funciones que se llevan a cabo en una institución, éstos seguirán haciendo lo de siempre o se detendrán al primer contratiempo.

Otorgar poder para actuar significa hacerlo a directivos y empleados, para que todos ellos de modo personal y responsable puedan llevar a cabo las tareas necesarias para hacer realidad la "visión" diseñada, la nueva situación objetivo.

Esta "visión" no debe impartirse con unas cuantas frases huecas de significado. Tampoco debe ser una visión "teórica" de lo que podría lograrse. Hay que mostrar con actuaciones y hechos todo el poder de la "visión", hay que demostrar la "*visión en acción*".

Para impartir la visión en acción en una gran organización, el líder puede utilizar alter egos, es decir unas pocas personas clave que ocupan puestos de diferente nivel en diversos rincones de la organización, y mostrarles individualmente y tomándose todo el tiempo necesario, los pormenores de la situación objetivo que se quiere lograr, contestando todos los "porqués" que la misma suscita. Estas personas quedarán así capacitados para hacer de catalizadores del cambio organizacional con inteligencia emocional.

## Bibliografía

- Amat, Juan María: *El Control de Gestión*. Ediciones Gestión 2000, S.A., Barcelona, 1993
- Armstrong, Michael: *How to be an even better manager*. Kogan Page, Londres, 1990
- Blanchard, K.-Carew, D. & E.: *El ejecutivo al minuto*. Ediciones Grijalbo S.A., Barcelona, 1992
- Covey, Stephen R.: *El liderazgo centrado en principios*. Ediciones Paidós. Ibérica S.A., Barcelona, 1991
- Csikszentmihalyi, Mihaly: *Aprender a fluir*. Editorial Kairós S.A., Barcelona, 1998
- Csikszentmihalyi, Mihaly: *Fluir*. Editorial Kairós S.A., Barcelona, 1997
- Decker, Bert: *You've got to be believed to be heard*. St. Martin's Press, Nueva York, 1992
- Goleman, Daniel: *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós, S.A., Barcelona, 1996
- Goleman, Daniel: *Working with Emotional Intelligence*. Bloomsbury, Londres, 1998
- Kushell, Gerald: *Effective thinking for uncommon success*. AMACOM, Nueva York, 1998
- Lladó, J.-Valls A.: *Consiga el Éxito en su trayectoria profesional*. Ediciones Gestión 2000, S.A., Barcelona, 1997
- Macdonald, John: *Calling a halt to mindless change*. AMACOM, Nueva York, 1998
- Nelson, Bob: *1001 formas de motivar*. Gestión 2000, Barcelona, 1998
- Rodríguez Porras, J.M. *El factor humano en la empresa*. Deusto, Bilbao, 199d.
- Stewart, Dorothy M.: *Handbook of management skills*. Gower, Londres, 1987
- Valls Roig, Antonio: *Guía práctica del benchmarking*. Ediciones Gestión 2000, S.A., Barcelona, 1995
- Valls Roig, Antonio: *Inteligencia emocional en la empresa*. Ediciones Gestión 2000, S.A., Barcelona, 1997
- Weisinger, Hendrie: *Emotional Intelligence at Work*. Jossey-Bass, San Francisco, 1998.





# Counseling y gestión:

## *Por qué los directivos también lloran*

JOSÉ LUIS BIMBELA PEDROLA  
*Profesor Área de Promoción de la Salud*  
*Escuela Andaluza de Salud Pública*  
*Granada*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# **COUNSELING Y GESTION: POR QUÉ LOS DIRECTIVOS TAMBIÉN LLORAN**

## **EL PASADO**

Aparecen los primeros casos de vih/sida a España. Cada vez más. Los profesionales sanitarios están desorientados. Nunca antes comunicar el resultado de una prueba había resultado tan complicado, tan problemático, tan temido ¿Cómo manejar las alteraciones emocionales que sistemáticamente aparece en los pacientes y familiares al saber que “la prueba del sida” ha dado positivo? ¿Cómo afrontar la ansiedad, la angustia, la ira, la desesperación, el pánico, la depresión que en esos usuarios aparece? . Por otro lado, ¿cómo lograr que los pacientes portadores del vih, o las personas que realizan prácticas de riesgo llevan a cabo cambios duraderos de conducta para evitar, según el caso, transmitir la infección, reinfectarse o contagiarse?. El desánimo, la angustia, la ansiedad y la impotencia empiezan a extenderse entre los profesionales sanitarios. No consiguen manejar eficazmente las emociones de sus pacientes, no consiguen introducir cambios duraderos en los hábitos de los/as mismos/as, y la infección va extendiéndose. Pero aún hay algo más, tampoco consiguen manejar con éxito sus propias emociones. Y es entonces, con ese escenario, cuando “inventamos” el *counseling* para “cuidar al cuidador”.

## **EL PRESENTE**

Cada vez más los profesionales que gestionan recursos humanos nos hablan de situaciones que aparecen diariamente en el desarrollo de su labor profesional que les provocan ansiedad, rabia, impotencia y cansancio: “Subordinado que siempre genera situaciones absurdas, complicando las cosas más sencillas”, “Me usan como referente ante situaciones no resueltas y tengo que dar palos de ciego”, “tengo que tomar una decisión clave sin saber la opinión de la organización”, “Quieren hacerme la cama”, “Tengo que decirle que no le voy a renovar”. En ese escenario, ¿Cómo conseguir los objetivos de la gestión sin dejar la piel en el intento? ¿Cómo evitar gestionar “la salud de los otros” sin perder la propia?. La aplicación del *counseling* en al ámbito de la gestión de los recursos humanos intenta dar respuesta a estas preguntas, intenta “cuidar al directivo”.

## **EL FUTURO: ¿COUNSELING?**

El *counseling* trata de dotar al directivo de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades para la relación directivo-directivo, en especial en aquellas situaciones donde puedan producirse alteraciones emocionales en alguna de las dos partes y/o cuando se desea promover cambios en las conductas de la otra parte. En relación con el tipo de situaciones en las que es útil, es importante señalar que, aunque lógicamente su

utilidad será máxima en aquellas situaciones en las que aparecen alteraciones emocionales (angustia, ansiedad, desmotivación, miedo, rabia, etc), en ambos componentes de la relación, su aplicación es muy adecuada en aquellas situaciones en las que la alteración emocional afecta sólo a uno de los componentes. Por otra parte, cada vez más se utiliza el *counseling* con un enfoque preventivo en aquellas situaciones donde no ha aparecido aún ninguna alteración emocional y lo que se pretende es precisamente evitar su aparición.

Los grupos de habilidades fundamentales para la realización óptima del *counseling* son tres: Habilidades emocionales, habilidades de comunicación y habilidades de motivación para el cambio de conducta.

### **Habilidades emocionales.**

Las habilidades emocionales van a ser necesarias antes de establecer cualquier comunicación y, desde luego, también durante y después (a fin de controlar las alteraciones emocionales que puedan ir apareciendo en el propio directivo y en en la otra persona). El objetivo de las habilidades emocionales no es eliminar, reprimir o "tragarse" las emociones negativas; este tipo de emociones pueden resultar muy útiles, ya que al ser desagradables empujan a buscar soluciones y a actuar sobre las situaciones a las que están asociadas. El objetivo es lograr que estas emociones no desborden al directivo (sea por su intensidad y/o duración) y pierdan entonces su funcionalidad. Para ello, se interviene sobre los tres niveles de la respuesta humana que están en el origen y mantenimiento de las emociones: *nivel cognitivo, nivel fisiológico y nivel motor*.

#### *Nivel cognitivo*

La forma como se interpreta una situación, lo que uno mismo se dice respecto a ésta, es uno de los puntos clave que determinan si una persona va a enfrentarse eficazmente a esta situación o si se va a sentir desbordada e incapaz de hacerlo. Ésta suele ser una de las fuentes principales de alteraciones emocionales. En este sentido, cabe señalar la existencia de una serie de pensamientos que podrían denominarse "improductivos", cuyas características principales son:

- Se centran en los aspectos más negativos de las situaciones magnificándolos y olvidando los positivos.
- Se centran en lo peor que pueda ocurrir, aunque las probabilidades de que ocurra lo peor realmente son inciertas y, a menudo, muy remotas.
- Magnifican la propia responsabilidad en las cosas que "salen mal", incitando al autocastigo.
- Generalizan en exceso, impidiendo la identificación de soluciones concretas para problemas concretos.

En resumen, son pensamientos que, en lugar de interpretar objetivamente la realidad y buscar soluciones a los problemas, globalizar y negativizar esa realidad, consiguiendo a veces bloquear cualquier intento de resolución. Por eso, cuando una persona no se siente capaz de enfrentarse a una situación y empieza a entrar en el juego de los pensamientos improductivos, suele ser útil decirse: "¿Para que sirve pensar esto? Si lo único que consigo es sentirme peor, va a ser más saludable y gratificante dirigir mi pensamiento a interpretar la situación de forma más objetiva y buscar soluciones realistas"

### *Nivel fisiológico*

Cuando una persona interpreta una situación como amenazadora, estresante o desagradable, automáticamente su organismo se prepara para enfrentarse o para huir de esa situación, activándose entonces el sistema nervioso vegetativo. En principio éste es un mecanismo ventajoso que posibilita, cuando presenta niveles moderados, la reacción ante cualquier situación nueva. Pero si este mecanismo se mantiene excesivamente en el tiempo o se activa a niveles muy altos, provoca: a) una disminución de la capacidad de enfrentarse eficazmente a la situación, b) un aumento de la sensación de malestar, y c) una desorganización en los niveles cognitivos y motor.

Controlar el sistema vegetativo de forma directa es difícil pero indirectamente puede hacerse a través de la práctica de la respiración profunda, de la relajación progresiva y de la distensión continua.

### *Nivel motor*

Ante una situación difícil es probable que no se sepa cómo actuar por inhibición o por bloqueo, o que se actúe de forma descontrolada o desorganizada.

Una de las formas para evitar ambas reacciones consiste en plantearse la situación siguiendo las seis fases del "esquema de afrontamiento de situaciones" que se muestra a continuación: 1) describir la situación; 2) escribir un listado de alternativas; 3) valorar cada alternativa; 4) tomar la decisión; 5) actuar, y 6) evaluar la situación. Cabe hacer algún comentario práctico respecto a cada fase:

*Fase 1.* Describir la situación. A veces, cuando la situación es emocionalmente intensa cuesta mucho limitarse a describir objetivamente la situación y suelen aparecer interpretaciones subjetivas que dificultan una resolución eficaz.

*Fase 2.* Escribir un listado de alternativas. Ocurre con frecuencia que no se invierte el tiempo necesario en este paso y se olvida que esta fase creativa es fundamental para el afrontamiento eficaz de la situación. Es clave darse permiso para sentirse libre y para no criticar, juzgar o boicotear cada una de las alternativas que se van proponiendo. Todas tienen sus pros y sus contras; pero eso no se analiza en este paso, sino en el siguiente. Aquí "todo vale, no se juzga".

*Fase 3.* Valorar cada alternativa. Ésta es la fase crítica donde se analizan, juzgan y valoran a fondo cada una de las alternativas propuestas en el paso anterior. Desde el *counseling* se proponen dos criterios de valoración a) criterios de *coherencia*: "Lo que voy a decir y hacer tendrá que ver con lo que pienso, lo que creo, lo que me hace levantar de la cama cada mañana", y b) criterio de *inteligencia*: analizando los beneficios en términos de salud y de convivencia e interviniendo desde el área "inteligente" donde coinciden los beneficios para el directivo con los beneficios para "los otros"(profesional subordinado, mando superior, etc). Esta estrategia ("todos ganan") es la más adecuada para que los cambios que se consigan sean duraderos. Conviene evitar estrategias del tipo "malévolo": el directivo gana y "el otro" pierde; pues, con esta estrategia los cambios, en caso de producirse por temor, dependencia, autoridad, etc. -, no suelen ser duraderos ("hecha la ley hecha la trampa": olvidos, retrasos, incumplimientos, boicots, etc.). Tampoco son recomendables las estrategias "ingenua" (el directivos pierde y "el otro" gana) ni "estúpida" (donde "todos pierden": ninguno de los dos consigue objetivo alguno).

*Fase 4.* Tomar la decisión. El mayor riesgo de esta fase es precisamente no realizarla al no encontrar la "solución perfecta", y volver a los anteriores pasos del esquema y entrar en un "círculo vicioso" que dificulte el paso a la acción.

*Fase 5.* Actuar. Es muy importante que se asuma que la alternativa elegida es la mejor, no la perfecta (que casi nunca existe), de manera que luego puedan interpretarse correctamente las consecuencias negativas o los efectos secundarios que puedan aparecer al ponerla en práctica.

*Fase 6.* Evaluar la actuación. El concepto clave en este paso es la objetividad, para reforzar lo que haya salido bien y buscar alternativas a los aspectos mejorables.

### **Habilidades de comunicación**

La comunicación es la herramienta básica para la relación interpersonal, y a través de ésta se abordan las emociones de los profesionales y se estimulan los cambios comportamentales de los mismos. Por todo ello, es muy importante: a) cuidar tanto el nivel verbal de la comunicación ("la letra") como el nivel no verbal ("la música", y b) entrenar, a fondo, el uso de ciertos verbos clave: concretar objetivos, preguntar, escuchar (activamente), empatizar (también activamente), sintetizar, retroalimentar y reforzar.

### **Habilidades de motivación para el cambio de conducta**

Esas habilidades son fundamentales, dado que la comunicación que establece el directivo con el profesional tiene como objetivo último, en muchas ocasiones, estimular determinados cambios en las conductas. De ahí la importancia de contar con una serie de habilidades específicas, tanto en cuanto al diagnóstico comportamental (conocer los factores más relevantes que explican las conductas) como en cuanto a la inter-

vención. A nadie se le ocurriría recetar determinado antibiótico sin un buen diagnóstico clínico previo y, sin embargo, algunos directivos "recetan" determinados consejos-"haz esto o lo otro"- sin un cuidadoso diagnóstico comportamental previo.

Por ello, estas habilidades están dirigidas a realizar primero un buen diagnóstico comportamental ( a través del modelo "PRECEDE") para poder luego intervenir con éxito en la motivación de cambios de conducta (a través de instrumentos como el *Decálogo de petición de cambios*).

El modelo PRECEDE (siglas de *predisposing*: predisponentes; *reinforcing*, reforzantes; *enabling*: facilitadores; *causes*: causas; *educational*: educacional; *diagnosis*: diagnóstico; *evaluation*: evaluación) sugiere que son tres los tipos de factores que ayudan a explicar conductas: predisponentes, facilitadores y reforzantes.

1. Los factores *predisponentes* tienen que ver con la motivación del sujeto o del grupo para realizar la conducta que se pretende promover: a) *la información* ( lo que sabe la otra persona, lo que no sabe, los errores en lo que cree saber, etc) en relación con la conducta que se esté analizando; b) *las actitudes*, incluyendo además de sus opiniones respecto y aspectos como si "se siente o no capaz de realizar dicha conducta" o si "considera la conducta propuesta como verdaderamente eficaz", y c) *los valores y creencias*, tanto en relación con las prácticas que se quieren modificar o eliminar como con las que se quieren promover.

Es importante investigar tanto los predisponentes de los sujetos que no realizan la conducta analizada, para poder modificarlos, como los de los sujetos que ya la realizan, para poder reforzarlos y, además, obtener argumentos pro-conducta que pueden ser facilitados a la población que no los tiene

2. Los factores *facilitadores* tienen que ver con las facilidades que el individuo o el grupo tiene para realizar la conducta. Se puede distinguir entre: a) *las habilidades* para realizar la conducta y b) *la existencia y accesibilidad* de recursos humanos y materiales que puedan facilitar la realización eficaz de la conducta.
3. Los factores reforzantes hacen referencia a las consecuencias de todo tipo que tiene para el individuo o el grupo el hecho de haber realizado ( o intentado realizar) la conducta.

### **Intervención individual posterior al diagnóstico PRECEDE: el decálogo de petición de cambios.**

Uno de los instrumentos que puede ayudar a intervenir a nivel individual una vez realizado el diagnóstico PRECEDE es el *Decálogo de petición de cambios*, cuyos diez pasos se presentan a continuación:



1. *Buscar un momento y un lugar adecuados*
2. Ir "de 1 en 1" (pedir solamente un cambio cada vez). El riesgo de pedir más de un cambio a la vez es que la otra persona "rompa" la baraja y el cambio que se produzca sea caro.
3. *Preparar*, lo que equivale a planificar y escribir detenidamente cada uno de los 7 pasos que se plantean a continuación, en aras de aumentar la eficacia de la intervención (como a veces, se dice "la mejor improvisación es aquella que está cuidadosamente preparada").
4. *Empezar con algo positivo*, de lo que ha dicho o hecho el profesional, reforzándolo.
5. *Describir la conducta-clave* (la que quiere cambiar).
6. *Explicar cuál es la consecuencia de la conducta descrita* en el punto anterior; lo que permite identificar y focalizar el problema en términos objetivos. Es fundamental que las consecuencias expuestas en este punto 6 del decálogo sean realmente sentidas como problemas por el profesional. En caso contrario, lógicamente, no se conseguiría el efecto motivador que se desea. Una buena aplicación del modelo PRECEDE antes presentado habrá permitido identificar aquellas consecuencias que sí resultan problemáticas para el profesional.
7. *Ponerse en lugar del otro (empatizar), anticipando las "pegas"* (las dificultades que se hayan detectado al preguntarle al profesional cuando se aplicó el modelo PRECEDE).
8. *Asumir la propia responsabilidad (si la hay)* en el problema descrito en el punto 6. Es una forma de desculpabilizar al profesional y de implicar en el problema al directivo.
9. *Pedir cambio*, mediante preguntas y utilizando la primera persona del plural como forma de implicación mutua. ("¿Qué crees que podemos hacer para.....?") cuando el profesional siente que "conduce" su proceso, aumenta enormemente su implicación en los acuerdos y aumenta, por tanto, la probabilidad de un cambio comportamental duradero. En la segunda parte de la propuesta de cambio se recoge el problema que había sido identificado en el punto 6. En el caso de que el profesional no aporte alternativas utilizables, cabe aplicar el punto 10.
10. *Ofrecer, preguntándole, diversas alternativas de cambio:* (¿Que te parece si...?).

