

Tesis Doctoral

VALORACIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL EN SUS
DIFERENTES DIMENSIONES Y APLICACIÓN AL
PERSONAL SANITARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD ESPAÑOL

Raquel Pérez García
Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología
(Especialidad en Sociología Política y Sociología Industrial)



DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA III
FACULTAD CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A
DISTANCIA, 2012



**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA III
FACULTAD CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A
DISTANCIA, 2012**

**VALORACIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL EN SUS
DIFERENTES DIMENSIONES Y APLICACIÓN AL
PERSONAL SANITARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD ESPAÑOL**

Autora:

**Raquel Pérez García
Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología**

Director:

Dr. D. Antonio López Peláez

Codirector:

Dr. D. José Antonio Díaz Martínez

Any one who takes up the study of sociology must not expect to come to an exhibition, where every article may be had ready and finished. On the contrary, he will find that he has entered a workshop, where everything is in the making and he will have to take part in the work.

“Cualquiera que se dedique al estudio de la sociología no debe esperar encontrarse ante una exposición en donde cada artículo leído debe estar listo y acabado. Por el contrario, se encontrará con que ha entrado en un taller donde todo está en proceso y tendrá que tomar parte en él”.

El trabajo donde aparece este texto es:

Westermarck, E. 1908. “Sociology as a University study” en: Inauguration of the Martin White Professorship of Sociology. Consulta 27 de febrero de 2010. Disponible en: The Edvard Westermarck Online Collection <http://www.filosofia.fi/se/arkiv/text/5669>

AGRADECIMIENTOS

Comenzaré dando las gracias a todas y cada una de las personas que han estado a mi lado recorriendo este camino y confiando en que esta tesis vería la luz.

En primer lugar a Antonio López mi profesor y amigo de la UNED, que desde el primer momento que le conocí me animó a seguir adelante a pesar de los numerosos obstáculos que aparecían en el camino. Al profesor de la UNED José Antonio Díaz Martínez, siempre disponible para llevar a cabo esta tesis.

A Juan Medino y Montserrat Domínguez, profesionales de la Biblioteca del Hospital Universitario de Fuenlabrada, ya que gracias a sus sabios consejos y sobre todo a sus búsquedas bibliográficas, han conseguido que mi trabajo llegue a buen puerto.

A mi hijo Juan, porque gracias a su nacimiento tuve la oportunidad de dedicar hora tras hora a las primeras lecturas, por ser tan bueno y dormir tanto.

Gracias a Covadonga Rodríguez-Arana, ya que durante mi baja maternal hizo que no me echaran en falta y asumir trabajo y responsabilidad que en algún momento le supo amarga, por hacer que la llegada al trabajo por las mañanas fuese un motivo de alegría y por demostrarme que los compañeros pueden ser, además, amigos.

Gracias a mis padres, porque aunque ahora no están conmigo, cuando el trabajo de doctorado comenzó allá por el año 1993, me animaron a empezarlo, confiando en que podría terminarlo.

Gracias a mi marido por entender y apoyar todo lo que hacía, por su amor sincero, y gracias a mis hijas por soportar tantas veces la frase “ahora no puedo, tengo que terminar esto”.

Finalmente, gracias a todos los que no nombro pero que con su pequeño o gran apoyo han permitido el resultado final.

Gracias a todos,...de corazón.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
APROXIMACIÓN AL OBJETO DE ESTUDIO, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA.....	10
MÉTODO.....	19

PARTE I: EL MARCO DE LA SANIDAD

Resumen Parte I.....	27
1. Marco General de los Sistemas Sanitarios y de los profesionales que los integran.	28
1.1. Modelos de sistemas sanitarios.....	28
1.1.1. Modelo Liberal o de Seguros Privados	28
1.1.2. Modelo de Seguridad Social (SOE) o Modelo Bismark.....	29
1.1.3. Modelo Sistema Nacional de Salud o Modelo Beveridge.....	29
2. Acercamiento al concepto de profesión.....	33
3. Evolución del concepto de profesión sanitaria.....	36
4. La profesión médica como conjunto de personas.....	39
5. Evolución en la estructura de las organizaciones sanitarias	41
6. Las organizaciones sanitarias: ejemplo de burocracia profesional desde la visión de H. Mintzberg.	46
7. Problemas desde la dimensión de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias actuales del SNS.....	52
8. La crisis del profesionalismo de los recursos humanos sanitarios.....	58
Conclusión parte I.....	61

PARTE II: SOCIOLOGÍA DE LAS ORGANIZACIONES Y SECTORSANITARIO

Resumen Parte II.....	64
1. La Organización como objeto de estudio sociológico	66
1.1. De cómo se llega a la Sociología de las Organizaciones.....	67
2. Teorías clásicas de la organización.....	71
2.1. Los primeros economistas y sociólogos	71
2.2. Los primeros socialistas	72

2.3 Taylor y la organización científica del trabajo	74
2.4. La Teoría de Relaciones Humanas	75
3. El interaccionismo simbólico	76
4. Las Teorías de Sistemas.....	78
4.1. Teorías de la Contingencia.....	82
4.2. Teoría de la dependencia.....	83
5. Teorías institucionales.....	84
5.1. Teoría de los costes de transacción (ECT).....	84
5.2. Teoría de la agencia.....	86
6. Teoría del capital social.....	87
7. Hacia la calidad en las organizaciones complejas.....	95
7.1. El modelo de calidad EFQM.....	96
Conclusión Parte II	103

PARTE III: PERSPECTIVA HISTÓRICO-SOCIOLÓGICA DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

Resumen Parte III.....	106
1. Origen e Historia del Sistema Nacional de Salud	108
1.1. Los principios de la protección social	108
1.2. La Restauración, Dictadura de Primo de Rivera y Segunda República (1875 - 1936).....	112
1.2.1. La Restauración (1875-1923).....	112
1.2.2. La Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)	116
1.2.3. La II República (1931-1936).....	116
1.3. La Dictadura de Franco (1939-1975).....	118
1.3.1. Primer periodo franquista (1939-1958)	119
1.3.2. Segunda etapa franquista (1959-1975)	123
1.4. Situación post-constitución y previa a las transferencias a las Autonomías... 127	
1.5. Primer intento de reforma: el informe Abril	131
1.6. Años 90: descentralización.....	134
1.7. Coordinación y cooperación sanitaria: Ley de Cohesión y Calidad, LOPS y Estatuto Marco	142
2. Institucionalización y marco legal del SNS	146
2.1. La Ley General de Sanidad 1986	146

2.2. Estructura actual del SNS.....	150
2.3 Regimenes del SNS	154
2.4. Entidades gestoras de la Seguridad Social	155
2.5. Atención primaria y Especializada.....	156
3. Los recursos de la Atención sanitaria.....	160
3.1. Gasto sanitario y Financiación del SNS.....	160
3.2. Recursos físicos y humanos del SNS.....	165
3.3. El marco de las nuevas tecnologías en la atención sanitaria.....	176
Conclusión Parte III	181

PARTE IV: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA CARRERA PROFESIONAL

Resumen Parte IV	183
1. Motivación laboral: análisis de teorías y su relación con la carrera profesional	184
1.1. Aproximación a la motivación en las organizaciones	184
1.2. Teorías sobre motivación social en la empresa	186
1.2.1. Teorías clásicas de la motivación o Teorías de las necesidades.....	186
1.2.2. Teorías del equilibrio	193
1.2.3. Teorías del incentivo o del refuerzo.....	195
1.2.4. Teorías del control de la motivación	196
1.2.5. Teoría de la equidad o de la igualdad o también denominadas teorías del intercambio.....	197
1.2.6. Teoría de la expectativa-valor	198
1.2.7. Teoría del establecimiento de metas/objetivos	200
1.2.8. Teoría social cognitiva.....	201
1.3. Perspectiva actual de las Variables que intervienen en la motivación: extrínsecas, intrínsecas y trascendentes	208
1.4. Tipos de incentivos en la organización sanitaria.....	212
1.5. Dificultades del sistema sanitario para poner en marcha diferentes tipos de incentivos: algunas soluciones.	218
1.6. La carrera profesional como elemento de motivación.....	219
2. Aproximación a la carrera profesional en organizaciones complejas como la sanidad.	225
2.1. Concepto de carrera profesional: un concepto en permanente desarrollo.	225
2.2 Teorías y modelos de carrera profesional.....	228

2.2.1. Modelo de carrera profesional burocrática.....	232
2.2.2. Modelo de carrera profesional profesionalizada o de desarrollo	234
2.2.3. Modelo de carrera profesional basadas en el ajuste, centradas en las características individuales y profesionales (también denominadas teorías estructurales de carrera)	239
2.2.4. Modelo de carrera profesional empresarial.....	242
2.3 La dimensión social del capital humano: Formación continuada, desarrollo profesional continuo y carrera profesional: similitudes y diferencias	248
2.4. Diferencias entre certificación, recertificación y carrera profesional.....	257
Conclusión Parte IV	267

PARTE V: LA CARRERA PROFESIONAL SANITARIA EN ESPAÑA, APLICACIÓN, RESULTADOS Y PROPUESTA DE NUEVO MODELO.

Resumen Parte V	270
1. Análisis histórico y legislativo de la carrera profesional sanitaria en España	271
1.1. Historia de la carrera profesional sanitaria en España.....	271
1.2. Desarrollo legislativo de la Carrera Profesional sanitaria en España	272
2. Modelos de carrera profesional sanitaria en España	278
3. Resultados de la aplicación de la carrera profesional sanitaria en España.....	283
3.1. Análisis de reconocimientos y coste económico de Licenciados Sanitarios por CC. AA.	336
3.2. Análisis de reconocimientos y coste económico de Diplomados Sanitarios por CC. AA.	341
3.3. Conclusiones generales sobre el resultado de la aplicación de la carrera profesional en nuestro país y propuestas para un nuevo modelo	346
4. Ejemplo de Aplicación práctica del modelo de carrera profesional de la Comunidad de Madrid en el Hospital Universitario de Fuenlabrada	358
5. Propuesta de un nuevo modelo de carrera profesional desde la perspectiva del modelo EFQM.....	368
Conclusiones Parte V	398

**PARTE VI: RESULTADOS HIPÓTESIS, REFLEXIONES FINALES, LIMITACIONES Y
RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN**

RESULTADOS EN CUANTO A LAS HIPÓTESIS FORMULADAS	400
SÍNTESIS Y REFLEXIÓN FINAL	425
BIBLIOGRAFÍA	430
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	461
ÍNDICE DE CUADROS	464
ÍNDICE DE FIGURAS	467
ÍNDICE DE GRÁFICOS	468
ÍNDICE DE TABLAS	469

INTRODUCCIÓN

Nuestro objeto de estudio es el sistema sanitario español desde la mirada sociológica. El sistema sanitario es uno de los pilares del estado del bienestar y fundamento clave de nuestra ciudadanía. En el ámbito de la sociología de las organizaciones, ya no hay excusas para no introducir la dimensión social en la cadena de valor de las organizaciones, siendo algo ineludible para una buena gestión (José Antonio Garmendia 2010).

La finalidad última de los sistemas sanitarios y de las políticas públicas que los desarrollan, es en términos genéricos mejorar la salud de la población. Sin embargo, este objetivo aparentemente tan simple, encierra una gran complejidad en términos de planificación, diseño e implementación de políticas sanitarias.

El proceso de institucionalización del estado del bienestar ha creado una organización denominada Sistema Nacional de Salud (SNS) de proporciones gigantescas, con una concentración muy alta de profesionales y de recursos y adoptando un gran desarrollo de modelos de gestión, a veces no visibles de forma explícita. En los diferentes modelos de gestión se dan por un lado, prácticas organizacionales y carreras profesionales vinculadas con el funcionariado pero también con la empresa privada.

El objeto de esta tesis es desvelar la “caja negra” del modelo organizacional del SNS abordando un aspecto clave: **la carrera profesional**. En un país tan descentralizado como España, es necesario evaluar con rigor científico la realidad, el modelo concreto que hemos creado en los últimos años, sus inercias, sus ventajas e inconvenientes. Tal y como se señalará en los detalles de esta tesis doctoral, al poner en marcha los diferentes modelos de carrera profesional en las diferentes comunidades autónomas, la conclusión más general y patente es que la carrera profesional de los profesionales sanitarios es insostenible económicamente para el SNS.

Los problemas de nuestra sanidad son similares a los que sufren otros sistemas sanitarios públicos europeos: insuficiencia financiera, envejecimiento de la población, medicalización de la sociedad, atención a los numerosos emigrantes, gasto vertiginoso de la tecnología que caracteriza a la sanidad y mayores expectativas de atención y

servicios de una población con mayor nivel de formación. Los problemas de hoy en día son consecuencia de un desarrollo sociopolítico que se intentará abordar en este trabajo.

Los valores de libertad, justicia, igualdad y pluralismo político aparecen reflejados en nuestra Constitución en el Preámbulo y en el artículo 1º, adquiriendo una naturaleza claramente supraconstitucional. La libertad como valor superior, se regula en el artículo 17 de la Constitución Española y se desarrolla especialmente en el Título I, consagrado a los Derechos Fundamentales.

La adopción de la igualdad como valor superior, responde a la idea de la sociedad moderna, de que no es suficiente proteger la libertad individual, sino que hay que lograr que la diferenciación entre personas y grupos sea únicamente basada en motivos objetivos, desterrando la discriminación y procurando una adecuada seguridad respecto a las condiciones de vida. En este sentido y parafraseando a José Félix Tezanos, “la democracia inaugura un nuevo modelo de sociedad en la que todos somos señores. Ésa, pues, es la dirección en la que hay que continuar profundizando, contribuyendo a establecer las condiciones sociales necesarias para que todos puedan ser ciudadanos de primera y ejercer su libertad de manera más plena y segura” (José Félix Tezanos 2003:4).

Desde esta óptica, es necesario resaltar la función clave que la ciudadanía y la democracia han tenido en la configuración del estado del bienestar y en la definición de las políticas sociales. La política social después de 50 años de estado de bienestar en Europa, está estrechamente vinculada con el crecimiento económico, y es un instrumento estratégico para lograr mejores condiciones de vida, una mejor redistribución de la riqueza, y sobre todo hacer viable la democracia, estableciendo unos derechos previos de educación, salud, política social y económica que conducen a una ciudadanía real. (Antonio López Peláez y Tomás Fernández García 2009)

El carácter social en nuestra Constitución viene precedido por el surgimiento, en Europa y los países industrializados, del denominado estado del bienestar. Se trata de un concepto de invención europea que nace en la Alemania de Bismarck en 1883 y se extiende por toda Europa durante el período anterior a 1920. El término estado del bienestar se acuña tras la Segunda Guerra Mundial y se emplea para recoger las

actividades gubernamentales relacionadas con la redistribución de rentas, sanidad, educación y otros servicios asistenciales.

Como resultado de las influencias internacionales, el hecho de que en 1942 en España se creara el Seguro Obligatorio de Enfermedad y el impacto del principio de igualdad en nuestra sociedad, favorecen que la Constitución Española de 1978 recoja en su artículo 43, el derecho a la protección de la Salud, y en el artículo 41, el mantenimiento de la Seguridad Social.

Sociológicamente hablando, nuestro sistema sanitario se va gestando a través de un largo proceso, en el que hay que reseñar algunos aspectos clave como la Constitución de 1978 y anteriormente, las conquistas sociales de finales del siglo XIX y mediados del siglo XX. En 1942, a través de la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, se incorpora el modelo de protección social Bismarkiano, y en 1986 la Ley General de Sanidad de 25 de abril, configura el Sistema Nacional de Salud.

En España, pensar en sanidad y en futuro, es pensar en el estado del bienestar y en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Si se ha sido capaz en los últimos años, de conseguir y construir un sistema público sanitario con grandes fortalezas, prestaciones y de carácter universal, que constituye la columna vertebral del estado del bienestar, también se debe ser capaz de renovar y diseñar un modelo de progreso y bienestar social, que sea productor de conocimiento y referente del desarrollo económico y social.

El SNS es la mayor empresa del estado del bienestar, posee el mayor número de profesionales cualificados y su parque tecnológico es de vanguardia. Su poder estratégico, le convierte en un elemento dinamizador de la sociedad y en motor de cambio, máximo cuando la sociedad le otorga una alta confianza tal y como indican las encuestas de satisfacción.

La única forma de garantizar la calidad, la equidad, la sostenibilidad y la viabilidad del SNS es a través de políticas realistas, de sistemas de gestión eficientes, de un claro liderazgo y acuerdos globales que lo permitan.

La contribución del sistema sanitario a nuestra cohesión social es una clara evidencia empírica. El nexo positivo entre inversión sanitaria y crecimiento económico se

despliega en varias dimensiones: la salud incrementa la productividad de los trabajadores y reduce el absentismo por enfermedad, la sanidad contribuye a la formación de capital humano, el consumo sanitario incrementa la producción de un país y por último, contribuye a un clima de cohesión y paz social.

En resumen, la sanidad pública constituye la pieza fundamental del entramado de protección social y de compensación de desigualdades económicas.

En el entorno actual que nos movemos, caracterizado por la imprevisibilidad y el cambio constante, las organizaciones sanitarias deben diseñar estrategias que posibiliten la adaptación a los nuevos tiempos, identificando oportunidades y elementos para el crecimiento y la mejora.

En este punto, hemos detectado los problemas surgidos de la aplicación de uno de los mecanismos de la gestión sanitaria que pretendían aspirar a ser un elemento de progreso y desarrollo: la carrera profesional del personal sanitario del SNS.

Algunos de los problemas detectados son los siguientes:

1. El sistema de carrera profesional instaurado en España para los profesionales sanitarios es insostenible desde el punto de vista económico.
2. El sistema de carrera profesional adolece de homogeneidad en su aplicación, con las consiguientes desigualdades hacia los profesionales que son evaluados, no cumpliéndose así uno de los principios fundamentales de la democracia como sistema de organización del estado del bienestar: la igualdad de todos los ciudadanos. Las personas demandamos unas condiciones estructurales que permitan en el terreno político y económico ejercer unos derechos sin necesidad de reclamarlos, condición que en el caso de la carrera profesional no se ha cumplido.
3. El sistema de carrera profesional no discrimina actuación y desarrollo profesional, limitándolo a un sistema discriminatorio por grados o niveles, pero que salvo los años de antigüedad, el baremo establecido no garantiza verdadero desarrollo y crecimiento personal.

En la tesis que se presenta a continuación, se propone un nuevo modelo de carrera profesional aplicado desde la metodología del Modelo EFQM de Excelencia para la autoevaluación, y que sirva como base para la superación de las deficiencias en los diferentes modelos de carrera profesional establecidos por las CC. AA.

Se ha elegido el **Modelo Europeo EFQM de Excelencia** como base para la propuesta de un nuevo modelo de carrera profesional, por tratarse de:

- un modelo dinámico y objetivo , con posibilidad de evolución en función de los cambios del entorno, aglutinando aspectos interesantes de la gestión moderna como la gestión del conocimiento, la gestión de la innovación, tecnología y creatividad, participación y compromiso, entre otros (Manuel Jorge de Sande 2011).
- Un modelo que puede ser aplicado en cualquier ámbito organizativo y que ha sido elegido por diferentes Servicios de Salud de las CC. AA. para la implantación de una política de calidad (por ejemplo, Galicia, Madrid y País Vasco).
- Se trata de un modelo interesante porque aglutina aspectos cuantitativos y cualitativos, aunque en este trabajo la propuesta de un nuevo modelo se centra en aspectos específicamente cualitativos, el punto de partida ha sido el análisis de los aspectos cuantitativos de la aplicación de la carrera profesional en las diferentes CC. AA.

Para el diseño de un nuevo modelo de carrera profesional se ha seguido la siguiente metodología:

- Revisión bibliográfica del estado del arte.
- Análisis de las dificultades y problemas existentes derivadas de las complejidades e idiosincrasia de las CC. AA.
- Realización de entrevistas abiertas a personas relevantes del sector, expertos en gestión sanitaria y cargos públicos de los diferentes servicios de salud.
- Aplicación práctica del modelo de carrera profesional de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) al Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Propuesta de nuevo modelo de carrera profesional basado en el Modelo de calidad EFQM.

A partir de los puntos anteriores se ha efectuado una investigación detallada de los datos de las diferentes CC.AA., desplegando una triangulación de fuentes: bibliografía, datos reales disponibles y análisis de la información derivada de las entrevistas a personas relevantes del sector, reflejando su opinión sobre la carrera profesional y sobre su aplicación en la comunidad autónoma u organismo al que pertenecen. Todo ello ha permitido sacar a la luz **la caja negra de la carrera profesional del SNS**.

No conocemos estudios en nuestro país relacionados con los modelos de carrera profesional, salvo la bibliografía consultada para este trabajo y que hace referencia a artículos o informes procedentes de expertos en la materia, organizaciones sindicales u otros grupos de interés, pero no se han localizado trabajos de investigación que analicen los resultados de la aplicación de la carrera profesional al cierre de este trabajo. Tampoco se han localizado propuestas de nuevos modelos de carrera profesional que combinen la utilización de la metodología del Modelo de Excelencia EFQM y las características de los modelos de carrera profesional establecidos en España.

Los objetivos que, por tanto se proponen en esta tesis son los siguientes:

1. Nuestro objeto de estudio es el Sistema Nacional de Salud (SNS), uno de los pilares básicos del estado del bienestar. Un primer resultado de esta tesis es disponer de información relevante para analizar y explicar los modelos y las diferencias entre la aplicación de los sistemas de carrera profesional en las 17 CC. AA. más las ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla, en total 18 modelos de carrera profesional. Los datos que se presentan en el estudio no han estado disponibles hasta el año 2010, ya que los procedimientos ordinarios de carrera profesional no han seguido la misma cronología. En este punto, hay que señalar que ha sido arduo conseguir los datos y la información relativa a reconocimientos de las diferentes CC. AA.
2. Somos conscientes que en torno a la sanidad y la educación nos jugamos la viabilidad de nuestras sociedades: para convertir nuestros derechos en capacidades reales (Amartya Sen 2010), por ello, es necesario configurar estructuralmente los servicios y eso es exactamente lo que es el estado del bienestar: un conjunto de estructuras, recursos y profesionales que permiten

crear un entorno en el que se garantizan nuestros derechos. Para poder vivir una vida como ciudadanos iguales es necesario enfrentarse a numerosos problemas y oportunidades, y para ello tenemos que aumentar nuestras capacidades personales y comunitarias. Los modelos de carrera profesional planteados para todo el territorio nacional del SNS han olvidado la dimensión colectiva, simplemente el término “carrera” hace alusión a “huida”. Debemos ser capaces de elaborar un modelo de carrera profesional que permita afrontar desafíos estructurales que no pueden ser resueltos desde una perspectiva exclusivamente individual. Las sinergias entre objetivos empresariales e individuales deben ser evidentes.

3. El objetivo final de este trabajo será la propuesta de un nuevo modelo de carrera profesional que sirva para aglutinar posturas, homogeneizar criterios y solucionar alguno de los problemas a los que se enfrenta la sanidad en los próximos años. Los modelos de carrera profesional puestos en marcha, responden al resultado de la descentralización en nuestro país. Con la propuesta del nuevo modelo se pretenden superar algunos de los problemas que la descentralización ha podido ocasionar y dar respuesta a algunas de las demandas de los usuarios y los profesionales del SNS.

De manera breve, describimos el contenido de los capítulos en que se ha organizado esta tesis:

Inicialmente se presentan los objetivos de la tesis, hipótesis y la metodología de trabajo seguida en nuestra investigación.

En la primera parte se desarrolla una aproximación general a las características de los modelos sanitarios en los países desarrollados, el estudio de la evolución de la profesión sanitaria y la evolución de las estructuras sanitarias de las que forman parte.

Se realiza un análisis de los problemas de hoy en día en las organizaciones sanitarias del SNS y se formula un primer acercamiento a la razón de nuestro objeto de estudio: **la creación de un sistema de desarrollo profesional y de reconocimiento de los méritos de los profesionales como superación a la crisis actual de los recursos humanos sanitarios.**

En la segunda parte, se analiza la organización como objeto de estudio sociológico, comenzando por las teorías clásicas de la organización y continuando por cuatro perspectivas teóricas significativas: la teoría de sistemas, las teorías institucionales, el interaccionismo simbólico y la teoría del capital social. Por último, se analizan las características básicas del modelo EFQM de Excelencia para implantar una cultura de calidad.

En la tercera parte, se lleva a cabo un análisis histórico-sociológico de la protección social en España hasta el nacimiento del Estado Social y Democrático de Derecho. En esta parte se analizan los aspectos organizativos e institucionales del SNS, mostrando las cifras y datos que describen la situación actual de la sanidad española.

