

Propuesta para la Mejora de la Gestión de la Política de Personal Sanitario de Andalucía

Miguel Moreno Verdugo¹

¹Director del producto Servisalud DKV Seguros (España).

Resumen / Abstract

Resumen

Introducción. *Realizamos una crítica a los principales aspectos de la política de personal de la Consejería de salud en Andalucía. Destacamos aspectos como los incentivos formales, la política de comunicación, la estructura organizativa burocrática y compleja, la normativa dispersa en esta materia, y sobre todo la mala política de selección de personal, fundamentalmente en cargos intermedios y puestos directivos. No existe una integración de los diversos sistemas informáticos que influyen en la gestión de personal. A día de hoy a través del sistema GERONTE no es posible acceder a información sobre el nivel de competencias profesionales, carrera profesional y desarrollo profesional alcanzado según el sistema de gestión de calidad andaluz.*

Método: *Realizamos un análisis detallado de los principales aspectos de la política de personal: plantillas, selección y provisión de puestos de trabajo básicos, cargos intermedios, profesionalización de la gestión directiva de centros, gestión por competencias profesionales (establecimiento de competencias y acreditación, evaluación del desempeño y desarrollo profesional, carrera profesional, formación), las retribuciones y, por último, la jornada laboral.*

Objetivos y Conclusiones: *Principios básicos para conseguir una motivación de los profesionales serían: eliminación de controles manteniendo la responsabilidad, aumentar la responsabilidad en el propio trabajo, concesión al trabajador de una mayor autoridad en su actividad: libertad de actuación, confección de informes periódicos a disposición del propio trabajador, introducción de tareas nuevas y más difíciles no realizadas previamente y asignación de tareas especializadas a los profesionales.*

Dos son los ejes fundamentales en que se debe basar la política de personal: el responsable de los servicios y unidades debe ser el verdadero gestor de personal de la organización, responsable de la puesta en práctica de todas las medidas de gestión de personal, y por otra parte, el modelo a utilizar debe permitir la aplicación de los factores motivadores a los profesionales a través de la gestión por competencias.

Es necesaria la integración de todos los sistemas de gestión de recursos humanos de la sanidad andaluza

para que los profesionales tengan acceso a la información existente con inmediatez.

Abstract

Introduction. *We do a critique of the main aspects of the personnel policy of the Ministry of Health in Andalusia. Emphasize formal aspects such as incentives, communication policy, the bureaucratic and complex organizational structure, the rules scattered in this area, and especially the bad policy of recruitment, mainly in middle management and executive positions. There is no integration of the various systems that influence the management of personnel. Today through the system is not Geronte can access information on the level of professional skills, career and professional development achieved by the quality management system Andalusia.*

Method. *We conducted a detailed analysis of the main aspects of personnel policy, templates, selection and provision of basic job, officers, directors professional management of schools, professional competence management (establishment and accreditation of skills, performance evaluation and professional development, career training), the remuneration and, finally, the working day.*

Aims and Conclusion. *Basics to get a professional motivation would be: elimination of controls to maintain accountability, increase accountability in the work itself, grant the employee a greater authority in their work: freedom of action, preparation of periodic reports available to the worker's own, introduction of new, more difficult tasks not previously performed work assignments and specialized professionals.*

Two are the cornerstones on which to base personnel policy: responsible for the departments and units must be the real manager of personnel of the organization responsible for putting into practice all the measures of personnel management, and Moreover, the model used should allow the implementation of the motivating factors professionals through competency management.

It is necessary to integrate all systems of human resource management of the Andalusian health professionals to have access to existing information with immediacy.

a. Introducción

Si tuviéramos que realizar un diagnóstico de situación de la situación del personal en el sistema sanitario público las características que más resaltaríamos serían las siguientes:

1- Políticas de incentivos formales:

Hasta el año 2003 mediante Resolución del SAS 682/03 no se introdujo en el sistema un modelo de retribuciones con un complemento ligado a la producción y el rendimiento. Sin embargo, su puesta en marcha, que en un primer estadio generó ilusión entre los profesionales, esta generando desconfianza, desilusión y desmotivación debido fundamentalmente a la complejidad del modelo, a la falta de justificación de objetivos, valoraciones y resultados y a los muy diferentes criterios de evaluación en los distintos centros y servicios. Por otra parte,

en el último acuerdo entre sindicatos y SAS de 16 de mayo de 2006 aparece por primera vez un desarrollo del modelo de carrera profesional

para Andalucía que en virtud de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Estatuto Marco tendría que aprobarse por Decreto. Solo existe la publicación de un acuerdo sobre materia de política de personal para el periodo 2006-2008.

2- Política de comunicación:

Amplio desconocimiento entre los profesionales de los contratos-programas entre centros y el SAS, de los objetivos generales y específicos de unidades y servicios, de los indicadores, sistemas de medición y evaluación, los sistemas de información existentes, de los cambios normativos que afectan a su relación jurídica, etc. En las diferentes encuestas realizadas sobre análisis de clima laboral la política de comunicación aparece

siempre como uno de los factores más negativos de la gestión de personal del sistema sanitario público. Cuando se le pregunta a los profesionales cuales son los medios a través de los cuales les gustaría que le comunicaran los aspectos relevantes para su trabajo siempre aparecen los siguientes: en primer lugar los cargos intermedios, jefes directos, en segundo lugar los directivos de los centros, en tercer lugar y muy distanciado mediante medios telemáticos o tableros de anuncios y en último lugar a través de las centrales sindicales. Si se les pregunta a los mismos profesionales cuales son los medios habituales por los que les llega la información la relación anterior se invierte siendo el más habitual las centrales sindicales y el menos frecuente los cargos intermedios de los centros responsables de las unidades donde se encuentran ad-

critos. Además la comunicación en el SAS siempre tiene un carácter descendente, no existiendo apenas canales ascendentes donde el profesional puede expresar sus puntos de vista y poder participar de la gestión de los centros, además si no posee información no es posible la participación, y la falta de información y participación genera un fuerte malestar laboral y desmotivación.


3- Estructura organizativa compleja y burocrática

Nos encontramos con un SAS fuertemente centralizado en su organización formal, con una estructura piramidal y muchos niveles de mando o jerarquía. La selección del personal fijo se realiza mediante un sistema de concurso-oposición totalmente centralizado y desligado de los centros, la elección del lugar de trabajo depende de la puntuación del trabajador y no de los directivos y cargos intermedios de los servicios a

En las encuestas realizadas sobre clima laboral la política de comunicación aparece siempre como uno de los factores más negativos de la gestión de personal del sistema sanitario público



los cuales se va a integrar para desarrollar su vida profesional. Hay un gran número de eventuales, con contratos-basura, que se utilizan para reforzar las plantillas en vez de crear nuevas plazas. Existe una gran desconexión de los profesionales respecto de los lugares donde se encuentran el poder formal: Servi-

 **Las personas se sienten motivadas cuando hacen un trabajo que les gusta, se sienten satisfechas por el mismo y tienen el reconocimiento de sus jefes, y le permite acceder a un desarrollo profesional y a una promoción en el trabajo**

cios Centrales Corporativos y directivos de los centros. Los cargos intermedios, jefes directos de los profesionales, carecen en la mayoría de los casos de un liderazgo en su

unidad y no se consideran responsables de la gestión de las personas adscritas a su servicio. Debido a todos los problemas anteriores al tratarse de una organización tan grande y centralizada el sentido de pertenencia de los profesionales a la organización y a los centros (corresponsabilidad e implicación) se encuentra muy diluido e incluso inexistente.

Los problemas de clima laboral, falta de motivación, de sentido de pertenencia, la inexistencia y/o errónea puesta en práctica de unos incentivos formales, la incomunicación que hace imposible la participación y corresponsabilidad de los resultados, son las causas que han originado la fuerte problemática laboral en el sistema sanitario público andaluz. Uno de los efectos más visibles es el elevado absentismo de los centros sanitarios. Si en el sector privado en España el índice de absentismo no supera el 3%, en los grandes centros hospitalarios se encuentra por encima del 10%, estando la media del conjunto en torno al 7%. Ello con-

lleva la necesidad de contar con un número elevado de contratos o nombramientos administrativos de sustituciones. Aquí aparece otro de los graves problemas de la Organización Sanitaria Andaluza: la alta temporalidad, que por un parte genera un problema asistencial porque el personal sustituto de corta duración nunca va a tener los conocimientos y las habilidades del personal fijo en el desempeño de su puesto de trabajo, sobre todo ahora que la duración media de este tipo de contrato se ha reducido espectacularmente en los últimos años en el SAS; y por otro lado, los contratos temporales generan un incremento del gasto sanitario en sustituciones, que origina que los fondos no puedan utilizarse para cubrir otras necesidades: inversiones de reposición en equipamiento médico, retribuciones incentivadoras del personal fijo, etc.