Es importante que una vez que el profesional haya planteado (punto 9) o escogido (punto 10) una alternativa adecuada al objetivo de cambio propuesto, se "cierre" cuidadosamente el decálogo con la asunción de un cierto acuerdo que contemple:

- La alternativa escogida, formulada de la forma más concreta y operativa posible.
- Un plazo de tiempo lógico para su realización
- Los apoyos que el profesional va a necesitar para llevar a cabo esta conducta.

En el caso de que la aplicación de este decálogo obtenga el objetivo de cambio propuesto será importante *reforzar el cambio de conducta* para que dicho cambio se mantenga. Para ello es fundamental:

1. Darle al profesional mensaje de reconocimiento, en primera persona del singular (mensajes yo): a) "me encanta que hayas conseguido.....", b) "me alegra mucho saber que durante esta semana.....".
2. Avisarle de las ventajas que va a obtener con el cambio (que sean ventajas al más corto plazo posible).
3. Repetir, a lo largo del tiempo, los dos puntos anteriores.
4. Autorreforzarse (el directivo) por el cambio de conducta logrado.

## Bibliografía básica

1. Bayés R. SIDA y psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995
2. Bimbela J.L. Cuidando al cuidador. *Counseling* para médicos y otros profesionales de la salud (3ª ed). Granada : Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
3. Egan G. The Skilled helper : a problem-magnament approach to helping (5ª ed). Belmont: Brooks/Cole Publishing Company, 1994.
4. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1996
5. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional Kairós, 1998
6. García-Huete E. Aprender a pensar bien. Madrid: Aguilar, 1998
7. Cipolla C. Allegro ma non troppo. Barcelona : Grijalbo Mondadori, 1996
8. Green L W, Kreuner MW. Health promotion planning. An educational and envioremental approach. Palo Alto, CA: Mayfield, 1991
9. Torres J. SIDA. Counseling. Motor de cambio. En : Fresnadillo A, editor. Infecciones víricas de transmisión sexual. Barcelona: Terrassa, 1992; 151-156.

## DEBATE

### *Intervención de N.:*

Conocemos muchos líderes que manejan habilidades, pero son narcisistas, siendo luego a nivel de resultados, un desastre.

### *Respuesta de Antonio Valls*

Es lógico que el narcisismo no vaya unido a resultados, porque es todo lo contrario a la empatía.

### *Intervención de N.:*

No estoy en contra de las habilidades de comunicación, pero que creo que no hay que perder los objetivos porque hay demasiadas modas en este sentido.

### *Respuesta de Antonio Valls:*

Efectivamente hay demasiadas modas, pero no existe la panacea. Simplemente, estamos asistiendo a una ola de regreso en la que se sitúa a la persona en el centro de la organización, procurando que la organización no se coma al hombre, sino al revés.

### *Intervención de N.:*

Estoy de acuerdo con el *Counseling* si realmente le “sirve para no dejarse la piel”, pero cómo se puede compatibilizar en el cambio organizacional las transferencias de poder, en las que alguien gana y alguien pierde, con el “disfrute para todos”.

### *Respuesta de José Luis Bimbela:*

Para enmarcarse en el “cuadrante inteligente” en el que todos ganan, se necesitan *saber*, no suponer, dos cosas que son *mis* objetivos y *sus* objetivos, e intentar la más adecuada correlación.

Estos cuadrantes que caracterizan las diferentes situaciones que se pueden alcanzar entre objetivos y beneficios, se encuentran en el libro “*Allegre ma non troppo*” (1996) de C. Cipolla, que recomiendo a todos.

### *Intervención de N.:*

Siempre van a existir intereses contrapuestos y luchas en las que va a ganar uno, por ejemplo hospitales con más de treinta años de funcionamiento, en los que esa diversidad de intereses es más clara.

*Respuesta de José Luis Bimbela:*

Aun cuando los intereses parezcan totalmente contrapuestos, siempre habrá algún punto de coincidencia. Hay que negociar. La consecución de objetivos se da dentro de un continuo que va desde “nada” hasta “todo”, que no es excluyente (o todo o nada) sino que contempla como lógico el que unas veces se estará más cerca del todo que de la nada, y otras al revés.



# *La gestión por competencias: una estrategia empresarial*

LUCÍA MIRALLES GONZÁLEZ  
*Directora de Desarrollo de Personas  
Grupo EPES*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# LA GESTION POR COMPETENCIAS: UNA ESTRATEGIA EMPRESARIAL

## 1. MARCO CONCEPTUAL Y LINEAS ESTRATÉGICAS

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), fue creada en 1994 adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, para atender las emergencias sanitarias extrahospitalarias en todo el territorio de la Comunidad Andaluza.

Como empresa pública, es propiedad de la Junta de Andalucía y está sujeta a la legislación mercantil, civil, y laboral. Cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Además de su objeto primordial: atender las emergencias sanitarias (situaciones de urgencias en las que corre peligro la vida o pueden quedar secuelas graves si no se presta la atención idónea en poco tiempo), EPES es un proyecto de innovación en la gestión sanitaria lo que constituye en sí mismo un objetivo primordial.

Desde su comienzo, EPES requiere de profesionales técnicamente muy bien formados y entrenados, no resistentes al nuevo modelo organizativo para lograr en el menor tiempo posible una muy alta satisfacción de ciudadanos, políticos, sindicatos, etc, fruto de una asistencia de muy alta calidad, consolidando las innovaciones en gestión emprendidas simultáneamente a su expansión en todo el territorio andaluz.

Desde 1994 a 1998 EPES ha sufrido una fuerte evolución. Si en un primer momento basaba su dirección en una dirección por instrucciones, pronto evolucionó a una dirección por objetivos, fundamentalmente operativos. Esta dirección por objetivos supone una alta participación de los profesionales, tanto en su definición como en su consecución. Así, un alto porcentaje de su salario lo constituyen los incentivos o parte variable, relacionados con los resultados de consecución de dichos objetivos.

Sin embargo, y en tan sólo dos años (97/98), ha aumentado la complejidad organizativa de la empresa lo que ha supuesto la necesidad de replantearnos la misión y la visión de la misma. Para dar respuesta a las nuevas necesidades: calidad y orientación al cliente, dotar de mayor autonomía a los profesionales, cambios organizativos hacia estructuras más planas en red, evolución de los roles de los directivos de jefes a facilitadores, etc, EPES se plantea adoptar una dirección por valores. El Plan Estratégico 1.998/2001 define las líneas estratégicas fundamentales de transformación del Grupo EPES a partir de un marco de valores compartidos. Uno de los cambios más importantes lo ha constituido la nueva política de personas.

El Grupo EPES hoy lo forman un total de 531 personas dispersas por toda la Comunidad Autónoma. La edad media es de 34 años y una distribución por géneros de un 78 % de hombres y un 22 % de mujeres. Las categorías profesionales que constituyen



el Grupo EPES van más allá de las propiamente sanitarias, existiendo un importante número de ingenieros en telecomunicaciones e informáticos, técnicos en seguridad e higiene, ergónomos, y un largo etc.

Así mismo, el Grupo EPES está formado por siete líneas de actividad que ofrecen productos y servicios diferentes (atención sanitaria a las emergencias, formación, calidad, teleasistencia y ayuda a domicilio, servicio de prevención, sistemas de información, etc). Estas líneas de actividad tienen fórmulas jurídicas muy distintas, mientras algunas de ellas son empresa pública, las hay fundación, sociedades anónimas con participaciones distintas en su capital social. Es decir, el Grupo EPES es diverso, jurídica y tecnológicamente complejo, con una gran dispersión geográfica. La dirección del Grupo es consciente de que el éxito del proyecto radica, fundamentalmente, en las características y potencialidades de las 531 personas que lo forman y ello implica necesariamente una nueva perspectiva de la gestión de personas.

La dirección de desarrollo de personas, que orgánicamente se sitúa en el segundo nivel de la organización, dirección estratégica que participa en la definición y decisiones de la organización, tiene la responsabilidad de definir las políticas de personas del Grupo EPES. Los objetivos de la dirección responden al marco de valores definido, uno de los cuales sitúa a los profesionales como el activo más importante de la organización. Es, por tanto, el desarrollo de personas el objetivo fundamental de la dirección que ha cambiado su nombre (antes subdirección de recursos humanos) como muestra de la filosofía que quiere transmitir.

Los elementos clave de la gestión de personas, que se constituyen a su vez en factores críticos de éxito de la organización, son las dos características que definen a la persona como tal: sus comportamientos-competencias y su capacidad de pensar, de generar ideas y conocimiento. Es por tanto fundamental establecer un modelo de gestión de personas que permita la gestión de las competencias y la gestión del conocimiento. Siendo ambas muy importantes, y estando íntimamente relacionadas, voy a centrarme en la primera por ser el objeto de esta intervención.

¿Por qué es tan importante la conducta del profesional? Por todos es conocido que si relacionamos la variable esfuerzo y la variable rendimiento para establecer un grado de eficiencia entendida como éxito, la conducta laboral tradicional en muchos casos no logra un nivel aceptable de eficiencia y como mucho un nivel medio. Ello se debe a que una conducta laboral se caracteriza por actitudes desmotivadas, por un hacer aquello por lo que recibo un sueldo y no siempre correctamente, por una falta importante de compromiso, por una prácticamente ausencia de iniciativa, etc. Sin embargo cuando se estudian organizaciones con éxito detectamos en sus profesionales una “conducta profesional”.

La diferencia fundamental entre ambas no está en las capacidades técnicas sino en la existencia de unos valores profesionales compartidos que se traducen en

comportamientos dinámicos, innovadores, comprometidos y motivados. Estos comportamientos o conductas, lo que a partir de ahora llamaré competencias de actitud, son *las características internas que subyacen en la persona y que tienen relación causal con la actuación de éxito en su puesto de trabajo*. Las competencias determinan, predicen las conductas del profesional. Se trata de definir como competencias importantes en la organización aquellas, que directamente relacionadas con los valores definidos y compartidos, induzcan acciones orientadas a los resultados de éxito previstos como objetivos estratégicos de la empresa. Como el conocimiento, las competencias son un intangible cuya gestión es la gestión por competencias.

Es muy importante destacar que:

- *La Gestión por Competencias no es una moda* más en los modelos de gestión. Entre otras cosas porque de una forma más o menos estructurada se ha venido haciendo en todas las organizaciones y desde siempre. El hecho diferencial es que, ahora, son las competencias de actitud las protagonistas, frente al énfasis que se ha venido dando a las competencias técnicas. El motivo es que los conocimientos y habilidades técnicas se pueden aprender, se pueden enseñar; sin ellos los resultados no son buenos pero con ellos, no se asegura el éxito. Mientras las competencias de actitud se tienen y se pueden o no desarrollar. Han de ser seleccionadas e inducidas y sí garantizan el éxito no sólo en el corto sino en el medio y largo plazo.
- *La Gestión por Competencias no es una herramienta*. Con frecuencia se la confunde con la conocida evaluación del desempeño. Como todo proceso de gestión incluye herramientas, pero éstas no son en sí mismas más que eso: apoyos, soportes a la gestión.
- *La Gestión por Competencias no es un proceso aislado* en manos exclusivamente de la Dirección de Desarrollo de Personas. Gestores de personas son todos los profesionales de la organización (tengan o no un cargo directivo) que se relacionan con otras personas sobre las que toman decisiones. Por tanto la Gestión por Competencias es responsabilidad y tarea de toda la organización.

La Gestión por Competencias es una filosofía de gestión,

- que penetra y de la que participan todos los procesos de gestión de personas. Que afecta a todas las direcciones, áreas y líneas de la organización.
- que se operativiza en el trabajo diario y cotidiano, no es algo complejo y ajeno al día a día.
- que facilita la generación de valor añadido en términos de conocimiento individual y colectivo potenciando la creación de capital intelectual.

- que responde a la “forma EPES de hacer las cosas” en el aspecto de creación de futuro, aportando al profesional el máximo nivel de empleabilidad posible.
- que se convierte en un elemento importante de cohesión interna de la organización, potenciando el compromiso personal y organizacional.

La Dirección de Desarrollo de Personas (DDP) del Grupo EPES establece sus políticas desde lo que podríamos llamar una visión integral. Con frecuencia se entienden y se trabajan las distintas políticas de personas de una forma aislada, como procesos autónomos sin relación directa entre sí. Para la D.D.P. del Grupo EPES, todas las políticas de personas están íntimamente interrelacionadas. Todas ellas responden a los objetivos estratégicos de la organización establecidos en el Plan Estratégico antes aludido dentro del marco de competencias definido como idóneo para lograr dichos objetivos. Así, la selección de personas es una selección por competencias; los planes de desarrollo profesional se establecen en función de los mapas de competencias (que comentaremos más adelante); se forma por competencias; se remunera en función de las competencias, etc.

Otra característica definitoria de la Dirección de Desarrollo de Personas del Grupo EPES es la gestión previsional. Para EPES, *“los resultados de hoy son las competencias de ayer, y las competencias de hoy son los resultados de mañana”*. Desde este convencimiento, tanto el análisis de las diferentes áreas de responsabilidad o funcionalidad como el estudio y valoración de los profesionales se hacen con el objetivo de “creación del futuro” que antes comenté. No se trata sólo de conocer bien lo que hacemos y dotarnos de las competencias necesarias para conseguirlo, cuanto, y al mismo tiempo, definir las competencias que mañana van a suponer un requisito para que la organización aborde nuevos planteamientos, y van a suponer oportunidades de empleabilidad para el profesional. Trabajamos intentando coordinar y hacer coherentes los intereses de la organización y del individuo estableciendo las líneas de capacitación y desarrollo que la empresa necesita y dotándolas de elementos atractivos motivacionales para que las personas se incorporen a ellas.

Antes de pasar a describir la experiencia concreta del Grupo EPES en gestión por competencias quiero comentar que, como cualquier otra actividad estratégica empresarial, la gestión por competencias es un proceso con las fases de planificación, acción, y evaluación continuas para adecuarse en cada momento a las necesidades de la empresa. Este proceso debe establecerlo cada organización dedicando a cada fase el tiempo y recursos que requiera. No existe “el modelo”, sino “nuestro modelo”. La adaptación de las herramientas, el modo de implantación, la secuencia etc, han de establecerse por la dirección de personas respondiendo, no a la ortodoxia del modelo elegido, sino a los objetivos establecidos por la empresa.

## 2. GESTIÓN POR COMPETENCIAS. EXPERIENCIA EN EL GRUPO EPES

Habiendo descrito el marco conceptual y las líneas estratégicas de la Gestión de Personas del Grupo EPES, voy a comentar nuestra experiencia práctica con respecto a la gestión por competencias.

Todos los procesos de la gestión de personas se han visto modificados desde la Gestión por Competencias, pero estimo más interesante detenerme y destacar las herramientas específicas que hemos implantando en nuestra organización para llevar a cabo la gestión por competencias:

- La evaluación para el desarrollo profesional
- Los mapas de competencias
- El test de autodiagnóstico
- Los planes de desarrollo profesional

### 2.1. Evaluación para el desarrollo profesional (EDP)

Es una herramienta de evaluación de las competencias de los profesionales que difiere de la evaluación del desempeño por cuanto ésta mira al pasado y lo valora, y la evaluación para el desarrollo profesional valora el pasado para establecer las mejoras necesarias que faciliten el desarrollo del profesional en el futuro.

Hemos integrado la EDP en el sistema de incentivos, ligados a la calidad profesional. Las competencias establecidas han sido aquellas que se pueden traducir en conductas y comportamientos que reflejan la incorporación de los valores EPES. La EDP supone un compromiso mutuo: para el profesional, el compromiso de desarrollar las competencias con ayuda del plan establecido junto con su responsable; para la organización, el compromiso de facilitar que dicho plan se lleve a cabo en óptimas condiciones.

Para realizar la evaluación para el desarrollo profesional hemos elegido dos sistemas diferentes según se trate de profesionales operativos o de directivos. A los primeros, se les realiza al EDP individual, mientras que los directivos realizan la técnica de feed-back 360°.

#### a. *EDP Individual*

##### CARACTERÍSTICAS

- Se establece como un proceso en cascada en función de los grupos naturales con dependencia jerárquica directa.
- La EDP es una evaluación subjetiva con un método. Esto es importante porque evaluadores y evaluados no pueden confundir el método con la objetivización cuantitativa de las competencias lo que, por ser conductas, es imposible.

- Se Integra en el trabajo habitual, se han definido competencias profesionales posibles de desarrollar por cualquier profesional sea cual sea su trabajo.
- Se establece una óptica histórica de seis meses para la valoración, mientras que el Plan de Mejora tiene una finalidad prospectiva a medio y largo plazo. En el Plan de Mejora el protagonista es el profesional, y el “jefe” se ha de comportar como un entrenador-facilitador “coaching”.