En la cuarta parte, nos centramos en los verdaderos fundamentos teóricos de la carrera profesional en España, analizando desde una perspectiva histórico-sociológica los diferentes planteamientos de la motivación y la satisfacción laboral a partir de las orientaciones, aspiraciones y expectativas del profesional sanitario. El objetivo de esta cuarta parte es describir el entorno teórico de la carrera profesional como elemento de motivación, para poder contrastarlo con el trabajo realizado en la quinta y última parte, confirmando si la carrera profesional ha supuesto un elemento verdaderamente motivador para los profesionales sanitarios.

En la quinta y última parte, se realiza un recorrido por el pasado, presente y futuro de la carrera profesional sanitaria en España, a través de un análisis histórico-legislativo de la misma. Se describen los modelos de carrera profesional de los licenciados y diplomados sanitarios de los diferentes servicios de salud, así como los resultados de su aplicación.

Se ponen de relieve los problemas detectados en la aplicación de los diferentes modelos, y se finaliza con una serie de propuestas a aplicar en **un nuevo modelo de Carrera Profesional** fundamentado en la metodología de calidad del modelo EFQM para la Excelencia y que permita la superación de los problemas detectados en los modelos actuales.

Finalmente, en la última parte se exponen los resultados obtenidos en relación a las hipótesis planteadas en la introducción, las conclusiones generales del estudio,

aportando comentarios, reflexiones y los límites metodológicos con los que nos hemos encontrado. Se indican propuestas que en un futuro puedan completar y mejorar la investigación, así como planteamientos de intervención para la puesta en marcha de un nuevo modelo de carrera profesional en las organizaciones sanitarias, encaminadas a la integración coherente de las variables organizativas del modelo de calidad EFQM y las variables de carrera profesional en los profesionales sanitarios.

APROXIMACIÓN AL OBJETO DE ESTUDIO, HIPÓTESIS Y MÉTODOLÓGÍA

Cuando los dirigentes de los países en vías de desarrollo se oponen a la democracia o a las libertades humanas y políticas aluden a tres causas principales: la primera que esas libertades y derechos dificultan el crecimiento y el desarrollo económico, en segundo lugar que si a los pobres se les da a elegir entre libertades políticas y satisfacer las necesidades económicas, eligen lo segundo y en tercer y último lugar, porque a menudo se dice que las libertades políticas, los derechos humanos o la democracia son inherentes al mundo occidental (Amartya Sen 2000).

Sin lugar a dudas, la exposición anterior entraña un planteamiento erróneo y los gobiernos de los países en desarrollo saben que poseer derechos humanos y políticos permite a los habitantes de un país demandar necesidades, así los gobiernos responden a los sufrimientos de los individuos y satisfacen por tanto sus necesidades de protección social, salud, educativas, etc.

M. Carnoy apunta a que los países deben orientarse hacia una globalización humanista ¿qué significa dicho concepto? Según dicho autor se trata de “un “enfoque orientado a la integración, a la vida, que debería dar una respuesta a la inestabilidad, a la excesiva individualización, al aislamiento y a la desigualdad, que son los signos actuales de la versión internacional de la economía globalizada” (Martín Carnoy 1999:61).

El conocimiento es el factor clave de la economía global y la protección sanitaria es uno de los pilares de cohesión de los que se han dotado las sociedades avanzadas, constituyendo junto con las pensiones, la protección del desempleo, los servicios educativos y los de atención a la dependencia- el núcleo fundamental del estado de bienestar en la mayor parte de los países desarrollados.

El tránsito de una seguridad social para los trabajadores a una seguridad social para todos los ciudadanos se consolida con la llegada del estado del bienestar. Los derechos de seguridad social, es decir, las pensiones, sanidad, desempleo y servicios sociales, educación, cultura y otros servicios públicos aplicados al conjunto de los ciudadanos y no sólo a los trabajadores, definen la política del bienestar social como sello de identidad de las democracias europeas avanzadas.

El término estado de bienestar se ha hecho tan familiar, tan popular que ha absorbido por completo toda la idea de bienestar. Se trata de un término confuso y engañoso porque es reduccionista: parece que no hay bienestar sin estado ni estado sin bienestar.

Los temas o cuestiones características del bienestar, como la pobreza, el desempleo, la educación o la salud, no surgieron como tales de forma socialmente espontánea, de manera que el Estado se las encontró en su camino y decidió actuar sobre ellas. Formaron parte constituyente del mismo proceso de formación del Estado moderno y en definitiva, del estado del bienestar. Aquellas cuestiones eran el resultado de los conflictos entre el estado y otras organizaciones. Es decir, determinadas situaciones de miseria son por el resultado de la intervención del Estado y hoy día, el Estado se identifica con el bienestar de tal forma, que los ciudadanos no ven la posibilidad de bienestar sin la presencia total o parcial del Estado.

Existen tres razones que avalan el bienestar como ideario colectivo (Ricardo Montoro Romero 1997): 1) su gran éxito entre la ciudadanía, teniendo identidad como valor cultural y político, 2) porque ha definido sociedades enteras, yendo más allá de la identificación bajo el formato de estado de bienestar, 3) porque el estado del bienestar está íntimamente asociado a la paz y la concordia que vive Occidente.

Vicent Navarro en su libro *Neoliberalismo y Estado del bienestar* (1998) clasifica en Europa dos tipos de estado de bienestar: uno el de centro y sur de Europa, financiado a través de contribuciones sociales (empresarios, empleados y trabajadores) y que supedita los beneficios a las contribuciones. Es un modelo de estado de bienestar donde se favorece el tipo de familia tradicional, basado en el marido que trabaja y la esposa que cuida del entorno familiar, es por tanto un sistema que no favorece la incorporación de la mujer al trabajo al no primar las políticas de servicios sociales.

El segundo tipo de estado del bienestar es el que domina en el norte de Europa, donde la financiación es a base de impuestos sobre la renta y los beneficios son inherentes a la condición de ciudadano y residente, independientemente de su situación de empleado, empresario o trabajador. Se trata de un modelo que favorece la incorporación de la mujer al trabajo, con servicios sociales a su disposición.

Para Navarro en EEUU a diferencia de Europa existe un estado del bienestar principalmente privado, en financiación y provisión, y se realiza a través de las aportaciones de empresas, empleados y trabajadores. Los servicios sociales son en su mayoría privados.

Gosta Esping-Andersen distingue cuatro estados de bienestar después de la postguerra: el modelo británico Beveridge, el universalista modelo escandinavo "Peoples Home", el modelo americano liberal-residualista y el modelo europeo de seguro social. Para dicho autor todos los modelos fomentan la provisión del mercado y reafirman el papel central de la familia en la reproducción social, a pesar de que a veces se critica que el estado de bienestar ha reemplazado a ambos: mercado y familia como fuentes de bienestar y seguridad social. Lo que Esping-Andersen afirma es que "el estado de bienestar estará en crisis porque sus principios tradicionales de solidaridad, igualdad y seguridad reflejan una sociedad fordista que está desapareciendo" (Gosta Esping-Andersen 1998:30), asegurando que el estado de bienestar compatible con la sociedad postindustrial es aquel que sepa reorganizar las relaciones entre la familia, el mercado de trabajo y el estado.

Desde nuestra perspectiva de investigadores sociales, la expansión alcanzada del estado de bienestar en nuestro país se ha desenvuelto en un marco poco propicio al igual que otros países de nuestro entorno. Bien por el contexto económico, bien por los ataques ideológicos, el estado del bienestar ha sufrido numerosos vapuleos, aunque sustancialmente sus principales componentes permanecen intactos. La literatura sobre el estado de bienestar a veces confunde incluso lo que es dicho concepto. El estado de bienestar es una de las patas que producen el bienestar de los ciudadanos, las otras dos son la familia y los mercados (Gosta Esping-Andersen 2000).

El estado del bienestar en España no ha hecho otra cosa en los últimos años que desarrollarse, aunque sea desde la visión fordista criticada por Esping-Andersen donde cualquier cuestión social es definida como pública, anulando la dimensión individual o particular. Esta visión ha supuesto la estimulación de derechos y la anulación de deberes. Una sociedad donde sólo caben las expectativas, donde los ciudadanos se sienten propietarios de derechos y faltos de responsabilidades personales o privadas, impidiendo ver que los privilegios comportan derechos pero también deberes.

En este escenario, se hace preciso reconocer la naturaleza del estado del bienestar, pero para ello es necesario asumir que no se puede tener bienestar colectivo si no se tiene bienestar individual, que el bienestar colectivo es el resultado medio de los bienestares individuales. Se trata de conciliar una y otra perspectiva, colectiva e individual.

Una democracia será eficaz siempre y cuando sepa utilizar las ventajas que se derivan de las libertades políticas y los derechos humanos. Una democracia debe concebirse como la creación de oportunidades para sus ciudadanos y el uso de esas oportunidades está relacionado con la práctica de los derechos democráticos y políticos. En este punto, los ciudadanos tienen un papel fundamental en la utilización de las oportunidades, siendo una de ellas los sistemas de protección y organización sanitaria. La participación social y el debate público deben acompañar la elaboración de la política social y económica de una democracia. En este argumento y desde esta perspectiva sociológica se ha planteado el trabajo que se presenta a continuación.

La respuesta a la crisis no pasa por renunciar al bienestar, sino por redefinirlo, gestionando mejor los recursos, haciendo frente a nuevas necesidades, y buscando fórmulas para favorecer las condiciones de vida de los ciudadanos. En este entorno, las metodologías de evaluación tendrán cada vez un papel mayor, ya que la calidad de un servicio solo puede comprobarse si se evalúa. Y la evaluación de las políticas sociales y de los recursos tiende a incorporar metodologías de evaluación democrática y participativa como las que ya se han puesto en marcha en otros ámbitos como por ejemplo, en el de la evaluación de tecnologías (José Antonio Díaz 1994; A. López Peláez y González de la Fe, T. 2011).

El bienestar sobrevivirá al estado del bienestar. La crisis de este último traerá un nuevo modelo social que ya se denomina sociedad del bienestar y este nuevo modelo deberá contar con una armonía en el diseño, desarrollo, y ejecución de la política económica y la política social. Todos los derechos que tenemos: trabajo, vivienda, educación, sanidad, etc, tienen grandes repercusiones económicas, colectivas e individuales.

El nuevo modelo social de bienestar deberá apoyarse sobre bases de igualdad de oportunidades y de un uso correcto de las políticas de discriminación positiva, que en ocasiones no alcanzan los objetivos propuestos y tiene efectos colaterales

indeseables. Esta nueva situación, supera la concepción del Estado protector y se consolida el concepto de solidaridad.

Los recursos son escasos y el esfuerzo individual es una pieza clave para generarlos. Si la sociedad consigue transmitir que el beneficio individual sea identificado como beneficio colectivo, donde el capital humano (también escaso) esté mejor utilizado que hasta ahora, habremos dado un paso adelante en el progreso y el bienestar para todos.

Y en este punto, es donde nuestro objeto de estudio cobra toda su importancia.

Si admitimos que el capital humano sanitario es escaso y además costoso de formar, deberemos enfocar los recursos disponibles hacia los mejores resultados, huir de administraciones endogámicas y hacer administraciones públicas abiertas y que garanticen a los miembros de la sociedad sus derechos y, sobre todo, la viabilidad futura de sus logros, siendo una de las herramientas para dicha viabilidad la **Carrera Profesional de los profesionales sanitarios.**

En esta línea debemos introducir un concepto actual de nuestras sociedades, el concepto de Responsabilidad Social Empresarial (RSE). La RSE es un compromiso voluntario por parte de las empresas, cuyo planteamiento y aplicación práctica implica diseñar un modelo de gestión que afecta a sus actuaciones diarias y a su planificación estratégica. Este compromiso surge de una línea de pensamiento y acción que evidencia el conflicto, entre los intereses de maximizar el valor económico de los recursos propiedad de la empresa y el objetivo general de contribuir al bienestar de la sociedad desde el respeto a los principios éticos y morales que garantizan la dignidad humana.

...en la gestión de la empresa convencional la dimensión económica y la dimensión social se han considerado opuestas entre sí, cuando las propuestas de valor que incluyen la dimensión social abren nuevas fronteras a la posición competitiva de la empresa, generando valor para ellas y para la sociedad” (Isabel de la Torre 2009:73).

El profesor José Antonio Garmendia (2004), apoyándose en los datos de una investigación aplicada a una muestra representativa de empresas del sector seguros, concluye que el grado de excelencia está relacionado con el predominio de determinados valores, tales como la orientación hacia el entorno, manifestada en la presencia de los criterios éticos; la capacidad de innovación, la flexibilidad para garantizar la solvencia; la atención segura hacia quienes integran la empresa desde un

liderazgo eficaz que proporciona una justa remuneración, la autorrealización, la formación y la participación de los empleados; y finalmente, con el compromiso expreso hacia el cliente vigilando la calidad y el precio, en resumen, una empresa excelente es una empresa socialmente responsable.

Conscientes de la importancia de la carrera profesional como elemento de motivación y de reivindicación de los profesionales, mediante esta investigación y en el marco del nuevo modelo de sociedad del bienestar, se acomete establecer un nuevo modelo de carrera que conjugue perspectiva individual y colectiva, donde el beneficio individual sea identificado también como colectivo.

Al igual que ocurre en la Sociología de la Ciencia, queremos desvelar el resultado real y las características del sistema sanitario. Unas características que hasta ahora no están claramente analizadas y puestas de relieve. Desde la perspectiva de la Sociología de las Organizaciones, queremos profundizar en los siguientes aspectos: la carrera profesional de los profesionales sanitarios,-en especial de los médicos-, así como poner de relieve la importancia de crear un sistema de desarrollo profesional como elemento de implicación y participación de dichos profesionales.

Con el discurso de una carrera profesional en la sanidad, se pretende justificar a través de un modelo de este tipo, alguno de los problemas o fantasmas que persiguen a la sanidad y por ende a sus profesionales como por ejemplo la falta de motivación, la dificultad de promoción en escala jerárquica la rutina laboral, la relación con otros profesionales, el sentimiento de estar mal remunerados, la independencia entre remuneración y desempeño, la falta de reconocimiento social y de actividades docentes e investigadoras, la poca credibilidad de los sistemas de incentivos instaurados a nivel general, etc, así como responder si la carrera profesional puesta en marcha por los diferentes servicios de salud ha solventado alguno de los problemas señalados anteriormente.

Por último, no podemos finalizar la aproximación a nuestro estudio sin afirmar que el objetivo principal de esta tesis, no podrá conseguirse sin una implicación real y comprometida de todos los líderes y gestores de la administración sanitaria. Los líderes de las organizaciones sanitarias deben asumir riesgos y atreverse a modificar situaciones anquilosadas, buscando nuevas y mejores maneras de hacer las cosas.

Esto forma parte del proceso de aprendizaje de un buen líder y es necesario tener líderes con esta actitud, en un entorno cada vez más competitivo y con recursos humanos escasos (Alicia Eva Kaufmann 1998).

HIPÓTESIS

Las hipótesis del trabajo formuladas se aglutinan en cuatro grandes dimensiones que se presentan a continuación:

1. Hipótesis vinculadas a la relación entre carrera profesional y las diferentes comunidades autónomas, la motivación y la retribución.

H1 Se espera que los modelos de carrera profesional de las diferentes CC. AA. nos predigan su utilidad para dar un impulso motivador a los profesionales.

H2 Se espera que los resultados en la aplicación de los modelos de carrera profesional de las diferentes CC. AA. nos predigan el impacto económico para el SNS.

H3 Cabe esperar que el hecho de que de cada CC. AA. haya desarrollado su modelo de carrera profesional prediga las posibles ventajas o desventajas comparativas para el sistema y los profesionales.

H4 Cabe esperar poder responder si con la aplicación de los modelos de carrera profesional se logra diferenciar a los profesionales con mejores desempeños, garantizar la objetividad de las evaluaciones y lograr un mayor compromiso de los profesionales.

2. Hipótesis vinculadas a la relación entre carrera profesional, la formación y las competencias.

H5 Se espera demostrar si la evaluación de la práctica clínica y la actividad asistencial supone una medida que garantice la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales.

H6 Se espera demostrar si la carrera profesional permite una participación mayor en los contenidos propios del puesto de trabajo, favoreciendo un nuevo reparto de competencias delegadas y compartidas con otros niveles profesionales.

H7 Se espera demostrar si la exigencia de formación continuada en los diferentes modelos de carrera profesional, puede correr el riesgo de convertirse en un proceso de “burocratización” o de “cumplir expediente” y no de mejora del conocimiento pudiendo convertirse en una acumulación de méritos curriculares de dudosa utilidad para los profesionales

H8 Se espera demostrar si los modelos de CP pueden ayudar a facilitar a los profesionales el uso de las Nuevas Tecnologías para acceder a las fuentes de conocimiento, formación, etc

3. Hipótesis vinculadas a la relación entre carrera profesional y su relación con la investigación y la docencia.

H9 Se espera demostrar si la carrera profesional ha permitido el incremento de actividades de investigación y docencia de calidad

4. Hipótesis vinculadas a la relación entre carrera profesional y su relación con los objetivos corporativos de gestión.

H10 Se espera demostrar si las competencias evaluadas en el modelo de carrera profesional se ponen verdaderamente al servicio de la organización sanitaria.

H11 Se espera demostrar si la carrera profesional supone un modo de conseguir una mayor retribución asociada a un mejor y mayor desarrollo profesional.

H12 Se espera demostrar si la consecución de un nivel de carrera profesional está ligada a un reconocimiento de la comunidad profesional

H13 Se espera demostrar si los diferentes modelos de carrera profesional puestos en marcha son capaces de alinear los objetivos individuales con los objetivos de la organización

H14 Se espera demostrar si los modelos de carrera profesional puestos en marcha suponen una aplicación en el sector sanitario de las técnicas de gestión empresarial.

MÉTODO

La presente investigación tiene como marco metodológico las siguientes premisas:

1. Las hipótesis planteadas no tienen el valor de predicción que se dan en otro tipo de investigaciones, las nuestras tienen más bien un valor orientativo y de guía. De esta forma se pretende llegar a contrastarlas a través de tres fuentes de información diferentes y con tres metodologías distintas. Es un proceso de **triangulación** entre teorías, análisis de datos cuantitativos e investigación cualitativa que persigue una triple intención: la explicación de los datos obtenidos sobre la aplicación de los modelos de carrera profesional en las comunidades autónomas, conciliar –más que superar- las opiniones de los expertos entrevistados en la materia y realizar una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema objeto de estudio.
2. Los datos a los que hemos tenido acceso, como el discurso de los expertos, permite poner de relieve los retos reales a los que tiene que hacer frente el SNS en los próximos años.
3. Elaboración de un nuevo modelo de carrera profesional basado en el modelo de excelencia EFQM, que pretender dar respuesta a los problemas encontrados en la aplicación de los diferentes modelos y ser un referente para la superación de los problemas actuales.

El análisis desarrollado a lo largo de esta investigación se enmarca en una metodología descriptiva, exploratoria e interpretativa de los diferentes procesos ocurridos en la materia objeto de la investigación. Para ello, se han utilizado diferentes técnicas de investigación cualitativas primarias y secundarias:

1. Entrevistas abiertas a expertos en la materia utilizando como base un cuestionario.
2. Análisis de la bibliografía, textos legales, documentos e informes relativos a carrera profesional de las 17 CC. AA. españolas.

3. Análisis de toda la información aparecida en las páginas oficiales de los Servicios Regionales de Salud de las 17 CC. AA. españolas.

La investigación se ha basado en la realización de 43 entrevistas telefónicas o presenciales, a expertos relevantes en la materia de aproximadamente media hora. En cada CC. AA. se contactó con la persona responsable de la carrera profesional, siendo un contacto clave por su conocimiento en la aplicación de la carrera profesional. Fruto de la revisión sistemática de la bibliografía también se contactó con profesionales que pudieran aportar conocimiento acerca de su visión sobre la carrera profesional en el SNS. Por último y por la actividad laboral desarrollada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, se solicitó a profesionales de diferentes especialidades e implicados más directamente en la gestión su opinión sobre el objeto de nuestro estudio.

Se ha realizado un análisis de la bibliografía, textos legales, documentos e informes relacionados con la carrera profesional. Dicho análisis comenzó el 2 de septiembre de 2008 centrándose básicamente en dos búsquedas: **sistema sanitario público y carrera profesional**. El ámbito de búsqueda se delimitó a España, Reino Unido, Italia y Portugal. Los idiomas utilizados en la búsqueda fueron el español e inglés y el espacio temporal se fijó desde enero de 1995 hasta junio de 2010. Antes de finalizar las conclusiones de este trabajo se amplió la búsqueda relativa a carrera profesional hasta junio de 2011. Las bases de datos en las que se realizaron ambas búsquedas fueron las siguientes: REBIUN, PUBMED, IME, ISOC, TESEO, DIALNET, GOOGLE ACADEMICO, EMBASE, ERIC, PsycInfo.

En la línea de investigación cualitativa, se analizó toda la información relativa a carrera profesional aparecida en las páginas Web de los Servicios Regionales de Salud de las 17 comunidades autónomas españolas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (INGESA).

En nuestro propósito no sólo está describir una situación desde la perspectiva interpretativa, aunque éste sea el objetivo fundamental del trabajo y necesario para comprender el fenómeno, queremos además someterlo a juicio y elaborar una alternativa de modelo de carrera profesional.

Antes de la elaboración de una nueva propuesta de modelo de carrera profesional basado en el modelo de excelencia EFQM, se llevó a cabo la evaluación por el procedimiento ordinario de carrera profesional correspondiente a los años 2007 y 2008 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Se trata de un hospital creado mediante la Ley 13/2002, de 20 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas de la CAM (BOE nº 55 de 5/3/2003), como “Entidad de Derecho Público con personalidad jurídica propia”, dentro del contexto de nuevas fórmulas de gestión promovidas en los últimos años por la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM. A raíz de la aplicación del modelo de carrera profesional en un centro específico, se pudieron detectar numerosos problemas derivados de dicha aplicación e interpretación.

Por último, y gracias a la triangulación entre teorías, análisis de datos cuantitativos e investigación cualitativa, se explican los datos obtenidos sobre la aplicación de los modelos de carrera profesional en las comunidades autónomas y se propone **un nuevo modelo de Carrera Profesional para los licenciados sanitarios** (y con pequeñas adaptaciones para los diplomados sanitarios), de aplicación nacional para todo el SNS que permita superar las dificultades encontradas hasta la actualidad.

En este propósito comienza la exposición teórica y práctica del trabajo de tesis doctoral, inscrito en el Departamento de Sociología III de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), con el título: **“Valoración de la Carrera Profesional en sus diferentes dimensiones y aplicación al personal sanitario del Sistema Nacional de Salud Español.**

Parte I

El Marco de la Sanidad

Resumen

La primera parte de nuestro trabajo comienza con una introducción de las características de los modelos sanitarios en los países desarrollados: el modelo liberal, el de seguridad social y el modelo de sistema nacional de salud.

A continuación nos acercamos de forma breve al concepto de profesión y cómo, dicho concepto, ha sido gestado a lo largo de la historia para centrarnos en la profesión sanitaria y en las características principales que la identifican como tal.

Desde un punto de vista más amplio se analiza la evolución en la estructura de las organizaciones sanitarias y cómo éstas han evolucionado desde modelos muy jerarquizados y centralizados, a modelos más horizontales con un mayor grado de participación de sus profesionales.

Por último, partiendo de la clasificación que H. Mintzberg realiza de las organizaciones sanitarias como burocracia profesional, se analizan los peligros que este tipo de estructura puede suponer para las organizaciones sanitarias, analizando minuciosamente los problemas que existen hoy en día en las organizaciones sanitarias del SNS desde la dimensión de los recursos humanos, revelando que uno de los grandes problemas actuales es el deterioro progresivo en la relación profesional sanitario-paciente. Frente a este problema, se propone un primer acercamiento a nuestro objeto de estudio: **la creación de un sistema de desarrollo profesional y de reconocimiento de los méritos de los profesionales como superación a la crisis actual de los recursos humanos sanitarios.**

1. Marco General de los Sistemas Sanitarios y de los profesionales que los integran.

1.1. Modelos de sistemas sanitarios

La estructura de las organizaciones sanitarias de un país es el resultado de una combinación de factores históricos e institucionales, además de las características culturales y sociológicas que determinan la forma en que se organizan los diferentes sistemas sanitarios.