Los factores de crecimiento o motivadores son todos intrínsecos al trabajo: la realización, el reconocimiento, el trabajo en sí mismo, la responsabilidad, el desarrollo y la promoción. Las personas se sienten motivadas cuando hacen un trabajo que les gusta, se sienten satisfechas por el mismo y tienen el reconocimiento de sus jefes, y todo lo anterior le permite acceder a un desarrollo profesional y a una promoción en el trabajo.

Principios básicos para conseguir una motivación de los profesionales serían: eliminación de controles manteniendo la responsabilidad, aumentar la responsabilidad por el propio trabajo, concesión al trabajador de una mayor autoridad en su actividad: libertad de trabajo, confección de informes periódicos a disposición del propio trabajador, introducción de tareas nuevas y más difíciles no realizadas previamente y asignación de tareas especializadas a los profesionales. Se trata de una función permanente de la dirección y de los cargos intermedios de la organización. Hay que buscar los factores motivadores de los profesionales y ponerlos en práctica. Las figuras clave serían los responsables

de cada una de las unidades o servicios con que cuenta cada centro.

B. Modelo de Recursos Humanos que proponemos

Todos los problemas que hemos mencionado en la introducción al analizar la situación actual de los recursos humanos del Sistema Sanitario Público Andaluz deben hacernos reflexionar sobre la multitud de cambios que deben darse para mejorar la gestión de los recursos humanos. Entre los elementos que son valorados prioritariamente entre los profesionales, junto con los que hemos señalado al final del apartado anterior, para su posible reconocimiento destacan los siguientes:

- a) El logro efectivo de los objetivos marcados
- b) La mejora continua
- c) La implicación en los objetivos generales de la organización
- d) La capacidad de trabajo en equipo
- e) La capacidad de innovación y creatividad
- f) La orientación del servicio al ciudadano
- g) La actitud adaptativa a los cambios
- h) La capacidad de liderazgo

Deberíamos cambiar la organización para mejorar todos los aspectos señalados anteriormente junto con el sentido de pertenencia a la organización. Para favorecer esa implicación institucional deberíamos trabajar en varios aspectos: la ubicación de los profesionales en unidades pequeñas y con un mayor grado de autonomía que el que existe actualmente; el aplanamiento de las estructuras directivas y de cargos intermedios; y el ejercicio continuado de características que refuercen el liderazgo de los directivos/cargos intermedios del sis-

tema, fundamentalmente la comunicación permanente y veraz; y el establecimiento de un comportamiento personal ligado a la eficiencia.

El modelo que podría conseguir los objetivos señalados sería:

- **Descentralizar la gestión sanitaria** creando entidades jurídicas de derecho público con personalidad jurídica propia en el ámbito de hospitales y distritos de atención primaria o áreas de gestión sanitaria que permitan un mayor grado de descentralización de la gestión. Dentro de cada centro, la unidad de gestión básica sería la unidad clínica donde se realizará la gestión clínica mediante el seguimiento del proceso asistencial. Estas unidades clínicas de gestión tendrán las características siguientes: un director máximo responsable de la unidad que será un auténtico gestor de personal, unos objetivos claros y medibles vinculados a un sistema de indicadores que permitan una fácil medición y evaluación, un sistema de incentivos ligados a los objetivos, unos medios materiales para conseguir los objetivos y cumplir con la cartera de servicio establecida. Los profesionales de las unidades clínicas de gestión se componen de un equipo multidisciplinar dirigido por el director de la unidad que se comportaría como un director de recursos humanos permitiendo la comunicación descendente/ascendente, la participación e integración de todos los componentes en la fijación de los objetivos y su cumplimiento, evaluación de todos los profesionales de la unidad. El director de la unidad dependerá directamente de la dirección del centro sanitario.

Si los trabajadores perciben que participan de los objetivos y metas, éstos son aceptados con mayor facilidad y conducen a un aumento de la cantidad y calidad del rendimiento. La participación es un medio muy importante para conseguir el desarrollo personal. La participación incrementa el sentimiento de competencia

y control personal, es un potencial productor de satisfacción en sí mismo, aumenta las posibilidades de conseguir los objetivos personales, facilita la identificación con los objetivos de la organización y la mayor implicación en su logro. La existencia de estas unidades clínicas de gestión con un único director permite el aplanamiento de las estructuras jerárquicas de los centros ya que se pueden eliminar multitud de cargos intermedios existentes en la actualidad.

El modelo debe permitir aplicar aquellos factores que hemos denominado motivadores y al mismo tiempo eliminar los efectos negativos de la mala aplicación o falta de factores ergonómicos o higiénicos de los puestos de trabajo. El eje central de la política de personal será los responsables de las unidades clínicas de gestión, de los servicios u otras unidades. Su selección deberá cuidarse y sus plazas deben profesionalizarse. Estas personas deben tener un protagonismo especial en la actuación de personal dentro de su departamento.

Los responsables de las unidades deben intervenir en la definición de los mapas de competencias específicos de los profesionales de su unidad, en la evaluación de los objetivos y desempeños profesionales, elaborar junto con los trabajadores su futuro desarrollo profesional, deberán participar en los procedimientos de selección de los profesionales a ingresar en su unidad y participar en la evaluación de la carrera profesional. El papel de los responsables de unidades es muy amplio y se puede dividir en tres aspectos:

- Funciones respecto a las tareas a desarrollar: elaborar los planes de trabajo de la unidad, asignar recursos y actividades, controlar la calidad y el ritmo de trabajo, comprobar los logros.
- Funciones respecto al equipo: establecer estándares de trabajo, asegurar el

cumplimiento de las normas, asegurar la comunicación.

- Funciones respecto a cada profesional: atender los problemas personales, elogiar a los individuos, brindar apoyo, reconocer los progresos, adiestrar al profesional.

Modelo de Gestión Basado en Competencias

Podemos definir las competencias como el conjunto de conocimientos (*saber*), habilidades (*saber hacer*) y actitudes (*saber estar y querer hacer*) que aplicados en el desempeño de una determinada responsabilidad o aportación profesional aseguran el buen logro.

Las personas además de tener competencias tienen que dar sentido al trabajo que están desarrollando, conocer su finalidad para que realmente su aportación produzca los resultados óptimos. Las competencias se suelen dividir en cinco grandes grupos: motivaciones, rasgos de personalidad, actitudes y valores, conocimientos y aptitudes y habilidades.

Se habla también de competencias técnicas y competencias claves; Las primeras son los conocimientos profesionales y aptitudes necesarios para llevar a cabo las aportaciones técnicas y de gestión definidas para su profesión.

Las competencias claves son las capacidades mentales y sociales y las actitudes que ayudan al profesional a mejorar la calidad de sus aportaciones a los procesos de la organización en relación con los colaboradores y ciudadanos. Reflejan los factores de éxito diferenciales, es decir, aquellos que marcan la diferencia entre un gran profesional y otro normal.

El modelo de gestión de personal que queremos construir sería el basado en las competencias profe-

sionales.

Y ello es así porque además de ser el que va a permitir un mejor desarrollo de los condicionantes establecidos con anterioridad en este trabajo, es el que la autoridad sanitaria central y las Cortes del Reino han considerado aplicar a través de la Ley de Cohesión y Calidad que en el artículo 42 establece:

Evaluación de competencias.1. A los efectos de esta ley, la competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean. La Comisión de Recursos Humanos definirá los criterios básicos de evaluación de la competencia de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y las comunidades autónomas, en el ámbito geográfico de sus competencias, podrán acreditar las entidades de carácter científico, académico o profesional autorizadas para la evaluación de la competencia de los profesionales. Dichas entidades habrán de ser independientes de la gestión de sus centros y servicios"

Para poner en marcha el modelo de gestión por competencia en primer lugar hay que definir cual va a ser el modelo de estructura profesional que queremos implantar. Podemos elegir entre alteran dos tipos, cada uno adecuado a circunstancias y entornos diferentes:

a) Modelo de Estructura por Profesiones:

La estructura profesional basada en profesiones esta orientada a la asunción de responsabilidades por parte de los trabajadores y a la descripción de las aportaciones de los mismos a la empresa. Lo importante no es la tarea concreta a desarrollar sino la aportación genérica que realiza el trabajador. Se definen dos tipos de competencias: las técnicas que tratan de describir la aportación de los trabajadores en términos de conocimientos, habilidades y actitudes para llevarlas a cabo, estando muy ligadas al proceso del negocio; y las competencias clave que se refiere a habilidades y actitudes que se consideran factores clave de éxito para el desempeño de una determinada profesión.