## METODO

Físicamente, la EDP tiene un soporte, un documento en formato DIN-A3 con dos partes claramente diferenciadas. Una primera parte contiene las 11 competencias definidas, todas ellas relacionadas con un valor EPES, y una escala de valoración. Se establecen también 4 rangos de puntuación desde el “no logra” al “supera”. Una segunda parte donde el responsable jerárquico hace los comentarios oportunos sobre aquellas competencias en las que el profesional destaca y aquellos que debe mejorar. Conjuntamente, responsable y profesional, establecen y pactan el plan de mejora que establece objetivos, acciones y plazos, lo que facilitará el posterior seguimiento. El profesional puede escribir sus comentarios sobre el método, la entrevista, las impresiones que le causa, etc. Mientras la valoración es un ejercicio personal del evaluador, el plan se construye en la entrevista individual.

La EDP la realiza cada responsable a los profesionales que de él dependen jerárquicamente de forma individual, siendo la entrevista personal el factor determinante y el elemento primordial del proceso.

La Dirección de Desarrollo de Personas recibe todas las EDP y las analiza, al tiempo que se ha incluido en la web interna una base de datos compartida que permitirá el análisis cuantitativo posterior. Así, la retroalimentación de la DDP incluye los datos agregados por Servicio Provincial, categoría profesional, etc sobre las puntuaciones globales, por competencia, etc, y un informe donde se comentan los aspectos cualitativos más relevantes que se destacan de las EDP.

## OBJETIVOS:

- Dotar de mayor eficacia los procesos de selección y promoción; ambos, constituyen un pronóstico sobre la idoneidad de los candidatos, la cual se pone de manifiesto con la evaluación de sus competencias.
- Detectar necesidades de formación y entrenamiento más allá de la formación técnica necesaria según el trabajo del profesional.
- Establecer un inventario de capacidades y competencias de la organización
- Facilitar la detección de profesionales de alto potencial para desarrollos polivalentes y promociones tanto verticales como horizontales.

- Potenciar la comunicación entre los responsables y sus colaboradores, mediante la entrevista, lo que facilita un mayor conocimiento del clima laboral y una mayor cercanía a la realidad de los profesionales.
- Evaluar continuamente las competencias individuales, lo cual genera y potencia el compromiso entre el profesional y la organización, consolidándose así el llamado “contrato moral o psicológico”
- Identificar e individualizar los objetivos, lo cual se realiza con criterios de empresa. Se pretende así evitar la percepción que pueden tener los profesionales de “favoritismos” en la designación de responsabilidades, oportunidades de promoción, etc. Así mismo, cualquier profesional puede y debe diseñar su trayectoria profesional en la organización.

#### **b. *Feed-Back 360° Areas y Líneas (Directivos)***

##### **METODO**

Hemos definido 6 competencias identificativas de un comportamiento colectivo, el de todos los directivos que integran un área o una línea de actividad del Grupo EPES. La valoración la realiza cada directivo individualmente del resto de áreas y líneas visualizando éstas como equipos de trabajo. Así mismo se comentan los aspectos destacables o a mejorar, sugiriendo las medidas necesarias para ello. Al igual que con la EDP individual, la DDP elabora un informe para cada área y línea recogiendo el análisis cuantitativo y cualitativo del proceso.

##### **OBJETIVOS**

- Potenciar el desarrollo de equipos de alto rendimiento dentro de las áreas y líneas, que constituyen los diferentes niveles de dirección estratégica y operativa del grupo.
- Potenciar el trabajo en red dentro de una organización con estructuras cada día más flexibles y horizontales.
- Establecer un mecanismo de retroalimentación y mejora continua de las relaciones internas entre los directivos de la organización, sea cual sea su nivel jerárquico.
- Potenciar la cultura de que un área, línea, es tanto más cuanto más aporta a la organización en términos de valor añadido.
- Favorecer las sinergias interniveles, interáreas e interlíneas en base a las competencias específicas, frente al comportamiento de “esto es o no es de mi área de responsabilidad”.

En junio de 1998 se llevaron a cabo por primera vez en nuestra organización ambas técnicas. Resumidamente, los resultados han sido:

En el caso de la EDP Individual se han constatado las competencias que por categoría profesional están más desarrolladas y las que han obtenido menor puntuación y sobre las que habrá que trabajar más (ver tabla 1). Se han realizado el 100 % de las entrevistas obteniendo comentarios directos del 85% de los profesionales. De dichos comentarios destaca, por su relevancia, la valoración positiva que hacen, si bien, esperan y necesitan “ver” qué efectos positivos reales les aporta a su vida profesional.

Tabla 1. Competencias con mayor y menor puntuación por categoría profesional

Cat. profesional	Competencia mayor puntuación.	Competencia menor puntuación.
MEDICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud de orientación al cliente</li> <li>• Adecuada utilización de recursos</li> <li>• Capacidad para la relación personal</li> <li>• Actitud de aprendizaje continuo</li> </ul> <p>(promedio superior a 4,5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía en resolución de problemas</li> <li>• Capacidad de iniciativa y creatividad</li> <li>• Cultura empresarial: compromiso</li> <li>• Flexibilidad: adaptación al cambio</li> </ul> <p>(promedio inferior a 3)</p>
ENFERMERAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada utilización de recursos</li> <li>• Capacidad de trabajo en equipo</li> <li>• Actitud de orientación al cliente</li> <li>• Capacidad para la relación personal</li> <li>• Disposición para asumir responsabilidad.</li> <li>• Actitud de aprendizaje continuo (promedio superior a 4,5)</li> <li>• Flexibilidad: adaptación al cambio</li> </ul> <p>(promedio superior a 4,5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de iniciativa y creatividad</li> <li>• Cultura empresarial: compromiso</li> <li>• Mejora continua: aprender del error</li> </ul> <p>(promedio inferior a 3)</p>
TECNICO EMERG. SANITARIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud de orientación al cliente</li> <li>• Adecuada utilización de recursos</li> <li>• Capacidad para el trabajo en equipo</li> <li>• Capacidad para la relación personal</li> </ul> <p>(promedio superior a 4,5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de iniciativa y creatividad</li> <li>• Cultura empresarial: compromiso</li> <li>• Autonomía en resolución de problemas</li> <li>• Flexibilidad: adaptación al cambio</li> </ul> <p>(promedio inferior a 3)</p>

Se había decidido previamente que Junio nos situaba en el “punto 0”, por lo que esta primera evaluación no ha tenido ninguna repercusión en los incentivos de este primer semestre

Como estrategia para diciembre nos hemos planteado:

- Cada director/a establece una ponderación para las competencias por categoría profesional en base a los resultados obtenidos. Así, se trata de potenciar más aquellas competencias menos desarrolladas para que los profesionales visualicen en qué deben hacer mayores esfuerzos. Del análisis del proceso con cada director/a se han derivado medidas o acciones puntuales y concretas con el fin de facilitar y potenciar la labor de los directores en el segundo semestre.
- Nos planteamos como objetivo lograr el 100% de comentarios de los profesionales como indicador de compromiso y participación activa. Así mismo, establecimos que sería un éxito si un % alto de profesionales manifiestan que el plan que se pactó con ellos no sólo se ha realizado sino que, además, le ha aportado profesionalmente. En diciembre, los resultados de la evaluación afectan al 50% de los incentivos B.
- En el caso de la técnica de Feed-back 360° las competencias que se han puntuado más alto han sido “*Accesibilidad, Colaboración, Relaciones Interpersonales*”, siendo “*Información, Innovación, y Creación de Valor Añadido*” las de menor puntuación. Tras el análisis y la emisión del informe, los directivos/as de las distintas áreas y líneas establecieron sus planes de mejora, en la mayoría de los casos atendiendo a las sugerencias de mejora que los demás han propuesto tras un análisis crítico. En cuanto al proceso, se ha hecho un esfuerzo por facilitar el método tanto con formación específica, como estableciendo el glosario de competencias con definiciones más concretas y consensuadas. También se ha modificado la escala de valoración para permitir mayor variabilidad de puntuación.

## 2.2. Mapas de competencias

Los mapas de competencias son mucho más que simples descripciones de puestos de trabajo. Definen y dibujan las posibles rutas de desarrollo profesional determinando las competencias básicas y específicas que el profesional ha de tener o adquirir.

Para los profesionales operativos de la Línea 061 existe un área funcional, la asistencial, identificada por la categoría profesional que cada profesional tiene. Pero además, en EPES consideramos que la polivalencia funcional es una ventaja y una oportunidad para los profesionales, al tiempo que una riqueza y un alto potencial para la empresa que además puede establecer una gestión flexible y ágil.



Se han definido las distintas áreas funcionales siendo todas ellas compatibles entre sí; es decir, un profesional puede desarrollarse en más de un área funcional: médicos y enfermeras pueden iniciar desarrollos en gestión, formación, comunicación, prevención, etc.

Los mapas de competencias recogen las responsabilidades inherentes a los distintos niveles de desarrollo que para cada área funcional se hayan establecido. Se describen también las competencias de conocimiento, habilidad y actitud requeridas en cada nivel y los criterios de progreso. Las competencias pueden ser imprescindibles, o deseables. En el segundo caso, no supone un obstáculo en el desarrollo profesional no contar con éstas, aunque sí decisorias en situaciones comparativas entre profesionales.

Entendemos que los mapas de competencias aportan un valor añadido fundamental. Son un compromiso muy importante que supone una exigencia grande para la organización. Todo profesional de EPES, por serlo, conoce y tiene derecho a elegir su futuro dentro del marco establecido por la organización. Así mismo, supone un compromiso individual importante del profesional que ha de lograr lo que se espera de él. Todos los profesionales responden a un plan de desarrollo relacionado con su trabajo. Algunos, considerados como profesionales de alto potencial inician desarrollos polivalentes que la empresa propone y que han de coincidir con los intereses y deseos del individuo.

Los mapas de competencias por tanto, son el marco de empleabilidad individual y son dinámicos. Garantizan la competitividad de la organización por cuanto, respondiendo al criterio de previsionalidad, han de adelantarse a las necesidades de competencias de la empresa para iniciar nuevas actividades. Con respecto a los mapas ya establecidos, competencias hoy deseables, mañana pueden ser imprescindibles; competencias obsoletas saldrán de los mapas, etc. También son dinámicos, por cuanto se irán definiendo otros nuevos en función de las necesidades y la evolución de la empresa en el futuro.

### **2.3. Test de autodiagnóstico**

Se ha diseñado una herramienta informática integrada dentro del sistema de información del grupo que permite de forma individual y permanente que el profesional identifique las competencias de conocimiento, habilidad y actitud que va adquiriendo o desarrollando. Contamos así con el inventario de competencias individuales actualizado. La ratificación de los datos la realiza el responsable directo.

### **2.4. Planes de desarrollo de las competencias**

Una vez que sabemos “cómo queremos ser”, es decir, cuando hemos establecido las competencias básicas o específicas para los distintos profesionales en función de su categoría profesional y área funcional, y que conocemos también las competencias que los individuos y colectivos poseen, podemos establecer el plan de desarrollo de competencias desde el más “macro –general” que afecta a un colectivo, al más “micro-individualizado” para cada profesional.

Un plan de desarrollo de competencias es un todo con nombre y apellidos. Por mucho porcentaje de aspectos comunes que exista entre los planes de todos los médicos de un servicio provincial, existe un porcentaje de individualización que convierte al plan en único, el de cada uno, un plan personal.

El Plan de Desarrollo recoge:

- las acciones de mejora para desarrollar las competencias de actitud
- las acciones de mejora para incorporar-aprender conocimientos y habilidades: mantener los que se tienen, aprender nuevos, y saber olvidar los obsoletos.

Sin entrar en mucho detalle quiero destacar la diferencia entre un plan de formación y un plan de desarrollo. El primero forma parte del segundo que es mucho más completo. Con formación no se adquiere una competencia de “trabajo en equipo”, aunque la formación en técnicas de dinámicas de grupo ayude. La actitud de trabajo en equipo requiere, ante todo, pertenecer a un equipo, tener unos objetivos a conseguir como equipo, tener una responsabilidad concreta dentro del equipo, etc. A esto le llamamos “acciones” u “oportunidades” tan necesarias como la formación técnica y mucho más útiles cuando se trata de competencias de actitud. El entrenador-facilitador (coach) es quien determina qué acciones-oportunidades son las más idóneas para que tal o cual profesional pueda *ser* con respecto a las competencias definidas.

Aunque no hemos hecho más que empezar, hemos tenido que recorrer un largo camino para llegar hasta aquí. Para empezar, y como cualquier decisión estratégica de una organización, ha sido fundamental el fuerte compromiso que la alta dirección, en especial la Gerencia y el Consejo de Dirección, adoptó para con esta nueva política en la gestión de personas.

También era fundamental transmitir a todos los profesionales el significado de la “Gestión por Competencias” incluida en el Plan Estratégico. La Dirección de Desarrollo de Personas se reunió con cada uno de los profesionales, visitándolos en sus respectivos Servicios Provinciales, convocando grupos pequeños (de no más de 20-25 personas) para favorecer la participación, el diálogo, el intercambio. No se trataba sólo de dar información, sino de minimizar posibles miedos, resolver las dudas directamente conforme iban surgiendo. Los profesionales conocieron el proceso, los objetivos, las dificultades y los retos, lo que se esperaba de ellos y de los directivos. Esta labor la continúan día a día los responsables directos.

Ha sido necesario también aportar a los directivos una formación específica, tanto en el modelo desde el punto de vista conceptual como en el uso de las distintas herramientas y técnicas. Así, fue decisiva la formación y entrenamiento en la realización de entrevistas de evaluación.

Previo a todo ello, y como he comentado, el diseño de cada herramienta, de cada proceso, el método de implantación, etc, se analizó y determinó en función de lo que EPES necesitaba y le era más positivo y adecuado.

Una ayuda fundamental la ha constituido el empleo de las tecnologías de la información, en concreto la Intranet del Grupo EPES. Las herramientas, bien en su totalidad o una parte de ellas están integradas en el Sistema de Información, en la Base de Datos de Personas y se utilizan vía intranet. Dada la dispersión geográfica de EPES suponen mucho más que una ayuda; en algunos casos, las potencialidades que oferta la tecnología se convierten el elemento fundamental para determinar si se va a poder abordar o no una determinada metodología o técnica.

Un aspecto a tener en cuenta es que hay que planificar la gestión de los riesgos y de las resistencias. No podemos olvidar que, en general, los profesionales desconfían de cualquier sistema de evaluación, y mucho más si miden actitudes y, por tanto, conllevan un alto porcentaje de subjetividad. Así mismo, hay profesionales en nuestra organización que han tenido experiencias negativas en otras organizaciones, y por tanto, no dan la menor credibilidad a esta política. Más a medio plazo, cuando se ha empezado, hay que tener cuidado con las expectativas insatisfechas. Bien porque se esperaba mucho más de lo que se podía dar, bien porque no se dio lo pactado; en cualquier caso, se lesiona profundamente el compromiso y la implicación del profesional.

Hemos de prever también dificultades en algunos responsables que les cuesta mucho valorar a sus colaboradores, y es que no es fácil, pero forma parte de función del directivo. Una de las dificultades o riesgo más frecuente, y por lo mismo hay que evitarlo, es la confusión que se crea tanto en responsables como en profesionales entre la “competencia conductual” y la “competencia técnica”. No es extraño el comentario: *“pero si fulanito es un excelente clínico ¿cómo dices que ha obtenido baja puntuación en la evaluación...?”* Ser un buen profesional es mucho más que hacer bien el trabajo técnico.

Por tanto, no podemos olvidar que la validez del sistema depende del método y que éste hay que cuidarlo y diseñarlo muy bien; pero el éxito está relacionado con la credibilidad y ésta sólo depende de la ejecución correcta. En este sentido quiero poner de manifiesto cuán humildes hemos de ser los directores y directoras de desarrollo de personas o de recursos humanos. Pues si somos mucho más responsables que los directivos de línea de la definición de las políticas y las metodologías, son ellos quienes las hacen realidad. Son ellos los verdaderos gestores de personas y junto con sus colaboradores, de ellos depende el éxito de políticas tan importantes como ésta.

Como he comentado anteriormente, estamos al comienzo de un largo camino; aún nos quedan situaciones que hemos de prever y evitar: Burocratizar el proceso, obstaculizando las mejoras en los comportamientos y competencias de los profesionales, que se convierta en fuente de conflictos o que sea percibido como algo ajeno y no

integrado en el día a día de la gestión de personas son algunos ejemplos de lo que considero fracasos del sistema.

Frente a ello, y poniendo todos los medios para evitarlo, nos hemos marcado nuevos retos, entre los que destaco la integración de la gestión de competencias y la gestión del conocimiento. Como comenté al principio de mi intervención son los dos pilares en los que se cimienta una gestión de personas moderna e innovadora en las empresas del futuro. Así mismo, la revisión permanente de las competencias para adecuarlas a cada momento organizativo y los objetivos estratégicos se ha de hacer con la participación directa de los profesionales. Y como elemento de madurez organizativa nos proponemos extender la técnica de “feed-back 360°” a toda la organización pues es muy importante conocer también la valoración que los operativos hacen de sus directivos.

### 3. CONCLUSIONES

Estamos convencidos de que la gestión por competencias aporta grandes ventajas a la gestión de personas y por tanto, al éxito de las organizaciones dado que vincula estrechamente el desempeño individual con la estrategia empresarial. Nos permite reconocer y recompensar el cómo y no sólo el qué o el cuánto en el trabajo. Establece una garantía de competitividad individual y colectiva en el medio y largo plazo al determinar las conductas que darán lugar al éxito en el futuro y potencia sinérgicamente la creación de valor en términos de capital intelectual.