Existen tres grandes modelos de sanidad en los que se puede aglutinar las características sanitarias de los países desarrollados:

1.1.1. Modelo Liberal o de Seguros Privados

Este modelo se caracteriza por la no intervención del Estado en la asistencia sanitaria de la población, salvo en los casos de las personas indigentes, que no pueden hacer frente por ellas mismas al pago de la asistencia. El acceso a los servicios en este modelo se condiciona a la contratación de una póliza de seguros, ya sea individual o empresarial, o al pago directo de los servicios.

La salud, al igual que otros servicios es un bien de mercado y las compañías aseguradoras privadas, hospitales y empresas de servicios sanitarios son las encargadas de prestar el servicio.

Los seguros en este caso no son obligatorios y se regulan por las leyes del mercado. Otra de las características de este sistema es su orientación eminentemente reparadora e individual, es decir, orientado básicamente hacia cuestiones terapéuticas, con una clara separación entre los servicios asistenciales y los de salud pública. Los primeros pertenecientes al ámbito privado y los segundos a cargo del Estado. El país por excelencia de este modelo son los EEUU.

Algunas de las críticas a este modelo es que se trata de un sistema que no garantiza la equidad a toda la población, se fragmentan los servicios, lo cual impide un enfoque integral de la atención y los usuarios no disponen de los conocimientos suficientes para poder valorar técnicamente la necesidad y calidad del producto que consumen.

1.1.2. Modelo de Seguridad Social (SOE) o Modelo Bismark

Este modelo -inspirado por la legislación social de Bismarck de 1883- se caracteriza por un sistema de seguros obligatorios, cuya cobertura se asocia a la actividad productiva al igual que la financiación, que corre a cargo de los empresarios y trabajadores fundamentalmente, aunque en la mayoría de los países existe además una aportación estatal. El sistema es regulado por el estado que ejerce una función tutelar sobre la seguridad social.

Este modelo da un tratamiento desigual en el acceso a los beneficiarios de la atención sanitaria, restringida, en principio, a los trabajadores y familiares, debido a que están basados en la afiliación obligatoria y a que las primas se establecen en función de la renta y no en función de la probabilidad de sufrir riesgos o enfermedades.

Entre los países con este modelo se encuentran además del germano, Francia, Austria, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Suiza y Japón y España hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986.

1.1.3. Modelo Sistema Nacional de Salud o Modelo Beveridge

El Servicio o Sistema Nacional de Salud -inspirado en el Informe Beveridge de 1942-, se basa en un sistema de cobertura universal, en el reconocimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos y, consecuentemente en la financiación a cargo de los presupuestos generales del estado. La titularidad del servicio es estatal, ejerciendo un control tanto sobre el sistema público como sobre el privado. Los principios básicos que orientan el sistema son: la universalidad, la equidad y la integración. La provisión de servicios se realiza, mayoritariamente, por centros y empleados públicos, siendo el papel del sector privado muy residual.

Este modelo de atención da cobertura sanitaria a toda la población y garantiza la eliminación de barreras geográficas, económicas, legales o culturales. Nuestro país se encuentra en este modelo junto a otros como el Reino Unido, países Escandinavos, Italia, Grecia y Portugal.

Se puede decir que existe un cuarto modelo denominado Semashko, propio de los países que han estado gobernados o todavía lo están por un sistema comunista. Surge en Rusia en 1918 y se trata de un sistema en donde el Estado garantiza el acceso libre a la asistencia sanitaria a toda la población y se financia mediante impuestos. Los servicios son de titularidad estatal y los recursos humanos, son empleados estatales. Es un modelo existente en Rusia, China, Vietnam y Cuba.

Principales Modelos de Sistemas Sanitarios

<p>Modelo Liberal o de Seguros Privados</p> <ul style="list-style-type: none">• Mercado libre de la salud• Pago directo de los servicios <p>EE.UU</p>	<p>Modelo “Beveridge” Servicio Nacional de Salud</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobertura vinculada a la condición de ciudadano• Financiación con impuestos generales <p>Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, Irlanda,</p>	<p>Modelo “Bismarck” Sistema de Seguros Sociales</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobertura vinculada al desempeño de un puesto de trabajo• Financiación con cotizaciones sociales <p>Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda, Luxemburgo</p>
---	--	---

En términos comparativos, se observan las diferencias existentes en los modelos, pero la forma de las organizaciones sanitarias de un país son producto de una compleja combinación de factores históricos, culturales y sociológicos, además de la orientación colectiva o individual de las sociedades, lo que determina finalmente cómo se organizan los diferentes sistemas sanitarios.

Partiendo de los modelos señalados y realizando una combinación de las variables de financiación y forma de pago, surgen tres modelos sanitarios distintos: modelo de mercado o de aseguramiento voluntario, modelo mixto, profesionalista o de aseguramiento obligatorio y el modelo estatal o socializado, cuyas características principales se definen a continuación:

Cuadro 1. Modelos sanitarios como resultado de la combinación de financiación y forma de pago.

DIMENSIONES	MODELOS SANITARIOS			
	MERCADO O VOLUNTARIO		MODELO MIXTO, PROFESIONALISTA O DE ASEGURAMIENTO OBLIGATORIO	ESTATAL
Formas de pago	Mercado privado de sanidad sin seguros, con desembolsos directos de los pacientes	Pago directo del paciente a proveedores mediante pago por acto	Contribución obligatoria entre empresarios y trabajadores. Estado garante	Deber del Estado para sus ciudadanos
Financiación	Privada	Intervención de compañías aseguradora	Pública. Puede haber dos versiones: tributación general o mediante contribuciones a las cajas de enfermedad.	Pública. Se financia mediante contribuciones específicas adaptadas a la renta (seguro social) o mediante la tributación general.
Cobertura	Voluntaria	Voluntaria	Obligatoria para los trabajadores y sus dependientes	Universal
Gestión	Privada		Semipública Separación entre financiación y provisión, articulada a través de una relación contractual	Pública El Estado es el financiadora y proveedor principal

DIMENSIONES	MODELOS SANITARIOS		
	MERCADO O VOLUNTARIO	MODELO MIXTO, PROFESIONALISTA O DE ASEGURAMIENTO OBLIGATORIO	ESTATAL
Status del personal sanitarios	Profesional liberal	Profesional liberal y contratado	Contratado por el Estado
Propiedad de los centros sanitarios	Privada	Pública y privada	Pública

Fuente: Elaboración propia a partir de (Ana M. Guillén Rodríguez 1996; Lola Ruiz Iglesias 2004)

Independientemente de la fórmula, lo incuestionable es que hoy en día casi todos los países desarrollados -tanto aquéllos que tienen un modelo de Seguridad Social como los que adoptan un modelo de Servicio Nacional de Salud- se plantean la necesidad de acometer reformas en el sistema público de asistencia sanitaria.

Algunas de las alternativas de reforma del sistema se han centrado en la privatización de los servicios de asistencia sanitaria, la mejora de la gestión y producción de los servicios, en la limitación de las prestaciones, en la entrada de incentivos, etc.

En cualquiera de los modelos presentados, los sistemas sanitarios son un conglomerado de organizaciones profesionales complejas, en el que interactúan una gran cantidad de agentes profesionales, conocimiento y gestión y que han experimentado una gran evolución en términos cuantitativos y cualitativos, que deberán enfrentar una gran transformación en los próximos años para hacer frente a los cambios que están siendo impulsados por la evolución de las estructuras sociales, económicas y del conocimiento científico-técnico.

La necesidad de compatibilizar expectativas y demandas crecientes, tanto en cantidad como en calidad y con un nivel de gasto aceptable es un tema repetido en los debates profesionales del sector sanitario. Las respuestas públicas a esta tesitura entre oferta y demanda, han ido cambiando en los últimos decenios.

2. Acercamiento al concepto de profesión

El concepto de profesión y profesionalismo y las características de la conducta de los profesionales integrados en modelos burocráticos de organización, han sido ampliamente tratados por las Ciencias Sociales. El **concepto de profesión** está condicionado por los distintos enfoques con los que se ha estudiado el profesionalismo, aunque existe unanimidad sobre un conjunto de elementos que definen qué es una profesión:

- Una profesión ejerce un control sobre un conocimiento experto.
- Una profesión establece los estándares de formación y el control de acceso a la profesión.
- Una profesión ejerce un cierto monopolio de práctica sobre el “negocio”.
- Los miembros de una profesión tienen un grado de autonomía sobre su trabajo.
- Los miembros de una profesión se relacionan entre sí a través de una base colegial.

Herbert Spencer analizaba en su libro *El Origen de las profesiones* el papel y el origen de las profesiones. Una vez organizada la defensa de la vida y su sostenimiento; función principal de la organización social, las profesiones son fundamentales para aumentar la vida. Médicos, compositores, profesores, abogados, etc, todos ellos en mayor o menor medida en su trabajo diario aumentan la vida (Herbert Spencer 1932).

Las profesiones proceden de la organización político-eclesiástica primitiva. Al dividirse, la eclesiástica engendra el germen del profesionalismo. Las profesiones están ligadas al ámbito eclesiástico porque éste es importante y de gran alcance, además de poseer el monopolio del saber y la posición de superioridad que éste otorga. Al igual que el sacerdote, los profesionales están por encima de las otras clases por su capacidad intelectual. Este conocimiento les otorga poder e influencia sobre sus semejantes. Al igual que el sacerdocio, para Spencer, las profesiones viven de las otras clases sociales y se pueden dedicar al trabajo intelectual, que es el requisito fundamental de las ocupaciones profesionales. Spencer plantea ya los temas centrales del análisis sociológico de las profesiones: **su formación y su papel social.**

En el año 1978, **Freidson** precisa una profesión como “una ocupación que ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo. A diferencia de la mayoría de las ocupaciones, ésta es autónoma o independiente. La ocupación mantiene este estatuto especial por la convincente promesa de integridad de sus miembros. Dicha integridad se manifiesta tanto en la adhesión a un código ético como en la práctica científica. De hecho, el profesional alega ser la autoridad más confiable en la naturaleza de la realidad que él trata” (Eliot Freidson 1978:83).

A partir de dicha reflexión se identifican los dos problemas que la profesión presenta al sociólogo para su análisis. El primero, es comprender cómo se desarrolla, y mantiene la independencia o autonomía de la profesión. El segundo, entender la relación del conocimiento y los procedimientos profesionales con la organización profesional como tal y los profanos en la materia.

De las reflexiones anteriores, se aprecia que una profesión es considerada una clase especial de ocupación, y es diferente de otras ocupaciones porque se le ha dado el derecho a controlar su propio trabajo. Esta es una de las características fundamentales de la profesión médica, conquistada a lo largo de la Historia. Mientras que una ocupación puede ser atacada o evaluada por cualquiera, una profesión tiene un derecho para declarar determinadas valoraciones “exteriores” como ilegítimas e intolerables.

Que una profesión tenga ciertos privilegios como el caso que nos ocupa, es concedido por la sociedad, quien decide si se los mantiene o retira. Es la sociedad quien decide y concede a una ocupación el status profesional de autonomía reguladora propia y desde un punto de vista objetivo existe un reconocimiento positivo de esa profesión.

Esta misma reflexión la encontramos en uno de los significados que para **Werner Sombart** posee el término profesión. Desde el sentido objetivo “se puede reputar como profesión una función inserta en el cuerpo social, mediante un reconocimiento positivo de éste” (Enrique Gómez Arboleya 1998:314).

El control profesional sobre el trabajo o la autonomía técnica es por tanto un elemento definidor de profesión. El Estado deja en manos de la profesión el control sobre los aspectos técnicos de su trabajo. Ese control profesional se adquiere a través del

aprendizaje y en ese aprendizaje personal se sitúa al hombre en la tradición de saberes sociales que van constituyendo un grupo especializado. La profesión da lugar a un hábito y a un modo de trato con la realidad. Ese modo de saber la realidad y de situarse en ella da lugar a una ética, por tanto todas las éticas de las profesiones no se insertan desde fuera, nacen desde dentro de ellas por el despliegue de su propio conocimiento (Enrique Gómez Arboleya 1998).

El antropólogo **Paolo Bartoli** señala que la “medicina, sobre todo a través de la higiene, conquista o construye el terreno de la salud y es justamente sobre éste donde consolida definitivamente su propia vocación de reglamentar todos los aspectos de la vida cotidiana introduciéndose en el terreno de una gama cada vez más amplia de hábitos (alimenticios, sexuales, natalidad, trabajo, etc)” (María José Devillard 1990:82). Reparamos una vez más la asociación entre poder y conocimientos.

Este es uno de los puntos fundamentales para que una profesión evolucione adecuadamente en el tiempo, saber aceptar la caducidad de sus ideas, de sus conocimientos y esto suele generar temores ante las posibilidades o dificultades de promoción así como requerir el aprendizaje de nuevas habilidades (Alicia Eva Kaufmann 1998).

3. Evolución del concepto de profesión sanitaria

Desde el punto de vista sociológico, una profesión es por tanto un grupo que comparten un cuerpo de conocimientos, estándares de educación y práctica, asociaciones profesionales y un marco ético basado en un contrato social que permite un alto grado de autonomía (SATSE. Sindicato de Enfermería 2004).

A lo largo de los últimos años la posición en la sociedad de las ocupaciones relacionadas con el cuidado médico ha cambiado sustancialmente. La palabra profesión se la aplican, en un momento u otro, todos los grupos ocupacionales conscientes de sí mismos, que tratan de persuadir a los demás de su importancia.

Las profesiones sanitarias hoy en día y en especial la Medicina son muy estimadas por la opinión pública. Su posición no es muy antigua; de hecho tiene menos de cien años. La profesión médica en el pasado, lo fue con características muy diferentes de las que tiene hoy día. Hasta la Edad Media la profesión médica (ya que otro tipo de profesiones sanitarios eran inexistentes definidas como tal), empezó a tener un status diferenciado del hechicero, al garantizársele por parte del Estado una competencia exclusiva para determinar el contenido adecuado y el método efectivo para tratar al enfermo.

La universidad medieval creó criterios administrativos que establecieron una identidad profesional única dentro del amplio conjunto de curadores de la época. El desarrollo de la universidad y de las facultades de medicina, facilitaron la regulación de las ocupaciones relacionadas con la salud. Pero no fue hasta que tuvieron el conocimiento técnico suficiente cuando el médico consiguió gozar de confianza, consiguiendo sus demandas de privilegio y monopolio del conocimiento, convirtiéndose así en una profesión con autonomía.

Para comprender el significado de las profesiones sanitarias en el pasado y su evolución sociológica, debemos de tener en cuenta que en ninguna época de la historia tuvo un

monopolio completo sobre los servicios de la curación, formal o informal.¹ En el siglo XIX, llegó la creación de asociaciones y colegios profesionales, consiguiendo así la tendencia hacia el monopolio profesional, pero aún faltaba la confianza pública, no era suficiente con la posesión de un título universitario. Poseer una sólida base técnica en la formación, permite ganar confianza y demostrar que las demandas de privilegio son justas, pero en el caso de las profesiones sanitarias se añade un nuevo elemento: la voluntariedad por parte del cliente de solicitar los servicios médicos.

En el siglo XX, la posición del profesional sanitario se consolidó, en el momento en el que la formación de sus ejercientes se incrementó, y la educación de la población se enfocó a buscar y recibir sus servicios.

Dentro de las profesiones sanitarias y sin querer desmerecer la aportación de otros grupos profesionales, los médicos poseen un peso central incuestionable. Normalmente los médicos lideran, los equipos sanitarios; poseen las mayores competencias técnicas; asumen o supervisan la toma de decisiones sobre los problemas de salud de los pacientes; prescriben las prestaciones y deciden las derivaciones entre los diferentes niveles asistenciales; incorporan y desarrollan en el seno de los servicios de salud su base científica y tecnológica; constituyen, en definitiva, la referencia básica de la inmensa mayoría de los ciudadanos cuando acuden a los servicios sanitarios: van "al médico" (Juan F. Hernández Yáñez 2007:8).

Desde muchos y variados sectores de la sociedad se asegura que los médicos están sobrecargados de trabajo, faltos de reconocimiento social y de apoyo directivo. Esta afirmación encierra una realidad en la que la sociedad, tiene una confianza casi ilimitada en la capacidad de la ciencia para que de solución a sus problemas de salud y esto es el resultado del cambio que la sociedad ha experimentado en relativos pocos años. Las exigencias de los clientes son más urgentes, exigentes y sofisticadas.

El conocimiento exclusivo que poseía la clase médica se ha desmoronado. Los medios de comunicación, por otra parte, se han convertido en competidores peligrosos, ya que no sólo hacen de caja de resonancia en casos de mala práctica, sino que también son

¹ En el siglo XXI sigue sucediendo lo mismo, es imposible impedir que un paciente se trate a sí mismo, o que busque el consejo de amigos o parientes. Las nuevas tecnologías han sustituido a amigos y parientes en los consejos y búsqueda de información.

divulgadores de un conocimiento que en la mayoría de las ocasiones hace que los clientes cuestionen las decisiones de los profesionales sanitarios.

Al mismo tiempo, la gestión médica está sujeta a presiones entre la responsabilidad pública y la autonomía profesional. Desde las profesiones sanitarias y en especial desde la médica, se reclama acordar un nuevo marco político que regule las profesiones sanitarias en las condiciones que impone una sociedad avanzada.

En este punto, se hace imprescindible recordar que el trabajo es el medio por excelencia de autorrealización personal, el espacio donde el sujeto actualiza su esencia y confluye con la especie. El trabajo es el campo de competencia por el puesto pero librada contra uno mismo o contra la naturaleza. La adquisición de competencias otorga competitividad. La superación de carencias y aptitudes, particulares y contingentes, dan la medida del merecimiento. El merecimiento es el reconocimiento de la responsabilidad que da acceso a la ciudadanía. Pero el merecimiento o la competitividad, son ambivalentes, “es un estado y un movimiento, una adquisición y una atribución; la satisfacción personal –lo más íntimo e individual- se adquiere justo en el momento en que se es reconocido y valorado socialmente, y ésta capacidad es una incapacidad, tener competencia es estar dispuesto a ser organizable. Desde el punto de vista social, el trabajo es el bucle donde se hacen uno los intereses del individuo y los de la sociedad” (Pablo López Calle 2000:138).

4. La profesión médica como conjunto de personas

La profesión médica tiene además la característica de ser autónoma técnicamente. Los que no son miembros son excluidos de la práctica y de la evaluación del trabajo. Algunos autores afirman que a pesar de cualquier sistema formal administrativo impuesto en la profesión, la autonomía en el control de su técnica le permite actuar al margen de administradores e intereses políticos, utilizando como un recurso protector lo que podría ocasionar un trabajo erróneo.

La profesión médica no sólo tiene el control sobre su práctica sino además el control sobre la organización y división del trabajo.

Las organizaciones sanitarias tienen un gran número de ocupaciones organizadas en torno a los pacientes, pero en su base son profesiones controladas por la profesión médica: enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, etc, tienen como base de su trabajo los cuidados o la elaboración de pruebas solicitadas por los profesionales médicos. Las tareas de los primeros están encaminadas a asistir más que a reemplazar las tareas centrales de diagnóstico y tratamiento y su trabajo se realiza ante la petición o la “orden” de los médicos. Además el prestigio que los pacientes les otorgan a estas profesiones, sin menospreciarlo, es mucho menor que el otorgado a los médicos.

Se trata por tanto de una división del trabajo organizada en torno a una profesión dominante central y controlada de la misma y cuanto más larga y formal sea su preparación, más alta será su posición en la división del trabajo y por supuesto su retribución. Sirva como ejemplo los diplomados universitarios en enfermería frente a las auxiliares de enfermería.

“Una profesión es un grupo de personas que realiza un conjunto de actividades que proveen su principal fuente de recurso para la subsistencia; actividades llamadas “trabajo” más que “ocio”, y “vocación” más que “pasatiempo”. Dichas actividades se realizan a cambio de una compensación y no por sí mismas. Se las considera útiles o productivas, por eso aquellos que las llevan a cabo son compensados por los otros. Cuando una cantidad de personas realiza la misma actividad y desarrolla métodos comunes, que a su vez son transmitidos a los nuevos miembros y llegan a ser

convencionales, podemos decir que los trabajadores se han constituido en un grupo ocupacional, o una ocupación.” (Eliot Freidson 1978:83).

Es cierto que hay profesiones que pueden ser ocupadas por una sola persona, como es el caso de un rey o del Papa, pero la mayor parte de los grupos o conjuntos profesionales comparten los caracteres de todo lo social: son numerables, plurales y cambiantes.

5. Evolución en la estructura de las organizaciones sanitarias

La principal característica con la que se puede definir la estructura de las organizaciones sanitarias es **el isomorfismo**, es decir la presencia de estructuras y procesos organizativos semejantes. Son ejemplo de esta tendencia los hospitales o las universidades (Isabel de la Torre 2009).

La evolución en las estructuras organizativas de las organizaciones sanitarias ha sido muy desigual, desde modelos muy jerarquizados y centralizados a modelos más horizontales, con un alto grado de participación de los profesionales en las decisiones estratégicas y operativas de la organización. Pero a pesar de esta lenta evolución, el modelo jerárquico tradicional sigue teniendo un peso importante en nuestro país (Lola Ruiz Iglesias 2004; Juan F. Hernández Yáñez 2009).

En un modelo jerárquico tradicional las decisiones están centralizadas y el margen de la participación de los profesionales, aún siendo los depositarios del conocimiento es muy reducido o inexistente. La evolución hacia sistemas descentralizados de la gestión requiere un grado de desarrollo organizativo elevado, así como disponer de herramientas de gestión y de órganos de gobierno necesarios para que el proceso de descentralización sea posible.

La evolución experimentada por las organizaciones sanitarias, en términos muy generales, ha respondido a tres grandes modelos:

Hacia finales de los setenta y primeros ochenta, se establecen límites a la expansión de la oferta, mediante una política austera de financiación de nuevos servicios/recursos y de establecimiento de nuevos centros y tecnologías. Las políticas de personal siguen siendo muy burocráticas, pero comienza a surgir la idea de que es necesario poner freno al consumo de los profesionales por sus decisiones clínicas; y se comienza a profesionalizar la gestión de centros, mediante una separación entre gestores y profesionales, algo que hasta entonces no existía.

Como consecuencia de lo anterior, se produce un distanciamiento entre la profesión médica y los gestores. Los intentos de profesionalizar la gestión, parecen separarla de la

asistencia e implicar una alta politización de las direcciones de los centros. Las políticas macro de contención del gasto parecen no servir, debiendo asumir un importante déficit presupuestario en un momento de grave crisis de los primeros noventa.

En esta situación donde los enfoques administrativistas o formales son incapaces de controlar un gasto que, de hecho, son los profesionales quienes determinan mediante sus propias prácticas, se desarrolla un enfoque de tipo meso o gestor; que consiste en dotar a los centros de sistemas, herramientas y capacidades gestoras que les permitan gestionar los recursos económicos y humanos. Este enfoque supone el desarrollo de tres tipos de herramientas: la generalización de sistemas información, como los grupos de diagnóstico relacionados (GRDs), contabilidad analítica, establecimiento de contratos programa con centros y servicios y sistemas de incentivos ligados al rendimiento; y por último, nuevas formas de titularidad jurídica como empresas públicas, fundaciones, consorcios, etc, nuevas fórmulas que permiten mayor autonomía en la gestión, selección y retribución de los profesionales.

Por último, cuando se demuestra que estas nuevas prácticas no permiten los avances que se hubiera deseado, se da una vuelta más de tuerca y se introducen esquemas de tipo micro, orientados a las prácticas clínicas, con herramientas de gestión profesional, como la práctica basada en la evidencia, la gestión de unidades clínicas, revisión de los sistemas tradicionales de distribución de funciones, especialmente entre médicos y enfermeras y entre especialidades médicas y quirúrgicas.

La estructura social de una organización surge como consecuencia de la puesta en práctica de tres decisiones básicas: la división del trabajo, la jerarquía de autoridad y los procedimientos de organización. Tomando como referencia el despliegue de las dimensiones de complejidad, centralización y formalización, se podría esquematizar la evolución de las estructuras sanitarias como se presenta a continuación:

Cuadro 2. Evolución en las estructuras de las organizaciones sanitarias

Dimensiones	Modelo jerárquico Hasta años 80	Modelo matricial Hasta final siglo XX	Modelo en red o del conocimiento Siglo XXI
Complejidad	Departamentos estancos. Disciplinas funcionales.	Responsabilidad por Proyectos.	Responsabilidad basada en competencias, conocimiento, autonomía.
Centralización	Directores.	Jefes de departamento/Área/servicio.	Responsabilidad en función de trabajos y proyectos concretos.
Formalización	Vertical formal.	Horizontal formal.	Horizontal menos formal.
Valores de la gestión	No existe el tratamiento integrado de los pacientes. No existe la gestión por procesos.	División entre atención médica, cuidados de enfermería y gestión de los procesos de apoyo al proceso asistencial.	Foco en el paciente. Cultura de servicio, calidad y responsabilidad social. Incorporación de los clientes-pacientes en los estándares de calidad, expectativas de servicio y procesos de evaluación. Estructuras de gobierno alineadas. Liderazgo de los profesionales en la toma de decisiones.
Problemas principales	Burocratización.	Doble autoridad. Profesionales de diferentes disciplinas.	Abandonos de empleados clave en conocimientos y competencias.