La estructura basada en profesiones permite una alineación con los objetivos y estrategia de la empresa. Resulta fácil fijar objetivos por profesión relacionados con el proceso del negocio y centrados en la aportación de cada profesión. Se fomenta una orientación al logro ya que incentiva la diferenciación de personas y grupos sobre la base de su nivel de aportación a la empresa.

b) Modelo de Estructura Personalizada:

No existen referentes estables de puestos de trabajo o profesiones. La organización está orientada a cada persona de forma individual. El puesto se fabrica a medida de su ocupante, y éste puede ir modificándolo a lo largo del tiempo de acuerdo con el desarrollo de sus competencias. No hay descripción de funciones ni de tareas, ya que éstas pueden variar enormemente de un momento a otro en función del proyecto al que esté asignado. Las competencias son muy genéricas y se refieren a aspectos claves para el desarrollo del negocio. Existen en empresas que trabajan por proyectos con equipos de trabajo no estables cuya composición varia de proyecto en proyecto. La promoción en la empresa

es fundamentalmente horizontal. Los referentes son la competitividad externa. Son empresas donde se va a la caza de talentos. Los sistemas de evaluación a utilizar podrían incluir el tipo 360°. Las empresas que utilizar este modelo son aquellas que necesitan contar con unos profesionales muy cualificados y una estructura muy flexible que posibilite una adaptación rápida a los cambios. Hay una alta orientación al logro de carácter individual. Se premia a las personas con un desempeño excelente.

De los dos modelos el de estructura por profesionales sería adecuado para la mayoría de los profesionales actualmente y en aquellas unidades donde exista o se vaya alcanzando un nivel de madurez suficiente, implantar un modelo de estructura personalizada.

Las acciones que tendremos que emprender serán:

- Definir el mapa de competencias de todos los profesionales que participen en cada proceso asistencial y que se incluyen en cada unidad. Dicho mapa de competencias definirá las competencias de conocimientos y experiencia técnica, de habilidades y de actitud.
- Establecer el inventario de competencias actuales de todos los profesionales del sistema, tanto con carácter grupal como individual (acreditación de competencias).
- Analizar el desempeño y establecer un sistema de desarrollo profesional que incluya las acciones de formación y entrenamiento necesarias para adecuar las diferencias que pudieran existir para cada profesional entre las competencias necesarias y las que se tienen.
- Definir el marco de selección de profesionales desde el modelo de gestión

por competencias.

- Definir unos modelos de promoción profesional vertical independiente de la carrera profesional.
- Establecer un sistema de movilidad interna en la organización acorde al modelo de competencias.
- Diseñar un modelo de incentivos monetarios vinculados a los resultados y a la evaluación del desempeño individual.

En conclusión, podemos decir que dos son los ejes fundamentales en que se debe basar una política de personal: el responsable de los servicios y unidades debe ser el verdadero gestor de personal de la organización, responsable de la puesta en práctica de todas las medidas de gestión de personal, y el modelo a utilizar que va a permitir la aplicación de los factores motivadores a los profesionales es el de gestión por competencias.

Aplicación del Modelo a Aspectos Concretos de la Gestión de Personal

1) PLANTILLAS

Las plantillas en el SAS fueron aprobadas por sendas órdenes de la Consejería de Salud de 5 de mayo de 1990 (para hospitales y distritos de atención primaria). Con posterioridad cada ley de presupuestos anual ha ido modificándolas a través de los anexos de plantilla creando lo que se denomina plantilla presupuestaria (plazas dotadas con cobertura presupuestaria). Sin embargo, y desde primero de los años 90 el número de trabajadores eventuales extraplantillas y sus contratos han sido muy numerosos y crecientes, y ello era debido a dos causas: en algunos casos las necesidades de personal eran superiores a las plantillas con

que contaban los centros cubriéndose con personal eventual, en otras ocasiones los centros contrataban personal eventual extraplantilla aún teniendo plazas vacantes con la creencia que el personal eventual resultaría más productivo y eficiente que el personal de plantilla.

Lo cierto es, que en el momento actual, el número de personas eventuales en el SAS es muy numeroso y en muchos casos además con un periodo de tiempo de contratación bastante largo (algunos profesionales llevan años contratados de manera eventual), y ello teniendo en cuenta incluso el proceso extraordinario de consolidación de empleo realizado al amparo de la Ley 16/2001.

2) SELECCIÓN Y PROVISIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO BÁSICOS

Debemos distinguir entre los sistemas de selección para el personal temporal de los sistemas para la cobertura definitiva de los puestos de trabajo. Respecto de los primeros, sabemos que desde el año 1988 el SAS estableció un sistema de bolsas de trabajo por provincias y con convocatorias, baremos y sistema de llamamientos diferentes para cada provincia de Andalucía. De manera general el sistema era similar ya que se creaban listados de personas a contratar por categorías profesionales jerarquizadas por un baremo donde los servicios prestados en el SAS eran lo más puntuable. La participación de los centros y de los servicios/unidades en la selección del personal que, después se integraría en sus equipos de trabajo, resultaba nula. Al final siempre eran las mismas personal en cada categoría profesional y provincia los que estaban los primeros en los diferentes listados recibiendo los mejores contratos, independientemente de su rendimiento, productividad y competencia.

En el momento actual se encuentra vigente el pacto

sobre el sistema de selección de personal temporal para puestos básicos, con un baremo común para toda la Comunidad Autónoma donde, junto a los servicios prestados, prima la formación académica y la formación continuada. Así mismo, se ha introducido de manera residual la valoración de la evaluación del desempeño individual para aquellos profesionales con servicios prestados. La bolsa única genera notable descontento y esta baremada con puntuación obsoleta en el momento de la convocatoria de la OPE.

El sistema actual de contratación temporal ha supuesto un rotundo fracaso,

ya que el personal de las bolsas resulta llamado no en función de sus méritos, competencias o por su desempeño anterior realizado, sino simplemente por el tiempo de servicios prestados. El sistema que se quiere poner en marcha adolece de los mismos defectos, a pesar de introducir factores nuevos como la formación continuada pero con un carácter general sin medir como mejora las competencias profesionales

El sistema de gestión de selección de personal temporal debe estar basado en los dos pilares básicos: gestión por competencias y participación de los responsables de los servicios y unidades. Por cada centro con personalidad jurídica propia, y en el caso de personal médico y de enfermería, deberán gestionarse unos listados de candidatos a contratar valorados a través de las competencias que acrediten en función de los mapas de competencias de la profesión a que



El sistema que se quiere poner en marcha adolece de los mismos defectos, a pesar de introducir factores nuevos como la formación continuada pero con un carácter general sin medir como mejora las competencias profesionales



pertenezcan, de la valoración del desempeño profesional anterior y del grado de consecución de los objetivos establecidos. En los sistemas de selección deberá participar de forma principal el responsable del servicio/unidad donde se integraría el profesional. Para el resto de profesionales el sistema será similar pero con aspectos más abiertos y globales.

Respecto a la cobertura de puestos de trabajo con carácter definitivo, el sistema de selección se encuentra regulado en el capítulo VI de la Ley del Estatuto Marco. En el procedimiento deberá valorarse con carácter primordial las competencias de los aspirantes (artículo 31.2 y 31.4 de la Ley). En Andalucía sigue vigente el Decreto 136/2001 modificado sustancialmente por el Decreto 176/2006 de 10 de octubre, para adaptarlo a los fundamentos del Estatuto Marco. Consideramos que al igual que en el personal temporal el proceso deberá ser tramitado por cada centro y participar con carácter principal el responsable de la unidad o servicio afectado. Cada centro dispondrá de un programa de acogida e incorporación de profesionales que recoja la política del centro, objetivos de la unidad, responsabilidad profesional, aspectos estratégicos y operativos, normas internas, asignación de tutor, etc.

3) SISTEMAS DE PROVISIÓN DE CARGOS INTERMEDIOS

Como ya hemos señalado, los responsables de las unidades y servicios tienen un papel fundamental, de ahí que su buena selección sea muy importante.