Es, por tanto, una filosofía de gestión que ayuda a encontrar las respuestas que todos los gestores nos hacemos a diario y que tienen que ver con cómo incorporar nuevos valores, cómo generar entusiasmo mantenido en el tiempo, cómo ayudar a los mandos a gestionar a los profesionales, cómo salir de culturas tradicionales y obsoletas e incorporar a las personas a nuevos tiempos, cómo... y un largo etcétera.

La gestión por competencias es una filosofía de gestión que han de desarrollar y llevar a la práctica las organizaciones, pero especialmente los gestores de personas. Para que realmente sea eficaz y logre sus objetivos, las direcciones de desarrollo de personas o de recursos humanos (el nombre es lo de menos) han de ser conscientes y asumir también que en el futuro inmediato, han de cambiar su rol y su visión.

Hoy gestionamos equipos multidisciplinares en ocasiones muy distantes físicamente. Nuestro cliente interno ya no es la alta dirección, a ella pertenecemos. Nuestro cliente es el profesional mientras damos respuesta a las grandes líneas estratégicas de nuestras organizaciones. Hoy se espera de nosotros que promovamos el cambio, que seamos agentes proactivos del mismo, y que orientemos nuestras políticas e iniciativas desde una orientación estratégica.

En definitiva, que entendamos que las personas son de verdad, el activo más importante de nuestras organizaciones.

Así comienza el Plan Estratégico 1998/2000 del Grupo EPES, y entiendo es el mejor resumen de lo que he pretendido transmitir:

*“Sólo desde el profundo convencimiento de que las empresas sanitarias son algo más que estructuras generadoras de riqueza social y/o económica, al ser además estructuras humanas poseedoras de una cultura y de un conjunto de valores que configuran su identidad, podrá abordarse el cambio necesario para el Siglo XXI”.* Pedro Durán.

## DEBATE

Tras la exposición, se desarrolla el debate del que surgieron los siguientes puntos a destacar:

### *Correlación entre la mejora en el servicio y en los profesionales.*

La mejora de los profesionales se produce cuando creen en la empresa, creen en sus expectativas y desarrollo; cuando además de pagarle, le promocionan. Se genera un compromiso entre el profesional y la organización, que actúa como motor en la mejora del servicio.

### *Participación de los profesionales en la gestión por competencias.*

En el plan estratégico de la empresa participó el 100% de las personas de la empresa. Antes de definir las competencias estratégicas se trabajaron conjuntamente, estableciéndose un plan de desarrollo de competencias tanto de conocimiento, de habilidad y de actitud. Es un compromiso mutuo de la organización y los profesionales.

### *Periodo de evaluación del desarrollo profesional.*

En principio interesa más evaluar en un corto espacio de tiempo para validar el método, después seguramente se realizará en periodos anuales.

### *Importancia del mapa de competencias, como ruta de desarrollo profesional.*

Imagina que todos quieren ser formadores. Para no elegir de forma arbitraria, se tendrá en cuenta los valores que cada persona tiene para esa competencia específica. Sobre todo debe de haber interrelación entre las personas, debe de existir líneas de negociación.

### *Todas las personas de la organización son evaluadas.*

Los únicos que no son evaluados de forma individual son los equipos corporativos (DDP,...) El directivo de línea es evaluador y evaluado. Las competencias que se les piden a los directivos son distintas de las de los profesionales.

*Los motores (líderes) del cambio.*

Están dentro de la organización. También son los profesionales, no sólo son los directivos. Todos estos motores están orientados a la estrategia de la empresa. Los valores van todos orientados en una misma dirección. La gestión por competencias es responsabilidad y tarea de toda la organización, no solo de la dirección de desarrollo de personal. El éxito del proyecto depende de las características y potencialidades de todas las personas que lo forman.

*Aprendizaje de las competencias.*

Todas las competencias se pueden aprender, aunque algunos aprendizajes pueden resultar muy costosos y a la empresa puede no compensarle ese esfuerzo. Se puede enseñar a un loro a trepar, pero quizás sea mejor comprar un mono.

*Importancia de la elección de un buen método de evaluación subjetivo.*

También los métodos de evaluación de las competencias técnicas al ser numéricos, suelen ser rígidos y por lo tanto conllevan algunos fallos. Manejar la subjetividad supone un reto de negociar. Se tiene que ser capaz de negociar acuerdos viables (con plazos, etc.). La gestión por competencias es un reto para la credibilidad de la que depende el éxito del método.

*No se puede hacer recomendaciones a otras empresas.*

Esta organización se planteó funcionar así, pero no sé si este sistema de gestión funcionaría en otra organización. Primero hay que preguntarse: ¿Qué queremos? ¿Cómo podríamos hacerlo? ¿Es útil?... La gestión por competencias no tiene porque ser útil para todas las organizaciones, o sencillamente puede no interesarle.



# *La gestión de los recursos humanos en el ámbito de una entidad de profesionales*

ALBERT LEDESMA CASTELLTORT

*Director asistencial*

*Equip Assistència Primària Vic S.L.*

*Ponencia presentada en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*





# LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL ÁMBITO DE UNA ENTIDAD DE PROFESIONALES

## A. ELEMENTOS TEÓRICOS

### 1. Introducción

Una fugaz mirada hacia atrás nos permite observar que el médico y el practicante eran dos personajes muy enraizados en la cultura popular de nuestro país, en el que desarrollaban un papel social destacado. Su figura personal y profesional estaba ligada a un cierto nivel económico y social que solía situarse en la banda alta o media. El compromiso con sus pacientes trascendía de la mera obligación contractual, reflejada en un contrato de trabajo; normalmente su disponibilidad profesional era muy amplia desde la percepción del ciudadano y su marco de relaciones se situaba en el ámbito del ejercicio libre.

Con el paso de los años, la evolución del Sistema Nacional de la Salud y la masificación de las profesiones sanitarias se han modificado radicalmente las relaciones entre sanitarios y pacientes. Ahora se configuran en el marco de un contrato de trabajo que convierte al sanitario en un asalariado, normalmente por cuenta de la administración pública, que adquiere unas obligaciones que tienen un límite horario estricto y con unas escasas perspectivas de promoción profesional o personal.

¿Es este el marco contractual idóneo para el desempeño de nuestra actividad profesional? ¿Que ventajas tienen las entidades de profesionales en el ejercicio de nuestra actividad? ¿Es posible pensar en recuperar un marco laboral que situó la gestión de los recursos humanos en el ámbito del ejercicio liberal de la profesión? ¿Que inconvenientes tiene o podría tener esta situación?

### 2. Marco jurídico de las relaciones laborales

Cuando un profesional sanitario se convierte en persona jurídica para organizar su trabajo puede hacerlo de forma individual o bien con otros profesionales formando una entidad de base asociativa.

En esta entidad los profesionales pueden desarrollar su actividad como contratados laborales o bien a través de una relación mercantil o de prestación de servicios. La decisión de cuál o cuáles de las fórmulas va a ser utilizada está condicionada por varios elementos que habría que considerar:

- La persona con la que vamos a establecer un vínculo contractual es, o no es, socio de la entidad
- Si es socio de la entidad, qué parte del capital social ostenta

- Su dedicación profesional a la entidad es su principal actividad, tiene un horario establecido y estable y/o se le remunera con una cantidad fija mensual.
- Qué tipo de formación tiene y que actividad va a desarrollar
- Cuál es la cuantía de su remuneración

Analizados estos elementos y considerados los riesgos legales y económicos que se pueden asumir al establecer un u otro tipo de vinculación podemos optar por:

- Contratar a los profesionales mediante un contrato laboral que estará sujeto a unas obligaciones legales por ambas partes, reguladas en el Estatuto de los Trabajadores y en el convenio colectivo que sea de aplicación en cada caso.
- Establecer una relación de prestación de servicios mediante el pago por acto en el que la entidad que contrata los servicios se compromete a abonar al profesional la cantidad establecida por cada servicio y el sanitario se obliga a prestar el citado servicio y a asumir las obligaciones propias de una persona jurídica ante las instancias de trabajo, hacienda y municipales.

Situaciones en las que se podría considerar la relación laboral como la más adecuada:

- Profesionales sanitarios que rebasan cierto límite de edad, 50-55 años, y que han estado cotizando en el régimen general de la Seguridad Social durante un determinado número de años. Un elemento ha considerar es la base de cotización que ha tenido en los últimos años.
- Profesionales no sanitarios. A pesar de los inconvenientes que puede tener, se podría considerar este tipo de vínculo en el caso de que sean socios de la entidad con un nivel de participación importante en la propiedad de la misma.
- Diplomados de enfermería en general, excepto en los casos en que sean socios con una importante participación, que tengan un cargo de administrador en la entidad o que la entidad tenga como elemento de servicio más importante las prestaciones propias de enfermería.
- Médicos que su actividad única o principal sea la que realizan en la entidad y que no participan en la propiedad de la misma.

Situaciones en las que la relación mercantil es la más apropiada para establecer un vínculo entre la entidad y el profesional:

- Profesionales sanitarios que compaginan su actividad profesional en varias entidades, prestan servicios concretos que están sujetos a dedicación horaria variable y a los que retribuimos en función de los servicios prestados.

- Médicos que prestan sus servicios como actividad profesional única o no en la entidad, son socios de la misma y tienen un nivel mínimo de ingresos económicos a través de la entidad y/o disponen de otras fuentes de ingresos o de un determinado patrimonio.
- Enfermeros con la misma situación anterior, especialmente si tienen un papel importante en la misma por el tipo de servicio o por el cargo que desempeñan en la misma.

### **3. Aspectos legales a considerar en el momento de establecer la relación profesional**

Es importante saber que, a pesar de que establezcamos una relación de tipo mercantil, el profesional puede intentar demostrar ante las instancias pertinentes que se trata de un vínculo de tipo laboral. Si lo consigue la entidad deberá reconocerla y asumir las obligaciones que le correspondan de forma retrospectiva y en adelante.

Si se establece un vínculo laboral la entidad viene obligada a:

- Satisfacer las cuotas de la Seguridad Social del régimen general
- Practicar las retenciones del IRPF vigentes y hacerlas efectivas en el momento oportuno ante la delegación de hacienda correspondiente
- Firmar el correspondiente contrato laboral en el que se establezca la categoría profesional, la dedicación horaria y determinar las funciones del trabajador
- Cumplir las obligaciones salariales y de otro tipo estipuladas en el contrato, que en ningún caso podrán ser inferiores a las estipuladas en el convenio colectivo marco
- Aplicar la normativa vigente en materia de seguridad e higiene en el trabajo

En el caso de establecer una vinculación mercantil las obligaciones serían:

- Establecer los servicios a prestar, las condiciones en que se prestarán y el precio por cada servicio o acto médico.
- Observar que se cumplen las condiciones necesarias para que la relación pueda establecerse en el ámbito mercantil.
- Aplicar las retenciones de IRPF establecidas en cada momento para este tipo de relación profesional y hacerla efectiva ante la delegación de hacienda correspondiente. A ejercicios vencidos informar por escrito al trabajador de las cantidades que ha percibido de la entidad y las que se han satisfecho en su nombre a hacienda

- El profesional está obligado a satisfacer el correspondiente impuesto sobre las actividades económicas, hacerse cargo de su Seguridad Social e ingresar a la hacienda pública las cantidades que le correspondan en función del régimen de tributación a que esté sujeto.
- La entidad le ha de informar de los riesgos a que está sujeto su puesto de trabajo en los locales de la misma y el profesional es el responsable ante la administración de trabajo de aplicar las oportunas medidas de seguridad.

#### **4. Organización del trabajo y gestión de los recursos humanos en las empresas de profesionales**

En las empresas de profesionales dedicadas a ofrecer servicios sanitarios el valor más importante no es el capital sino el trabajo que aporta cada uno de ellos. El objetivo principal no va a ser el acumular capital social, sino intentar desarrollar la actividad profesional en las mejores condiciones posibles, obteniendo a cambio las mejores contraprestaciones económicas y los incentivos que le estimulen a seguir ofreciendo el mismo nivel de servicio, con las mismas expectativas o satisfacción personal y profesional.

Las empresas que no sean de profesionales y que tengan como objeto social las actividades sanitarias, pueden optar por la contratación mercantil pero el objetivo que persiguen es distinto al del caso precedente. En este caso la empresa pretende establecer el mínimo de contratos laborales, cumpliendo las premisas que hacen legal esta relación por prestación de servicios. Su objetivo es tener la mejor cuenta de resultados posibles para ampliar su capital social y/o repartir dividendos entre los socios. En este caso el profesional y su actividad es un medio de negocio para segundas personas y no el propio fin de la entidad.

Es conveniente que las empresas de profesionales sanitarios cuenten con una organización en la que se aseguren unas condiciones que las hagan viables y atractivas para los propios miembros de la misma:

- Autonomía en la organización y desempeño de sus funciones en su puesto de trabajo
- Estructuración del organigrama funcional de la forma más plana posible
- Distribución de funciones y asunción de responsabilidades a título individual y de categoría profesional
- Consideración de las opiniones y aportaciones en la organización del trabajo que pueda hacer cada profesional y que puedan contribuir a mejorar el servicio
- Asegurar que existe un responsable último que conoce de cerca el funcionamiento de la entidad, identifica las disfunciones y interviene para corregirlas en el caso de que los responsables no las hayan percibido o no sean capaces de resolverlas

- Implicar el máximo posible a todos los profesionales en el funcionamiento de la entidad, haciendo que el futuro de la misma esta estrechamente ligado a su competencia en el puesto de trabajo

## 5. Retribuciones

Está claro que en el caso de los asalariados se trata simplemente de satisfacer los emolumentos pactados en contrato o convenio de una forma regular y puntual. En el caso de la contratación por acto médico el de abonar mensualmente la cantidad que le corresponda. Esta premisa tan evidente si se cumple de forma estricta ofrece una ambiente de seguridad en el puesto de trabajo que, en sí mismo, puede convertirse en un mecanismo que estimule la eficiencia.

Es evidente que parte de la productividad en el puesto de trabajo y su mantenimiento a lo largo del tiempo esta estrechamente ligada a la necesidad de los profesionales de demostrar día a día su aportación personal a la entidad. Una condición necesaria, aunque no suficiente, es tener que competir por una parte de su remuneración; para ello todos los profesionales de una entidad de base asociativa han de tener aseguradas una remuneración básica igual para todos y una parte variable en función de su dedicación, aportaciones y resultados.

## 6. Incentivos

Entendemos como incentivo a cualquier elemento que nos mueve ha hacer una determinada cosa; serían los instrumentos a través de los cuales se induce, se completa o se mantiene la motivación.

Tipos de incentivos:

- Mejora en las condiciones laborales
- Enriquecimiento del trabajo mediante la modificación de tareas en vertical
- Adecuación de la persona al lugar de trabajo
- Participación y delegación en el diseño y planificación de su trabajo
- Reconocimiento de la labor
- Evaluación del rendimiento laboral
- Formación y desarrollo profesional
- Establecimiento de objetivos compartidos

Características de los incentivos en el ámbito de una empresa de profesionales

- El hecho de trabajar por cuenta propia es un incentivo en sí mismo

- Los incentivos han de sustentarse en indicadores precisos y cuantificables con un coste de obtención razonable
- Los incentivos aplicados de forma subjetiva han de contar con la aquiescencia de la mayoría, entendiéndose que son justos y proporcionados
- Los incentivos únicamente de tipo económico no son adecuados a medio y largo plazo.
- Los incentivos deben adaptarse a lo largo del tiempo
- Han de existir incentivos al grupo e individuales
- Ha de existir la posibilidad de elegir entre diversos tipos de incentivos
- Los incentivos han de estar al alcance de todos los profesionales

## **B. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN UNA EMPRESA DE PROFESIONALES**

### **1. Elementos que debe contener:**

- Compartir la autonomía y la responsabilidad directa de gestionar unos recursos para ofrecer un servicio de calidad obteniendo unos buenos resultados económicos y haciendo viable la empresa.
- Compartir los objetivos para asegurar el futuro de la entidad y del puesto de trabajo.
- Mostrar una consideración personal y profesional, implícita y explícita, proporcional al esfuerzo realizado y a los resultados obtenidos.
- Cuidar las relaciones humanas entre los profesionales de la plantilla para intentar que sean lo suficientemente fluidas para sumar esfuerzos en la búsqueda de los objetivos fijados.
- Poner a su disposición los medios técnicos y humanos necesarios para el normal desarrollo de la actividad.
- Utilizar adecuadamente los elementos de formación, investigación y de capacidad técnica individual en áreas concretas como instrumentos positivos de promoción y consideración personal ante el grupo.
- Motivar a los profesionales para que actúen de una determinada manera y un determinado nivel de esfuerzo. Para ello hay que considerar las siguientes necesidades a satisfacer: fisiológicas (supervivencia), seguridad, sociales, estima, autodesarrollo.

## ANEXO: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN VIC S.L.

### 1. Introducción

VIC, S.L. está formada por profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) con la obligación de trabajar en el ámbito contratado por el Servicio Catalán de la Salud (SCS). Se rige legalmente por:

- Estatutos de la sociedad

Son modificables si al menos 2/3 de los socios de VIC S.L. están de acuerdo en ello. Los socios tienen la obligación de devolver las acciones que estén en su poder cuando su contrato sea rescindido, las cuales pasan a estar a disposición de los nuevos socios que forman parte de VIC, S.L.

- Decreto de Acreditación de las Entidades de Base Asociativa.

Los socios y sanitarios de VIC S.L. tienen la obligación de trabajar en el ámbito contratado con el SCS mientras no se rescinda el contrato actualmente vigente.

VIC S.L. no puede llegar a gestionar más de una Zona Básica de Salud (ZBS) como consecuencia de las incompatibilidades legales establecidas para sus socios. Esta medida ha sido introducida para evitar el posible oligopolio de la sociedad en la atención primaria catalana.