Fuente: Elaboración propia

Los sistemas sanitarios son un conglomerado de organizaciones profesionales complejas, un sector basado en la coordinación de diferentes agentes sociales: profesionales, de conocimiento y gestión. Todos los sistemas sanitarios han experimentado una gran evolución en términos cuantitativos y cualitativos y de cara al futuro deberán hacer frente a nuevos e importantes cambios en sus estructuras sociales, económicas y del conocimiento científico-técnico.

Para poder afrontar estos retos, las organizaciones sanitarias han buscado experiencias y referencias de gestión en otro tipo de sectores que le permitan superar los problemas a los que se tienen que enfrentar. Tradicionalmente, las organizaciones sanitarias dadas sus características, parece que poco o nada tenían que aprender de otros sectores. Sin embargo, al igual que cualquier empresa, están llenas de contradicciones, son objetivas y subjetivas al mismo tiempo, materiales y culturales, estáticas y dinámicas, sometidas a influencias racionales e incluso irracionales, tan características del comportamiento humano.

Así, la introducción de las metodologías de calidad en las organizaciones sanitarias y de mejora continua, se van implantando paulatinamente (ISO, Modelo Europeo de Calidad, EFQM, etc). Experiencias que se han visto reforzadas con la Ley de Cohesión y Calidad, en la que la calidad es un elemento clave de valores y requisitos del SNS.

Hoy en día las organizaciones han dejado de ser un instrumento económico para convertirse en un agente social con capacidad para intervenir activamente en las formas de vida individual y colectiva y las organizaciones sanitarias no son una excepción.

El resultado es que estamos asistiendo al nacimiento de un nuevo paradigma de cultura, estructura, configuración y gobierno de las organizaciones sanitarias. El nuevo modelo se basa en la búsqueda de la eficiencia a través del control del gasto, con el foco en el paciente y la participación de los médicos en la gestión como medio para asegurar el control del gasto, sin menoscabar su autonomía profesional. Un modelo sanitario de calidad, sin riesgo para los pacientes y gestionando adecuadamente los recursos humanos. En las organizaciones basadas en el conocimiento, como son las sanitarias, la participación de los profesionales a nivel operativo y estratégico es el principio fundamental de la eficacia y la eficiencia.

La organización sanitaria pública debe responder a tres grandes exigencias; cómo utiliza los recursos económicos, cómo utiliza los recursos humanos y cuál es su compromiso con la sociedad. Para responder a las tres exigencias, las organizaciones sanitarias deben innovar permanentemente, y para que la innovación sea satisfactoria en cualquiera de los ámbitos, **es necesaria la profesionalización y el desarrollo profesional continuo** de los profesionales implicados en la práctica clínica y en la gestión. Una vez más encontramos el objetivo principal de nuestra investigación: un sistema de desarrollo o carrera profesional como respuesta a las exigencias de la sociedad.

Pasar de un modelo a otro, supone una transformación profunda de la cultura, estructura y gobierno de las organizaciones y lo que es definitivo, la definición de la responsabilidad de cada uno de los protagonistas del nuevo modelo.

6. Las organizaciones sanitarias: ejemplo de burocracia profesional desde la visión de H. Mintzberg.

En la conformación de las organizaciones establecida por H. Mintzberg propone una tipología elaborada de configuraciones estructurales. Como partes fundamentales de toda organización señala cinco elementos, cuya importancia viene determinada por la configuración estructural de que se trate. Estas partes son las siguientes (Henry Mintzberg 1984):

- **Núcleo operativo:** formado por los trabajadores que realizan el trabajo básico relacionado con la producción de bienes y servicios.
- **Cumbre estratégica:** abarca a las personas encargadas de una responsabilidad general en ella, como el director general y los demás directivos. Se ocupa de que la organización cumpla con su misión y de satisfacer los intereses de las personas que controlan o tienen algún poder sobre la organización.
- **Línea media:** está formada por los mandos medios que sirven de puente entre directivos y núcleo operativo.
- **Tecno estructura:** formada por los analistas encargados de la normalización en la organización, como por ejemplo los ingenieros industriales, los técnicos de recursos humanos, los técnicos de selección.
- **Estructura de apoyo:** está formada por los miembros de las unidades especializadas cuya función consiste en dar apoyo a la organización fuera del proceso productivo, por ejemplo los asesores fiscales, el personal de cafetería, etc.

De acuerdo a la importancia que cada empresa le conceda a cada uno de estos factores, puede dar lugar a configuraciones de uno u otro tipo que H. Mintzberg compendia en cinco: **estructura simple, burocracia maquina, burocracia profesional, estructura divisional y adhocracia.**

Las características de cada una de las configuraciones de acuerdo a las dimensiones de coordinación, organización y descentralización son las que se exponen en el cuadro presentado a continuación.

Cuadro 3. Características de las diferentes Configuraciones estructurales según H. Mintzberg.

CONFIGURACIÓN ESTRUCTURAL	PRINCIPAL MECANISMO DE COORDINACIÓN	PARTE FUNDAMENTAL DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE DESCENTRALIZACIÓN
Estructura simple	Supervisión directa	Ápice estratégico	Centralización vertical y horizontal
Burocracia maquinal	Normalización de los procesos de trabajo	Tecnoestructura	Descentralización horizontal limitada
Burocracia profesional	Normalización de las habilidades	Núcleo de operaciones	Descentralización vertical y horizontal
Forma divisional	Normalización de los resultados	Línea media	Descentralización vertical limitada
Adhocracia	Adaptación mutua	Staff de apoyo	Descentralización selectiva

Fuente: (Henry Mintzberg 1988:73)

Las organizaciones sanitarias se clasifican bajo la configuración estructural que Mintzberg denomina **burocracia profesional**. Una burocracia profesional cuenta para su coordinación con la normalización de las habilidades y con el correspondiente parámetro de diseño, la preparación y el adoctrinamiento, contrata a profesionales especialistas para su núcleo de operaciones, dándoles un control importante sobre su propio trabajo, esto hace que el profesional trabaje con relativa independencia de sus colegas, pero en estrecho contacto con sus clientes. El trabajo está muy especializado en sentido horizontal.

Mientras que en la burocracia maquinal se recurre a la autoridad de naturaleza jerárquica, en la burocracia profesional se recurre a la autoridad de naturaleza profesional (el poder del experto). Los profesionales controlan su propio trabajo, y quieren un control colectivo de las decisiones administrativas que los afectan, decisiones relativas a la contratación de personal, a la promoción, a la distribución de recursos o a su carrera profesional. En este punto, el profesional se encuentra ante un dilema fundamental: rechaza la administración, porque quiere que le dejen practicar su profesión, pero esa libertad sólo se consigue pagando el precio del esfuerzo administrativo (recaudación de fondos, resolución de conflictos, defensa de las exigencias exteriores). Así pues, tiene que elegir entre dos posibilidades: realizar él mismo el trabajo administrativo, en cuyo

caso dispondrá de menos tiempo para dedicarse a su profesión, o dejarlo en manos de los administradores, lo que le obligará a ceder parte de su poder de decisión. Y según Mintzberg, lo que sucede en este punto es que dicho poder se otorga a administradores que no quieren practicar su profesión, normalmente sanitaria y que por tanto se inclinan por otra serie de objetivos.

La burocracia profesional según Mintzberg es la forma más democrática, ya que difunde su poder entre los profesionales y al mismo tiempo, les proporciona autonomía para ejercer su trabajo. Pero esta forma también tiene peligros para las organizaciones, dichos peligros se identifican a continuación estableciendo su relación con las organizaciones sanitarias:

Cuadro 4. Peligros de la burocracia profesional según H. Mintzberg y sus consecuencias para las organizaciones sanitarias.

<i>Peligros de la burocracia profesional según H. Mintzberg</i>	<i>Consecuencias para las organizaciones sanitarias</i>
No puede hacer frente a los profesionales incompetentes	Falta de actualización de habilidades y conocimientos con las consecuencias directas en la atención al paciente
La libertad de acción puede causar el hacer caso omiso a clientes.	Foco de la atención no centrado en el paciente
Desentenderse de las necesidades de la organización, no considerándose como parte de un equipo. Ser leales a la profesión, pero no a la organización	Negligencias, absentismo, desmotivación, burnout Excesivo corporativismo Comportamientos profesionales inapropiados

Fuente: Elaboración propia

A la vista de estos problemas y consecuencias para la organización sanitaria, nos planteamos la siguiente pregunta: **¿se puede convertir la burocracia profesional típica de las organizaciones sanitarias en una burocracia maquinal?**

Según Mintzberg los cambios en la burocracia profesional no son introducidos de repente por los nuevos administradores, sino que van entrando lentamente en el proceso del cambio de profesionales, a través de los estudiantes de las profesiones

sanitarias, de la sociedad en la que están inmersos y de su voluntad de actualizar los conocimientos y habilidades adquiridas. Cuando se produce una resistencia a dichos cambios, lo mejor que puede hacer la sociedad es un llamamiento al sentido de la responsabilidad pública del profesional, o, de no ser ello posible, crear presiones sobre las asociaciones profesionales en vez de sobre las burocracias (Henry Mintzberg y Ludo Van der Heyden 2006).

Los centros sanitarios han ido evolucionando desde un modelo donde las decisiones eran tomadas por los profesionales –nos referimos sólo a los médicos-, a un modelo en el que las decisiones son tomadas por los gestores. Este modelo de “burocracia profesional”, se caracteriza por:

- Existencia de áreas especializadas de conocimiento.
- Alto nivel de división del trabajo.
- Codificación de los conocimientos y habilidades para reducir la variabilidad.
- Normativización de procedimientos y estándares de rendimiento.

En el entorno actual lo que se propone es la creación de liderazgos corporativos, que los profesionales acepten perder autonomía individual en beneficio de la autonomía del conjunto de la profesión. Esta es la esencia del **nuevo profesionalismo**. Este nuevo modelo se basa en dos alianzas de diferente nivel: una mayor cooperación entre directivos y profesionales y entre políticos y organizaciones profesionales.

Desde un nivel microeconómico, el profesional sanitario y en especial los médicos con su dedicación a la práctica clínica, al utilizar los servicios son corresponsables de la eficiencia de la organización y del sistema sanitario. Desde un nivel macroeconómico son los gobiernos a través de su política sanitaria los que deben velar por el equilibrio entre recursos, cobertura y cartera de servicios.

La necesidad de eficiencia en las organizaciones sanitarias y la exigencia por parte de los usuarios, obliga a todos los profesionales sanitarios a trabajar conjuntamente como el único camino para su respectiva legitimización social.

Conjugar el entorno y la cultura de las organizaciones sanitarias, en las que el poder es de naturaleza jerárquica, con la cultura profesional, donde el poder se basa en el

conocimiento y la competencia es un reto muy complicado.

En la argumentación de Mintzberg, el profesional se identifica más con su profesión que con la organización donde la practica, y de sus asociaciones profesionales suelen proceder las normas y procedimientos que rigen su trabajo, así como una proporción importante de sus recompensas (reconocimientos).

En las burocracias profesionales, el poder suele permanecer donde se realiza la actividades propia de la profesión y, por tanto, en la base de la estructura de la organización. El poder se basa en la capacidad como expertos; por eso, la promoción no gravita en la ascensión en la escala administrativa sino en la capacidad de hacer frente a problemas profesionales cada vez más complejos. Como consecuencia, no es necesario un desarrollo importante de la tecnoestructura o de los puestos de gestión, ya que son los profesionales los que controlan su propio trabajo; esto explica, por otra parte, el deseo de participar en el control administrativo de las decisiones que lo afectan. De la misma forma, los cargos jerárquicos son limitados, por lo que las posibilidades de este incentivo son muy pequeñas.

Frente a los problemas enunciados anteriormente, el diseño de un nuevo modelo de carrera profesional, puede permitir hacer frente al problema de la legitimidad de la estructura jerárquica y al control de los comportamientos inadecuados o la falta de competencia profesional. El sistema de carrera profesional forma parte de los aspectos de gobernabilidad que configuran una organización sanitaria: descentralización, coordinación, responsabilidad e incentivos. Las organizaciones sanitarias deben permanecer en tipos de estructura de burocracia profesional pero con matices o características que permitan evitar los problemas o distorsiones del modelo existente. Los profesionales sanitarios no se pueden limitar a ser funcionarios que cumplan normas y presten servicios mecánicos.

Expertos en gestión sanitaria como Hernández Yáñez. J, Martín J.J, o Madorrán García. C, aseguran que los retos actuales más importantes de los sistemas de salud se encuentran en el área de la micro gestión (en los centros y equipos sanitarios, en la gestión clínica) y que cualquier aproximación macro, debe tener en cuenta aquellas propuestas que más cooperen y menos interfieran en estas micropolíticas. No se puede olvidar que cuando se habla de sistemas de salud, se habla de profesionales, y

que unos profesionales sanitarios competentes y motivados constituyen el recurso por excelencia de los sistemas de salud.

A continuación, vamos a analizar algunos de los problemas principales desde la dimensión de los recursos humanos de nuestro sistema de salud, así como algunas propuestas que permitan la superación de dichos problemas, entre ellos la puesta en marcha de un sistema de desarrollo o carrera profesional.

7. Problemas desde la dimensión de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias actuales del SNS.

Las políticas de recursos humanos desde el punto de vista de gestión en las organizaciones sanitarias han sido en ocasiones inexistentes. Se administran personas pero no se gestionan. Se iguala tratamiento a diferentes colectivos olvidando las diferencias de cada uno de ellos y se confunden las actuaciones encaminadas a mejorar la satisfacción, con las de conseguir mayor motivación, implicación y compromiso con las instituciones. En la cuarta parte de este trabajo, se exponen minuciosamente las diferencias entre las significaciones de motivación y satisfacción, así como las diferentes teorías que engloban ambos conceptos.

En las instituciones sanitarias se ha puesto mucho énfasis en mejorar los factores higiénicos, sin tener en cuenta que los factores higiénicos son extrínsecos al trabajo (salario, incentivos económicos...) pero no están directamente relacionados con el contenido intrínseco del mismo. Es decir, tener una mayor satisfacción no significa una mejor motivación, ni mucho menos mayor implicación o compromiso. Esto es muy habitual en los entornos sanitarios, encontramos profesionales muy motivados con su trabajo pero muy insatisfechos con sus empresas y por tanto poco implicados en las mismas.

La sanidad, al igual que la educación y otros sectores de actividad de las llamadas sociedades del bienestar, tienen una base de servicio eminentemente profesional; esto significa que los profesionales son su principal activo y que, por tanto, deberían constituir un elemento fundamental de las políticas y decisiones estratégicas.

En los últimos años se han desarrollado políticas y enfoques muy diferentes en materia de recursos humanos, pero lo cierto es que existe una única evolución correcta en dicha materia: la gestión de recursos humanos debe ser gestión de profesionales. Es sintomático que en muchas organizaciones sanitarias cuyo principal activo son los profesionales, no exista con rango de dirección los denominados recursos humanos. Esto es una prueba del escaso interés real y la poca profesionalización con la que a veces se abordan los temas que les incumben.

En el mes de junio de 2010, el Senado presentó una Ponencia de estudio de las necesidades de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud. Del conjunto de datos recopilados durante más de un año y medio por los integrantes de la Ponencia de Estudio se extrajeron once conclusiones que sirvieron de punto de partida para la elaboración de 27 recomendaciones de cómo debería, en definitiva, abordarse la política de recursos humanos en el SNS.²

A continuación reproduzco las conclusiones más destacadas relacionadas con los recursos humanos y que refrendan la actualidad del tema que se trata en esta tesis, así como la aportación de soluciones a dichos temas.³

² La Comisión de Sanidad y Consumo, en su sesión celebrada el día 16 de octubre de 2008, aprobó una moción presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado, por la que se acordaba la creación de una Ponencia, en el seno de la mencionada Comisión, que estudiara las necesidades de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Dicha Ponencia ha contado con 65 comparecientes que a lo largo de más de un año aportaron su visión y sus argumentos sobre esta materia. Las conclusiones, a partir de dichas aportaciones, una vez sean aprobadas por el Pleno del Senado, se trasladarán al Gobierno, para que las ponga en conocimiento de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y posteriormente sería de esperar que el Gobierno las haga suyas, plasmándose en realizaciones prácticas y realizando la reforma y los cambios tan esperados en la gestión integral de los recursos humanos sanitarios.

³ Para ver texto completo sobre conclusiones y recomendaciones se puede consultar (Senado 2010).

Cuadro 5. Problemas principales de los recursos humanos sanitarios y propuestas de solución (1ª parte).

Dimensiones	Problemas	Propuestas de mejora
Personas	<p>Dificultades para cubrir vacantes en zonas rurales y pequeños municipios.</p> <p>Desequilibrio en la demanda de algunas especialidades, lo que ha producido que el poder institucional se desplace desde los gestores a los profesionales.</p> <p>Cobertura de plazas por médicos que no tienen el título de especialista vía MIR.</p>	<p>Conocimiento y análisis periódico de variables demográficas (de la población general y de los profesionales sanitarios), epidemiológico, social, tecnológico y científicas.</p> <p>Establecimiento de un plan de recursos humanos para el SNS, con planificación de recursos, organización de estrategias, redistribución de los profesionales, geográficamente y por especialidades (garantizando la movilidad geográfica voluntaria de los profesionales), redistribución de tareas entre profesionales sanitarios, la descentralización de la gestión y el control de la demanda asistencial.</p>
Condiciones de trabajo	<p>Sobrecarga asistencial, poca flexibilidad en las condiciones de trabajo, baja retribución y una cierta sensación de pérdida del prestigio profesional.</p> <p>Deterioro progresivo en la relación profesional sanitario-paciente.</p> <p>Agresiones a los profesionales.</p> <p>Participación escasa de los profesionales.</p>	<p>Organización más flexible, más transversal, enfocada al paciente y al ciudadano en general, y que permita la valoración de resultados y la autonomía de las decisiones, así como la adaptación a las necesidades que la sociedad reclama.</p> <p>Redefinir las competencias de las profesiones sanitarias, facilitando su transferencia de unas a otras, siguiendo criterios de calidad y eficacia.</p> <p>Sistema de compensaciones laborales atractivo para el profesional, con estrategias de desarrollo profesional y de reconocimiento de los méritos de los profesionales a nivel asistencial.</p> <p>Homogeneizar niveles básicos retributivos en todo el país.</p> <p>Participación en verdaderos foros de decisión donde su capacidad de intervención no está limitada.</p>

Cuadro 6. Problemas principales de los recursos humanos sanitarios y propuestas de solución (2ª parte).

Dimensiones	Problemas	Propuestas de mejora
Planificación y organización	<p>Inexistencia de un Registro de profesionales sanitarios.</p> <p>Organización del trabajo diario muy insatisfactoria.</p> <p>Feminización galopante del SNS.</p>	<p>Creación del Registro Nacional de los Profesionales Sanitarios y mantenimiento del mismo, aportando información transparente y continua para planificar los recursos humanos, que facilite datos a las comunidades autónomas sobre el número de profesionales, su distribución geográfica, edad...</p> <p>Nuevas exigencias de la necesidad de conciliar vida laboral y profesional.</p>
Formación y desarrollo	Falta de compromiso de los futuros profesionales.	Incorporar el denominado « nuevo profesionalismo », educando a los futuros profesionales en los valores de la profesión sanitaria como el compromiso, la honestidad y la aspiración por la excelencia.
	Diversidad de criterios para entrar en la Universidad.	<p>Valorar no sólo la nota en la selectividad y establecer pruebas específicas relacionadas con las materias que se han de cursar.</p> <p>Condiciones iguales para ingreso en la Universidad.</p>
	Desequilibrio entre plazas de pregrado y formación especializada.	Equilibrar plazas con las necesidades reales del SNS.
	Falta de conocimientos de la relación médico-paciente.	Introducir en los planes de estudio conocimientos de: política sanitaria, ética médica, calidad asistencial, sociología de la salud, gestión, liderazgo clínico, derecho sanitario y violencia de género.
	Falta de visión multidisciplinar de los especialistas.	Desarrollo de la formación troncal de las especialidades médicas para satisfacer nuevas necesidades asistenciales y/o sociales.
	Profesionales sin título de especialistas.	Regularización de acuerdo a la ley.
Nuevas tecnologías	Falta de incorporación y/o aprovechamiento de la tecnología.	Incorporar las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación a la asistencia sanitaria: la historia clínica digital común, la tarjeta sanitaria única, la telemedicina y tele consulta.

Cuadro 7. Problemas principales de los recursos humanos sanitarios y propuestas de solución (3ª parte).

Dimensiones	Problemas	Propuestas de mejora
Sociedad	Falta de información y formación de los ciudadanos en lo que corresponde a su proceso asistencial.	Impulsar iniciativas de concienciación y corresponsabilidad ciudadana. Desarrollar acciones que conduzcan a los ciudadanos a ser conscientes de la responsabilidad que tienen sobre su propia salud y sobre sus enfermedades, desde la prevención y en la toma de decisiones sobre las mismas (diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras, etc.).
Institucional	Falta de coordinación entre comunidades autónomas.	Cartera de servicios común para todas las comunidades autónomas, que respondan a los objetivos de salud de los diferentes Planes de Salud o Programas Directores de las distintas CC. AA.
	Falta de protagonismo de la Administración Pública.	Impulsar su papel para que den respuesta a las nuevas necesidades, tales como enfermedades crónicas o enfermedades degenerativas.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Senado 2010)

A la vista de las propuestas anteriores, se podrían aglutinar las políticas de recursos humanos en nuestro sistema sanitario en tres grandes aspectos (Juan F. Hernández Yáñez 2005):

- Redefinir las orientaciones políticas y financieras del sistema sanitario, siendo un sistema territorialmente descentralizado pero que no debe excluir una redefinición de las competencias y responsabilidades del gobierno central.
- Establecer formas organizativas más planas, con mayor responsabilización de los profesionales y con sistemas de control más efectivos.
- Visión de conglomerado de las organizaciones profesionales con importantes

especificidades de dirección y gestión, especialmente en lo que se refiere al profesionalismo y las culturas profesionales y al papel de los incentivos internos.

Nuestro sistema sanitario debe introducir mayores cotas de responsabilidad colectiva, profesional e individual. La responsabilidad colectiva supone la obligación de facilitar las condiciones para que se pueda ejercer la solidaridad y la subsidiariedad. La individual requiere que los ciudadanos ejerzan de forma responsable el cuidado de su salud y por último, la responsabilidad profesional supone la formación de los profesionales sanitarios para que valoren las necesidades de las personas a las que atienden, pero también las necesidades del sistema que les retribuye y al que pertenecen.

El pasado 29 de abril de 2011 se publicaba en el Diario Médico el anuncio por parte de la Ministra de Sanidad, Dña. Leyre Pajín de la creación del Observatorio de Recursos Humanos del SNS. Un órgano que “se ocupará del seguimiento, coordinación y sistematización de la política de recursos humanos del SNS y estará al servicio de las Consejerías de Salud de las comunidades”. Sin duda alguna es una herramienta muy positiva para los propósitos de nuestra investigación.

8. La crisis del profesionalismo de los recursos humanos sanitarios.

Hemos visto en el cuadro anterior algunos de los problemas a los que los profesionales sanitarios se enfrentan en nuestro país: fragmentación, falta de liderazgo, falta de compromiso y participación, políticas de recursos humanos desorganizadas, falta de apoyo y prestigio social, etc.

Remontándose a las contribuciones clásicas en el estudio de las profesiones (Talcott Parsons 1966; Eliot Freidson 1978), existe un acuerdo no escrito entre profesiones y sociedad y muy especialmente en el caso de las profesiones sanitarias que otorga a los profesionales un alto nivel de independencia corporativa, autonomía y control de su entorno laboral a cambio de sus servicios. En el caso de la sanidad, no es fácil combinar este acuerdo con la creciente demanda de los pacientes de una mayor participación con los profesionales, dado su incremento de cultura sanitaria. Para los profesionales se convierte en una tarea muy complicada: realizar una medicina más humanizada con las exigencias de los pacientes, la dependencia de la tecnología y las restricciones económicas.

Es muy difícil manejar los valores tradicionales de la profesión con la pérdida de valoración y prestigio social, influyendo negativamente en las condiciones laborales del contexto empresarial, que por otro lado cuestiona sus valores, donde existen condiciones de trabajo poco amables, ambiente estresante y relaciones interpersonales difíciles.