La normativa vigente en Andalucía es el Decreto 75/2007 de 13 de marzo y la Orden de 10 de agosto de 2007. En las mismas se establece que la provisión de cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud podrá llevarse a cabo por los siguientes sistemas:

a) La cobertura de los cargos interme-

dios correspondientes a Jefaturas de Servicios, Jefaturas de Bloque de Enfermería, Coordinación de Programas, Coordinación y Dirección de Unidades Clínicas y Dirección de Centros de Salud, se realizará por el sistema de libre designación.

b) La cobertura de cargos intermedios distintos a los citados en el párrafo anterior se realizará por el sistema de concurso de méritos.

Como novedades a destacar mencionamos que no se exige a los participantes en los procedimientos de provisión estar vinculados al SNS. Se exige en el desempeño de los puestos la dedicación exclusiva. Y se establece un sistema de evaluación cuatrienal para la continuidad en el puesto.

requisitos”.

Haciendo una síntesis de la normativa de referencia, afirmaban que el sistema de libre designación previsto por la Ley difiere sustancialmente del sistema de libre arbitrio, ya que su perfil viene delimitado por los siguientes elementos: a) tiene carácter excepcional en la medida que contempla el método normal de provisión que es el concurso; b) se aplica a supuestos determinados en atención a la naturaleza de sus

funciones; c) sólo entran en tal grupo, los puestos directivos y de confianza, que la ley relaciona (secretarías de altos cargos y los de especial responsabilidad); d) la objetivación de los puestos de esta última clase, de especial responsabilidad, debe estar incorporada a la Relación de Puestos de Trabajo, que deberán incluir “en todo caso, la denominación y características esenciales del puesto serán públicas, con la consecuente facilitación del control”.

QUINTO.- A la luz de la doctrina y legislación expuesta, se puede llegar a la conclusión de que la voluntad de la Junta de Andalucía, parece consistir, basada en la potestad de autoorganización, en establecer el sistema de libre designación para la cobertura de los puestos de Jefatura de servicio, Jefaturas de bloque de enfermería, Coordinadores de Programas, Coordinación y Dirección de Unidades clínicas y Dirección de centros de Salud. Sin embargo, este planteamiento debe ser rechazado, por cuanto tiende a dar carta de normalidad a un sistema de provisión que, aún siendo claramente ajustado a la legalidad, constituye un mecanismo extraordinario o excepcional de provisión de plazas, siendo necesario que la administración de justicia vea claramente, mediante una adecuada motivación, las causas que determinen, a su juicio y en el caso concreto, la elección por el sistema de libre designación de los puestos de trabajo, que deben ser cubiertos por el sistema, sin que valga la consideración de que todos los puestos de trabajo, de un determinado nivel, ostentan la doble cualidad de ser puesto de especial responsabilidad y de carácter directivo, planteamiento que deja entrever en el propio “modus operandi” seguido en el supuesto que nos ocupa, de acudir a fórmulas genéricas, en la exposición de motivos del Decreto, que no cubren la exigencia de una específica motivación del puesto, y que tiene una especial relevancia en relación con los actos discrecionales, señalando que, allí donde un control de los poderes discrecionales ha omitido la obligación de motivar, se convierte en una exigencia cuya falta debe sancionarse con la anulabilidad del acto

El Tribunal ha anulado la libre designación en el Decreto 75/2007 por ir en contra de otras normativas: el Estatuto Marco en su artículo 29.3 establece que "*En cada servicio de salud se determinarán los puestos que puedan ser provistos mediante libre designación*"

Si acudimos a la legislación general de la Junta de Andalucía la Ley 6/1985 de función pública establece en su artículo 26.2 "*podrán ser de libre designación el puesto superior jerárquico de cada unidad o dependencia administrativa y los puestos de especial asesoramiento y colaboración*

personal" Esta claro que aquí no se incluyen los de dirección de Unidades Clínicas.

Por último, el artículo 51.2 del RD 364/1995 de ingreso, sobre provisión de puestos de trabajo y promoción profesional de funcionarios civiles del Estado, en desarrollo de los artículos 19 y 20 de la Ley 30/1984 de reforma de la función pública, es muy claro al respecto "*sólo podrán cubrirse por el procedimiento de libre designación los puestos de subdirector general, delegados y directores territoriales provinciales o comisionados,..., secretarías de altos cargos de la Administración, y aquellos otros de carácter directivo o especial responsabilidad que así determinen las RPT*".

En segundo lugar, si bien existe una regulación jurídica sobre los directores de unidades Clínicas de Gestión en atención primaria y en salud mental (decreto 197/2007 y decreto 77/2008 respectivamente), no es así en hospitales, donde aún sigue vigente el antiguo decreto 105/1986. Por tanto, se puede presumir que son ilegales todos los nombramientos, asignación de funciones, contratos programas y otras actuaciones de las Unidades de Gestión, realizados en los últimos años

en los hospitales.

Nuestra propuesta:

Desde nuestro punto de vista, sería necesario establecer una nueva normativa de cargos intermedios que, en primer lugar, simplificara el excesivo número de categorías existentes. En segundo lugar, se tendrían que homologar los sistemas de selección a través de sistemas concursales que primaran la profesionalización de las categorías de cargos intermedios. Deberían valorarse,

fundamentalmente, el grado de desarrollo de competencias técnicas de la profesión y de gestión de recursos y personas, y de orientación a clientes y a la organización. Resulta

obligatorio vincular la provisión de puestos de responsabilidad con niveles altos de desarrollo en la carrera profesional de la categoría correspondiente. Un responsable de unidad debe tener una suficiente acreditación en su carrera profesional. Se eliminaría el sistema de libre designación para la provisión de cargos intermedios, salvo casos muy excepcionales.

Como queda dicho, los responsables de las unidades y servicios de la organización sanitaria tienen un papel central como gestores de recursos humanos, de ahí que su selección sea fundamental. En el momento actual está pendiente la modificación del Decreto 105/1986 de ordenación de la asistencia sanitaria especializada para poder introducir la creación y regulación de las unidades clínicas de gestión y de los sistemas de provisión de sus responsables. No se han realizado los mapas de competencias de los cargos intermedios y tampoco se han iniciado la acreditación de competencias de los profesionales que ocupan esos puestos de trabajo.



Los directivos deben tener un contrato por tiempo determinado, en el que se debe establecer un mecanismo formalizado y transparente para la eventualidad de un cese antes de finalizar el mismo



4) PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DIRECTIVA

Los sistemas de provisión de cargos directivos en el SAS se encontraban regulados en la Orden de la Consejería de Salud de 17 de julio de 1992 y en la Resolución del SAS 69/1999, que establecen un procedimiento de libre designación y remoción para su cobertura, previa convocatoria pública a través del BOJA para cada uno de los puestos de trabajo que quedaran vacantes en los centros asistenciales del SAS.

Caso especial es el de directores médicos y de enfermería de hospitales que según establece el Decreto 462/1996 los expedientes de los candidatos deben someterse al estudio de la junta facultativa o de enfermería correspondiente para que propongan una terna de candidatos.

Con la publicación del Decreto 75/2007 se han derogado las normas anteriores, manteniéndose el sistema de libre designación y remoción de estos cargos, pero eliminándose el sistema de convocatoria pública para cada plaza por una convocatoria genérica e indefinida. Esta previsto una convocatoria única y general para todos los posibles puestos directivos que queden vacantes en un futuro, con un plazo abierto y permanente. Esta convocatoria ya ha sido realizada mediante Resolución del SAS de 23 de abril de 2007. Se crea un registro de candidatos con aquellos candidatos cuya solicitud haya sido estimada.

La dirección de los centros sanitarios exige una profesionalización de sus directivos que conduzca al logro de una eficiencia y rentabilidad social de las instituciones sanitarias.

Para ello valores como la transparencia y la confianza de los profesionales y de la sociedad son fundamentales. Se necesitan unas reglas de juego claras que permitan una evaluación de resultados que garanticen la veracidad y transparencia de las actuaciones realizadas. Se debe aumentar el grado de autonomía en la gestión de los centros, una vez fijado unos objetivos estratégicos de la organización y unos objetivos anuales de contrato-programa, así como los recursos que se ponen a disposición de la institución para conseguirlos.