Hay un aspecto que diferencia significativamente a VIC S.L. del resto de los proveedores de Atención Primaria en Cataluña: hace tres décadas el ejercicio profesional del médico era liberal (en régimen de autónomos); en cambio en la actualidad los profesionales sanitarios suelen ser contratados como personal asalariado, con una regulación estricta de sus derechos, obligaciones y retribución económica. VIC S.L. ha buscado una forma para escapar del régimen administrativo que caracteriza a los actuales centros públicos de atención primaria.

Para la constitución de VIC S.L. era necesario que se cumplieran las siguientes premisas:

- Con el fin de escapar del régimen administrativo debía constituirse como S.L.
- La Administración debía admitir una relación entre los profesionales y VIC S.L. de carácter exclusivamente laboral o mercantil (Decreto de Entidades de Base Asociativa), caracterizadas por los siguientes aspectos :

- *Relación laboral:*

- Existe un contrato de trabajo, con carácter definido o indefinido.
- El marco general para esta relación es el Estatuto General de los Trabajadores.
- Respeto el convenio firmado para el sector.



- *Relación mercantil:*
  - Se firma un contrato por la realización de actos médicos.
  - Se establece un precio por acto médico realizado.
  - La relación es temporal, en función de los intereses de la empresa y del trabajador.

La relación de carácter laboral está en el marco de la función pública no funcionarial, y la mercantil en el marco de la gestión privada.

VIC S.L. ofrece a sus profesionales la posibilidad de elegir el tipo de relación contractual que desean mantener con la empresa. En cualquier caso, las condiciones económicas se ajustan de modo que la retribución bruta que pague VIC S.L. sea la misma en las dos opciones. Una consecuencia de esto es que el trabajador puede optar por seguir el régimen clásico de cotización a la Seguridad Social (SS) invirtiendo en ello una cuantía sustancial de su retribución bruta (relación laboral), o bien acogerse al pago como autónomo a la SS, con un coste muy inferior, ahorrando el importe restante o invirtiéndolo en lo que considere más conveniente.

Aunque la contratación se refleja legalmente como el pago por acto, en la práctica VIC S.L. calcula en primer lugar el precio por hora que debe percibir el trabajador para llegar a una retribución X; a partir de este montante se estima el número de actos que aproximadamente realizará en ese tiempo para poder escribir en el contrato el precio por acto que corresponde.

Los resultados obtenidos por VIC S.L., utilizando este modelo de gestión, han sido los siguientes:

- Un alto grado de satisfacción personal de sus profesionales sanitarios, tanto en el aspecto económico como profesional.
- Resultados asistenciales muy buenos respecto a los demás centros de atención primaria comparables.

## **2. Modelo de financiación**

La financiación global que recibe VIC S.L. del SCS es prácticamente la misma que la que perciben el resto de las ZBS. Ahora bien, administra su financiación con unos criterios muy diferentes, con mejores márgenes de costes de producción y mejores retribuciones a su personal, ofreciendo unos servicios sanitarios de alta calidad.

El SCS financia a las ZBS estableciendo un importe por habitante que oscila entre las 9.000 y 22.000 pts., con una media de 12.400 pts/hab. El importe que recibe VIC S.L. es de 12.360 pts/hab.

Los servicios de laboratorio y radiología de VIC S.L. están externalizados mediante contratos, a un precio de 1.100 pts/hab para cada uno de ellos.

En cuanto al servicio de farmacia, VIC S.L. ha optado por compartir riesgos con el SCS pactando una cantidad máxima de financiación. En caso de que VIC S.L. consiga un ahorro, el 30% se lo queda VIC y el 70% el SCS. En caso de déficit, el 5% lo cubre VIC S.L. con desembolsos de sus socios y el resto lo asume el SCS.

Es posible conseguir ahorros sustanciales en farmacia sin que los pacientes adviertan que se está llevando a cabo una política restrictiva del gasto farmacéutico. Para conseguir el cumplimiento de los objetivos de ahorro, VIC S.L. hace pactos con los laboratorios que ofertan los medicamentos a precios más bajos.

Por último, se fijan objetivos para las consultas externas de los servicios de oftalmología, salud mental y atención a la mujer.

Con esta experiencia, VIC S.L. está abriendo en Cataluña una puerta a la compra de servicios de atención primaria por el SCS, en vez de dejar la demanda en manos del libre albedrío de los médicos con una financiación retrospectiva.

Para hacer extensible el modelo de gestión de VIC S.L. al resto de las ZBS es necesario perder el miedo a pasar de un marco funcional a un marco de contratación laboral.

### **3. Atención sanitaria privada**

En muchos de sus servicios VIC S.L. presta atención tanto en régimen público como privado. Para ello, contrata a sociedades de profesionales para que presten sus servicios por vía privada, quedándose VIC S.L. con el 50% del importe facturado a cambio de poner todas sus instalaciones a disposición de estas sociedades.

La principal ventaja que se desprende es la provisión de asistencia sanitaria durante todo el día (el paciente puede acudir a la asistencia privada fuera del horario en el que se prestan servicios públicos).

Esta política ha generado muchas críticas de los Colegios Oficiales de las distintas especialidades médicas de Cataluña.

### **4. Puntos a destacar del coloquio**

VIC S.L. fomenta la práctica liberal y la flexibilidad laboral de sus profesionales. Apoya las iniciativas personales para la mejora de la calidad en la prestación de sus servicios.

Los pacientes que acuden en nombre del SCS no se facturan en ningún caso, aunque VIC S.L. lleva un registro de los mismos a efectos de control interno.

Libre elección. Los ciudadanos pueden elegir entre los servicios de VIC S.L. y los de otro centro de atención primaria público del SCS. Los que deseen acudir a VIC S.L. han de inscribirse previamente, llevándose un estricto control de los pacientes que dan de alta o de baja. Esta es la única vía de captación de pacientes. VIC S.L. está obligada a no rechazar a ninguna persona que solicite sus servicios mientras no alcance el cupo de 16.942 personas.

El porcentaje promedio de la retribución que perciben sus trabajadores vía incentivos es del 39%.

En cuanto a las instalaciones, el edificio lo financió el SCS. La compra de los equipos y su amortización es financiada por los socios de VIC S.L.

El perfil de la morbilidad (en base a pacientes) que atiende VIC S.L. es muy similar a la de las ZBS comparables. Un alto porcentaje de sus pacientes son de cultura árabe.

Se lleva un estricto control de la morbilidad de los pacientes atendidos y de los costes asociados. En la actualidad se está desarrollando un proyecto sobre el control de la calidad del servicio prestado por cada médico, buscando con ello una mejora en la gestión del binomio coste/calidad. Por ejemplo, se busca poder determinar cuál es la práctica médica correcta, en términos de calidad asistencial, entre dos profesionales de la misma especialidad que trabajan con costes muy diferentes. No siempre el médico que gasta menos es el que ofrece un servicio de mayor calidad.

Un ejemplo de su diferenciación en la prestación de asistencia sanitaria respecto al las demás ZBS: VIC S.L. oferta un servicio de yoga a 3.000 pts/mes con 2 sesiones a la semana, que está dando resultados muy buenos en los pacientes que lo necesitan.

La facturación a mutuas aseguradoras supone un 12% de la facturación total.

# *Clausura del Seminario*

CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO

*Directora Gerente  
Servicio Andaluz de Salud*

*Intervención de clausura de la Ilustrísima Sra. Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud en el Seminario "Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## CLAUSURA DEL SEMINARIO

Es una satisfacción muy grande el clausurar este Seminario, *Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias* y, también, que un año más lo podamos hacer en colaboración con MSD, laboratorio con el que da gusto trabajar. He trabajado con él a lo largo de los años en diferentes proyectos y creo que es un modelo de cómo se puede articular, desde intereses aparentemente tan distintos y aparentemente tan contradictorios, puntos de desarrollo común para las dos instituciones.

Para nosotros es especialmente interesante el tipo de reflexión de estos seminarios porque el SAS está en un momento muy importante de transformación. Hemos hecho una reflexión muy amplia y estratégica de cómo queremos cambiar nuestra organización de cara a los retos de hoy en día y, desde luego sin ninguna duda, de cara al siglo XXI, que tenemos ya a la vuelta de la esquina.

Reflexión profunda en los valores, en los proyectos, en cómo trabajamos y cómo queremos trabajar, en cómo queremos que las cosas cambien. Esto nos ha llevado a situarnos en dos posicionamientos estratégicos claramente definidos y que están llevando a que todo lo que estamos planteando en proyectos de cambio esté situado desde dos valores que queremos alcanzar.

El primer posicionamiento estratégico es cuál es el papel que realmente el ciudadano tiene que representar en nuestras instituciones y cómo podemos ser capaces de pensar como el ciudadano y no para el ciudadano, buscando situarle realmente en un planteamiento de capacidad y de influencia; de ser realmente el objetivo de nuestra atención desde una posición más de propietario del sistema, al que tenemos que ser capaces de dar un servicio diferente y de acuerdo a lo que él está demandando de una sociedad moderna, una sociedad de ciudadanos de derecho en un estado democrático. Tenemos que analizar desde esa óptica de manera muy importante nuestra manera de hacer, nuestra manera de organizar, nuestros órganos de representación, nuestro día a día. El primer posicionamiento estratégico es: cómo cambiamos nuestra organización para trasladarle más poder al ciudadano y para que la organización esté más a su servicio.

El segundo posicionamiento estratégico, tan importante como el anterior, es cómo ser capaces de afrontar un cambio organizativo interno que haga que los profesionales sanitarios fundamentalmente, pero también todos los profesionales en su conjunto, sean capaces de trabajar a gusto en una organización moderna de una manera más cómoda, trabajar desarrollando plenamente sus potencialidades y, de esta manera, dar el servicio que el ciudadano necesita, espera y merece. Solamente a partir de profesionales preparados, motivados, contentos, capaces de dar lo mejor de sí mismos en la organización en la que trabajan, seremos capaces de responder a estos retos, que en síntesis, consisten en dar el mejor servicio sanitario a los andaluces y andaluzas que tenemos a nuestro cargo.

Estos dos posicionamientos estratégicos, estas dos reflexiones, requieren de un método de trabajo diferente al que venimos utilizando habitualmente, que se base en una serie de valores y principios: el primer valor es que cualquier cambio que se haga en nuestra organización no se debe hacer sin la participación directa y sin el convencimiento directo de ellos mismos. La participación en que la organización cambie en la medida en que todos y cada uno de los que formamos parte de ella digamos el qué, el porqué y el cómo tiene que cambiar es el primer valor para obtener ese posicionamiento estratégico.

El segundo valor es la voluntariedad en la aceptación de estos cambios y en la asunción por su parte de los que, en reflexión colectiva, son adecuados. No se va a conseguir ningún verdadero cambio por imposición de ninguna medida, por muy buena que a algunos o a una parte de nosotros nos pueda parecer; tiene que ser la aceptación voluntaria y el querer cambiar lo que propicie y facilite el cambio en nuestra organización.

El tercer valor es la flexibilidad máxima de todos los que tenemos la responsabilidad de dirigir y liderar la organización para tener ojos y oídos abiertos y ser capaces de canalizar toda esta fuerza que surge de la propia organización para transformarla en ese cambio que la organización necesita. Esto implica una apuesta, de confianza absoluta en todas y cada una de las personas que configuran nuestra organización.

Esos son los valores de base de nuestro posicionamiento y nuestro diseño, el trabajo del día a día que venimos desarrollando a través de lo que llamamos el plan estratégico del SAS. La mayoría de las personas que estáis aquí, desde luego los que sois directivos del SAS, tenéis una especial responsabilidad y un especial papel en su desarrollo, puesto que sois sin ninguna duda los conductores de este cambio. Sois las personas que tenéis la especial responsabilidad de que lleguemos realmente al siglo XXI haciendo este sueño realidad, si no en todo, en una gran parte. Si lo conseguimos, a buen seguro que cada uno de los andaluces y andaluzas que acudan a nuestros centros lo van a notar, lo van a saber. Podremos estar contentos de haber contribuido con nuestro trabajo a que las personas que acudan a un servicio se van a encontrar con un servicio reconocido, van a seguir queriendo defender un sistema como el SAS con unos elementos muy importantes de valores de fondo, que consolidan un modelo y una manera de pensar de cómo tiene que articularse la sociedad. Será algo de lo que todos podremos sentirnos orgullosos y satisfechos: llevar a buen puerto el proyecto que, como os digo, en estos momentos está en pleno desarrollo y ebullición.

Quiero animar a todos a seguir trabajando; desde luego, los que estamos en los servicios centrales del SAS lo hacemos día a día y con gran ilusión. Me congratulo mucho de la oportunidad de este Seminario, que ayuda a una reflexión estratégica tan oportuna para todos nosotros. Sin más, declaro clausurado este V Seminario de *Nuevas Perspectivas en la Gestión Estratégica de los Recursos Humanos en Organizaciones Sanitarias*.

*Apéndice I*

*El plan estratégico del  
Hospital Nuestra Señora de  
Aránzazu, San Sebastián*

SONIA PEINADO BARRIO  
*Técnico de Recursos Humanos*

JOAQUÍN ESTÉVEZ LUCAS  
*Director Gerente*





# EL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ARÁNZAZU, SAN SEBASTIÁN

## ÍNDICE

- I.- Introducción
- II.- Reflexiones estratégicas
- III.- Gestión clínica
- IV.- Proyecto piloto gestión clínica Hospital de Aránzazu
- V.- Marco de referencia
- VI.- Estudio sobre clima social
- VII.- Contrato de vinculación
- VIII.- Política de reconocimiento (incentivación)
- IX.- Conclusiones

## I. INTRODUCCIÓN

El tema del seminario, “La gestión estratégica de los Recursos Humanos en las organizaciones sanitarias”, tiene relación directa con uno de los proyectos de mayor envergadura, por el que nuestro Hospital ha apostado para este año 1998.

El informe que a continuación presentamos es fruto de un laborioso proyecto, que intenta potenciar la política de Recursos Humanos. Actualmente nos encontramos en una fase de análisis. Estudiaremos las desviaciones no previstas, y ya con las correcciones pertinentes, trataremos de implantarlo al resto de servicios del hospital.

### **¿Qué es lo que lleva al hospital a embarcarse en un proyecto como este?**

El Hospital detecta el vacío que tiene en la gestión de sus recursos humanos; luego decide basarse enbasándose en el plan estratégico y en el modelo EFQM, como modelo comparativo de excelencia empresarial. Ambos tienen la peculiaridad de que dan especial importancia a la satisfacción del cliente, la gestión de los recursos humanos y a la prestación de servicios enfocados hacia la eficiencia y calidad.

Tras una serie de reflexiones estratégicas opta, en concordancia a sus necesidades, por la implantación de un plan piloto de la gestión clínica en cuatro servicios de su Hospital.

## II. REFLEXIONES ESTRATEGICAS

El punto de partida para la elaboración del Plan Estratégico del Hospital Nuestra Señora de Aránzazu, fue el acuerdo Parlamentario aprobado en Junio de 1.993 a través del cual el Parlamento Vasco planteaba estrategias para la modernización de la Sanidad Vasca.

Este nuevo acuerdo denominado “*Osasuna Zainduz*”, que es Euskera significa “Cuidando la Salud” presentaba un nuevo marco organizativo que trataba de dar respuesta tanto a las demandas y exigencias de los ciudadanos como a los profesionales de la Sanidad Pública. Era un intento de adaptar el Sistema Vasco de Salud a su entorno social, buscando el equilibrio entre las necesidades de salud, plasmadas y priorizadas en el plan de salud, los recursos sanitarios -que son limitados- y una creciente demanda de servicios.

*Osasuna Zainduz* propuso estrategias concretas de cambio para la Sanidad Vasca enfocadas hacia la eficiencia y calidad y cuyo objetivo final ha sido el cuidado de la salud de los ciudadanos.

Puso fin a la controversia, que existía entre un entorno dinámico que evoluciona a gran velocidad, competitivo y complejo, y un sistema sanitario rígido y nada enfocado hacia el paciente.

Así pues, considerando la calidad como el fin más importante, es necesario el compromiso de todos los profesionales para integrarse en sus tareas, dentro de organizaciones más flexibles, comunicativas y autónomas.

El ciudadano pasa de ser un mero paciente a ser un usuario con pleno derecho a la prestación personalizada de un servicio de calidad tanto humana como técnica.

Tal y como se ha podido leer en estas últimas frases el Plan Estratégico de Hospital, condicionado por la Política lanzada en el Acuerdo parlamentario, tiene por enfoque: a) Alcanzar la eficacia y calidad en la prestación de servicios; b) Lograr la satisfacción del cliente; c) Ejecutar la correcta gestión de los recursos humanos.

Todos estos aspectos están, a su vez, directamente relacionados con el proyecto que presentamos, “*Plan Piloto de Gestión clínica*”.

*¿Cómo el Hospital detecta un vacío en su gestión de Recursos Humanos?*

*¿Por qué el Hospital considera como la primera actuación para solucionar su problema el desarrollo de un proyecto piloto de Gestión clínica?*

Los objetivos de las reflexiones estratégicas son: 1) Diagnóstico de la situación actual del hospital; 2) Determinación de los puntos a favor y en contra; 3) Definición de problemas a resolver

A continuación presentamos esquemáticamente el proceso de reflexiones que en torno al Plan Estratégico realizó el Hospital con la colaboración de la empresa Consultora, Arthur Andersen.