Desde las Ciencias Sociales se está alertando desde hace algunos años sobre la denominada «crisis del profesionalismo» y hoy en día está plenamente abierto un debate sobre la «Medicina del siglo XXI».

La sanidad depende de la competencia y de la experiencia. No puede funcionar como una institución sin buena fe por parte del proveedor, el paciente y el público en general. La raíz de la opinión pública, es la confianza de que los médicos ponen el bienestar de los pacientes por delante de cualquier otra consideración. Este contrato social descansa por tanto en esa confianza y si algo lo fractura es porque se ha perdido dicha confianza. Cuando los médicos protestan porque su libertad de acción es amenazada la respuesta a esto es sin lugar a dudas una falta de confianza en sus actuaciones.

Es innegable que ha habido una pérdida de autonomía para los profesionales sanitarios en los últimos 10 años. Hoy día el trabajo de los sanitarios es mucho más evaluable en términos de calidad, de encuestas de satisfacción de usuarios, etc. Este tipo de actividades no son muy bien recibidas por los profesionales que han sido formados para trabajar de forma autónoma, dependiendo de su propio conocimiento y de sus habilidades. Se trata de un fenómeno paralelo al de otras profesiones, pero en el caso de las sanitarias, la formación de base no incluye la dimensión organizativa de la práctica profesional ni la dimensión económica de las decisiones clínicas. Esta es la razón por la que los profesionales sanitarios y en especial los médicos han aprendido a trabajar en una cultura que satisface necesidades sin preocuparse de los costes.

Sin embargo, la necesidad de tener organizaciones sanitarias eficientes y la exigencia de los usuarios, obliga a los profesionales –sanitarios y gestores- a trabajar conjuntamente como el único camino para superar la crisis del profesionalismo y obtener la respectiva legitimación social.

En términos de prestación de servicios, el modelo sanitario se ha expandido, y se ha gestionado desde las autoridades políticas de tal forma que ha permitido asumir cada vez un número mayor de demandas de los ciudadanos. Pero la expansión del sistema ha primado más que la introducción de sistemas de gestión que tomen en cuenta la opinión de los profesionales. Dado que los cambios son más sostenibles cuando sus protagonistas participan, después de una década de expansión del sistema, de creación de nuevos hospitales y otros servicios, ahora hay que dar un paso más en la mejora de la gestión de lo que ya tenemos, tomando en consideración a los profesionales. El cambio más sostenible en el tiempo es el que se produce cuando se gestiona con los profesionales, y no sobre los profesionales.

El desencuentro entre profesionales y administración tiene otras muchas causas como por ejemplo: la responsabilidad en el proceso de atención a los pacientes se diluyó manteniéndose sin embargo la responsabilidad personal; la ausencia de confianza de los médicos frente al protagonismo de la enfermería, lo cual condujo a separación en líneas de ejecución jerárquicas condicionando una organización de los centros que no facilita el proceso de atención, la escasa motivación que se produce pasados unos años de ejercer un trabajo estable para toda la vida en el mismo puesto de trabajo, con los mismos compañeros y haciendo siempre lo mismo y sin posibilidad de desarrollo profesional.

Freidson planteaba en los años 90 una serie de propuestas que ayudarían a salvar y superar la crisis del profesionalismo (Eliot Freidson 1990):

1. Fomento de una verdadera apertura profesional y un clima de confianza
2. La práctica de examen profesional. La revisión por pares es un elemento esencial de profesionalismo plenamente desarrollados.
3. El apoyo a los objetivos profesionales. Las medidas destinadas únicamente a contrarrestar el abuso de los profesionales sin fortalecer la profesionalidad, conducen a un desdichado sistema de salud que no tendrá los costes controlados, y que por supuesto no merecen ni los médicos ni los pacientes.

Realizando una ampliación desde la visión sociológica sobre estos tres puntos, la eficacia del sistema solo se puede lograr a través de la actitud de los profesionales en el plano individual. Para lograr una buena actitud y superación de la crisis del profesionalismo, es necesaria una revisión del trabajo de forma profesional y con un plan de desarrollo personal. Para que esto sea factible es ineludible garantizar la formación de los profesionales, siendo estos los que identifiquen sus carencias para corregirlas y ayudarles en su evolución profesional. Esta es una vez más la base de un buen sistema de desarrollo o carrera profesional de los profesionales sanitarios.

Conclusión parte I

En la primera parte de este trabajo, se ha realizado una descripción de los diferentes modelos sanitarios desde un punto de vista político- administrativo y a continuación centrarnos en los verdaderos protagonistas de los sistemas sanitarios: **los profesionales.**

Las organizaciones sanitarias conforman una realidad social muy complicada, están constituidas por múltiples relaciones sociales, las cuales son objeto de estudio desde la Sociológica a través de sus diferentes teorías. Todas las organizaciones, incluidas las sanitarias, se han convertido en un agente social con capacidad para intervenir en las formas de vida individual y colectiva. Por esta razón, en la parte II de este trabajo se realiza un análisis teórico de destacadas teorías de la organización que nos permitirán comprender las características de las organizaciones complejas de hoy en día, como son las organizaciones sanitarias. Dicha preocupación ha desembocado en el interés decidido por la calidad y la modernización de sus servicios.

Todos los agentes sociales que intervienen en la sanidad (administración pública, proveedores, empresarios, directivos, trabajadores, ciudadanos...) forman parte de una estructura económica más amplia en la que desempeñan múltiples papeles. Se trata de un sistema social abierto al exterior, en estrecha interdependencia con múltiples factores externos pertenecientes al sistema social global del que forma parte.

Uno de esos agentes sociales con papel primordial hoy en día, es el ciudadano. Dicho agente social demanda cada día un mayor protagonismo, quiere evaluar y participar en las decisiones individuales y colectivas relacionadas con el sistema de salud, disponer de información sobre las posibilidades del sistema sanitario y sus profesionales, asumir el cuidado de la propia salud y el uso racional de los recursos sanitarios.

Nuestro modelo sanitario debe ser capaz de dar respuesta a todas las demandas del ciudadano, porque esta es la clave de su supervivencia y para ello es necesario redefinir las políticas de recursos humanos de nuestro SNS. A lo largo de esta tesis, iremos mostrando cómo la puesta en marcha de un modelo que permita el desarrollo

profesional de sus actores, dentro de un marco de equidad, responsabilidad y justo desde el punto de vista político y económico, es un elemento clave dentro de las políticas de recursos humanos que debe afrontar el SNS en los próximos años.

Parte II

Sociología de las Organizaciones y Sector Sanitario

Resumen Parte II

En la segunda parte de esta tesis nos centramos en el estudio de la organización como objeto sociológico. Siguiendo un criterio histórico comenzamos con las teorías clásicas de la organización y a continuación con el análisis de cuatro perspectivas teóricas significativas: la teoría de sistemas, las teorías institucionales, el interaccionismo simbólico y la teoría del capital social.

El análisis de las teorías nos permitirá comprender alguna de las características de las organizaciones complejas de hoy en día, como son las organizaciones sanitarias, así como su preocupación constante por la calidad y la modernización de sus servicios. La teoría de sistemas nos desvelará la importancia del entorno en las organizaciones y su influencia a todos los niveles, la teoría de la agencia nos explica la necesidad de controlar comportamientos oportunistas o situaciones de agencia adoptando estructuras organizativas que minimicen o eliminen dichas situaciones.

Gracias al análisis de las teorías expuestas, hemos podido sacar a la luz alguno de los temas de análisis relacionados con nuestro objeto de estudio e hipótesis, sirva como ejemplo la **H10** en la que se espera demostrar si las competencias evaluadas en el modelo de carrera profesional se ponen verdaderamente al servicio de la empresa, o la **H14** que pretende demostrar si los modelos de carrera profesional puestos en marcha suponen una aplicación en el sector sanitario de las técnicas de gestión empresarial.

Algunas administraciones sanitarias españolas han adoptado el modelo EFQM de Excelencia para implantar una cultura de calidad. Las características básicas de dicho Modelo se analizan en esta parte, realizando una exploración de cada uno de los criterios que define el Modelo, junto a una serie de propuestas en la sanidad para cada uno de ellos.

Se ha elegido el modelo EFQM porque se aboga por la necesidad de utilizar un lenguaje común a la hora de hablar de calidad y el Modelo EFQM cumple dicho requisito ya que es conocido internacionalmente, no sólo en el mundo empresarial sino también en el mundo sanitario. Es un modelo relevante que se ha convertido en el

estándar más utilizado y que tiene un enfoque global y completo de todos los aspectos de la organización.

1. La Organización como objeto de estudio sociológico

El estudio de las organizaciones ha sido objeto prioritario por parte de las Ciencias Sociales. La fábrica, la empresa y las organizaciones son las formas en las que el individuo ha ido organizando el trabajo desde el comienzo de la industrialización hasta nuestros días (José Félix Tezanos 2008; Ángel Infestas Gil 2001; Anthony Giddens y Philip W. Sutton 2010).

La sociología surgió como respuesta a una serie de cambios fulminantes precipitados por la Revolución Francesa y el nacimiento de la Revolución Industrial en Europa, a mitad del siglo XVIII. La ruptura de los modos de vida tradicionales propiciada por estos cambios fue la causa de que algunos pensadores intentaran comprender y explicar cómo se habían producido y cuáles serían sus consecuencias. Para comprender y explicar estos fenómenos se hizo necesario desarrollar una nueva comprensión del mundo social y del natural.

A los primeros sociólogos les unía el deseo de comprender los cambios que se estaban produciendo en la sociedad. Pero no solamente querían explicar los acontecimientos que sucedían en su época, sino que pretendían desarrollar formas de estudio del mundo social que explicaran el funcionamiento general de las sociedades y la naturaleza del cambio social.

La industrialización significó la aparición de la fábrica como forma de producción. La difusión y ampliación de la fábrica da lugar a la empresa, que podría definirse como una segunda fase de la industrialización y donde aparece un sistema de roles claramente definidos- directivos, mandos medios y obreros. Posteriormente, la generalización de la empresa origina lo que denominamos organizaciones, que es el resultado de la necesidad de tener que organizar la complejidad creciente y de las demandas de la sociedad.

La complejidad de las demandas y la producción de masas exigen que se organicen los procesos productivos, financieros, de recursos humanos, etc siendo el estudio sociológico de dichas organizaciones atención de la Sociología desde el principio de los tiempos, bien desde la microsociología, es decir el comportamiento cotidiano en

situaciones de interacción cara a cara, o bien desde la macrosociología, que se centra en el análisis de grandes sistemas sociales, como el sistema político o el orden económico, el desarrollo de la industrialización o los cambios de un sistema absolutista hacia un sistema democrático.

1.1. De cómo se llega a la Sociología de las Organizaciones

Todas las organizaciones tienen un carácter social, ya que son hechos sociales. La existencia de organizaciones es la característica más emblemática de las sociedades modernas, y su papel principal es “facilitar la consecución de fines que superan las posibilidades individuales” (Antonio Lucas Marín y Pablo García Ruiz 2002:4).

A los primeros sociólogos no les pasó desapercibido el fenómeno fabril, por el contrario, siempre fue objeto de su estudio y de empeño por aplicar los conocimientos científicos a la sociedad, intentando crear modelos y teorías como en las Ciencias Experimentales. En su empeño surgió la Sociología industrial o de la empresa que en su versión más moderna y amplia se ha llegado a denominar Sociología de las Organizaciones (Narciso Pizarro 1997).

La Sociología Industrial se caracteriza por el nacimiento de la industria. Surgieron elementos y procesos que hasta entonces nunca se habían dado y con valoraciones muy diferentes según la tendencia ideológica de los primeros sociólogos. Se centra en problemas como la división social y técnica, las condiciones en que se ejecuta, sus consecuencias para la vida individual y colectiva de los trabajadores, el crecimiento de la población gracias a los avances de la medicina, el incremento de la movilidad social, etc. Se trata pues del estudio de todos los aspectos del trabajo como actividad humana y de las instituciones sociales que se originan en el mismo (Ángel Infestas Gil 2001).

La Sociología de las Organizaciones surge después de la Segunda Guerra Mundial como especialidad escindida de la Sociología Industrial. En su origen encontramos tres grandes corrientes que aportan al estudio y a la práctica del fenómeno organizativo distintos aspectos complementarios: la teoría weberiana de la burocracia con su búsqueda de soluciones al problema de la dominación; la organización

científica del trabajo de Taylor, cuya preocupación central se dirigía hacia el problema del rendimiento de los trabajadores en la empresa, y la escuela de relaciones humanas, también preocupada por la eficacia organizativa, aunque a través de un estilo de dirección más participativo y de la utilización de los grupos informales por parte de los responsables de la estructura formal (Ángel Infestas Gil 2001).

La diferencia fundamental entre la perspectiva sociológica y otras disciplinas en el estudio de las organizaciones, es la intención con la que se llevan a cabo los estudios. Los estudios sociológicos de la industria o la empresa pueden ser llevados a cabo desde diferentes perspectivas, así por ejemplo desde la perspectiva técnica o la económica. Algunas de esas perspectivas han recibido diferentes títulos como Sociología del Trabajo, Sociología Económica, Sociología Industrial etc. De todas formas en cualquiera de estas perspectivas, el objeto último de la Sociología es la comprensión de la organización, entender los procesos sociales que se producen en su interior y sólo secundariamente la explicación de fines económicos, técnicos o de producción. No es objeto de esta investigación resolver este animado debate conceptual, sino exponer algunas de las corrientes dominantes al respecto.

La Sociología de hoy día se ocupa de cualquier tipo de organización: hospital, consultora, administración pública, fábrica, la iglesia, etc. La Sociología de las organizaciones no ha cambiado su objeto de estudio, sino que ha evolucionado con el propio objeto estudiado, que a lo largo del tiempo se ha ido ampliando, convirtiendo en algo más complejo y superando los aspectos económicos y productivos de los primeros tiempos de la empresa y configurando muchos otros aspectos de la vida habitual de las personas individuales.

Existen diferentes esquemas teóricos que explican el mundo del trabajo y que se denominan teorías de la organización del trabajo, no obstante es necesario clasificarlas siguiendo un criterio histórico o acerca de la concepción que ofrecen sobre el ser humano. Comenzaremos por los inicios de la Sociología, surgida por el desarrollo de la sociedad industrial y seguiremos por las tres perspectivas teóricas más estudiadas en los últimos tiempos: la teoría de sistemas, las teorías institucionales, el interaccionismo simbólico y las teorías del capital social.

1. Teorías clásicas de la organización
2. Interaccionismo simbólico
3. Teoría de Sistemas
4. Teorías Institucionales
5. Teoría del Capital Social

Realizar este análisis por las diferentes teorías de organización del trabajo nos permitirá situarnos en la perspectiva actual de la organización como una red de comunicación e intercambio social, situando la preocupación por la calidad y la excelencia como eje de las organizaciones complejas.

La calidad ha ido evolucionando acorde a los tiempos. En un principio era un concepto ligado a la producción de objetos tangibles, especialmente en organizaciones industriales, pero el concepto de calidad hoy en día se concibe como satisfacción del cliente o usuario, bien se trate de productos o servicios.

La preocupación por la calidad supuso en las organizaciones industriales, el diseño de modelos en Japón, Estados Unidos y Europa que estimulaban la eficacia y su control. Son ejemplos de dichos modelos el CWQC (Company-Wide Quality Control), el modelo del Premio Deming a la calidad, el modelo del Premio “Malcom Baldrige” a la Calidad, el modelo de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO 9004-2) y el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (V. Martínez Tur, J. Peiró y J. Ramos 2001).

Las organizaciones sanitarias no son ajenas a estas influencias y han aparecido experiencias desarrolladas desde este modelo de gestión de la calidad en comunidades como Andalucía, Cataluña, País Vasco y Madrid.

Para conseguir dicha excelencia en la gestión se propone la utilización del **Modelo Europeo EFQM** basado en un conjunto de conceptos fundamentales: responsabilidad social, desarrollo de alianzas, orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y coherencia, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, proceso continuo de aprendizaje e innovación y mejora.

Este modelo aporta además una dimensión sociológica importante y es que abarca a toda la organización como sistema, ya que posee un importante mecanismo de coordinación vertical y horizontal, potencia el diálogo, la participación, el aprendizaje, la toma de decisiones y la generación de conocimiento profesional compartido (Manuel Jorge de Sande 2011).

2. Teorías clásicas de la organización

2.1. Los primeros economistas y sociólogos

Las primeras aportaciones al estudio de las organizaciones provienen de diversos campos y tienen en común un posicionamiento frente al industrialismo, desde diferentes disciplinas como la economía, los primeros sociólogos, las ideas socialistas, etc. Esta etapa puede situarse desde mediados del siglo XVIII a los comienzos del siglo XX.

Desde el punto de vista económico los primeros que manifiestan interés por el industrialismo y las organizaciones son **Adam Smith** (1723-1790) y **David Ricardo** (1772-1823). El primero tiene una visión positiva acerca de la industrialización y considera beneficioso para toda la población los aumentos de producción derivados del proceso de industrialización. El segundo, partidario en un primer momento del industrialismo, acaba teniendo una línea crítica, considerando que la sustitución del trabajo humano por la máquina puede resultar muy peligroso para la clase trabajadora.

Partiendo de los anteriores, aparecen los primeros sociólogos, aspirando a explicar y comprender lo que sucedía en la sociedad.

En un primer momento encontramos aportaciones como las de **Comte** (1798-1857) y de **Spencer** (1820-1903), conocidos como los organicistas. Para ambos, no puede hablarse de intereses antagónicos, sino de comunidad, y que lo realmente bueno para una parte terminará siendo para el todo. La división del trabajo supone mayor especialización y por tanto, mayor interdependencia, de forma que la sociedad moderna se caracterizará por una mayor cohesión debido a la comunidad de intereses respecto a la producción (Anthony Giddens y Philip W. Sutton 2010).

Durkheim (1858-1917) afirma que la división del trabajo determina el tipo de solidaridad de una sociedad. Según este autor las sociedades antiguas tenían una solidaridad mecánica, caracterizada por la semejanza, mientras que las sociedades modernas tienen una solidaridad orgánica, más centrada en las diferencias. Esto supone un riesgo de pérdida de conciencia colectiva y de menor cohesión social, con

las consecuencias que ello puede traer a las sociedades. A través de estas ideas Durkheim desarrolla su teoría del suicidio.

Max Weber (1864-1920) ve el industrialismo como un aspecto más amplio de la extensión de la racionalidad en diferentes esferas de la vida. Así el capitalismo significa la racionalidad económica, la burocracia el racionalismo en la organización, y la democracia la racionalidad en la política.

2.2. Los primeros socialistas

Los primeros socialistas también tuvieron un papel importante en los planteamientos ideológicos del momento. Así, hay que señalar a **Saint Simon** (1769-1825) considerado por algunos como padre del socialismo y quién popularizó el término industrialismo. Es consciente de las diferencias que existen en la sociedad industrial entre clase trabajadora y clase dominante y cree que para conseguir la igualdad es necesario un mayor amor al prójimo y unión entre la sociedad.

Fourier (1772-1837) propugna las bondades del industrialismo y tiene una idea muy peculiar de la organización social que debe realizarse a través de comunidades cooperativas, similares a grandes hoteles que denomina falansterios y que deben estar formadas exactamente por 1620 personas. Realizó una experiencia de falansterio en Guisa que fracasó por falta de cooperación de los mismos trabajadores.

Owen (1771-1858) empezó desde abajo y llegó a dirigir una fábrica de 500 operarios en Glasgow. Creó instituciones de ayuda como economatos y cajas de ahorro, trabajando por poner en marcha medidas de protección al trabajador como reducción de la jornada laboral o prohibición del trabajo de los menores. A principios del siglo XX intentó poner en marcha una comunidad comunista en Indiana (EEUU) y de vuelta a Inglaterra siguió atacando el industrialismo y promoviendo la vuelta a la tierra.

Proudhon (1809-1865) quién tuvo una gran influencia en los medios obreros franceses de su tiempo. Tuvo amistad con Marx pero se rompió debido a las diferentes ideas respecto al camino que debía tomar el movimiento socialista. Tiene ideas

anarquistas y desconfía del Estado, llegando a pensar que la propiedad individual es el camino para separar al individuo respecto al Estado.

Karl Marx (1818-1883) considera las consecuencias negativas de la división del trabajo y cree que el capitalismo cumple un papel histórico que dejará paso al socialismo del Estado, que a su vez producirá la sociedad comunista sin clases. Marx asiste al desarrollo de las fábricas y de la producción industrial, así como a las desigualdades que generaba. La gran parte de su obra se centra en cuestiones económicas, pero siempre intentó buscar explicaciones conectando los aspectos económicos con las instituciones sociales. Hoy en día nadie discute que sus obras y aportaciones fueron muy importantes para el desarrollo de la Sociología.

Marx identifica en las empresas capitalistas dos elementos fundamentales: el capital, que se trata de cualquier activo ya sea dinero, máquinas o incluso fábricas que pueda utilizarse para crear otros activos. La acumulación de capital está unido al trabajo asalariado, este sería el segundo elemento, y formado por el conjunto de trabajadores que no tienen los medios para ganarse la vida y que deben aceptar el trabajo que les dan los propietarios del capital. Debido a los procesos de industrialización, gran parte de los campesinos que se mantenían con su trabajo agrícola, se vieron obligados a trasladarse a las ciudades, conformando lo que se denomina proletariado.

Para Marx el capitalismo tiene inherente las relaciones de clase, las cuales se caracterizan por el conflicto permanente ya que la clase obrera no tiene control sobre su trabajo y los empresarios se apropian de lo que producen los obreros con su trabajo.

Otra de las concepciones marxistas es el denominado materialismo histórico. Según este enfoque las principales causas del cambio social no son las ideas o los valores de las personas si no que el cambio social está inducido por las circunstancias económicas. Para Marx, los sistema sociales pasan de una forma a otra de producción en virtud de las contradicciones que se producen en sus economías, de ahí que considere que lo mismo que los capitalistas se habían unido para acabar con el orden feudal, estos serán sustituidos cuando se instaure el comunismo y la sociedad no estará dividida entre unos pocos que dominan el capital y otros muchos que reciben muy poco de lo que producen.

2.3. Taylor y la organización científica del trabajo

El objetivo principal de la organización científica del trabajo fue mejorar la productividad a través de un análisis pormenorizado de los aspectos relacionados con el trabajo. **F.W.Taylor** fue el máximo representante de estas ideas y de acuerdo a su visión consideraba que la falta de productividad de las empresas se debía a dos tipos de factores: internos y externos. Los primeros son achacables a los trabajadores y sus características personales y los segundos se centran en los métodos de trabajo que se utilizan. En la cuarta parte de este trabajo, se realiza el análisis de esta teoría desde el punto de vista interno, en este punto nos referiremos al segundo enfoque.

Los pilares fundamentas de la teoría de Taylor se pueden resumir en los siguientes:

1. Seleccionar a los mejores empleados para cada trabajo y premiarles cuando obtengan incrementos de producción.
2. Realizar estudios de tiempos y movimientos, optimizando los métodos y las tareas.
3. Ayudar a los trabajadores para que el trabajo se realice adecuadamente
4. Dividir el trabajo entre los que organizan, planifican y controlan y los que realizan las tareas manuales. La primera tarea es responsabilidad de la dirección, la segunda de los empleados.

Otro autor seguidor de esta corriente fue **H. Fayol** (1841-1925) quien considera que las empresas pueden dirigirse de forma eficiente si poseen una estructura formalizada en donde las funciones y responsabilidades de cada trabajador estén definidas, y por otro lado, la existencia de una autoridad firme que controle pero a su vez favorezca la coordinación.

2.4. La Teoría de Relaciones Humanas

Este movimiento conocido con el nombre de “relaciones humanas” tiene su origen en el estudio realizado por **E. Mayo** en la fábrica de Hawthorne de Chicago de la Western Electric Company.

La importancia definitiva de los estudios de E. Mayo es cuestionar que los grupos de trabajo están motivados de forma individual y exclusivamente por motivos económicos. Es decir el homo economicus característico del taylorismo, se sustituye por un individuo capaz de motivarse, activo y no sólo incentivado por intereses económicos, aparece el individuo social.

En esta teoría las necesidades sociales son fundamentales, ya que el trabajo en una organización es una actividad social, los trabajadores forman parte de un grupo y sus relaciones informales son independientes de la actividad económica que se realice.