Los órganos directivos de los centros deben estar ase-

sorados por órganos consultivos profesionales con la participación de médicos y de otras profesiones de la gestión del centro, así como de otros órganos con presencia de instituciones, entidades locales, personal de alta

La dirección de los centros sanitarios exige una profesionalización de sus directivos que conduzca al logro de una eficiencia y rentabilidad social de las instituciones sanitarias. Para ello valores como la transparencia y la confianza de los profesionales y de la sociedad son fundamentales

reputación social, etc.

El buen gobierno exige tanto la explicitación de los objetivos y metas del centro, como la definición de los recursos puestos a su disposición por los financiadores para lograrlos: la formalización de compromisos e indicadores, la evaluación periódica y explícita de resultados, y la existencia de incentivos y penalizaciones en función de desempeños, son elementos centrales para garantizar una gestión participada y responsable.

Los directivos deben tener un contrato por tiempo determinado, en el que se debe establecer un mecanismo formalizado y transparente para la eventualidad de un cese antes de finalizar el mismo. Estos ceses serán siempre motivados y decididos, o en su caso informados, por el órgano colegiado de gobierno del

centro sanitario. Los dictámenes del órgano de gobierno, serán accesibles a cualquier institución social representativa.

Debe existir un sistema de información y cuadro de mando que tenga las características de estabilidad, integración, veracidad, accesibilidad, referencia poblacional de indicadores, y transparencia interna y externa, para hacer posible la rendición de cuentas a la sociedad, y la cultura de evaluación y de la mejora continuada.

Este sistema de información debe permitir su comparación con otros centros de la misma y de distintas comunidades autónomas, como condición para poder valorar desempeños, mejorar los estándares de productividad y emular desarrollos efectivos y eficientes.

Estos procedimientos buscan aumentar la estabilidad de los directivos para que sean factibles proyectos de gestión y cambio institucional más dilatados y menos vulnerables a alternancias políticas, siempre bajo la supervisión del órgano colegiado de gobierno. Cuando se establece que el cese de directivos tiene que guardar relación con factores objetivables del desempeño, estamos aportando estabilidad institucional, creando incentivos para un comportamiento eficiente, favoreciendo la selección progresiva de los mejores, consolidando mecanismos de aprendizaje y desarrollo directivo, y haciendo identificable la responsabilidad social corporativa de la organización.

5) INSTRUMENTOS DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS PROFESIONALES

Como ya hemos comentado con anterioridad, el sistema de gestión de personal que consideramos va a permitir un mejor desarrollo de aquellos aspectos motivadores para los profesionales y disminuir los efectos de factores ergonómicos, es el sistema de gestión por competencias profesionales.

La gestión por competencias permite la integración de todos los sistemas de gestión de recursos humanos bajo un único modelo. Este modelo permite la recuperación del concepto de profesión frente al del puesto de trabajo y el de competencia frente al de función o tarea.

Al ser la gestión por competencias un sistema global de gestión de recursos humanos puede utilizarse para distintos apartados de la gestión de personal: para la selección de personas en puestos básicos, cargos intermedios y directivos; para los sistemas de evaluación, tanto de competencias como del desempeño; y ligado con la evaluación para el establecimiento de un desarrollo profesional, carrera profesional y un sistema retributivo fijo y variable. Todo ello lo analizaremos a continuación.

1-ESTABLECIMIENTO DE COMPETENCIAS Y SU ACREDITACIÓN

En los últimos años, desde la edición del I Plan de Calidad de la Consejería de Salud, la Junta de Andalucía ha estado trabajando en fijar los mapas de competencias de las categorías profesionales de los centros sanitarios. Según el propio compromiso aceptado en el Plan de Calidad, los mapas de competencias tendrían que haberse aprobado antes del fin del año 2004. a eso se añade que en el punto séptimo del Acuerdo con los sindicatos de 21 de noviembre de 2002 el SAS se comprometió a la implantación de unos modelos de desarrollo profesional basado en la acreditación de los distintos niveles de competencias profesionales que deberían estar ejecutados antes de finales del 2005.

Los programas de acreditación de competencias profesionales están diseñados para reconocer los logros del profesional en su práctica real y diaria, impulsándolo hacia el desarrollo y la mejora continua. La Acreditación de Competencias es un proceso voluntario a

través del cual el profesional revisa, de forma sistemática, su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia, que tenía previamente, o que ha alcanzado durante el proceso de acreditación. La acreditación consta de cuatro fases: solicitud del profesional, acceso al programa informático de la Agencia, autoevaluación del profesional y realización de pruebas presenciales y no presenciales, y, por último, acreditación del nivel de desarrollo alcanzado: avanzado, experto o excelente.

2-EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INDIVIDUAL Y DESARROLLO PROFESIONAL

Los sistemas de evaluación de competencias permiten la adaptación permanente de las competencias de las personas a las necesidades de la organización. Por lo tanto, la evaluación esta directamente relacionada con el desarrollo profesional. Cuando se evalúan las competencias de las personas para su desarrollo la persona evaluada ve que la evaluación se puede derivar acciones de desarrollo profesional que permitan mejorar su capacitación. El modelo establecido por el SAS adolece de los problemas que ya hemos citado.

El modelo de desarrollo profesional que proponemos debe estar basado en dos pilares:

a) debe ser una entidad independiente (ACSA) la que acredite el nivel de competencias alcanzado por cada profesional. La agencia debe emitir un informe al responsable del servicio/unidad donde trabaja el profesional y a la dirección del centro para que elaboren las acciones de desarrollo necesarias para la mejora continua del profesional...

b) los responsables de cada servicio/unidad sí deben evaluar el grado de participación de cada profesional en la

consecución de los objetivos anuales que se hayan fijado. Este informe debe adjuntarse al definido por la ACSA para fijar el plan de desarrollo profesional.

Debemos tener en cuenta que el reconocimiento del logro profesional, de la responsabilidad y la participación en la consecución de los objetivos son factores motivadores. Una buena gestión de los mismos los convierte en herramientas muy potentes de la gestión de recursos humanos.

3- CARRERA PROFESIONAL

También la podemos denominar progresión profesional horizontal, recoge la posibilidad de crecer profesionalmente sin que esté necesariamente vinculada al ascenso dentro de la estructura organizativa y jerárquica de la organización. El crecimiento se da por la asunción de nuevas competencias de complejidad creciente dentro de la profesión a la que se pertenece. En el mundo sanitario los fundamentos para la implantación de un modelo de carrera profesional se encuentran en tres leyes:

1 Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad en el SNS artículo 41.

2 ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias artículo 38.

3 Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud artículo 40.

A partir de aquí, cada comunidad autónoma debe establecer un modelo de carrera profesional homologable con el del resto de comunidades, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad (pendientes de aprobar).

En Andalucía el Acuerdo SAS-sindicatos en materia de política de personal para el periodo 2006-2008, ratificado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 16 de mayo de 2006, establece un modelo de carrera pro-

fesional andaluz.

La característica principal del modelo andaluz y las singularidades, en comparación con otras comunidades autónomas son:

Ámbito de aplicación

En Andalucía se aplica al personal estatutario fijo y funcionario sanitario local integrado en EBAP. Excluye al personal de cupo y zona y a los facultativos con plazas vinculadas con la universidad. Solo el País Vasco y Galicia incluyen al personal de cupo. En Andalucía también se incluyen al personal de gestión y servicios, que hasta el momento presente solo se encontraba incluido en la propuesta de negociación de Castilla y León y en la comunidad de Castilla la Mancha. Recientemente también se está implantando en la Comunidad autónoma de Valencia la carrera profesional para el personal de gestión y servicios

Niveles de carrera

En Andalucía se han establecido cinco niveles de carrera profesional: un nivel inicial para el momento en que el profesional adquiere el nombramiento de titular, y cuatro niveles posteriores. Se exige un periodo de cinco años en cada nivel para poder pasar al siguiente, periodo mínimo exigido por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. En el momento actual el resto de comunidades autónomas han establecido periodos superiores de antigüedad para cada uno de los niveles como requisito de ascenso, salvo Baleares.

Requisitos de ascenso

El acceso del profesional a un determinado nivel de Carrera se produce al superar con éxito un Proceso de Certificación definido para cada nivel, consistente, además de superar el tiempo mínimo de permanencia, en un sistema de Acreditación de Competencias y un

Baremo de Méritos.

La acreditación de competencias es la desarrollada por la ACSA de la que hemos hablado en puntos anteriores, para cada nivel de carrera se exige un nivel de acreditación de competencias (avanzado, experto, excelente). En cuanto al baremo de méritos estará compuesto por los factores de complemento al rendimiento profesional, evaluación del desempeño profesional (objetivos anuales), formación, compromiso con la organización, docencia e investigación.