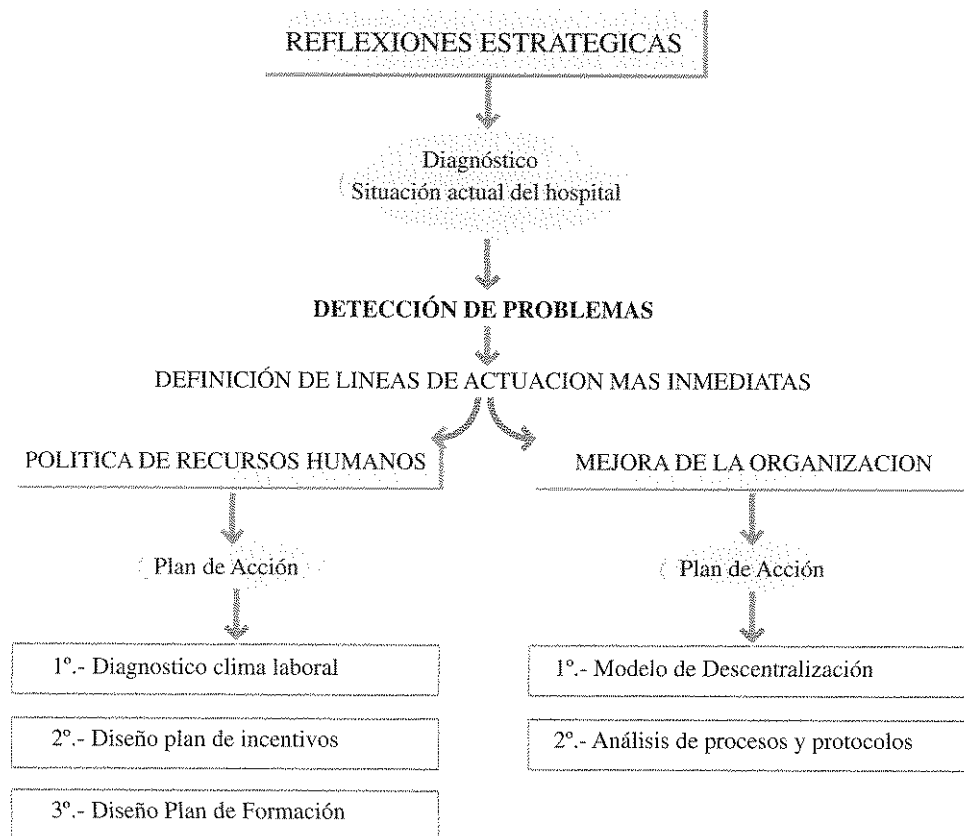


Figura 1. Proceso de reflexiones estratégicas

### III.- GESTIÓN CLÍNICA

Uno de los mayores retos del sistema sanitario es cómo afrontar las expectativas sociales generadas en su entorno. El envejecimiento de la población y la incorporación de nuevas tecnologías, asociadas a una población que cada vez reclama más y mejores servicios, son las grandes amenazas que pueden poner en duda la viabilidad de un sistema público de prestaciones sanitarias.

Ante esta situación, e independientemente de que se adopten algunas medidas que persigan moderar el consumo sanitario, la gran duda es cómo financiar y garantizar una buena salud económica al Sistema Nacional de Salud.

La participación activa de los profesionales es imprescindible para lograr ese incremento de eficiencia. En estos momentos nuestros profesionales se sienten despedidos de los resultados de su empresa porque el sistema sanitario no ha propiciado que participen activamente en la gestión.

Los métodos de gestión y organización modernos tratan de evitar tal alejamiento con los resultados de su empresa, y deben conseguir que gestores y clínicos tengan objetivos y estímulos coincidentes. Para ello hay que generar un ambiente propicio, más flexible que el actual, que induzca a que el profesional desarrolle su capacidad diagnóstica y terapéutica con agilidad, rapidez y eficacia.

El gran reto es cómo conseguir que los profesionales se preocupen y participen activamente en la gestión de su empresa. Para ello es imprescindible aproximar los centros de decisión a las unidades asistenciales a través de la descentralización y autonomía de gestión.

El objetivo general del proyecto de gestión clínica es incrementar la eficiencia del sistema sanitario mejorando la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos y fomentando cambios en los comportamientos clínicos.

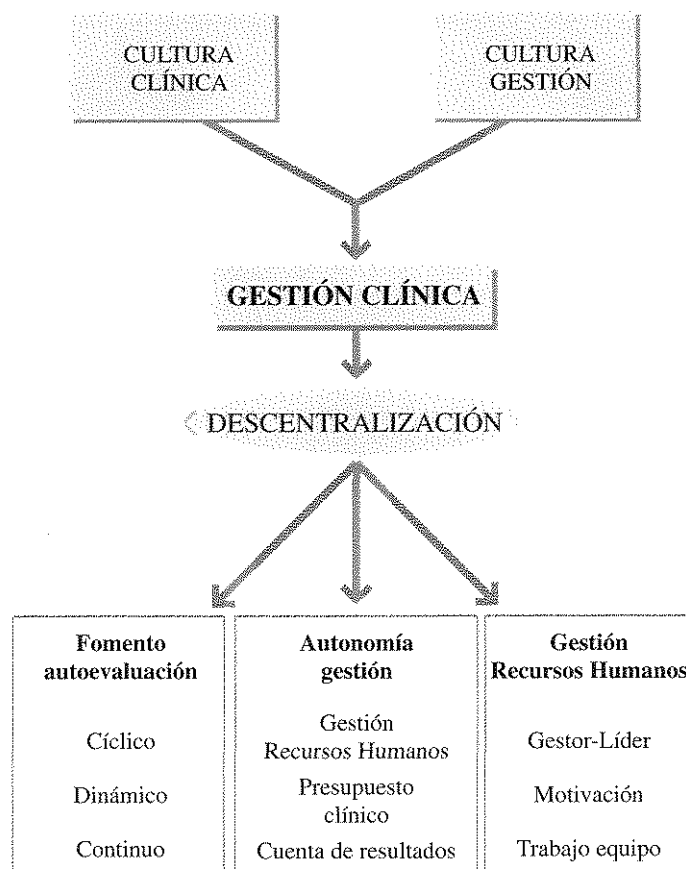


Figura 2. Gestión clínica

#### IV. PROYECTO PILOTO DE GESTION CLINICA

El objetivo final de este apartado es mostrar la evolución, que sobre la idea de gestión clínica ha tenido lugar en el Hospital Aránzazu.

El programa se inició el mes de Septiembre de 1997, con la idea de establecer unas experiencias piloto que sirviesen de pauta para un potencial desarrollo global a nivel de todo el Hospital en fases posteriores.

Todo el proceso que a presentaremos a continuación es el resultado de reuniones periódicas con frecuencia semanal por término medio, tanto con la Dirección del Hospital como con los responsables (médicos y enfermería) de los servicios implicados.

La situación de partida definida en las primeras sesiones podemos aglutinarla en los siguientes apartados:

- *La trascendencia del programa hace imposible la definición de una metodología, estructuración u ordenamiento preciso del mismo.*

Lo que el fondo del programa está transmitiendo es la necesidad de abordar un cambio organizacional profundo desde la siguiente doble perspectiva:

- Delegación de parte de las responsabilidades de la Dirección al nivel de los responsables operativos de las unidades.
- Estructuración interna de unidades y entre unidades.

Los diferentes caminos recorridos por cada hospital, la evolución de cada servicio, la figura del jefe de servicio, la evolución de los sistemas de información, etc.,..., determinan como punto de partida en cada caso, diferentes orígenes.

Esa perspectiva produce una imagen de incertidumbre, entendiéndolo por tal, la sensación de falta de seguridad sobre el camino a tomar para su desarrollo más conveniente.

- \* *La ausencia de caminos tratados no debe estar reñida con un horizonte determinado, equilibrado para todo el conjunto del Hospital y posibilista dentro de las circunstancias conocidas actualmente.*

En la actualidad las responsabilidades a transmitir a los servicios están encuadradas en la gestión de apartados que pudiéramos estructurar en diferentes niveles:

- Interno del servicio: personal, materiales, productividad.
- Externo de interrelación : servicios de apoyo.
- Externos: el hospital y su entorno.

- *La selección de los servicios piloto debe de cuadrar con la lógica de que las posibilidades de éxito en el intento, sean suficientes.*

Ese condicionante no sólo delimita el servicio en el que se puede iniciar la andadura, sino que además concreta los objetivos a aspirar, al menos durante una primera etapa. Se han de seleccionar Servicios que ofrezcan garantía de éxito.

De las primeras entrevistas realizadas a los servicios en cuestión se vio la necesidad de explorar en parcelas que, desde ambas partes, se consideraban más deficientes para la focalización de la gestión hacia los servicios, Cada una de estas parcelas tenía diferentes aspectos entendidos como críticas.

Todo ello provocó la necesidad de establecer un marco general que facilitara abordar la negociación de parámetros, y que a su vez serviría como punto de partida para otros servicios que en el futuro queramos incorporar a un programa de estas características.

Los documentos elegidos como base de partida son: 1. El marco de referencia (compendio de las resoluciones de los aspectos críticos); 2. La encuesta de clima social (sensibilidad de cada uno de los servicios en su identificación como unidad y con respecto al resto del hospital).

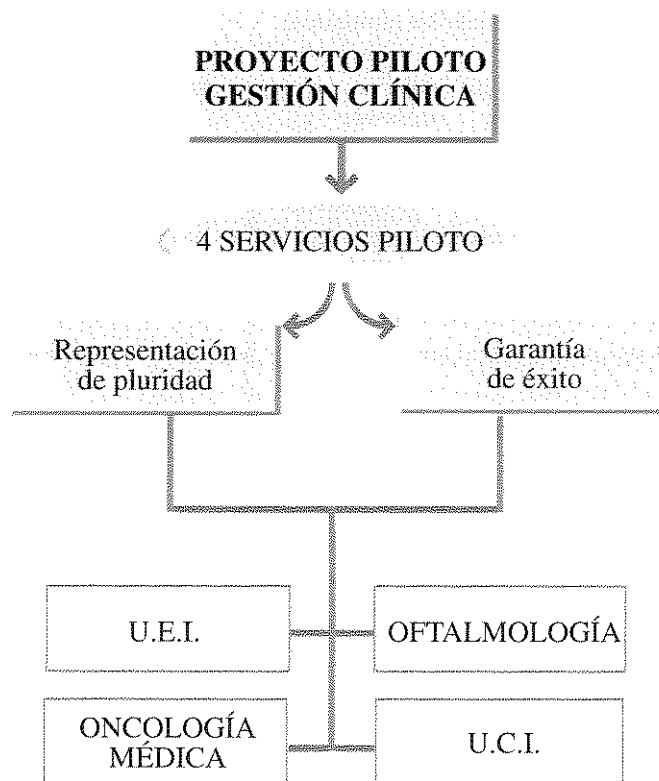


Figura 3. Proyecto Piloto Gestión Clínica

## V. MARCO DE REFERENCIA

La definición de un marco de referencia tiene por objetivo adaptar la realidad del Hospital Aranzazu al Proyecto de Gestión Clínica., así como referenciar las posibilidades reales de asignación de competencias a los diferentes servicios.

Tal definición está sustentada en las siguientes premisas, buscando el éxito en el tiempo:

- Debe ser válido para todos los servicios del hospital.
- Ha de estar enmarcado en el proyecto de Gestión Clínica global de Osakidetza.
- Ha de tener carácter eminentemente práctico.
- Ha de ser lo suficientemente motivador para los profesionales afectados.

El Marco de Referencia queda clasificado de acuerdo a estos cuatro grandes grupos:

### 1. Aspectos relativos a la gestión de recursos humanos.

Se considera la “piedra angular” del proyecto, ya que en ella se conjugan una gran parte de los objetivos del mismo: mayor eficacia y calidad de prestaciones; implicación y nueva forma de trabajo.

### 2. Aspectos relativos a la gestión entre servicios.

Nos vemos en la obligación de encuadrar las relaciones de los servicios que vayan siendo incorporados al Proyecto Piloto, con aquellos que bien por su deficiente grado de evolución o bien por no estar en él involucrados, provoquen descoordinaciones operativas.

### 3. Aspectos relativos a la Información necesaria.

La realidad actual presenta deficiencias en cuanto a la “objetivación” de la gestión global mediante la definición de una base de Información relativa a: gasto generado; actividad; calidad de prestaciones; circunstancias ajenas al servicio, hospital, red, etc.

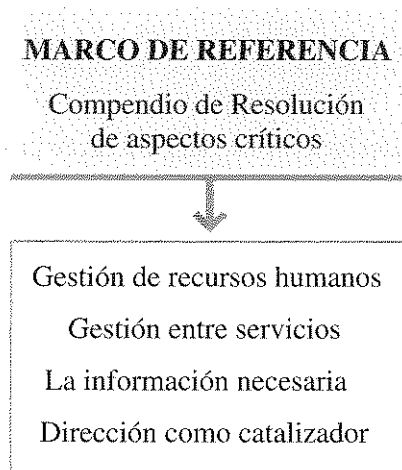
El soporte actual de Información está en una fase de cambio importante para los profesionales, que han trabajado con ella, pero muy alejada de los Servicios.

### 4. Aspectos relativos a la figura de la dirección como catalizador.

La definición del líder-gestor no sólo supone la nueva asignación de funciones internamente en cada uno de los Servicios, sino que replantea la función de las Direcciones, tanto desde el punto de vista de los propios profesionales de los servicios, como de las propias direcciones.



La Dirección deberá fijar nuevas funciones y actual como catalizador del proceso. Se refuerza la figura de la Dirección como “cliente interno”.



*Figura 4*

## VI. CLIMA SOCIAL

El desarrollo acompasado del modelo EFQM supone que no sólo la evaluación objetiva del criterio “Gestión de los recursos” y “Satisfacción de las personas”, englobado este último en el área de los resultados; también es necesario obtener un conocimiento explícito de la realidad sentida por el conjunto de las personal implicadas en el proyecto.

El conocimiento de esta “realidad sentida” supone además un válido soporte para identificar puntos débiles/amenazas, así como puntos fuertes/oportunidades que de alguna manera pudieran resultar encubiertas y fuera del alcance sensitivo de los responsables.

Esta última razón motiva la necesidad de llevar a cabo un análisis extenso de todos los estamentos de los servicios implicados por medio de una encuesta de clima social, enmarcada dentro de un objetivo claro: nuestro proyecto de Gestión Clínica, para así dar cauce a las ideas desarrolladas en el Plan Estratégico del Hospital.

Dicho análisis del Clima Social se realizó en dos fases, relacionadas entre si:

1. Elaboración de un análisis global de los cuatro servicios.
2. Elaboración de un análisis individual por servicio.

La encuesta de Clima Social, que se distribuyó al personal de los Servicios implicados ha sido de tipo personal. Constaba de 18 preguntas cerradas, cada una de las cuales compuestas de 2 a 4 subpreguntas, también cerradas.

La parte última de la encuesta recoge dos apartados de respuesta libre.

La interpretación de las encuestas contestadas, una vez nos fueron devueltas, se realizó agrupando las preguntas que mayor interés presentaban para nuestro proyecto, según los criterios del modelo EFQM. Los aspectos analizados fueron:

- La planificación, coordinación de los empleados está dentro de la estrategia general.
- El área de competencia de los empleados está mantenida y desarrollada en el tiempo.
- El grupo de trabajo está dirigido en la dirección deseada por los empleados
- Se motiva a los empleados y se busca la proactividad de los mismos.
- La comunicación es efectiva de acuerdo a los diferentes niveles de la empresa.
- El medio de trabajo es desarrollado en la línea de la mejora continua.

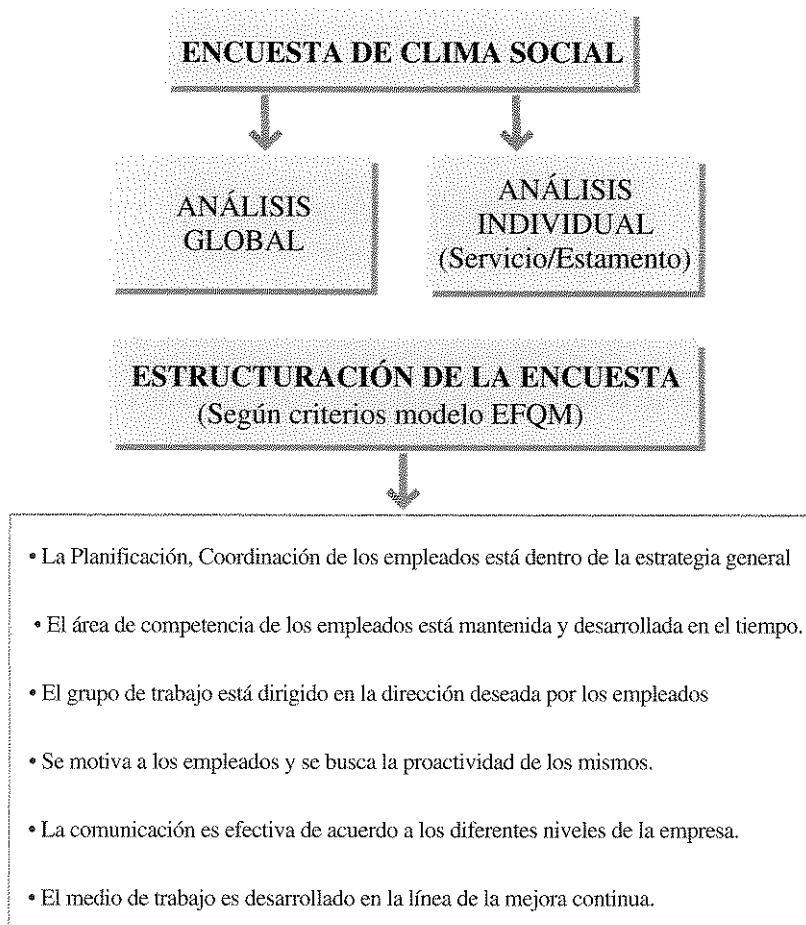


Figura 5

## VII. “CONTRATO DE VINCULACION” COMO HERRAMIENTA

El contrato de vinculación será el referente de evolución del proyecto en cada uno de los servicios.