Los aspectos sociales de la empresa y su estudio: comunicación, participación, liderazgo, relaciones informales, etc, son objeto de estudio desde entonces y es mérito de E. Mayo el haber relacionado la estructura social con la personalidad y el haber situado las relaciones de trabajo en un contexto sociológico. Gracias a Mayo la Sociología de la empresa logra una entidad definitiva.

El empuje definitivo a las ideas de Mayo llegaron desde la psicología con el norteamericano **Abraham Maslow** y con la nueva concepción del individuo y sus necesidades. En la cuarta parte de este trabajo se desarrolla esta teoría bajo el prisma de la motivación individual.

3. El interaccionismo simbólico

Herbert Blumer (1900-1987) discípulo de **G.H.Mead** (1863-1931) fue quién acuñó el término interaccionismo simbólico y afirmaba que no está justificado hablar de estructuras sociales o sistemas sociales, ya que sólo se puede afirmar realmente que existen los individuos y sus interacciones. Los interaccionistas rechazan la idea de que las estructuras sociales tengan una existencia objetiva.

Esta corriente surge de la preocupación por el lenguaje y el significado. G.H. Mead sostiene que es el lenguaje lo que nos hace seres autoconscientes, conocedores de nuestra propia individualidad y capaces de vernos desde fuera tal como lo hacen los demás. El elemento clave de este proceso es el símbolo, que es algo que representa otra cosa. Como los seres humanos viven en un rico universo simbólico, casi todas sus interacciones conllevan un intercambio de símbolos. Los animales al no poseer la capacidad de simbolizar, no pueden transmitir sus experiencias. Por eso, el mundo animal es un mundo subjetivo, el animal puede transmitir y recibir información sobre una respuesta a los estímulos inmediatos del entorno. El mundo del ser humano, al tener la capacidad de comunicarse, puede enriquecerse con lo que los demás han vivido: el progreso de la cultura se basa en estas condiciones.

Max Weber ejerció una importante influencia en esta perspectiva teórica porque a pesar de reconocer la existencia de estructuras sociales –como clases, partidos, grupos de similar estatus y otros- afirmaba que dichas estructuras se habían creado mediante las acciones sociales individuales.

En definitiva, según esta visión, la estructura de los grupos o la sociedad no existe en sí misma, sino que consiste en las acciones de los individuos. Así por ejemplo, en una organización caracterizada por la dominación, ésta no existe por sí misma sino que es resultado de la interacción entre los actores. La estructura dominante surge de las interacciones de sus individuos y no al revés, en otras palabras, la actuación de los actores depende de la situación misma. Los primeros interaccionistas trataron de explicar la estructura de relaciones del sistema como consecuencia del uso de la tecnología.

El interaccionismo simbólico puede darnos muchas ideas sobre la naturaleza de nuestras acciones en nuestra vida cotidiana. Sirva como ejemplo la representación del status sanitario y en especial del médico, tanto por los medios de comunicación como por los cómics, se hace proyectando un estereotipo de la profesión.

Diversos estudios realizados al respecto, muestran que cuatro objetos son los que identifican con mayor fuerza la clase médica: la bata blanca, el fonendoscopio, el espejo de cabeza y el maletín negro. La bata blanca sigue siendo el identificador más potente en todos los estudios realizados y transmite seriedad y autoridad (J. M. Tristán Fernández et al 2007).

Los objetos, desde el punto de vista del interaccionismo simbólico “son por tanto creaciones sociales: formados en, y derivado de, el proceso de definición e interpretación, a medida que este proceso tiene lugar en la interacción de las personas. La vida humana grupal a nivel de la interacción simbólica es un amplio proceso en el que las personas forman, sostienen y transforman los objetos de su mundo a medida que dan significado a los objetos” (Juan José Caballero 1999:55).

Desde nuestra visión sociológica y en búsqueda del paralelismo en nuestra investigación, podemos concluir que para poder responder al entorno específico en que una organización opera y se mueve, es fundamental conocer los grupos, personas o instituciones que forman parte de dicho entorno y cuales son sus expectativas. El concepto de entorno específico lo encontramos también en la teoría de sistemas que se expone a continuación, pero bajo la perspectiva del interaccionismo simbólico, esta información no se encuentra disponible en ningún sitio y debe ser la organización la que la busque y encuentre, que a su vez pasa por el filtro de la interpretación que directivos, mandos y empleados puedan realizar. Esta es la diferencia principal respecto a la teoría de sistemas. Desde esta perspectiva se añade la noción de interpretación y dicha noción lleva asociada una percepción subjetiva de la realidad.

En este punto, nos permitimos señalar que la **planificación estratégica** en las empresas cobra toda su importancia. La acción en las empresas es lo que conducirá al logro de los objetivos.

4. Las Teorías de Sistemas

Esta teoría se basa en que cualquier organización humana es un sistema social; sus diferentes segmentos y funciones no se comportan como elementos aislados. Cada acción tiene repercusiones en toda la organización, porque todas las unidades, humanas y no humanas están conectadas. De ahí que se denomine Sistema. Es una teoría que recibe las influencias de otras disciplinas, siendo uno de ellas los trabajos realizados por **Ludwing von Bertalanffy** sobre los sistemas biológicos y su aplicación al análisis de las organizaciones (D. Katz y R. L. Kahn 1978).

Las diferentes partes o variables que pueden distinguirse en los sistemas, son las siguientes (Antonio Lucas Marín y Pablo García Ruiz 2002):

4. El individuo y la estructura de la personalidad. Los motivos y actitudes que condicionan las expectativas personales que espera satisfacer mediante su participación en el sistema.
5. La organización formal de las funciones de la organización.
6. La organización informal, es decir, el conjunto de relaciones espontáneas entre los miembros de la organización que dan lugar a la formación de grupos primarios y lealtades personales no mediadas por la estructura jerárquica formal.
7. Las disposiciones de status y rol existentes en la organización: la mayoría derivan de la organización formal pero la informal también tiene un papel importante en estas disposiciones.

La Sociología de las Organizaciones centra su interés en la organización formal e informal, así como en la disposición de status y rol existentes.

La Teoría de Sistemas integra en un mismo plano teórico variables físicas, psicológicas y sociales promoviendo así los estudios que analizan las relaciones entre variables de distinto tipo. Permite investigar, la relación entre la estructura formal de la empresa, por ejemplo piramidal o plana y la satisfacción de sus miembros, o estudiar la organización en su relación con el entorno exterior, tan importante en una sociedad como la nuestra que está siempre en continuo cambio.

La Teoría de Sistemas asume que no se puede estudiar una parte de la organización sin ver cómo se relaciona con las demás. Un cambio en cualquiera de esas partes supone una modificación en las restantes. Pero la teoría de sistemas es algo más que la suma de sus elementos. Si diseccionamos un animal y luego intentamos volver a darle vida no lo conseguiremos, lo mismo ocurre con las organizaciones. Las propiedades sistémicas no residen en ninguno de sus departamentos considerados aisladamente, pero son de extrema importancia para el buen funcionamiento global. Si el profesional que se encarga de la formación continuada deja la organización y nadie sabe realizar sus funciones, no podrán impartirse acciones formativas durante un tiempo, lo que repercutirá en el desarrollo profesional y en la pérdida de conocimiento de sus trabajadores.

En base a lo descrito, esta teoría tiene dos propiedades importantes: la **consistencia interna y la coherencia externa**. La consistencia interna es la relación más o menos armónica entre las partes que componen la organización. Por ejemplo, si se instala una nueva tecnología en el servicio de Diagnóstico por Imagen y no se imparten acciones formativas para enseñar su manejo, será un ejercicio totalmente improductivo.

La coherencia externa es, la adecuación entre las unidades y procesos de la organización con las circunstancias del entorno en que se encuentra. El cambio de las circunstancias puede influir decisivamente sobre el resultado de su actividad. Son ejemplos de este hecho el incremento de la competencia, la regulación pública de determinados sectores, la aparición de asociaciones ciudadanas, las innovaciones tecnológicas y otras realidades sociales que afectan a las empresas.

Con esta teoría, las organizaciones toman conciencia de la importancia de observar las transformaciones del entorno para emprender los cambios necesarios internamente. Con dicha observación se podrá establecer un equilibrio adecuado entre consistencia interna de las diferentes unidades y procesos de la organización y el entorno. El entorno son los agentes y aspectos sociales, la empresa es definida como sistema a efectos del análisis global de su coherencia y consistencia y los diferentes departamentos y unidades son vistos como subsistemas de la empresa (subsistema tecnológico, humano, estructural, etc).

Un sistema no sólo es una organización, en general puede ser una unidad o departamento de la empresa, de manera que su entorno queda compuesto por todos los departamentos o unidades de esa organización. En la teoría de sistemas se distingue entre entorno genérico y específico. El primero se refiere al entorno social (por ejemplo población de referencia de un hospital), al político (por ejemplo partido político del Ayuntamiento donde se encuentra un hospital), tecnológico (por ejemplo si existe historia clínica electrónica), etc. El entorno específico se refiere al tipo de asociaciones locales, a los clientes concretos, proveedores directos, etc.

A continuación se representa la organización y la influencia de los entornos a los que está sometida.

Figura 1. Influencias en las organizaciones desde la Teoría Sistémica.



Fuente: Elaboración propia a partir de (Antonio Lucas Marín y Pablo García Ruiz 2002)

A continuación se presentan diferentes enfoques de la Teoría de Sistemas, en la que otros autores y expertos han introducido variables diferentes dando como resultado aportaciones novedosas a dicha teoría.

4.1. Teorías de la Contingencia.

Uno de los problemas que plantea la perspectiva de la Teoría de Sistemas, es que los problemas organizativos se enfocan desde el punto de vista de la influencia mutua entre empresa y entorno. Este es el punto de partida de las Teorías de la Contingencia, las cuales afirman que las organizaciones no responden a un paradigma único de carácter científico, sino que son el resultado de una adaptación contingente a las circunstancias cambiantes del entorno interno y externo.

Lawrence y Lorsch, en su libro "*La empresa y su entorno*" (1987) sientan las bases de la teoría de la contingencia. Su tesis es que no existe una estructura organizativa idónea única, en contraposición a lo que pensaba Weber sobre la superioridad de la estructura burocrática. Los autores de la teoría de la contingencia consideran que las estructuras organizativas son herramientas que cambian según las condiciones del entorno, como de la evolución de las capacidades y del desarrollo de las características internas de la organización. Si los procesos y estados internos de una empresa son coherentes con las demandas del entorno, entonces será eficaz para tratar con su entorno. Se trata de una teoría de vigencia muy actual y presta una especial atención a la influencia del factor humano sobre el planteamiento estratégico de la organización.

Esta teoría señala que cada organización debe desarrollar la estructura organizativa más adecuada al tipo de entorno en que se mueve y procurar la coherencia entre el entorno y la estrategia de negocio, el tamaño, la tecnología, los procesos internos, las capacidades de los individuos y de los grupos. Una empresa con éxito será aquella que es capaz de tener un papel activo, para cambiar continuamente lo que sea ineludible y ajustarse a las demandas de su entorno.

La teoría de la contingencia plantea la importancia de los entornos para la existencia de diferentes tipos de organización empresarial. Las variables más importantes en relación al entorno son su **complejidad y su variabilidad**. La primera se refiere al número de agentes y aspectos sociales que influyen en la organización. Por ejemplo, no es lo mismo tener un competidor que cinco, o tener un cliente que mil. La variabilidad se refiere al ritmo de cambio en los agentes y aspectos sociales que

conforman el entorno de la empresa. Por ejemplo, los gustos de los clientes pueden cambiar muy rápidamente como en la moda o muy despacio como en las energías renovables, la tecnología puede ser de aplicación muy rápida como en la telefonía móvil o muy lenta como en el sector de la educación. A mayor complejidad y ritmo de cambio del entorno, más difícil será predecir el futuro. A menor ritmo de cambio y número de agentes implicados, más previsible será su futuro. Los entornos inciertos exigen mayor flexibilidad a una empresa frente a los entornos estables que pueden concentrarse en mejorar sus procesos.

4.2. Teoría de la dependencia.

La última teoría que se engloba dentro de las teorías de sistemas es la denominada Teoría de la dependencia. Esta teoría desarrollada por **Pfeffer y Salancik** (1978) establece que el entorno es una importante limitación para las organizaciones, siendo vulnerable en relación a su entorno y por tanto, al conjunto de recursos que necesita para continuar sus actividades. Se entiende como recursos: el conocimiento, la tecnología, las materias primas, las habilidades, etc. La realidad es que hay recursos que se obtienen fácilmente, pero otros son escasos. Por ejemplo, en el caso de un hospital es fácil conseguir personal administrativo cualificado, pero es difícil conseguir profesionales de determinadas especialidades médicas como pediatras o traumatólogos.

También existe un tipo de recursos sustituibles y otros críticos. Por ejemplo, un hospital podrá prescindir de la entrega de un toner para una impresora, pero el stock de material fungible deberá tener un aprovisionamiento continuado.

Cualquier empresa deberá garantizar que no le falten esos recursos escasos y en esto se basa la tesis de Pfeffer y Salancik: la estructura de las organizaciones responde al problema de garantizar los recursos esenciales para la vida de la organización. Se trata de un ejercicio de poder entre empresa y entorno, en el que cada agente lucha por mejorar su posición.

5. Teorías institucionales

Otro enfoque de estudio de las empresas y las organizaciones ha sido el denominado “institucional”. Dicho enfoque considera el análisis de la empresa dentro del contexto social y normativo en el que la organización está inmersa y que sirve para comprender las actividades formales e informales de la misma.

Dentro de estas teorías se exponen muy brevemente la teoría de los costes de transacción (ECT) y la Teoría de la agencia.

5.1. Teoría de los costes de transacción (ECT)

La teoría de los costes de transacción se interesa por la variabilidad de las estructuras organizativas en relación a sus entornos. Su argumento básico es la idea de maximización del beneficio y de racionalidad de la acción como particularidad del individuo, considerándolo como la unidad básica de análisis. Sin embargo esta teoría introduce un nuevo concepto más realista con los tiempos actuales: **la racionalidad limitada**.

La idea de racionalidad limitada se atribuye a **Herbert Simon** y se refiere a que los individuos que toman las decisiones en la empresa, nunca tienen toda la información importante para saber si la decisión tomada es la más adecuada. En el concepto de racionalidad limitada se encierra el concepto de satisfacción por la decisión tomada. Es decir, un individuo, nunca puede estar seguro si la decisión que ha tomado es la mejor entre todas las alternativas, si su decisión puede anticipar todos los problemas que surjan o si puede acarrear otros más complejos. Lo que sí puede conseguir, es una satisfacción acertada de sus aspiraciones o necesidades. De ahí el concepto de racionalidad limitada, la persona no tiene una capacidad infinita para acumular información y poder aplicar a una decisión todos los aspectos que pudieran influir en la misma, pero sí puede ser realista y tomar aquella decisión que menos incertidumbre genere.

El conocimiento sobre las consecuencias de la conducta se identifica por tanto como la influencia primaria en la elección. La segunda influencia se encuentra en las preferencias de la persona. En consecuencia, el problema de la elección es primero describir las consecuencias, evaluarlas y unir las con el comportamiento (Herbert Simon 1949).

En base a estas ideas, la teoría de la economía de los costes de transacción se basa en la búsqueda de estructuras en la organización que generen mayor coordinación y por tanto mayor eficacia.

Un último aspecto interesante que introduce esta teoría y que ha dado lugar a una nueva corriente, es el concepto denominado “**oportunismo**”, definido como el querer aprovecharse de un beneficio que puede reportar la empresa gracias a la posición que se ocupa en la misma. Sirva como ejemplo un médico que deriva pacientes a su clínica privada, sabiendo que el mismo tratamiento pueden facilitárselo en la organización pública donde trabaja.

Para evitar este tipo de comportamientos, es necesario establecer medidas que los eviten. La forma de organizar las empresas, la división del trabajo y la coordinación de tareas son medidas que tratan de evitar estos comportamientos y son por tanto los costes de transacción que permiten evitar los comportamientos no adecuados.

En la sanidad, el valor de las decisiones de los profesionales sanitarios es fundamental, ya que éstos no tienen el conocimiento necesario sobre la naturaleza de su enfermedad y por tanto se convierte en una relación asimétrica, esto hace que el paciente confíe sus intereses al profesional en una relación de “agencia”, una relación que comprende por un lado que el profesional tiene que estar libre de cualquier interferencia externa a la hora de establecer lo que es o no adecuado para el paciente; por otro lado, la práctica profesional tiene que estar estrictamente regulada por los propios profesionales puesto que ellos son los únicos con el conocimiento necesario para hacerlo. Esta reflexión nos permite introducir una nueva corriente de las teorías de la organización, la denominada Teoría de la agencia.

5.2. Teoría de la agencia

La teoría de la agencia se basa en que una parte (el principal) –por ejemplo la Administración Pública- encarga a otra (el agente) – por ejemplo los médicos- la realización en su nombre de un trabajo, en condiciones de desigualdad de información.

Es lógico que en cualquier empresa las decisiones las tomen las personas que tienen el conocimiento y la información, el problema es que al concentrar las decisiones en los “expertos” se generan las condiciones para la aparición de los comportamientos oportunistas.

En este escenario, las empresas deben recurrir al establecimiento de controles o medidas que garanticen los intereses del denominado principal. Son ejemplos de medidas o controles, los sistemas de incentivos, los contratos de gestión o las estructuras de petición y soporte de información.

En este punto, la teoría de la agencia incide en la necesidad de controlar los posibles comportamientos oportunistas o las situaciones de agencia, adoptando estructuras organizativas que minimicen ambas situaciones.

6. Teoría del capital social

El capital social es el capital capturado en forma de relaciones sociales. Una de las principales razones por las que las personas se unen a las organizaciones es la de adquirir contactos y aumentar su influencia. Los sociólogos denominan a los frutos de esta participación en las asociaciones **capital social**: el conocimiento y los contactos sociales que permiten a las personas conseguir sus metas y aumentar su influencia.

El capital social es un concepto complejo que ha suscitado el interés de diferentes disciplinas como la economía, la sociología, la antropología o la política, por sus relaciones sociales y sus consecuencias.

De las lecturas realizadas parece haber acuerdo en que la primera referencia a una teoría del capital social tuvo lugar en 1961, con la publicación de "*The Death and Life of Great American Cities*" por **Jane Jacobs**, donde la autora atribuye bajas tasas de criminalidad de algunas ciudades debido a las relaciones sociales que se forman dentro de algunos barrios.

Sin embargo, el concepto comienza a ser ampliamente conocido en los ámbitos académicos a partir de 1980 de la mano de Pierre Bourdieu, quien define el capital social como "la totalidad de los recursos potenciales y actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos" (Pierre Bourdieu 2000:131).

Bourdieu señalaba la existencia de tres tipos de capital: el económico, el cultural o humano y el social. De los tres el único que tiene a la vez un carácter intangible y exterior al individuo es el capital social, ya que se transmite de forma indirecta a través de relaciones, motivo por el cual se puede acumular su uso y se pierde por el desuso.

El capital cultural y el capital económico permiten generar capital social en forma de relaciones sociales a través de la pertenencia a grupos o clubes exclusivos, lo que rinde beneficios por el acceso a una red privilegiada de intercambios donde hacer rendir mejor el capital económico y cultural acumulado (Adriana Marrero 2006).

El volumen de capital social poseído por un individuo depende de dos factores: de la extensión de la red de conexiones que puede efectivamente movilizar y del volumen de capital económico y cultural poseído por aquellos con los que se relaciona.

Mantener un determinado nivel de capital social en un status alto requiere una importante inversión de capital económico cultural para mantener esa red de relaciones sociales “beneficiosa”.

“...el capital social no es nunca totalmente independiente del capital económico y cultural de un individuo determinado, ni del de la totalidad de individuos relacionados con éste, si bien no es menos cierto que no puede reducirse inmediatamente a ninguno de ambos. Esto se debe a que el reconocimiento institucionalizado en las relaciones de intercambio presupone el reconocimiento de un mínimo de homogeneidad objetiva entre quienes mantienen dichas relaciones así como al hecho de que el capital social ejerce un efecto multiplicador sobre el capital efectivamente disponible” (Pierre Bourdieu 2000:150)⁴.

Los médicos son un ejemplo de posesión de capital social y de estratificación social, están allí donde hay ciudades, dinero, burguesía, propiedad privada y desarrollo. La distribución de médicos en las ciudades sigue palmo a palmo la evolución social española, con sus contrastes regionales, sociales, económicos y políticos.

Siguiendo a Portes señala cuatro consecuencias negativas del capital social (Alejandro Portes 1998):

1. Los mismos lazos sociales que mejoran las oportunidades de algunas personas, limitan las oportunidades de los que están excluidos de la red. Solo

⁴ “Para Bourdieu, cuando se habla de objetividad o subjetividad se está hablando de una misma realidad, porque en el orden humano no cesa de haber interiorización de la exterioridad y exteriorización de la interioridad” (Castón Boyer Pedro 1996:92).

acceden a los beneficios de la red aquellos a los que se les permite el acceso, el resto queda excluido de los beneficios.

2. El acceso directo de todos a los recursos de alguno de los miembros del grupo, puede impedir, más que facilitar, el éxito de iniciativas individuales.
3. La pertenencia al grupo exige conformidad con las normas y restringe por tanto la libertad de decisión de los miembros. Sirva como ejemplo, el intento por parte de algunos médicos de delegar competencias en otras profesiones sanitarias y las barreras con las que se encuentran por parte de sociedades científicas o de sus propios colegas para realizarlo. Esto incluso podría ser denominado como un “stock” de capital social, ya que se ha convertido en un vehículo inmovilizador para el desarrollo de otras profesiones o comunidades.
4. Cuando la solidaridad se basa en la experiencia común de la exclusión social, el éxito de los individuos significa algo inesperado y por lo tanto una amenaza para el grupo, por lo que se pierde a aquellos individuos que son emprendedores.

En ocasiones, ciertos grupos con altos niveles de capital social, tienen un capital social “negativo” ya que si los poderes públicos no actúan como garante de bienestar social a través de políticas distributivas, se puede dejar a su suerte a una parte de la sociedad. Sirva como ejemplo el capital social que se deriva de la pertenencia a una secta neonazi, la cual puede imponer excesivas demandas a sus miembros o perjudicar al conjunto de la sociedad. Sin pretender establecer comparaciones, algunas sociedades científicas imponen también limitaciones a aspectos relacionados con la delegación o colaboración de competencias con otros colectivos profesionales.

“... algunos estudios empíricos han señalado que altos niveles de capital social pueden ser positivos en la medida en que dan a los individuos de una comunidad acceso a recursos privilegiados y apoyo logístico, al tiempo que reducen los costes de transacción: pero también han señalado que pueden ser negativos si restringen las posibilidades de expresión individual, si permiten el free-riding (el gorroneo) sobre los recursos de la comunidad o si niegan a los miembros de grupos con una larga historia

de marginación la fe en sus posibilidades para avanzar a través de su propio esfuerzo” (Eduardo Moyano Estrada 2001:47).

La teoría del capital social es una teoría controvertida porque puede dar la impresión de ser una vuelta atrás en la modernización de la sociedad. Es una teoría que legitima los lazos familiares, locales o comunitarios, y puede parecer un paso atrás en el interés de los poderes públicos que defienden la universalización frente a todo tipo de condiciones. Sin embargo, en un estudio realizado por Herreros, F. concluyen que en contra de la opinión de quienes consideran que menos estado es sinónimo de más sociedad civil y, como consecuencia, más capital social, la intervención del estado es esencial para un denso tejido asociativo (Francisco Herreros y Henar Criado 2001).

Se han analizado brevemente las principales teorías de la organización que de las lecturas realizadas se han considerado más influyentes en los últimos tiempos.

A continuación se presenta de forma esquemática las principales características de cada una de ellas.

Cuadro 8. Principales características de las teorías de la organización analizadas.

	Clásica	Relaciones Humanas	Interaccionismo simbólico	Sistemas	Institucionales	Capital social
Aspectos clave	Productividad	Satisfacción	Interpretación	Consistencia interna/Coherencia externa.	Inclusión en contexto social y normativo	Conocimiento y contacto social como elemento para conseguir metas.
Imagen del Persona	Homo economicus	Persona satisfecha y que se realiza Persona social	Persona como resultado de la interacción entre individuos y sociedad	Individuo complejo e influido	Homo social	Homo social
Principales autores	M. Weber F. Taylor Fayol	E. Mayo A. Maslow Mc Gregor	H. Mead H. Blumer Everett C. Hughes	Lawrence y Lorsch Pfeffer y Salancik	H. Simon	Jane Jacobs Pierre Bourdeau
Supuestos	División de tareas. Supervisión Control La unidad es el individuo Alineación del trabajador	Mayor autonomía La unidad es el grupo Individuo satisfecho y motivado	Lenguaje. Significado. Transmisión. Interacción entre actores. Actuación individual depende de la situación. Influencia de elementos externos	Complejidad de variables que influyen en las organizaciones	Racionalidad limitada. Oportunismo. Incentivos. Controles institucionales y normativos	Capital social como elemento de superación y consecución de metas.