Esta es otra de las singularidades del modelo andaluz, ya que hasta ahora ninguna comunidad ha introducido como requisito de ascenso la superación de un nivel de desarrollo profesional basado en la acreditación de competencias.

En el resto de comunidades los criterios de baremos se basan en cuatro áreas de evaluación: actividad asistencial (cumplimiento de objetivos), adquisición de conocimientos, actividad docente e investigadora y compromiso con la organización.

La otra singularidad es la reversibilidad del nivel alcanzado que se puede producir en Andalucía si no se supera una puntuación mínima del baremo o bien se pierde el nivel de acreditación de competencias alcanzado. Hasta el momento presente ninguna comunidad autónoma ha establecido reversibilidad de niveles para los profesionales, salvo Cantabria y La Rioja, pero esta última solo para el nivel IV.

Retribuciones

Las retribuciones para licenciados sanitarios especialistas son similares a las establecidas para las comunidades de Galicia, Valencia, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha y La Rioja, y superiores a las de Extremadura, Navarra, Canarias, País Vasco, e inferiores a las de Cataluña. Lo mismo sucede para aquellas categorías que han incluido otras comunidades autónomas.

Periodo transitorio

Los profesionales que en fecha de ratificación del Acuerdo por Consejo de Gobierno (1 de julio) que tenían acreditado el periodo de tiempo correspondiente accedieron al nivel II o III de carrera sin la acreditación de competencias, ni el baremo de méritos, ni la necesidad de recertificarse.

Estamos de acuerdo en aplicar cinco años de periodo mínimo en cada nivel para poder ascender a un nivel superior, ya que es el periodo mínimo establecido en la Ley. La clave para la carrera profesional no debe ser la antigüedad, sino las competencias acreditadas y los méritos reconocidos.

El baremo de méritos deberá ser similar al aprobado en otras comunidades autónomas como la valenciana o la incluida en la propuesta de Castilla y León. No debe incluir la valoración que hacen los jefes inmediatos en el procedimiento de evaluación del desempeño individual por falta de objetividad. Por supuesto, y como sucede en la mayoría de las comunidades autónomas, no debe existir reversibilidad de niveles. Debemos recordar que la existencia de un modelo de carrera profesional es un instrumento muy potente para motivar a los profesionales, basado en el reconocimiento, la responsabilidad, el desarrollo profesional, la promoción y la realización personal a través del alcance de nuevas competencias. Es una herramienta que debemos cuidar extremadamente. El establecer un carácter de reversibilidad de niveles y vincularlos a retribuciones dará lugar a que los profesionales terminen viendo el modelo de carrera como una amenaza y no como una herramienta de enriquecimiento profesional, se crearán expectativas respecto a los resultados de evaluación que finalmente no serán satisfechas, y ello a pesar que con nuestro modelo estaremos en mejores condiciones de garantizar la coherencia de las evaluaciones. El sistema de carrera profesional no debe

estar concebido ni debe utilizarse como sistema penalizador. En nuestro modelo de carrera profesional alcanzar determinados niveles será requisito imprescindible para determinados aspectos: ocupar puestos de responsable de servicios o unidades, de dirección de centros sanitarios, o de participación en órganos consultores como las juntas facultativas o de enfermería. También deberán ser méritos valorables para cuestiones como movilidad, participación en comités clínicos o técnicos, etc.

4- FORMACION

La legislación española en materia de formación y docencia se encuentra en la Ley General de Sanidad título VI, Ley de Cohesión y Calidad artículos 36, 37, 38 y 39 y de una manera más detallada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en su título II. La legislación andaluza es muy pobre en la regulación de los aspectos formativos. Así la Ley de Salud de Andalucía solo dedica el punto 17 del artículo 62 al apartado de docencia.

Por otra parte, el Plan de Calidad de la Consejería del año 2001-2004 establecía una línea estratégica de definición y diseño de acciones formativas con intención de adecuar las diferencias entre los mapas de competencias definidas y las competencias acreditadas por las personas, para establecer líneas de desarrollo profesional y de empleabilidad. Como ya sabemos esta línea estratégica ha sido un fracaso pues no se han terminado los mapas de competencias de todas las categorías profesionales y ahora se ha iniciado el proceso de acreditación de competencias de algunas profesiones de atención primaria.

El Plan de Calidad establecía un Plan especial de formación de gestores (puestos directivos) que tampoco se llevó a cabo. El II Plan de Calidad de la Consejería para 2005-2008 volvía a establecer un objetivo y unas

líneas de acción relacionadas con la formación profesional que aún están pendientes de desarrollar y llevar a la práctica. A su vez, y en desarrollo del artículo 35 de la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias, la Junta de Andalucía aprobó el Decreto 203/2003 sobre procedimientos de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias. La puesta en práctica de este Decreto ha sido un fracaso ya que el número de actividades de formación acreditadas es muy bajo.

En los últimos acuerdos de negociación entre el SAS y las centrales sindicales presentes en mesa sectorial de sanidad en Andalucía correspondientes a los años 2002 y 2006 no se ha tratado la materia de formación, a pesar de ser objeto obligatorio de negociación según establece la Ley 9/1987 de Órganos de participación y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco.

6) RETRIBUCIONES

Recientemente la crisis económica ha hecho que los profesionales y pensionistas vean recortadas o congeladas sus retribuciones. Sin entrar a discutir sobre si se podrían haber adoptado otras medidas de igual o mejor efectividad para recortar el gasto público, y sobre todo, la carencia de previsión antes del desarrollo de la propia crisis, consideramos que es una medida de carácter excepcional y coyuntural. Proponemos que se debe recuperar el deteriorado poder adquisitivo de los funcionarios públicos, en cuanto se supere la actual crisis económica.

F.1. Complemento de rendimiento profesional

Tradicionalmente, el personal que trabaja en centros hospitalarios ha tenido unas retribuciones mayoritariamente fijas por jornada laboral ordinaria, independientes del rendimiento profesional o del grado de cumplimiento de objetivos. Así se puede observar en la


regulación existente en los diferentes Estatutos Profesionales y sus modificaciones posteriores. Incluso el RDL 3/87, que adapta las retribuciones y la clasificación profesional del personal estatutario a la Ley 30/84 de medidas para la reforma de la función pública, establece unas retribuciones prácticamente fijas, introduciendo un complemento de productividad variable que ha sido utilizado con carácter residual hasta el año 2003.

En atención primaria, y por Orden del Ministerio de Sanidad de 8 de agosto de 1986, para el personal de cupo y zona (vigentes todavía para dicho personal) las retribuciones estaban basadas en un concepto capitativo o de población adscrita. Cuando se crean a partir de 1984 los EBAP las retribuciones abandonaron el concepto capitativo adaptándose a los tipos fijos. Las únicas variaciones se encontraban en el complemento de productividad fija (titulares de cartilla con derecho a asistencia sanitaria, estructura de población según el porcentaje de mayores de 65 años, y número de núcleos de población de cada zona básica de salud). Por el Decreto 260/2001 de la Junta de Andalucía se adaptan las retribuciones de atención primaria a la base de datos de usuarios, tarjeta sanitaria individual y libre elección de médico, incrementando algo el porcentaje de retribuciones relacionado con la población adscrita.

La aprobación del Estatuto Marco por la Ley 55/2003 introduce dos cambios sustanciales: el complemento de productividad incluye la retribución por la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados previa evaluación de los resultados conseguidos y aparece el complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional.

En Andalucía el Acuerdo SAS-sindicatos de 21 de noviembre de 2002 preveía la creación de un complemento de rendimiento profesional para recompensar

el rendimiento, la calidad y el cumplimiento de objetivos pactados y, por otro lado, recompensar el desempeño individual y las competencias profesionales acreditadas mediante un modelo de desarrollo profesional. Sobre la base de lo anterior se dictan, en Andalucía, la Resolución 682/2003 y Resolución 767/2007 del SAS mediante las que se crea un sistema de complemento del rendimiento profesional para todos los trabajadores del SAS basado en lo siguiente: todos los profesionales se integrarán en un equipo, servicio o unidad; para cada servicio se establecerán un conjunto de objetivos, ponderaciones y sistema de indicadores y evaluación; se realizará una evaluación semestral y anual de los objetivos; el 40% se abona semestralmente en función del cumplimiento de objetivos por parte del equipo, el 50% anual y por objetivos de equipo, y un 10% según las competencias acreditadas y valoradas por el cargo intermedio inmediato. En el

 En el año 2008 las retribuciones del complemento del rendimiento profesional representaban un 13% de las fijadas para FEAs y un 9% para los enfermeros de hospitales

año 2008 las retribuciones del complemento del rendimiento profesional representaban un 13% de las fijadas para FEAs y un 9% para los enfermeros de hospitales.