Dicho contrato contemplará los siguientes aspectos:

- Actividades: Asistenciales, Docencia, investigación, traslados, etc.
- Recursos empleados contabilizados
- Indicadores de Calidad de proceso
- Cuenta de Resultados Asociada
- Factores de Reconocimiento

El análisis de los indicadores “Contrato de Vinculación” se realizará de forma conjunta, Dirección//Servicios, con carácter trimestral y con la cumplimentación de un acta de evolución.

El “Contrato de Vinculación” será negociado con carácter anual si bien, en aras de conseguir la mayor identificación posible entre realidad e información, datos de carácter de complemento a los existentes podrán ser añadidos con el acuerdo mutuo de las partes.

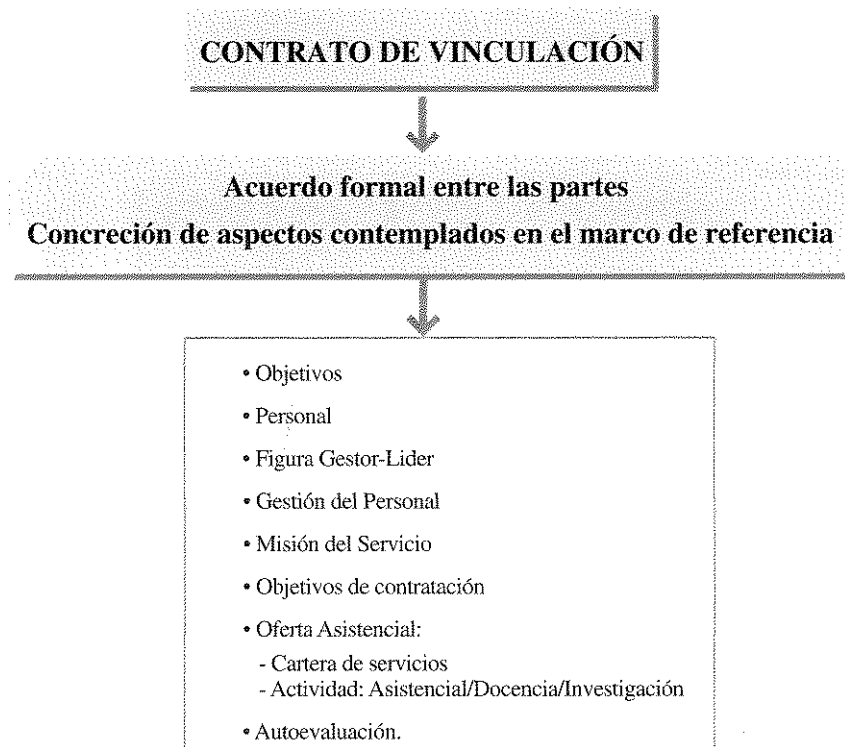


Figura 6. Contrato de Vinculación

## VIII. POLÍTICA DE RECONOCIMIENTO

La política de reconocimiento será determinada en la negociación del “Contrato de Vinculación”.

Tendrá el carácter de una bolsa de cuantía determinada en función de la “Cuenta de resultados” e “Indicadores de calidad asistencial”

Las posibilidades de disfrute de los incentivos asignados irán en la línea de complementación de medios (congresos para investigación, recursos internos), para conseguir la realización de los procedimientos de manera eficiente y la actualización más apropiada de los profesionales, de acuerdo a los recomendaciones del Proyecto.

## IX. CONCLUSIONES

En la fase actual de nuestro Proyecto Piloto de Gestión Clínica podemos afirmar que la preocupación por la calidad ha demostrado ser la condición necesaria para la supervivencia de un sistema sanitario, donde el mercado dicta la “Reglas de juego” en lo que respecta a la asistencia sanitaria.

El éxito de todo sistema sanitario estará garantizado si su política se orienta hacia:

- El incremento de la calidad
- El protagonismo del cliente externo
- El protagonismo y participación del cliente interno

Todo ello teniendo en cuenta la progresiva disminución de los costes, que obliga a una correcta gestión de los recursos.

Es por ello, que para desarrollar proyectos de este tipo, en los que se potencie la descentralización de la organización, se debe involucrar a los profesionales a trabajar en equipo, y se les debe hacer responsables en terminos generales de toda su Unidad. Ello nos ayudará a alcanzar finalmente una organización, que responda a los principios de la calidad total:

- Trabajo en equipo
- Existencia de Liderazgo
- Cliente Externo Satisfecho
- Participación de los trabajadores

- Gestión de datos
- Gestión por procesos

En definitiva, tratamos de alcanzar finalmente que un Hospital sea el sumatorio de micro empresas, cuya fórmula es:

$$\text{HOSPITAL} = \sum \text{MICROEMPRESAS}$$

Este proyecto es el comienzo de una nueva visión organizacional dentro de nuestro hospital, por el que apostamos con fuerza para implantarlo posteriormente al resto de servicios.

*“El trabajo es la política de lo posible, sin perder de vista el horizonte”*

## *Apéndice II*

# *V Seminario: Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias*

Granada, 19 y 20 de Noviembre, de 1998

PROGRAMA



## PRESENTACIÓN

El seminario de gestión, que aborda en el presente año su quinta edición, continúa con su orientación como foro general de conocimiento y discusión entre gestores sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

El tema seleccionado para este año trata con la gestión estratégica de los Recursos Humanos. No es necesario insistir la importancia de los profesionales en las organizaciones sanitarias, pero cada vez más la reforma propuesta en nuestro país introduce modelos más descentralizados de gestión, cambiando de este modo las reglas del juego en la gestión de estos profesionales.

En esta edición, además de una serie de conferencias de marcado interés, se ha introducido como novedad la presentación en seminarios simultáneos de experiencia empresariales en aspectos concretos y novedosos de la gestión de RRHH.

El Seminario intentará continuar con su filosofía general, abordando conceptos teóricos del campo sanitario y empresarial combinando estos aspectos con la presentación de experiencias prácticas en el área de RRHH.

En resumen, la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con MSD, le invitan a participar en este Seminario donde directivos, académicos y expertos discutirán el tema elegido para este año.

## OBJETIVOS

- Conocer el marco teórico de las innovaciones en la gestión de Recursos humanos.
- Analizar las diferentes aproximaciones y perspectivas.
- Profundizar en las necesidades de los gestores para abordar con éxito los nuevos retos en la gestión de RRHH.
- Conocer las más recientes experiencias españolas en este campo.



## DESARROLLO

### JUEVES, 19 DE NOVIEMBRE

9'00 **Entrega de documentación**

9'30 **Inauguración:** Ilmo. Sr. D. IGNACIO MORENO CAYETANO  
Vice-Consejero de Salud. Junta de Andalucía.

10'00 **Conferencia Inaugural y debate:** *El mañana del capital humano*

ALBERTO ISLA ZAPIRAIN  
Socio Director de Price Waterhouse Coopers. Madrid.

Moderador: ESTEBAN DE MANUEL KEENOY. Director Académico de la EASP.

11'30 **Café**

12'00 **Mesa / Taller:** *El futuro marco de regulación laboral del Sistema Nacional de Salud*

Participantes: CAROLINA GALA DURÁN  
Profesora Titular de Derecho del Trabajo.  
Universidad Autónoma de Bellaterra. Barcelona.  
*Modelo estatutario versus modelo laboral en el ámbito de las instituciones sanitarias: una aproximación jurídica al debate*

RAMÓN JIMÉNEZ ROMANO  
Consejero Técnico adscrito al Gabinete Técnico  
de la Subsecretaría General de Relaciones Laborales.  
Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

IGNACIO SÁNCHEZ NICOLAY  
Presidente de la Organización Médica Colegial. Madrid.

Moderador: JOSÉ JESÚS MARTÍN MARTÍN  
Coordinador del Área de Gestión de Servicios de Salud de la EASP.

14'00 **Comida**

## SESIONES SIMULTÁNEAS

### 15'30 **Taller I:** *Comunicación interna como instrumento de gestión*

- Ponente: ANTONIO TORVÁ JORDÁN  
Director de Comunicación. ENDESA.
- Moderadora: M<sup>a</sup> ÁNGELES PRIETO RODRÍGUEZ  
Profesora del Área de Gestión de Servicios de Salud de la EASP.

### 15'30 **Taller II:** *La inteligencia emocional para el cambio organizacional*

- Ponente: ANTONIO VALLS ROIG  
Profesor Colaborador de IDEC. Universidad Pompeu Fabra.  
Barcelona
- Moderador: JOAN CARLES MARCH CERDÁ  
Coordinador de Investigación de la EASP.

### 15'30 **Taller III:** *Estrés y función directiva*

- Ponente: MARIANA SEGURA GÁLVEZ  
Directora Técnica. NEXO Psicología Aplicada. Madrid.
- Moderadora: GUADALUPE CARMONA LÓPEZ  
Profesora del Área de Gestión de Servicios de Salud.

### 17'00 **Café**

### 17'30 **Conferencia y Debate:** *Competencias y estilo de management de los directivos del 2000*

- JOSÉ M<sup>a</sup> GASALLA DAPENA  
Director Académico. Instituto Universitario EUROFORUM. Madrid.
- Moderador: JOSÉ IGNACIO DE OLEAGA USATEGUI  
Coordinador Docente de la EASP.

### 19'00 **Exposición de los trabajos presentados al V Premio MSD**

- *Sistema de planificación de los Recursos Humanos en centros hospitalarios OSAKIDETZA/Servicio Vasco de Salud. Vitoria.*  
JUAN JOSÉ REZA ZUGASTI
- *Adecuación de los Recursos Humanos hacia el futuro. Un ejemplo real de aplicación*  
Hospital de Gipuzkoa. San Sebastián  
JOSÉ MANUEL ODRIUZOLA AZURMENDI

- *Adecuación del plan de formación basado en el análisis de competencias clínicas*  
Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallés. Barcelona.  
XAVIER MÍNGUEZ MARTÍNEZ
- *La gestión estratégica de los Recursos Humanos en las organizaciones sanitarias*  
Hospital de Aránzazu. San Sebastián.  
SONIA PEINADO BARRIO
- *Proceso de delegación de la gestión de personal en los mandos intermedios*  
Hospital Comarcal del Bidasoa. Hondarribia. Guipúzcoa.  
BEGOÑA YOLDI SONALEGUI
- *Plan Integral*  
Hospital Universitario La Fe. Valencia  
JOSÉ SÁNCHEZ BAEZA
- *Desarrollo de la descentralización e inducción al cambio a través de la motivación profesional*  
Dirección AP. Área 3. INSALUD. Zaragoza.  
CARLOS CEBRIÁN MARTÍN

Moderadora: OLGA SOLAS GASPAR  
Profesora del Área de Gestión de Servicios Sanitarios de la EASP.

21'30 Cena invitación a ponentes y participantes. En el Hotel Alhambra Palace.

## VIERNES, 20 DE NOVIEMBRE

### SESIONES SIMULTANEAS

#### 9'30 **Taller IV:** *Estrategias de negociación*

Ponente: LOURDES MUNDUATE JACA  
Catedrática de Psicología Social. Facultad de Psicología.  
Universidad de Sevilla.

Moderador: JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS  
Profesor del Área de Gestión de Servicios de Salud de la EASP.

#### 9'30 **Taller V:** *La gestión por competencias. Una respuesta a la estrategia empresarial*

Ponente: LUCIA MIRALLES GONZÁLEZ  
Directora de Desarrollo de Personas del Grupo EPES.  
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Málaga.

Moderadora: OLGA SOLAS GASPAR  
Profesora del Área de Gestión de Servicios de Salud de la EASP.

9'30 **Taller VI:** *La gestión de Recursos Humanos en las sociedades profesionales.*

Ponente: ALBERT LEDESMA CASTELLTORT  
Director Asistencial del Equipo de Asistencia Primaria de Vic.  
Barcelona.

Moderadora: M<sup>a</sup> DEL PUERTO LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ  
Profesora del Área de Gestión de Servicios de Salud de la EASP.

11'30 **Café**

12'00 **Conferencia de Clausura:** *La gestión de equipos de trabajo*

Participantes: JUAN MATEO DÍAZ  
Socio Director. ERNST & YOUNG Consultores. Madrid  
JORGE VALDANO CASTELLANO  
Senior Advisor. ERNST & YOUNG Consultores. Madrid

Moderador: FERNANDO SILIÓ VILLAMIL  
Coordinador de Asesoría de la EASP.

13'30 **Entrega del V Premio MSD**

14'00 **Clausura**

ILMA. SRA. D<sup>a</sup>. CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO  
Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud.

**Copa de Clausura**

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

Esteban de Manuel Keenoy  
José Jesús Martín Martín  
Joaquim Camprubí García (Coordinador)  
Fernando Silió Villamil (Coordinador)  
Olga Solas Gaspar

### **COMITÉ CIENTÍFICO V PREMIO MSD**

Juan Cabasés Hita  
Esteban de Manuel Keenoy  
José Jesús Martín Martín  
José Luis de Sancho Martín  
Olga Solas Gaspar

### **SECRETARÍA DEL SEMINARIO**

Consuelo García Martín

# *Apéndice III*

## *Listado de asistentes*



Sr. D. FRANCISCO ACEVEDO TORO

*Director*

*Servicio de Salud Viña del Mar*

Alvarez, 1668

VIÑA DEL MAR (CHILE)

Sr. D. IGNACIO ACOSTA CRESPO

*Director Médico*

*Hospital Xeral-Cies*

Pizarro, 22

36204-VIGO (PONTEVEDRA)

Sr. D. JOSÉ ANTONIO AGUIRRE ELUSTONDO

*Director Gerente*

*Complejo hospitalario Donostia*

Pº dr. Beguiristain, s/n

20014-SAN SEBASTIAN (GIPUZKOA)

ILMO. SR. D. TOMAS AGUIRRE COPANO

*Director General*

*Dirección Gral. Personal y Servicios Servicio Andaluz de Salud*

Avda. de la Constitución, 18

41071-SEVILLA

Sr. D. MANUEL ALEN FIDALGO

*Director Gerente*

*Hospital Juan Ramón Jiménez*

Ronda Norte, s/n

HUELVA

Sra. Dª. NOEMI ALONSO

*Ministerio de Salud de Panamá*

Apartado Postal 2048

PANAMÁ (PANAMÁ)

Sra. Dª. CARMEN ALVAREZ FRAILE

*Jefe de Servicio*

*Agencia Española del Medicamento*

Pº del Prado, 18-20

28071-MADRID

Sr. D. FEDERICO ALVAREZ VINET

*Director Gerente*

*Hospital de La Cruz Roja*

Pons i Gallarza, 90

07004-PALMA DE MALLORCA

Sr. D. ALEX APARICIO

*Director Regional de Clocé*

*Ministerio de Salud de Panamá*

Apartado Postal 2048

PANAMÁ (PANAMÁ)



Sra. D<sup>a</sup>. YADIRA BARRIOS  
*Subdirectora Regional I de Salud*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. JOSEBA BARROETA URQUIZA  
*Director Gerente*  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*  
Avda. Manuel Siurot, s/n  
41013-SEVILLA

Sra. Da. CONCEPCIÓN BECERRA BERMEJO  
*Secretaria General Técnica*  
*Servicio Andaluz de Salud*  
Avda. de la Constitución, 18  
41071-SEVILLA

Sr. D. SERGIO BELTRÁN DAMIÁN  
*Director Gerente*  
*Hospital de Son Dureta*  
Andrea Doria, 55  
07014-PALMA DE MALLORCA

Sr. D. MARIANO BITRIÁN CALVO  
*Jefe de División de de Sistemas de Información*  
*Agencia Española del Medicamento*  
P<sup>o</sup> del Prado, 18-20  
28071-MADRID

Sr. D. FRANCISCO CÁRCELES GUARDIA  
*Director Médico*  
*Hospital Son Dureta*  
Avda. Andrea Doria, 55  
07014-PALMA DE MALLORCA

Sr. D. JOAQUÍN CARMONA DÍAZ-VELARDE  
*Director Gerente*  
*Complejo Hospitalario Virgen de la Macarena*  
Avda. Dr. Fedriani, 3  
41071-SEVILLA

Sr. D. FERNANDO CEBAMANOS  
*Director*  
*Hospital Oncologico*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. CARLOS CEBRIÁN MARTÍN  
*Director Gerente*  
*Dirección Atención Primaria. Área 3 del Insalud*  
Condes de Aragón, 30  
50009-ZARAGOZA

Sr. D. JAVIER COBAS GAMALLO

*Director Médico*

*Hospital Montecelo*

Mourete, s/n

36071-PONTEVEDRA

Sr. D. EDUARDO CORCHERO RODRÍGUEZ

*Director Gerente*

*Hospital Infanta Cristina*

Ctra. de Portugal, s/n

06080-BADAJOS

Sra. D<sup>a</sup>. MERCEDES CUADRA COLMENARES

*Periodista*

*Siete Días Médicos*

MADRID

Sr. D. JOAQUÍN ESTÉVEZ LUCAS

*Director Gerente*

*Hospital de Nuestra Señora de Aranzazu*

P<sup>o</sup> Dr. Beguiristain, s/n

20014-DONOSTIA/SAN SEBASTIAN

ILMO. SR. D. ANDRÉS ESTRADA MORENO

*Delegado de Salud*

*Delegación Provincial de Salud*

Gran Vía, 6

21003-HUELVA

Sr. D. BIBIANO FERNÁNDEZ

*Director Gerente*

*Hospital Nicolás Núñez*

Avda. Camelias, 109

36211-VIGO (PONTEVEDRA)