Fuente: Elaboración propia

Cada una de las teorías ha aportado a nuestro estudio unos fundamentos conceptuales que con sus consecuencias prácticas configuran el pasado, presente y futuro de la acción en las organizaciones. Llegados a este punto, concluimos el resumen de las teorías elegidas para analizar las organizaciones como realidad social.

A continuación, se exponen los aspectos clave de las teorías de la organización analizadas y su correlación con las organizaciones sanitarias. A partir de ahí, se exponen una serie de temas objeto de análisis y debate que afectan a la sanidad.

Cuadro 9. Aspectos clave de las principales Teorías de la organización y su correlación en las organizaciones sanitarias.

	Aspectos clave de cada teoría	Su correlación en las organizaciones sanitarias	Temas de análisis
Teoría de sistemas	<ul style="list-style-type: none"> • Persona compleja porque muchas variables influyen sobre sus actividades. • La visión que tiene la persona sobre las variables y su modo de influencia determinan su comportamiento. • Cada parte influye sobre todas las restantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de tres grandes sistemas en la gestión sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Macrogestión o política sanitaria, significa la intervención del Estado para garantizar la equidad o corregir disfunciones del mercado. ✓ La Mesogestión sanitaria o gestión de centros, significa la coordinación a través de la gestión. ✓ Microgestión sanitaria es la gestión clínica llevada a la actividad diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar los sistemas de información hacia la cuantificación de los objetivos y la evaluación de los resultados clínicos. • El paciente/cliente debe ser el elemento central de la actividad asistencial en términos de conseguir mejores niveles de calidad. • Visión unificada de los tres grandes sistemas a la hora de poner en marcha cualquier herramienta. • El profesional como elemento central de participación y compromiso.
Teorías institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades formales e informales de una organización se comprenden por el contexto social y normativo en el que están inmersas. • Necesidad de atender no solo al mercado, sino también a grupos de interés, asociaciones, cliente, etc. • La organización debe ser capaz de articular necesidades muy diferentes de carácter social, ambiental y económico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de los numerosos grupos de interés que tienen las organizaciones sanitarias. • Influencia del contexto político: nacional, autonómico y local. • Influencia de la tecnología. • Influencia demográfica: incremento población asistida, envejecimiento población. • Influencia del mercado de profesionales sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de costes sin mermas de calidad. • Implicación activa de los médicos mientras mantengan su autonomía profesional. • Sistema de promoción profesional y de retribución económica acorde a méritos y carga de trabajo. • Cambios en el estilo de dirección, profundizar en la autonomía responsable de los centros para poder hacer factible la autonomía a los profesionales. • Fórmulas de mayor autonomía de gestión y flexibilidad que propicien que el ciudadano y el profesional dispongan de un papel más relevante.

.../...

	Aspectos clave de cada teoría	Su correlación en las organizaciones sanitarias	Temas de análisis
Interaccionismo simbólico	<ul style="list-style-type: none"> • Acción social individual. • Símbolo como objeto de nuestras acciones. • Necesidad de conocer el entorno para actuar. • Filtro de la interpretación que se da a la información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporativa. • Falta de información de los pacientes. • Campañas de Comunicación e información. • Simbología de la sanidad pública deteriorada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer imagen corporativa de la sanidad y sus instituciones. • Elaboración de planes estratégicos como caminos a seguir. • Realizar acciones de marketing sanitario. • Campañas de comunicación e información.
Teoría del capital social	<ul style="list-style-type: none"> • Redes sociales. • Acceso a círculos privilegiados. • Capital social general capital económico y humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia del sector privado. • Influencia y presión de Colegios y Asociaciones profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Invertir en niños, así el capital social que adquieren estos en las primeras etapas supondrá una fuerte motivación hacia el aprendizaje y por tanto al desarrollo futuro de la sociedad. • Cuanto más comprensivo y uniforme, más justo será el sistema sanitario. • Búsqueda de alianzas con asociaciones profesionales.

Fuente: Elaboración propia

7. Hacia la calidad en las organizaciones complejas

A lo largo del análisis realizado de las teorías de la organización se observa una preocupación por el trabajo bien hecho y por la necesidad de atender a las normas.

A finales del siglo XIX comienza la producción en serie. La producción industrial reduce los costes de producción respecto al sistema artesanal pero masifica los centros de trabajo, por lo que surge la necesidad de establecer la división del trabajo y en este punto es donde empiezan a surgir las primeras ideas de calidad. Según Taylor era necesario inspeccionar y controlar el trabajo realizado por el operario si se pretende lograr que esté bien hecho. Advertimos el salto del concepto artesanal a considerar al trabajador como liberado de su profesionalidad, a ser considerado como una máquina.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, figuras como Deming o Ishikawa, desarrollan en la industria japonesa la gestión de la calidad como herramienta estratégica, extendiendo las acciones de mejora a todos los ámbitos de la empresa y apareciendo así el concepto de **calidad total**. Es el contacto con la calidad desde el enfoque humano. Esto permitió a Japón convertirse en una potencia económica durante el siglo XX.

En Occidente, la gestión de la calidad total tuvo un desarrollo más lento, aunque obligado debido a las circunstancias del mercado y a la fuerte competencia de los productos asiáticos.

La calidad se extiende a todos los ámbitos de la organización y se hace imprescindible en el compromiso con la calidad, la implicación de mandos y directivos, participación de todos los empleados, reconocimientos, búsqueda de la satisfacción del cliente y la mejora continuada de todos los departamentos y procesos. En este punto es donde encontramos una clara similitud con la Teoría de Sistemas, en donde la influencia del entorno y la sociedad conducen a la calidad total.

7.1. El modelo de calidad EFQM

En la sociedad actual, las organizaciones complejas como es el caso de la sanidad, se enfrentan al desafío de adecuar sus estructuras y procesos a los retos que plantea un nuevo contexto en el que los paradigmas de la gestión tradicionales están cambiando. Una sociedad compleja desde el punto de vista sociológico, donde la prestación de servicios exige la realización de esfuerzos para definir estrategias modernas, conceptos como calidad y modernización adquieren gran importancia y probablemente más en el ámbito de los servicios sanitarios.

La Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM), fue creada en 1988 por los presidentes de 14 importantes compañías europeas, bajo los auspicios de la Comisión Europea. Actualmente cuenta con más de 800 miembros, desde empresas multinacionales a pymes y empresas del sector público.

La misión de la EFQM es:

"Estimular y ayudar a las organizaciones europeas a participar en actividades de mejora que las lleven, en última instancia, a la excelencia en la satisfacción de sus clientes y de sus empleados, en su impacto social y en sus resultados empresariales".
(<http://www.efqm.org>)

La última actualización del modelo EFQM fue realizada en el año 2010 y en su esencia tiene dos enfoques importantes: contenido y autoevaluación.

Del Contenido

- Sirve para centros de todo tamaño y condición.
- Está ordenado sistemáticamente
- Otorga un marco común para todos los profesionales.
- Cerrado en cuanto a criterios y subcriterios, pero abierto en cuanto a la aplicación en cada centro.
(Homogeneidad/Flexibilidad)
- Permite examen global, sistemático y regular de las actividades de una organización (o una parte de la misma) comparadas con un modelo .

De la Autoevaluación

- Orienta la planificación de las actividades y objetivos.
- Orienta la toma de decisión por parte de los directivos del Centro.
- Muestra el comportamiento de la organización y su evolución en la búsqueda de la excelencia.
- Elimina la subjetividad propia de una opinión aislada e individual

El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no-prescriptivo basado en nueve criterios. Cinco de ellos son "Agentes Facilitadores" y cuatro son "Resultados". Los criterios que hacen referencia a un "Agente Facilitador" tratan sobre lo que la organización hace (Liderazgo, Personas, Política y Estrategia y Alianzas y Recursos). Los criterios que hacen referencia a "Resultados" tratan sobre lo que la organización logra. Los "Resultados" son consecuencia de los "Agentes Facilitadores" y los "Agentes Facilitadores" se mejoran utilizando la retroalimentación de los "Resultados". Mediante estos nueve criterios se valoran los avances y logros de la organización hacia la excelencia como meta última.

Para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación que se encuentran recogidas en la "lógica REDER": Los agentes han de tener un enfoque bien fundamentado e integrado con otros aspectos del sistema de gestión, su efectividad ha de revisarse periódicamente con objeto de aprender y mejorar, y han de estar sistemáticamente desplegados e implantados en las operaciones de la organización.

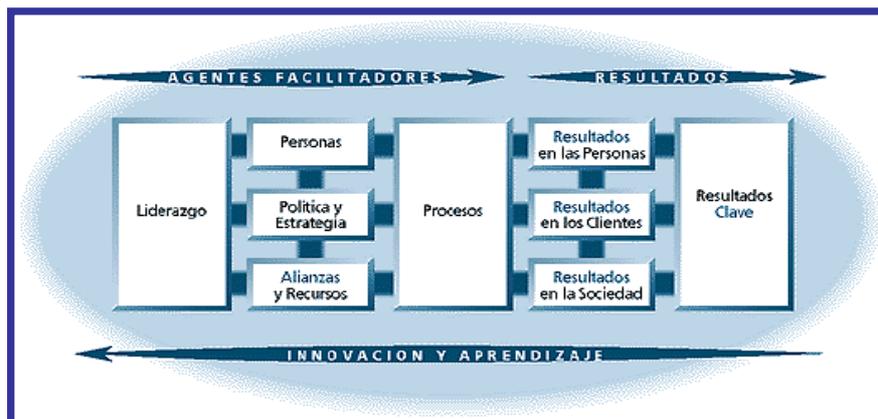
La herramienta fundamental para analizar la organización es la denominada "Autoevaluación", que viene a ser un autodiagnóstico, un examen global, sistemático y

regular de las actividades y resultados de una organización usando el Modelo EFQM como guía y a partir del trabajo realizado por los integrantes de los equipos de autoevaluación designados en las organizaciones.

Obtienen la certificación "Calidad Europea" aquellas organizaciones que hayan obtenido un resultado entre 201 y 400 puntos EFQM en el proceso de autoevaluación.

De forma gráfica se reflejan los criterios del Modelo agrupados en sus dos categorías: criterios Agentes y criterios Resultados.

Figura 2. El Modelo EFQM de Excelencia.



Fuente: (<http://www.efqm.org>)

Parte II. Sociología de las Organizaciones y Sector Sanitario

Una definición breve de los nueve criterios del modelo es la siguiente:

Orientación a resultados	La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización: las personas que trabajan en ella, los pacientes, los proveedores y la sociedad en general
Orientación al cliente	El cliente es el árbitro final de la calidad del servicio. El mejor modo de optimizar su fidelidad es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.
Liderazgo y constancia en los objetivos	El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un ambiente que permite a la organización y a las personas que la integran alcanzar la excelencia.
Gestión por procesos y hechos	Las organizaciones actúan de manera más eficaz cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y a las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés.
Desarrollo e implicación de las personas	El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor porque existen valores compartidos y un ambiente de confianza y asunción de responsabilidades que fomenta la implicación de todos.
Aprendizaje, innovación y mejora continua	Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de un ambiente general de aprendizaje, innovación y mejora continuos.
Desarrollo de alianzas	La organización trabaja de un modo más eficaz cuando establece con sus Partners unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración.
Responsabilidad social	El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y de las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la sociedad en su conjunto.

Fuente: Memoria Solicitud del Sello de Excelencia Europea 400 + del Hospital de Fuenlabrada

En este punto, algunas administraciones públicas sanitarias han adoptado el Modelo EFQM de Excelencia para implantar una cultura de calidad y mejora en sus centros. Esta elección y puesta en marcha responde a las premisas recogidas en la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Sirvan como ejemplo la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía, cuyo patrón de actuación es el Modelo EFQM. Cataluña, ha sido la primera comunidad en implantar un sistema de acreditación hospitalaria para la compra de servicios y de mejora progresiva de la calidad de la asistencia en la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) en el año 2003, basado en el modelo de gestión EFQM.

El País Vasco en su Plan Estratégico para el Servicio Vasco de Salud 2008-2012, ha apostado por la calidad total en todos los ámbitos de la asistencia y de la gestión, asumiendo como propio el modelo de gestión EFQM y sus principios, recogiendo objetivos que facilitan (y refuerzan) la implantación y despliegue del Modelo EFQM en cada una de las organizaciones de servicios de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud).

En base a las experiencias de gestión en la sanidad que tienen como referencia el modelo EFQM, y en base a la revisión de la literatura realizada hasta el momento, se presentan algunas propuestas aplicadas a la sanidad y en concreto a las organizaciones sanitarias actuales del SNS.

Cuadro 10. Criterios del modelo EFQM y propuestas para las organizaciones sanitarias a partir de dichos criterios

Criterios	Propuestas en sanidad
Orientación a resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener y actualizar las prestaciones del SNS ➤ Autonomía en la gestión de los centros hospitalarios ➤ Sostenibilidad del sistema ➤ Desburocratización del SNS
Orientación al cliente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Universalización de las prestaciones sanitarias ➤ Política de mínimo error médico ➤ Reforzar la educación e información sanitaria como medida de prevención
Liderazgo y constancia en los objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivos en relación con resultados y excelencia clínica ➤ Garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación, la garantía de libre circulación y movilidad y la participación de los profesionales en la gestión de los centros
Gestión por procesos y hechos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Política común para las grandes infraestructuras y centros de referencia ➤ Crear censo de profesionales sanitarios ➤ Clasificación de enfermedades con objeto de establecer los ámbitos de cobertura sanitaria
Desarrollo e implicación de las personas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Políticas de personal adecuadas a las necesidades de productividad social inherentes al Sistema de Salud ➤ Impulsar el desarrollo de la troncalidad como instrumento que permita una mejor gestión de los recursos humanos disponibles ➤ Carrera profesional para sanitarios, especialmente médicos
Aprendizaje, innovación y mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprendizaje, innovación y mejora continua ➤ Investigación como eje de calidad y desarrollo del SNS ➤ Innovación tecnológica controlada ➤ Generalización del uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) ➤ Desarrollo de acciones que potencien la calidad de la formación de residentes
Desarrollo de alianzas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación efectiva entre atención primaria y especializada ➤ Acabar con duplicidades entre servicios sociales y sanitarios
Responsabilidad social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambio en el sistema de financiación autonómica que garantice que el presupuesto de sanidad tiene carácter finalista ➤ Ahorro en recursos físicos y materiales

Fuente: Elaboración propia

En este punto, y dentro de uno de los conceptos fundamentales del Modelo de Excelencia “**Desarrollo, implicación y reconocimiento de las personas**”, el cual implica la importancia otorgada al trabajo de los equipos y a la necesidad de desarrollar el potencial de cada una de las personas que integran una organización, mediante los valores compartidos y la confianza mutua, lo que redundará en una mayor implicación, participación y compromiso de las personas con la organización y sus objetivos, distinguimos que una de las propuestas derivadas del análisis anterior es la puesta en marcha de un modelo de **Carrera Profesional para los profesionales sanitarios** del SNS.

Este será el objetivo de análisis de las siguientes partes de esta tesis, finalizando con la propuesta de un modelo de Carrera Profesional basado en el Modelo EFQM que supere los problemas encontrados en los actuales modelos, contemplado desde la óptica de la sociología de las organizaciones complejas y que sirva como elemento de superación, compromiso y motivación para todos los implicados.

La propuesta de modelo que se realiza en este trabajo significa la carrera hacia la excelencia, siendo conscientes de los innumerables obstáculos, pero siendo consecuentes con el mayor error que pueden cometer las organizaciones “la parálisis por el análisis”. La acción –con nuevos intentos repetidos, la experiencia de nuevas y viejas formas de hacer, así como el aprendizaje de los errores cometidos- nos conducirá a nuevos resultados.

Conclusión Parte II

Se ha podido observar en esta segunda parte que todas las aportaciones realizadas desde las teorías de la organización hasta el siglo XIX se dedican básicamente a teorizar, pero no dejan reflexiones e investigaciones profundas acerca de las condiciones sociales humanas. Solamente a principios del siglo XX se puede hablar de final de la prehistoria de la Sociología de la Empresa y comienzo de la Sociología de las Organizaciones con el nacimiento de los estudios de Taylor, iniciador de la Organización Científica del Trabajo y más exactamente con las críticas a las que sus teorías dieron lugar. Otra etapa se caracteriza por las aportaciones de Elton Mayo y los estudios de Hawthorne, cuya influencia y divulgación hasta dar lugar a la teoría de las relaciones humanas se debe en gran parte a Maslow. De Taylor correspondería la teoría del homo economicus, a Mayo le correspondería el individuo social, a Maslow el individuo que se realiza. El tercer paso podríamos caracterizarlo por la visión de la organización como sistema.

La Teoría de Sistemas empezó a aplicarse al estudio de las organizaciones cuando la complejidad de gestionar bien una empresa en unos mercados cada vez más competitivos se hizo realidad. Hasta el momento, las organizaciones se dirigían a racionalizar los procesos productivos para lograr el máximo de eficiencia.

El modelo EFQM de calidad tiene gran cantidad de similitudes con la Teoría de Sistemas: ordenado sistemáticamente, permite un examen global de la organización o de una parte de la misma, pero además establece los resultados que debe alcanzar una organización excelente y cómo conseguirlos.

La sanidad del futuro debe contemplar la organización en su conjunto, como un sistema global, pero haciendo hincapié en la competencia y capacidad profesional de sus profesionales, adaptando los perfiles a las necesidades de los usuarios de los servicios y permitiendo un desarrollo continuo y permanente alineado con la necesidad de dar respuesta en cada momento a las necesidades cambiantes de sus usuarios. Una política de personal que no consiga que los profesionales se alineen con los intereses del sistema, en este caso con los intereses de un sistema sostenible de todos y para todos, será una política fallida.

Para comprender cómo ha sido la evolución de las políticas de personal ligadas al desarrollo de la protección social en España, se desarrolla la parte III de este trabajo que nos permitirá comprender los pormenores del desarrollo en el que se encuentran las organizaciones sanitarias, en lo que respecta a sus políticas institucionales y de gestión de los recursos humanos.

Parte III

Perspectiva Histórico-Sociológica de la Sanidad Española

Resumen Parte III

A continuación, se realiza un análisis de la evolución de la protección social en nuestro país y cómo se ha ido dando respuesta a las diferentes situaciones producto de la combinación de factores históricos, culturales y sociológicos.

En la historia de la protección social española, se pueden diferenciar cuatro grandes etapas: una primera de creación y lenta implantación de los seguros sociales, que ocupa el primer tercio del siglo XX. Una segunda, durante la II República, que planteó ambiciosos proyectos que quedaron truncados por el estallido de la Guerra Civil. La tercera en plena dictadura franquista que culmina con la Ley de Bases de la Seguridad Social en 1963. Por último, la cuarta etapa comienza con la Transición y se caracteriza por el desarrollo de la Ley de la Seguridad Social, mediante la extensión de la protección a diferentes colectivos, la creación de las pensiones no contributivas, las reformas en su financiación y en los requisitos para acceder a las prestaciones económicas que garantizaran la viabilidad del sistema. Esta etapa se mantiene hasta hoy en día, con los grandes acuerdos políticos y sociales, especialmente el conocido como Pacto de Toledo de 1996.

Pero la verdadera protección a la salud en España no se consolida hasta el nacimiento del Estado Social y Democrático de Derecho, surgido una vez finalizado el régimen franquista.

La Constitución española de 1978 establece en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. La Ley General de Sanidad de 1986 crea nuestro actual SNS y supone el principio de la transformación del sistema de Seguridad Social en un Sistema Nacional de Salud. Este análisis nos permitirá acercarnos a alguno de los puntos planteados en nuestras hipótesis de trabajo, como la sostenibilidad del SNS o su relación con la aplicación de técnicas de gestión en la sanidad.

Más adelante nos centramos en los aspectos organizativos del SNS y en cómo se ha realizado su institucionalización a través de la estructura, regímenes, entidades gestoras y división entre atención primaria y especializada. Intentaremos comprender

porque hasta cerca de la década de los 90, no se ponen en marcha en España herramientas de gestión empresarial, como por ejemplo los costes por procesos o determinados sistemas de información. Dicho acercamiento nos permitirá desvelar o aclarar la **H14** que pretende demostrar si los modelos de carrera profesional puestos en marcha en España, suponen una aplicación en el sector sanitario de las técnicas de gestión empresarial.

En la última parte se expresan datos estadísticos que describen la sanidad española y su grado de desarrollo desde la visión de los recursos humanos que cubren la atención a la salud. Se muestran las cifras relativas al gasto público en salud, finalizando con una descripción breve sobre la importancia del papel de las nuevas tecnologías en el sector sanitario como elemento clave para su desarrollo.

1. Origen e Historia del Sistema Nacional de Salud

1.1. Los principios de la protección social

La protección de la salud ha sido una de las preocupaciones seculares de la Humanidad y, hoy por hoy, no hay ningún Estado desarrollado que no haya consolidado un sistema sanitario acorde a su demanda social, siendo la máxima aspiración en todos los países en vías de desarrollo.

Que la Constitución española reconozca el derecho a la protección de la salud en su artículo 43 le confiere un plus de seguridad, de universalidad y equidad, que nos ha permitido modelar nuestra forma de vivir en los últimos años y aparcar la preocupación de nuestros antepasados por ahorrar para poder asumir las últimas enfermedades.

Esta universalidad ha dado lugar a un crecimiento gigantesco de recursos humanos y económicos, generando en algunos casos desequilibrios territoriales, profesionales, técnicos y de otra índole a los cuales a veces es difícil encontrar explicación.

Existe un acuerdo general en considerar que fue a partir de mediados del siglo XII cuando se produce un cambio sustancial en la historia de la asistencia. Hasta entonces se consideraba la pobreza como algo natural, como un castigo divino. Era una visión de la cuestión sanitaria totalmente impregnada de comportamientos teológicos. Por otro lado, la caridad era el eje de la labor asistencial y prácticamente de exclusivo dominio de la iglesia. La actividad que realizaba la Iglesia en el campo de la asistencia benéfica hacía que los poderes públicos no se vieran en la necesidad de ocuparse en esta tarea.

Las circunstancias cambiaron cuando se empiezan a producir procesos de expansión urbana, crisis económica, crisis sanitarias originadas por la peste de mediados del siglo XIV y otros factores, reclamando más intervención por parte de los poderes para mejorar las condiciones de la población.

Del siglo XV al XVIII con el auge del Estado Moderno y posteriormente de la Ilustración, se empiezan a superar los modelos sanitarios medievales.

Los siglos XIX y XX en España fueron periodos difíciles para la sanidad en España. El país estaba empobrecido por las guerras, la pérdida de las colonias y por la falta de tejido industrial y económico.

Durante el trienio liberal o también conocido como trienio constitucional(1820-1823) se producen una serie de reformas liberales como la del 6 de febrero de 1822, que intentó ser un intento por racionalizar todos los recursos existentes y por establecer un enfoque global del problema asistencial ⁵.

La ley de 1822, fue un precedente efímero de la Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849, que no llegó a aplicarse y fue abolida por el decreto firmado por Fernando VII el 7 de octubre de 1823, que invalidaba todos los actos del gobierno llamado constitucional desde el 7 de marzo de 1820 hasta el 1 de octubre de 1823 (Decreto de Fernando VII. Gaceta de Madrid, 93, martes 7 de octubre de 1823).⁶.

Las circunstancias políticas que vivió el país en la siguiente etapa absolutista hicieron que las reformas iniciadas quedaran abandonadas, para ser de nuevo revisadas en la siguiente etapa liberal.

A la muerte de Fernando VII el 29 de septiembre de 1833, su esposa, María Cristina de Borbón-Dos Sicilias asumió la Regencia con el apoyo de los liberales y, en nombre de su hija y futura reina, Isabel II. El conflicto con su cuñado, Carlos María Isidro de Borbón, que aspiraba al trono en virtud de la Ley Sálica (ya derogada por Carlos IV y el propio Fernando VII) llevaron a España a la Primera Guerra Carlista.

⁵ Dicha racionalización se materializa en el intento por homogeneizar el entramado de instituciones asistenciales, tanto públicas como privadas y en el intento de regular las prestaciones asistenciales en seis tipos: hospitalidad domiciliaria, hospitalidad pública, casas de socorro, socorros domiciliarios, hospicios y casas de maternidad. Este entramado estaba gestionado a través de las juntas municipales, provinciales y una junta general.