Además, la Resolución contempla un reparto de los remanentes de aquellas cantidades no asignadas para los profesionales que hayan obtenido una puntuación mínima de 5 sobre 10 en la evaluación del desempeño individual pertenecientes a aquellos equipos con una puntuación de evaluación superior al 50%.

Se pueden hacer importantes críticas al modelo actual del SAS:

- A título de ejemplo, al comparar las retribuciones anuales y condiciones de trabajo salen muy perjudicados los profesionales españoles: 35.000 €/año en AP frente a 66.000 de Irlanda o 46.000 de Italia, cuatro días y medio de trabajo, fines de semana libres, sin guardias, seis semanas de vacaciones anuales distribuidas a conveniencia del médico, bolsa de tiempo anual retribuido para formación, más un presupuesto adicional de unos 5.400 € anuales para destinar a ello.

Pero es que las diferencias son muy importantes también entre CCAA, estando Andalucía entre las que peor pagan a sus médicos, con 12 comunidades por encima

- Un gran número de los profesionales desconocen los objetivos de su unidad o servicio.

No han participado en su fijación, ni tampoco participan en el sistema de evaluación semestral o anual, salvo en la evaluación del desempeño individual. Los profesionales desconocen el sistema de cálculo de asignación de las cantidades que le corresponden por los incentivos, ya que el sistema no es transparente, sobre todo en la asignación de los remanentes.

- Los objetivos principales son por unidad o servicio, con escasa valoración del rendimiento individual y la aportación del profesional para la consecución de los resultados globales. Ya criticamos estas actuaciones en el apartado del tra-

bajo titulado establecimiento de competencias y su acreditación, incluso hablábamos de una posible ilegalidad de esta práctica por incumplir la Ley de Cohesión y Calidad.

La Resolución 0546/09, de 23 de diciembre de 2009 fija los porcentajes al 60% por objetivos globales y un 40% a los individuales, pero el problema es la capacidad de actuación individual en unas UGC que no han sufrido cambios estructurales: profesionales en áreas saturadas mal pueden cumplir unos objetivos individuales que ellos mismos no pueden proponer ni controlar en su totalidad, como en caso de consultas externas, lista de espera quirúrgica y otras.

También se aprecia que el porcentaje de las retribuciones variables respecto a las fijas es muy bajo, resultando poco significativas en estamentos como enfermería y administrativos.

En la resolución citada de diciembre 09 se indica que con carácter general, ningún profesional podrá percibir más del doble de la cantidad asignada en los Anexos I y II de su categoría o puesto de trabajo.

F.2 Principios básicos de asociación entre retribuciones y rendimiento

Para establecer un modelo de incentivos coherente debemos tener en cuenta una serie de principios básicos que asocien los sistemas de retribuciones al rendimiento:

- Principio de información: Debe remunerarse al profesional en función de variables controladas al máximo por éste.
- Principio de intensidad del incentivo: El incentivo tiene que estar relacionado

con el valor añadido que aporta el profesional en la organización y a la capacidad de decisión autónoma por parte del profesional sobre actividades que tiene encomendadas.

- Principio de intensidad de la vigilancia: Cuando la remuneración del profesional sea muy sensible a su actuación el sistema de incentivos tiene que estar asociado a sistemas de información, auditorías y control muy desarrollados y estrictos.
- Principio de igualdad de compensaciones: El sistema sanitario es multitarea. Cuando se retribuye mediante incentivos el profesional prima las tareas relacionadas con los objetivos, recibiendo la actividad con rendimiento marginal menor tiempo o atención.
- Compromiso y reputación: El sistema de valoración por la dirección debe coincidir con los resultados del sistema de incentivos y no ser manipulados para que coincidan con la percepción que tenga la dirección de sus profesionales.

F.3 Reforma del sistema de incentivos

En base a todo lo que antecede el sistema de incentivos económicos que proponemos deberá tener en cuenta lo siguiente:

- a) Los profesionales deberán estar adscritos a un servicio o unidad. Los objetivos serán por servicio pero para su fijación deberán participar todos los profesionales del equipo. Al menos un 50% del incentivo lo será en función del grado de participación individual de los

profesionales en la consecución de los resultados. Ello obliga a establecer previamente un sistema de información mucho más potente del que existe actualmente.

b) Los objetivos deben estar fijados en el mes de diciembre del año anterior o en el mes de enero del año corriente, y no en primavera como sucede actualmente.

c) No se pueden hacer dos evaluaciones al año.

El seguimiento de los objetivos debe ser trimestral o al menos cuatrimestral en la parte de evaluación del servicio o unidad. Esta evaluación debe ser conocida y accesible en todo momento por todos los miembros del equipo.

d) La evaluación anual y la medición de la aportación de cada profesional se realizarán en enero del año vencido. El pago del incentivo será inmediato y no como sucede ahora en la nómina complementaria de abril.

e) El complemento variable debe estar al menos en el intervalo del 15% al 20% de las retribuciones fijas, y no como sucede ahora en el SAS que con incentivos del año 2008 y las retribuciones fijas del 2005 la parte variable no supera el 13% para FEAs y el 9% para los enfermeros de hospitales.

f) en casos de excelencia en los objetivos globales o individuales, la cuantía podría ser más elevada de modo excepcional, para lo que se articularía la correspondiente resolución

7) JORNADA LABORAL


La jornada laboral ordinaria del personal de instituciones sanitarias establecida en los diferentes Estatutos fue modificada para Andalucía por el Decreto 175/1992, que establecía una jornada anual máxima de 1645 horas para el turno diurno, 1530 horas para el turno rotatorio y 1470 horas para el turno fijo nocturno. El cálculo de la jornada era una mera extrapolación en cómputo anual de lo que establecían los Estatutos con una jornada de 40 horas semanales para el turno diurno. Aparte de esta jornada ordinaria se encontraban las guardias médicas de los facultativos hospitalarios y la atención continuada del personal sanitario de atención primaria.

El Acuerdo de Consejo de Gobierno de 27 de diciembre de 1999 aprueba la introducción de la jornada de 35 horas semanales en turno diurno y su adaptación a los otros turnos, quedando la jornada máxima anual en 1582 horas turno diurno, 1483 horas en turno rotatorio y 1450 horas en turnos nocturnos. Dos Notas Interiores de La Dirección General de Personal produjeron una demanda del sindicato CGT y una sentencia del Tribunal Supremo declarando la desigualdad en los turnos al establecerse que en el cómputo no se ha tenido en cuenta en el turno diurno los días de libre disposición, pero sí se tuvieron en cuenta en los turnos rotatorios y nocturnos. Ello ha producido un número muy grande de demandas por exceso de jornada del personal del turno rotatorio y nocturno que ha generado un gasto enorme por ejecución de sentencias en el SAS.

Por último, por Decreto 553/2004, para solucionar definitivamente el problema, establece la jornada ordinaria en turno diurno en 1540 horas al año, incluyendo en el cómputo la incidencia de los días de libre disposición.

Por otra parte, el Acuerdo SAS-sindicatos de 21 de

noviembre de 2002 preveía la adecuación de la jornada laboral y tiempos de trabajo a la Directiva Comunitaria 93/101/CE, la cual ha sido transcrita a la legislación española a través de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco. El Capítulo X de dicha Ley sobre jornada de trabajo distingue entre la jornada ordinaria (en Andalucía la establecida por el Decreto 175/92) y la jornada complementaria cuando se trata de la prestación de servicios de atención continuada y con el fin de garantizar la atención permanente al usuario de los centros sanitarios. La Ley establece que la duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada ordinaria y complementaria será de 48 horas semanales de trabajo efectivo de pro-

 Cuando con las previsiones sea imposible garantizar la atención a la población podrá superarse la duración máxima de 48 horas semanales, siempre que el personal lo manifieste por escrito individualmente

medio en cómputo semestral, salvo acuerdo, pacto o convenio colectivo. No serán tomados en cuenta los periodos de localización, salvo que el interesado sea requerido para la prestación de trabajo efectivo, en cuyo caso se computará la dura-

ción del trabajo desarrollado y los tiempos de desplazamiento. La promulgación de la Ley 55/2003 viene planteando algunos problemas a la hora de su aplicación probablemente por errores conceptuales por lo que el SAS decidió la publicación de una Circular con unas instrucciones que ayuden a la interpretación y a la aplicación de los conceptos de jornada de trabajo, tiempo de trabajo y régimen de descansos. Esta Circular es la 2154 de 3 de julio de 2007.