Sra. D<sup>a</sup>. PALOMA FERNÁNDEZ CANO

*Directora de Comunicación*

*Merck, Sharp and Dhome España*

Josefa Valcarcel, 38

28027-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> ÁNGELES FERNÁNDEZ FERREIRA

*Coordinadora Gral.*

*Viceconsejería de Salud*

Avda. Innovación Edif. Arena I

41071-SEVILLA

Sr. D. IÑAKI FERNÁNDEZ MENDIZABAL

*Director de Recursos Humanos*

*OSAKIDETZA/Servicio Vasco de Salud*

ÁLAVA, 54

01006-VITORIA/GASTEIZ

Sr. D. ANTONIO FONCUBIERTA FERNÁNDEZ  
*Director Clínico Provincial*  
*Instituto Social de la Marina*  
Avda. Ciudad de Vigo, s/n  
11006-CÁDIZ

Sra. D<sup>a</sup>. CARME FREIXAS PASTALLÉ  
*Directora RRHH*  
*IMAS*  
Passeig Maritim, 25-29  
08003-BARCELONA

Sr. D. ANDRÉS FUENTES PÉREZ  
*Director Económico Administrativo*  
*Hospital Virgen Macarena*  
Avda. Dr. Fedriani, 3  
41071-SEVILLA

Sr. D. JESÚS GALVÁN ROMO  
*Director Médico*  
*Hospital de Toledo*  
Avda. Barber, 30  
45004-TOLEDO

Sra. D<sup>a</sup>. PURIFICACIÓN GÁLVEZ DAZA  
*Viceconsejería de Salud de la Junta de Andalucía*  
Avda. Innovación Edf. Arena I  
41071-SEVILLA

Sr. D. ALFREDO GARCÍA  
*Periodista*  
*Diario Médico*  
Pº de la Castellana, 66  
28046-MADRID

Sr. D. JUAN TOMAS GARCÍA MARTÍNEZ  
*Subdirector Médico*  
*Hospital Virgen Macarena*  
Avda. Dr. Fedriani, 3  
41071-SEVILLA

Sr. D. JUAN ANTONIO GARCÍA RODRÍGUEZ  
*Jefe de Sección Contrataciones Advas.*  
*Hospital Virgen Macarena*  
Avda. Dr. Fedriani, 3  
41071-SEVILLA

Sr. D. ÁNGEL GARIJO GALVE  
*Director*  
*Empresa Publica de Emergencias Sanitarias (061)*  
Parque Tecnológico, Severo Ochoa, s/n  
29590-CAMPANILLAS (MÁLAGA)

Sr. D. CARLES GAUSACHS NACHER

*Gerente*

*IMAS*

*Passeig Maritim 25-29*

08003-BARCELONA

Sr. D. ANTONI GELONCH VILADEGUT

*Gerente Relaciones Institucionales*

*Merck, Sharp and Dhome, España*

*Josefa de Valcarcel, 38*

28027-MADRID

Sr. D. XAVIER GIBERT ESPIER

*Director Organización de RRHH y Asuntos Económicos*

*Institut Catala de Salut*

*Gran Via de Les Corts Catalanes, 587, 1º*

08007-BARCELONA

Sr. D. MARIANO GUERRERO FERNÁNDEZ

*Director Gerente*

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca*

*Ctra. Madrid-Cartagena, s/n*

30120-EL PALMAR (MURCIA)

Sr. D. JAIME GUIRAO ESCRIBÁ

*Director Gerente*

*Hospital de Torrecardenas*

*Paraje Torrecardenas, s/n*

04009-ALMERÍA

ILMO. SR. D. JOSÉ DE HARO BAILÓN

*Director General*

*Dirección Gral de Aseguramiento, Financiación*

*Y Planificación Servicio Andaluz de Salud*

*Avda. de la Constitución, 18*

41071-SEVILLA

Sra. D<sup>a</sup>. ISABEL HURTADO FUENTES

*Merck, Sharp and Dhome España*

*Josefa Valcarcel, 38*

28027-MADRID

Sr. D. IGNACIO IRIBARREN UDOBRO

*Director Gerente*

*Hospital Universitario Marques de Vadecilla*

*Avda. de Valdecilla, s/n*

39008-SANTANDER

Sr. D. FRANCISCO JUAN RUIZ

*Director Gerente*

*Complejo Hospitalario Carlos Haya*

*Avda. Carlos Haya, s/n*

29010-MÁLAGA

Sra. D<sup>a</sup>. MARIANELA LANDAU  
*Directora Regional de Panamá Metro*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. ISAAC LAO  
*Director de la Región de Veraguas*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sra. D<sup>a</sup>. MAITE LÁZARO CASAJUS  
*Jefa Servicio Atención Primaria*  
*Coselleria Sanitat*  
Lauria, 11  
46004-VALENCIA

Sr. D. MANUEL LIÉBANA CABRERA  
*Gerente Gestión Clientes*  
*Merck, Sharp and Dhome España*  
Josefa Valcarcel, 38  
28027-MADRID

Sr. D. JOSÉ MANUEL LIENDO BARQUÍN  
*Director Médico Atención Primaria*  
*Osakidetza-Servicio Vasco de Salud*  
Buenos Aires, 9  
48920-PORTUGALETE (VIZCAYA)

Sr. D. CARLOS LÓPEZ LABORDA  
*Director Gerente*  
*Hospital San Jorge*  
Avda. Martínez Velasco, 36  
22004-HUESCA

ILMO. SR. D. MANUEL LUCAS MATHEU  
*Delegado de Salud*  
*Delegación Provincial de Salud*  
San Leonardo, 7  
04071-ALMERÍA

Sr. D. ANTONIO LUQUE RAMOS  
*Director de RRHH*  
*Hospital de Poniente*  
Ctra. Almerimar, s/n  
04700-EL EJIDO (ALMERÍA)

Sr. D. JUAN ERNESTO DEL LLANO SEÑARIS  
*Director*  
*Fundación Gaspar Casal*  
Samaria, 6, 5<sup>o</sup>  
28009-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. CLARA MADUELL SOLER  
*Técnica Departamento de Selección*  
*Hospital General de Catalunya*  
Gomera, s/n  
08190-SANT CUGAT DEL VALLES (BARCELONA)

Sr. D. EDUARDO MAÍZ OLAZABALAGA  
*Director Gerente*  
*Hospital de Basurto*  
Avda. de Montevideo, 18  
48013-BILBAO

Sr. D. ALFREDO MARCO MACIÁN  
*Subdirector Médico*  
*Complejo Hospitalario Albacete*  
Hermanos Falco, 8  
02006-ALBACETE

Sr. D. IGNACIO MARTÍNEZ JOVER  
*Adjunto Dirección Territorial*  
*INSALUD*  
Reina Esclaramunda, 9  
07003-PALMA DE MALLORCA

Sra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> CARMEN MARTÍNEZ RUBIO  
*Directora Médico*  
*Hospital de la Serranía*  
Ctra. El Burgo, Km 1  
29400-RONDA (MÁLAGA)

Sra. D<sup>a</sup>. CARMEN MAZA RUBIO  
*Directora Médico*  
*Hospital Clínico Universitario*  
Avda. San Juan Bosco, 15  
50009-ZARAGOZA

Sr. D. JOSÉ CARLOS MEDINA SIERRA  
*Director Gerente*  
*Hospital Infanta Helena*  
CTRA. SEVILLA-HUELVA, s/n  
21007-HUELVA

Sr. D. JUAN MENÉNDEZ JEANNOT  
*Director Gerente*  
*Hospital Central de Asturias*  
Celestino Villamil, s/n  
33006-OVIEDO

Sr. D. XAVIER MÍNGUEZ MARTÍNEZ  
*Jefe de selección y Formación*  
*Hospital General de Catalunya*  
Gomera, s/n  
08190-SANT CUGAT DEL VALLES (BARCELONA)

Sra. D<sup>a</sup>. MANUELA MOJARRO MORALES  
*Directora Gerente*  
*Hospital de la Serranía*  
Ctra. El Burgo, Km 1  
29400-RONDA (MÁLAGA)

Sr. D. ALFREDO MOLTÓ  
*Director Nacional*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sra. D<sup>a</sup>. YADIRA MOLTÓ  
*Jefa Nacional de Salud*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. JUAN JOSÉ MUJICA AGUINAGALDE  
*Director Gerente*  
*Hospital de Gipuzkoa*  
P<sup>o</sup> Dr. Beguiristain, 115  
20014-SAN SEBASTIAN

Sr. D. JOSÉ ANDRÉS MUÑOZ SÁNCHEZ  
*Director Médico*  
*Hospital General Universitario*  
Marques de Los Vélez, s/n  
30008-MURCIA

Sr. D. ADOLFO NAME  
*Legislador de la República*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. JOSÉ MANUEL ODRIOZOLA AZURMENDI  
*Director de personal*  
*Hospital de Gipuzcoa*  
P<sup>o</sup> DR. BEGUIRISTAIN, 115  
20014- SAN SEBASTIAN/DONOSTIA

Sr. D. JOSÉ ANTONIO OTERO FERNÁNDEZ  
*Director Médico*  
*Hospital Juan Ramón Jiménez*  
Ronda Norte, s/n  
21005-HUELVA

Sra. D<sup>a</sup>. CARMEN PÁEZ MORENO  
*Subdirectora Gerente*  
*Hospital General*  
CTRA. DE CIRCUNVALACIÓN, s/n  
11407-JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ)

Sra. D<sup>a</sup>. ANA MARÍA PASTOR JULIÁN  
*Directora General*  
MUFACE  
P<sup>o</sup> JUAN XXIII, 26  
28071-MADRID

Sr. D. DIEGO PEDROSA GARCÍA  
*Director Gerente*  
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA  
COLONIA SANTA INÉS, s/n  
29010-MÁLAGA

Sra. D<sup>a</sup>. SONIA PEINADO BARRIO  
*Técnico Recursos Humanos*  
Hospital de Nuestra Señora de Aranzazu  
P<sup>o</sup> Dr. Beguiristain, s/n  
20014- SAN SEBASTIAN/DONOSTIA

Sr. D. GABRIEL PÉREZ COBO  
*Director Área de Cuidados Críticos*  
Hospital Costa del Sol  
Ctra. Nacional 340, Km 187  
29600-MARBELLA (MÁLAGA)

Sr. D. ANTONIO PÉREZ RIELO  
*Director Gerente*  
Hospital Costa del Sol  
Ctra. Nacional 340, KM 187  
29600-MARBELLA (MÁLAGA)

Sr. D. MARIANO PINOS PONS  
*Gerente Gestión de Clientes*  
Merck, Sharp and Dhome España  
Josefa Valcarcel, 38  
28027-MADRID

Sr. D. JOSEP MARÍA POMAR REYNÉS  
*Director Gerente*  
Gerencia de Atención Primaria  
Reina Esclaramunda, 9, 2<sup>o</sup>  
07003-PALMA DE MALLORCA

Sr. D. LUIS RAFAEL POVEDA MORATA  
*Jefe departamento RRHH*  
Hospital Reina Sofía  
Avda. Menéndez Pidal, s/n  
14004-CÓRDOBA

Sr. D. MARTÍN QUIÑONERO SÁNCHEZ  
*Director General*  
Consejería Sanidad y Política Social  
RONDA DE LEVANTE, 11  
30008-MURCIA



Sr. D. ANDRÉS RABADÁN ASENSIO  
*Director*  
*Distrito Sanitario de Atención Primaria*  
MICAELA ARAMBURU, 7  
11500-EL PUERTO SANTA MARÍA (CÁDIZ)

Sra. D<sup>a</sup>. REGINA REVILLA PEDREIRO  
*Directora de Relaciones Externas*  
*Merck, Sharp and Dhome España*  
Josefa Valcarcel, 38  
28027-MADRID

Sr. D. JUAN JOSÉ REZA ZUGASTI  
*Responsable de organización*  
*OSAKIDETZA/Servicio Vasco de Salud*  
Álava, 54  
01006-VITORIA/GASTEIZ

Sr. D. MARIO RIOS PALMA  
*Director*  
*Servicio de Salud Llanquihue-Chiloe-Palena*  
Puerto Mont  
CHILE

Sra. D<sup>a</sup>. REINA ROA  
*Directora Nacional de RRHH*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. JUAN RODRÍGUEZ  
*Director Médico*  
*Hospital Virgen del Rocío*  
Avda. Manuel Siurot, s/n  
41013-SEVILLA

Sra. D<sup>a</sup>. MAYANIN RODRÍGUEZ  
*Subdirectora Regional de Salud*  
*Ministerio de Salud de Panamá*  
Apartado Postal 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. FERNANDO RODRÍGUEZ ALMODOVAR  
*Director Gerente*  
*Hospital de la Merced*  
Avda. de la Constitución, 2  
41640-OSUNA (SEVILLA)

Sra. D<sup>a</sup>. ISABEL LUISA RODRÍGUEZ HAGE  
*Directora de RRHH*  
*Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria-Ofra*  
Ctra. del Rosario, 145  
38010-SANTA CRUZ DE TENERIFE

Sra. D<sup>a</sup>. NIEVES RODRÍGUEZ SEVILLANO  
*Jefe de Sección Dpto Personal*  
*Hospital Comarcal del Bidasoa*  
Finca Zubieta. B<sup>o</sup> Mendelu  
20280-HONDARRIBIA (GUIPUZCOA)

Sra. D<sup>a</sup>. JOSEFA RUIZ FERNÁNDEZ  
*Director Gerente*  
*Distrito Sanitario*  
41900 CAMAS (SEVILLA)

ILMO. SR. D. JESÚS M RUIZ GARCÍA  
*Delegado de Salud*  
*Delegación Provincial de Córdoba*  
Avda. República Argentina, 34  
14071-CÓRDOBA

Sr. D. SALVADOR RUSO PACHECO  
*Director Gerente*  
*Hospital Universitario de San Juan*  
Ctra. de Valencia/Alicante, s/n  
03550-SAN JUAN DE ALICANTE (ALICANTE)

Sr. D. ARTURO SALDAÑA  
*Hospital de Santo Tomas*  
Apartado Correos 2048  
PANAMÁ (PANAMÁ)

Sr. D. JOSÉ SÁNCHEZ BAEZA  
*Subdirector Económico-Administrativo*  
*Hospital Universitario de la Fe*  
Avda. Campanar, 21  
46009-VALENCIA

Sr. D. JAVIER RODRIGO DE SANTOS LÓPEZ  
*Director Territorial*  
*INSALUD*  
REINA ESCLARAMUNDA, 9  
07003-PALMA DE MALLORCA

Sra. D<sup>a</sup>. CESCA SOLER TORRA  
*Gerente Gestión de clientes*  
*Merck, Sharp and Dhome España*  
Josefa Valcarcel, 38  
28027-MADRID

Sr. D. PERE SOLEY BACH  
*Director Gerente*  
*Hospital Ciutat Sanitaria i Uni. de Bellvitge*  
Feixa Llarga, s/n  
08907 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BARCELONA)

Sr. D. GONZALO SUÁREZ ALEMÁN  
*Director Médico*  
*Hospital Costa del Sol*  
Ctra. Nacional, 340, Km 187  
29600-MARBELLA (MÁLAGA)

Sr. D. DIEGO SUÁREZ MÁRMOL  
*Gerente*  
*Hospital General*  
Ctra. de Circunvalación, s/n  
11407-JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ)

Sr. D. ALBERTO TALAVERA DENIZ  
*Director Gerente*  
*Hospital Nuestra Sra. de la Candelaria Ofra*  
Ctra. del Rosario, 145  
38010-SANTA CRUZ DE TENERIFE

Sr. D. FLORENTINO TEJEIRO BERMEJO  
*Subdirector Médico*  
*Hospital Clínico*  
Pº de San Vicente, 58  
37007-SALAMANCA

Sra. Dª. MARINA TIRADO REYES  
*Facultativo Especialista de Área*  
*Hospital de Antequera*  
Infante D. Fernando, 67  
29200-ANTEQUERA (MÁLAGA)

Sr. D. LUIS ENRIQUE VICENTE SÁNCHEZ  
*Director Gerente*  
*Hospital Clínico*  
Pº de San Vicente, 58  
37007-SALAMANCA

Sr. D. JOAQUIM VIDIELLA VIDIELLA  
*Subdirector de Gestión de RRHH*  
*Hospital del Parc Tauli*  
Parc Tauli, s/n  
08208-SABADELL (BARCELONA)

Sra. Dª. SUSANA VILLALBA  
*Subdirectora RRHH*  
*Hospital Costa del Sol*  
Ctra. Nacional 340, Km 187  
29600-ANTEQUERA (MÁLAGA)

Sr. D. FÉLIX YÉBOLES TOVAR  
*Gerente Gestión Clientes*  
*Merck, Sharp and Dhome España*  
Josefa Valcarcel, 38  
28027-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. BEGOÑA YOLDI SONALEGUI  
*Directora de Personal*  
*Hospital Comarcal del Bidasoa*  
Finca Zubieta. B<sup>o</sup> Mendelu  
20280-HONDARRIBIA (GUIPUZCOA)

Sr. D. PABLO ZAPATA MONGE  
*Gerente Gestión Clientes*  
*Merck, Sharp and Dhome España*  
Josefa Valcarcel, 38  
28027-MADRID