Cuando con las previsiones anteriores sea imposible

garantizar la atención a la población podrá superarse la duración máxima de 48 horas semanales, siempre que el personal lo manifieste por escrito individualmente. En tal caso, esta jornada especial no podrá superar las 150 horas al año.

Por ello, el acuerdo SAS - sindicatos de 16 de mayo de 2006 prevé una modificación de los tiempos de trabajo tanto en atención primaria como en hospitales:

a) atención especializada

Los profesionales que venían realizando guardias médicas deberán prolongar su jornada (jornada complementaria) desde las 15 horas a las 20 horas uno o dos días a la semana, de lunes a viernes. El resto del horario se cubrirá bien mediante presencia física o localización (20 horas a 8 horas s del siguiente día y 24 horas sábados, domingos y festivos):

Además de los Médicos de Familia en plaza diferenciada de Cuidados Críticos y Urgencias, en cada centro hospitalario existirán al menos las siguientes especialidades de presencia física de 20 horas a 8 horas del día siguiente de lunes a viernes, sábados, domingos y festivos:

Medicina Interna, Radiología, Pediatra, Obstetricia y Ginecología, Cirugía General y Digestivo, Anestesia y Reanimación, Cuidados Intensivos y Traumatología y Cirugía Ortopédica.

La cobertura de dichos horarios en régimen de presencia física se realizará preferentemente con facultativos específicos en plaza diferenciada de la correspondiente especialidad, en jornada ordinaria, complementaria y especial en su caso. Excepcionalmente esos

horarios podrán ser cubiertos por el propio personal de cada servicio o unidad, a través de la jornada complementaria y en su caso especial. La disponibilidad necesaria del resto de especialidades sin régimen de presencia física en el centro se realizará por los profesionales de las correspondientes unidades o servicios y especialidades que así se hayan determinado, y será retribuida según los precios de hora de jornada complementaria en régimen de localización previsto en este acuerdo.

b) atención primaria

Los profesionales de EBAP atenderán a las urgencias desde las 15 horas a 20 horas de lunes a jueves, viernes y víspera de festivo desde las 15 ó 20 horas a 8 horas del día siguiente y los sábados de 8 horas hasta las 8 horas del día siguiente. Los profesionales de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias cubrirán de 20 horas a 8 horas del día siguiente de lunes a jueves, así como domingo y festivos las 24 horas.

Dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y en desarrollo del citado Acuerdo de 16 de mayo de 2006 el SAS y los sindicatos presentes en Mesa Sectorial salvo CCOO y SMA, firman un acuerdo sobre condiciones laborales y retributivas para el médico de familia en plaza del servicio de servicio de cuidados críticos y urgencias en el ámbito de atención especializada y para el médico de familia/enfermero en plaza diferenciada de cuidados críticos y urgencias en el ámbito de la atención primaria de fecha 30 de enero de 2007. Mediante la ejecución del anterior Acuerdo la intención del SAS es la siguiente:

a) en el ámbito de atención primaria:

Los profesionales de EBAP atenderán las urgencias en los equipos que inician su atención a las 15 horas, desde las 15 horas hasta las 20 horas, de lunes a jueves. Los profesionales de los EBAP podrán realizar jornada complementaria los viernes y vísperas de festivos, desde las 15 ó 20 horas a las 8.00 horas del día siguiente. Los profesionales de los EBAP podrán realizar jornada complementaria, los sábados desde las 8 h oras hasta las 8 horas del día siguiente. Los profesionales de EBAP con nombramiento a tiempo parcial y de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, realizarán preferentemente la cobertura de las unidades de urgencia, de 20 horas a 8 horas del día siguiente, de lunes a jueves, así como los domingos y festivos 24 horas. No obstante, transitoriamente hasta alcanzar la total implantación del nuevo modelos de urgencia en atención primaria, se les podrá ofertar a los profesionales de ABAP la realización de atención continuada en estas unidades desde las 20 joras a las 8 horas del día siguiente, en cuyo caso se les garantizará el régimen de descanso previsto en la Ley del Estatuto Marco. Se deberá garantizar la cobertura de la demanda, bien con profesionales de EEBAP o bien acumulando el cupo al resto de compañeros.

Según establece el Acuerdo de 30 de enero de 2007 se declara a extinguir la categoría de médico y enfermero de dispositivos de cuidados críticos y urgencias, los profesionales se podrán integrar voluntariamente

en los EBAP, en caso contrario permanecerán en el modelo actual. Los médicos y enfermeros de EBAP pasan a realizar la atención a urgencias a través de su jornada complementaria.

La Consejería de Salud ha variado en los últimos años en varias ocasiones su modelo de urgencias en la atención primaria. Inicialmente, a medida que se abrían centros de salud en zonas rurales, se reconvertía el personal adscrito a los mismos a EBAP y se organizaban los turnos de atención continuada a la población para las urgencias entre todos los profesionales sanitarios de la zona básica de salud.

Hace unos años la Consejería de Salud creó la categoría profesional de médico y enfermera de dispositivos de cuidados críticos y urgencias en atención primaria, diferenciándolos de los médicos y enfermeras de EBAP, con el propósito que fueran los primeros los que realizaran en su jornada ordinaria o mediante atención continuada la atención a urgencias en la zona básicas de salud. Los médicos y enfermeros de EBAP sólo atenderían las urgencias en casos necesarios por falta de profesionales de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Incluso muchos de estas plazas se han cubierto con personal propietario tras los oportunos procesos selectivos.

En el momento presente, y después de la firma del Acuerdo de 30 de enero de 2007 el SAS ha eliminado de un plumazo un sistema de urgencias extrahospitalarias que estaba consolidándose. Este modelo contaba con personal con formación específica para la realización de la atención a las urgencias y se estaba implantando e la totalidad de los distritos de Andalucía. Este modelo en plazas diferenciadas mejoraba la calida asistencial que se prestaba al ciudadano y proporcionaba un soporte organizativo moderno de personal motivado y cualificado. Aquellos médicos y enfermeros de centro de salud que deseaban realizar esta actividad

se les respetaba, pero el mayor peso de ésta recaía en el personal específico de las urgencias.

Con la reordenación, las guardias vuelven a hacerlas los médicos y enfermeros de los centros de salud en su totalidad. Volvemos, por tanto, al modelo de comienzo de la reforma de atención primaria de hace 20 años, con una población que ha aumentado considerablemente en Andalucía y unos profesionales desencantados con los vaivenes que sufre el modelo de atención primaria y la cobertura de sus urgencias.

Al participar muchos médicos y enfermeros de EBAP en turnos de guardias a urgencias no podrán acudir a las consultas para su actividad programada en consulta al día siguiente, encontrándose el paciente con otro médico no elegido por él, que podrá ser un sustituto u otro médico del centro de salud con un acumulo de cupo, con el posible cansancio que pudiera conllevar el pasar doble consulta.

Un claro problema va a ser la cobertura de las plazas creadas en las especialidades médicas troncales para cubrir el horario de 20 horas a 8 horas del día siguiente, debido a la falta de especialistas en el mercado y a la fuga que se está produciendo a otras comunidades autónomas con mejores condiciones. A medio plazo se va a producir una importante rotación de médicos en primaria y hospitales en los turnos de 20 horas a 8 horas, por penosidad del mismo y el intento de los profesionales afectados de incorporarse a los turnos diurnos.

Actualmente el SAS
ha eliminado de un
plumazo un sistema
de urgencias
extrahospitalarias que
estaba
consolidándose



RevistaeSalud.com es una publicación electrónica que intenta promover el uso de TICs (Tecnologías de la Información y las Comunicaciones) con el propósito de mejorar o mantener la salud de las personas, sin importar quiénes sean o dónde estén.

Edita: FESALUD – Fundación para la eSalud
Correo-e: cperez@fesalud.org
ISSN 1698-7969



Los textos publicados en esta revista, a menos que se indique lo contrario, están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 de Creative Commons. Pueden copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente, siempre que se citen el autor y la revista digital donde se publican, RevistaeSalud.com. No se permite su uso comercial ni la generación de obras derivadas. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.es>