⁶ De todas formas la Ley de 1822 sirvió como punto de partida para la legislación sobre Beneficencia dictada durante todo el siglo XIX.

La personalidad de la Reina Isabel, presionada en todo momento por la Corte, especialmente por su propia madre y los generales Narváez, Espartero y O'Donnell, impidió que el debido tránsito del Antiguo Régimen a un modelo liberal culminase, por lo que España llegó al último tercio del siglo XIX en condiciones claramente desfavorables respecto a otras potencias europeas.

El 8 de septiembre de 1836 se publica un nuevo Real Decreto que restablecía la Ley de 1822, y cuyo objetivo era organizar los dispersos recursos de la beneficencia. Nos encontramos ante un nuevo fracaso.

Durante estos años se produjeron dos acontecimientos que sí marcaron el futuro de la asistencia sanitaria. Por un lado, la desamortización eclesiástica de Mendizábal (1836-1837), por la que mediante una serie de actuaciones legislativas se privó a la iglesia de fuentes de ingresos propios, lo cual determinó la secularización de la dirección y de las prestaciones de las actividades asistenciales. El problema surgió cuando este hueco no lo asumió el Estado ni la iniciativa privada, y la beneficencia de tipo religioso siguió siendo necesaria.

El segundo acontecimiento importante fue la promulgación por el gobierno de Bravo Murillo durante el reinado de Isabel II de la Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849 (desarrollada por el reglamento de 14 de mayo de 1852) y que estaría en vigor durante casi un siglo. Esta ley tiene dos matices importantes y renovadores del panorama existente hasta el momento; intenta centralizar y controlar todos los recursos asistenciales, estableciendo un organigrama de los niveles a los que se debe prestar dicha asistencia, así como de las instituciones responsables de ésta en cada uno de dichos niveles. Se define que los organismos estatales son los responsables del control y coordinación de los recursos. El segundo aspecto importante, será el reconocimiento del derecho de los ciudadanos que lo precisen a recibir asistencia por el mero hecho de ser ciudadanos y no por cuestiones de tipo religioso o caritativo. Esta ley define la existencia de tres tipos de establecimientos: generales, provinciales y municipales (Ley General de Beneficencia, de 20 de junio de 1849. Ministerio de la Gobernación del Reino. Gaceta de Madrid, 5398, Aranjuez a 20 de junio de 1849).

De lo expuesto anteriormente se puede deducir la situación tan precaria en la asistencia en la que nuestro país estaba casi en los albores del siglo XX. La asistencia sanitaria a finales del siglo XIX seguía basada en la beneficencia articulada en torno al esquema diseñado en la Ley General de Beneficencia de 1849 desarrollada por el Reglamento de 14 de mayo de 1852, en sus tres niveles asistenciales: estatal o general, provincial y municipal.

En resumen, la asistencia sanitaria siguió pilotada en torno a la beneficencia, la medicina privada y las incipientes formas de aseguramiento voluntario que cubrían la contingencia de enfermedad.

1.2. La Restauración, Dictadura de Primo de Rivera y Segunda República (1875 - 1936)

Este periodo se puede considerar como la etapa inicial de desarrollo del estado del bienestar español y se puede dividir en tres periodos desde el punto de vista político: la Restauración (1875-1923), la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) y la Segunda República (1931-1936).

1.2.1. La Restauración (1875-1923)

En el periodo de la Restauración, -conocido también como sistema canovista y que supone la proclamación de Alfonso XII como rey el 29 de diciembre de 1874-, se produjeron grandes avances en lo que a política social se refiere, se crearon los primeros seguros sociales y algunas de las instituciones que se encargarían de la política social. Se puede hablar del nacimiento de la previsión social y del abandono progresivo de la asistencia basada en la caridad.

En esta etapa se promulgaron las primeras leyes destinadas a la protección de mujeres y niños en el trabajo. La Ley de 24 de julio de 1873, tenía como objetivo; la regulación del trabajo de los menores y mujeres y el establecimiento de otras prohibiciones como la de los trabajos nocturnos a menores de 15 años para varones y de 17 años para mujeres (Ley de 24 de julio sobre el trabajo de menores y mujeres. Gaceta de Madrid, 209, 28 de julio de 1873).

La Ley de 26 de julio de 1878 reguló el trabajo de los menores y estableció un mecanismo de persecución penal a los padres de estos niños que los incumplieran (Juan de Dios Izquierdo Collado y Rubén Darío Torres Kumbrían 2010).⁷

⁷ La Ley de 26 de julio de 1878 prohibió algunos trabajos a menores de dieciséis y dieciocho años; trabajos peligrosos, insalubres, de fuerza, dislocación, equilibrio y como buzos o domadores de fieras.

Hay que señalar que hasta la proclamación de estas leyes no existía una verdadera intervención estatal en las regulaciones laborales. No obstante, el punto de arranque del sistema público de previsión social fue el establecimiento de la **Comisión de Reformas Sociales** (CRS) en diciembre de 1883. Esta Comisión se encargó del estudio de cuestiones para la mejora y bienestar de la clase obrera, de hecho la reforma social en España tiene su origen en la aparición de la denominada “cuestión social”⁸. Esta Comisión es por tanto, el resultado de las transformaciones que la sociedad española estaba experimentando desde el punto de vista productivo, la fábrica; desde el humano, el obrero o proletario; y desde el urbano, la ciudad industrial⁹.

La creación en 1903 del **Instituto de Reformas Sociales** de 23 de abril 1903, supone la institucionalización definitiva de la reforma social y desarrolla una amplia labor en las distintas esferas del problema social. El Instituto tenía como fines desde los de preparar legislación del trabajo, regular relaciones entre patronos y obreros a los aspectos que afecten a la vida familiar y social del trabajador, favorecer la acción social y gubernativa, en beneficio de la mejora o bienestar de las clases obreras y otras muchas funciones que contemplaba la “cuestión social” en toda su complejidad. El Instituto no desapareció hasta la creación del Ministerio de Trabajo en 1920 y puede ser considerado como una organización única en Europa: se trataba de una institución abierta, con un bajo nivel de burocratización, una organización flexible, descentralizada y una gran capacidad para la innovación.

La Comisión de Reformas Sociales puso encima de la mesa, problemas que la clase obrera tenía y fue portavoz de las peticiones que dicha clase realizaba, destacando entre los resultados la propuesta de la futura Ley de Accidentes de trabajo de 31 de enero de 1900. Esta ley reconoce por primera vez en su artículo 1 como accidente:

⁸ Este nuevo término era usado para indicar la existencia de una problemática social, que afecta a las relaciones entre obreros y patronos, los conflictos en torno a las mismas, sus condiciones de vida y la situación de la clase trabajadora. Este término designa en realidad una profunda crisis de las sociedades occidentales (Juan Ignacio Palacio Morena 1988).

⁹ Sin embargo, “la Comisión resulta más un instrumento de afirmación de la “cuestión social” y de potenciación de la reforma social que un elemento directivo de institucionalización” (Juan Ignacio Palacio Morena 1988).

“...toda lesión corporal que el operario sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena: por patrono, el particular o compañía propietario de la obra, explotación o industria donde el trabajo se preste; y por operario todo el que ejecuta habitualmente un trabajo manual fuera de su domicilio por cuenta ajena”. En el artículo 2 “el patrono es responsable de los accidentes ocurridos a sus operarios con motivo y en el ejercicio de la profesión o trabajo que realicen, a menos que el accidente sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo en que se produzca el accidente” (Ley de accidentes de trabajo de 1900. Gaceta de Madrid, 31, 31 de enero de 1900).

La Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, establece la responsabilidad de los empresarios ante los accidentes laborales y define que las consecuencias económicas del accidente laboral deben ser consideradas como parte de los costes de producción y de los que consecuentemente tiene que hacerse cargo el empresario. Esta Ley, sin duda alguna supuso un gran paso en la protección social, además adopta la teoría del riesgo profesional, considerando que el riesgo es consustancial al trabajo que se realiza.

En 1898 se publica el Real Decreto que desarrollaba la **Ley de Sanidad de 1855**. En dicha ley en su artículo 80, se adelantaba la necesidad de crear en cada provincia un jurado de médicos con “objeto de prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometan los profesores en el ejercicio de sus respectivas facultades...” (Ley de Sanidad de 1855. Gaceta de Madrid, 1068, 7 de diciembre de 1855). Este Real Decreto amplió los deseos expresados en la Ley de Sanidad y estableció los Estatutos para el Régimen de los Colegios de Médicos, señalando en su artículo 3, que “para ejercer en España la Medicina y la Cirugía es indispensable poseer el título universitario correspondiente; pagar la contribución establecida para el ejercicio de aquellas y estar inscrito en el Colegio de Médicos de la provincia donde el Profesor ¹⁰ tenga su habitual residencia” (Real Decreto para el régimen de los Colegios Médicos y Farmacéuticos. Gaceta de Madrid, 105, 15 de abril de 1898).

¹⁰ Se entiende como Profesor a los efectos de los estatutos a todos los que tengan el título de Médico-Cirujano, o cualquier otro que legalmente habilite para el ejercicio de la Medicina o el de la Cirugía en toda su extensión.

En 1904 se celebró en Madrid la Conferencia sobre Previsión Popular, dando como resultado la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP) establecido en 1908 por la Ley de 27 de febrero. La tarea a desarrollar por el INP se definió inicialmente como la de integrar y coordinar los seguros sociales, de forma que las actividades de gestión se delegaron pronto a un gran número de asociaciones y hermandades profesionales. El resultado fue la construcción de un sistema de seguros sociales muy fragmentado.

El nuevo INP estaba basado en el principio de “**libertad subsidiaria**”, lo que significaba que los seguros eran voluntarios y estaban subsidiados por el gobierno.

En 1917 se celebró una nueva conferencia sobre seguros sociales donde se acordó la necesidad de establecer un sistema de seguros sociales obligatorios por etapas. Los seguros a los que hace referencia son los siguientes: el de accidentes del trabajo en la industria y en la agricultura, el de vejez, el de invalidez para el trabajo en sus dos formas de temporal y permanente, el de paro involuntario del trabajo y el de maternidad.

En 1919 se estableció el proyecto de Decreto de 11 de marzo sobre Retiro Obrero Obligatorio desarrollado por el Reglamento General de 21 de enero de 1921, para toda la población asalariada entre 16 y 65 años cuyo salario no sobrepasara las 4000 pesetas anuales. Este programa fue financiado por el estado y los empresarios en una primera fase, mientras que los trabajadores deberían pagar una cuota obligatoria en una segunda fase para acrecentar la primera.

En el Reglamento para el régimen obligatorio del retiro obrero de 1921 se “estimula a los trabajadores para que voluntariamente contribuyan a mejorar sus pensiones, premiándoles, si lo hacen, con una nueva bonificación, y privándoseles, en caso contrario, del derecho a una pensión de invalidez, si el azar los incapacitase para el trabajo” (Reglamento General para el Régimen Obligatorio del Retiro Obrero. Instituto Nacional de Previsión, 23, 21 de enero de 1921).

En 1919, se estableció la protección contra el accidente de trabajo pudiendo el empresario contratarlo directamente con el INP o con alguna compañía privada de aseguramiento. Finalmente, entre 1919 y 1923 todas las sociedades de ayuda mutua

que desearan ofrecer seguros de desempleo o maternidad fueron subsidiadas por el estado.

1.2.2. La Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)

Durante la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930), poco se hizo por desarrollar el sistema de previsión social, con la excepción de una mejor regulación en lo que se refiere a los programas de accidentes laborales y a la creación de un seguro de maternidad, que no comenzó a ser aplicado hasta finales de 1931, ya bajo la República.

La ideología de la Dictadura quebró principios liberales y no permitieron el establecimiento de un sistema de seguros obligatorios como ocurrió en otros estados europeos. Mientras, en España, aún se planteaba la conveniencia o no de establecer seguros obligatorios y se optaba por la promoción de formas voluntarias de aseguramiento, dirigidas a trabajadores industriales, en otros países de Europa este debate estaba muy superado.

Poseer un sistema unificado de seguros sociales, siempre se consideró algo muy deseable, pero no se situaba como prioritario en la agenda política de los dirigentes, postergándolo a un futuro indeterminado.

1.2.3. La II República (1931-1936)

Por último, durante la II República la política avanzó gracias a la entrada en el gobierno de miembros del partido socialista con ideología reformista.

La **Constitución de la II República** de 9 de diciembre de 1931 supuso un gran avance en el reconocimiento y la defensa de los derechos y libertades individuales y sociales.

Entre los principios de esta Constitución se pueden destacar:

- Igualdad de los españoles ante la Ley.

- El territorio está compuesto por Municipios mancomunados en provincias y por las regiones que se constituyan en régimen de autonomía.
- Laicidad que supuso una separación entre Iglesia y Estado.
- Posibilidad de expropiación forzosa de cualquier tipo de propiedad, a través de una indemnización, para una utilización social, o para la posibilidad de nacionalizar los servicios públicos y las explotaciones que afecten al interés común.

La Constitución de la República en su artículo 46 reconoce el trabajo, en sus diversas formas, como una obligación social y gozará de la protección de las leyes.

“La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte: el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección de la maternidad; la jornada de trabajo y el salario mínimo y familiar; las vacaciones anuales remuneradas; las condiciones del obrero español en el extranjero; las instituciones de cooperación; la relación económico jurídica de los factores que integran la producción; la participación de los obreros en la dirección, la administración y los beneficios en las empresas y todo cuanto afecte a la defensa de los trabajadores” (Constitución de la Segunda República Española, 344, 10 de diciembre de 1931).

La Constitución republicana supone un avance espectacular en las condiciones laborales y sociales del panorama español. Pero llegó la Guerra Civil y esto significó el final de toda esperanza de lograr las innovaciones planeadas por los políticos republicanos.

Al final de la Guerra Civil solamente tres contingencias habían sido objeto de programas de aseguramiento social obligatorio, en concreto los de jubilación (Reglamento General para el Régimen Obligatorio del Retiro Obrero. Instituto Nacional de Previsión, 23, 21 de enero de 1921), maternidad (Real Orden sobre permiso de maternidad. Gaceta de Madrid, 259, 16 de septiembre de 1926) y accidentes laborales (Ley de accidentes de trabajo. Gaceta de Madrid, 189, 7 de julio 1932). Este último fue el embrión del posterior seguro obligatorio de enfermedades profesionales creado en 1947.

El sistema de protección social estaba por tanto en un nivel de desarrollo muy escaso, sin embargo, existía prácticamente consenso en dos cuestiones importantes: una relativa a las virtudes del aseguramiento obligatorio, y otra relativa a la responsabilidad del estado en la prestación de servicios de asistencia sanitaria. De hecho, una vez finalizada la Guerra Civil y pocos años después, el principio del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) fue una realidad en España.

1.3. La Dictadura de Franco (1939-1975)

El 1 de abril de 1939, terminó la Guerra Civil que asoló España durante tres años. Esta guerra supuso la muerte de miles de españoles y dejó a la economía española a niveles comparables a los que existían treinta años antes. El 19 de abril de 1939 nace la formación política denominada Falange Española Tradicionalista y de las JONS. Nace el franquismo. En esta época, España se vio privada de muchos profesionales de la medicina que se marcharon al exilio.

Después de la Guerra Civil, el sistema de bienestar español equivalía al establecido durante la Restauración. Solamente existía previsión y de forma muy limitada, en las contingencias de vejez, accidente laboral y maternidad, y el seguro de enfermedad era inexistente.

El régimen franquista se divide en dos periodos distintos desde el punto de vista de las condiciones sociales, económicas y políticas. El primer periodo, se extiende hasta finales de los años cincuenta y el segundo finaliza con la muerte de Franco en 1975.

1.3.1. Primer periodo franquista (1939-1958)

En el primer periodo franquista la intervención del estado era muy importante. El aislamiento en materia económica y la organización de la sociedad de forma corporativa eran patentes. Los sindicatos eran verticales de afiliación obligatoria, la negociación colectiva estaba prohibida y el estado fijaba los salarios.

En esta etapa se promulgó la Ley de 26 de enero de 1940 sobre Unidad Sindical, que establece que empresarios y trabajadores se integraran en una única Organización Sindical bajo el mando de Falange Española Tradicional (FET) y de las Juventudes de Ofensiva Nacional Sindicalista (J.O.N.S) por ramas de producción o servicios. El conjunto de todo ello era la Organización Nacional-Sindicalista prevista en el Fuero del Trabajo. Esta organización era la única reconocida por el estado, no admitiendo la existencia de ninguna otra con fines análogos o similares. Otras organizaciones como la anarquista CNT y la UGT socialista, fueron proscritas y pasaron a la clandestinidad.

Durante el primer periodo de la Dictadura de Franco, se establecieron tres leyes relevantes: como norma fundamental el Fuero del Trabajo de 1938, el Fuero de los Españoles de 1945 y la Ley de Principios del Movimiento Nacional de 1958.

El Fuero del Trabajo, se basaba en valores fascistas que predicaban una preocupación por la figura del trabajador, pero le dejaban sin representación ni negociación posible:

“El trabajo, como deber social, será exigido inexcusablemente en cualquiera de sus formas a todos los españoles no impedidos estimándolo tributo obligado al patrimonio nacional” (Art.3 Fuero del Trabajo del 9 de marzo de 1938. Boletín Oficial del Estado, 505, 10 de marzo de 1938).

El Fuero de los Españoles consagra en 1945 el derecho a la asistencia en los casos de vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, invalidez, paro forzoso y demás riesgos que pueden ser objeto de seguro social. Esta asistencia está en función de la condición de trabajador y no por ser ciudadano español, pero en ningún apartado se hace mención al derecho a la salud.

Hasta finales de los cincuenta, con la Ley de Principios del Movimiento Nacional de 1958 no se recoge este derecho a todos los españoles, así en su artículo IX dispone que todos los españoles tienen derecho a los beneficios de la asistencia y seguridad sociales (Ley fundamental de 17 de mayo de 1958 por la que se promulgan los principios del movimiento nacional. Boletín Oficial del Estado, 119, 19 de mayo de 1958).

Durante los años cuarenta y cincuenta se fueron introduciendo programas sociales, cuya relevancia fue muy baja ya que la mayor parte fueron incorporados a la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963.

El 1 de septiembre de 1939 se aprobó el Subsidio de Vejez (debiendo empezar a funcionar el 1 de enero de 1940), estableciendo el pago de pensiones fijas para los obreros que hubieran cumplido 65 años y para los mayores de sesenta años que padecieran invalidez laboral producida por causas independientes de accidentes de trabajo, debiendo ser financiado con aportaciones del estado y de los empresarios. El Subsidio se transformó en 1947 por el Decreto de 18 de abril, en el **Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI)** integrando el seguro de invalidez –que creaba- y el seguro de vejez –que reorganizaba- en un nuevo seguro obligatorio de vejez e invalidez (Decreto de 18 de abril de 1947 por el que se crea la Caja Nacional del Seguro de Vejez e Invalidez y preparando un sistema de protección para este último riesgo. Boletín Oficial del Estado, 125, 5 de mayo de 1947). En 1955 por el Decreto- Ley de 2 de septiembre de 1955 se eleva la prestación del Seguro de Vejez e Invalidez y se establecen pensiones de viudedad a favor de las viudas de trabajadores que ya vinieran percibiendo el Subsidio de Vejez e Invalidez (Decreto-Ley de 2 de septiembre de 1955 por el que se eleva la prestación del Seguro de Vejez e Invalidez, 296, 23 de octubre de 1955).

El crecimiento y desarrollo del SOVI no fue el deseado y se ralentizó debido a la creación de las mutualidades laborales. El objetivo de éstas era completar la protección existente, pero surgieron numerosas mutualidades que condujeron a discriminaciones entre trabajadores, teniendo como resultados una previsión social fragmentada e ineficaz.

En 1947 por el decreto de 10 de enero, se crea el Seguro de Enfermedades Profesionales, poseyendo clasificación como tal: “aquellas que producidas por consecuencia del trabajo, y con evolución lenta y progresiva, ocasionen al productor una incapacidad para el ejercicio normal de su profesión o muerte” (Decreto de 10 de enero de 1947 por el que se crea el Seguro de Enfermedades Profesionales. Boletín Oficial del Estado, 21, 21 de enero de 1947).

En 1942 por la Ley de 14 de diciembre se creó el SOE (Seguro Obligatorio de enfermedad), limitado tanto en términos de cobertura como de prestaciones y con una orientación meramente reparadora de la salud perdida. En sus orígenes cubría las prestaciones de medicina general, algunas especialidades quirúrgicas y la dispensación farmacéutica, prestaciones que poco a poco fueron ampliándose. La financiación era tripartita, es decir, a cargo de empresarios, trabajadores y del estado. Los servicios eran ofrecidos por el INP, por entidades colaboradoras privadas o mediante la contratación de servicios a otras entidades privadas o públicas (Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Boletín Oficial del Estado, 361, 14 de diciembre de 1942).

El SOE fue un paso adelante, se franqueó la barrera de la caridad asistencial al derecho a la asistencia de la clase trabajadora. Sin embargo, era un seguro que dejaba sin asistir a amplios sectores de la población que debía acudir a la beneficencia, a los seguros libres o a la asistencia médica privada. Todo el sector agrario quedó fuera de la cobertura del seguro en este periodo, debido a la dificultad técnica que entrañaba la recaudación de las cuotas entre unos trabajadores con ingresos irregulares y por el coste económico que implicaba la cobertura de un sector muy amplio de la población.

Esta ley se puso en marcha en tres fases comprendidas entre el 1 de septiembre de 1944 y el 1 de septiembre de 1948: “...la asistencia domiciliar se prestará en el plazo máximo de seis meses a partir de la publicación del Reglamento de esta Ley: la de Especialidades y el Servicio de Sanatorios, dentro del término de dos años a contar de la publicación de dicho Reglamento” (Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Boletín Oficial del Estado, 361, 14 de diciembre de 1942).

Por muchas limitaciones que tuviese el SOE, sin duda alguna supuso un logro y la vía hacia la creación de un sistema sanitario público, que terminaría poniendo bajo su cobertura a la práctica totalidad de la población española. Gracias al SOE se proporcionó asistencia sanitaria a una parte importante de la población que hasta ahora se la prestaba la beneficencia.

Uno de los lastres que arrastraba la sanidad española es que se realizaba un gran esfuerzo desde el punto de vista asistencial y poco en la prevención de la enfermedad. El marco legislativo, apenas había sufrido variaciones desde la única Ley de Sanidad aprobada en España y que databa de 1855, hecho que reconoce el nuevo intento de coordinación de los servicios sanitarios mediante la publicación de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944 (Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado, 331, 26 de noviembre de 1944).

Esta Ley expresa la necesidad de concentrar los esfuerzos en un Seguro Social de Enfermedad y reconoce que los servicios sanitarios influyen en la vida y desarrollo del país, haciendo necesaria una ley moderna que encaje los avances sanitarios futuros. Desde la óptica sociológica estamos ante un nuevo intento fracasado.

Durante esta primera etapa franquista se distinguen tres sistemas de protección a la salud: la Sanidad Nacional, regulada en la Ley de Bases de 1944, encargada de la prevención a través de servicios como la higiene, epidemiología, tuberculosis, paludismo, puericultura y que se dirigen a la totalidad de la población. En segundo lugar, el Seguro de Enfermedad (SOE) y la Seguridad Social y en último lugar los pobres, que son asistidos por la Beneficencia a través de la administración central, de las diputaciones, los ayuntamientos y entidades privadas de carácter caritativo.

La Seguridad Social en España partía de un modelo laboral-profesional, que se fue generalizando poco a poco, con la incorporación de nuevos colectivos en la etapa 1953-1962. En este modelo, las cotizaciones de empresarios y trabajadores constituyen la fuente de financiación de las prestaciones de Seguridad Social, tanto económicas como asistenciales, y eran las que conferían el derecho a acceder a las diferentes prestaciones.

1.3.2. Segunda etapa franquista (1959-1975)

Durante la segunda etapa franquista hubo dos reformas en la esfera de la política social: **La Ley de Bases de la Seguridad Social** (LBSS) de 1963 –aunque no se puso en práctica hasta 1966- y la Ley de Financiación y Perfeccionamiento (LPF) de 1972.

La LBSS pretendía aglutinar el conjunto de seguros sociales existentes en un sistema único de seguridad social, con el objetivo de que todos los españoles tuvieran derecho a la asistencia y la Seguridad Social, tal y como lo exigía la Ley de Principios del Movimiento Nacional de 1958.

La novedad principal de la LBSS es que prevé la consignación permanente en los presupuestos generales del Estado de subvenciones a la Seguridad Social, con miras a conseguir la redistribución de la renta nacional y así reducir los desequilibrios de los ciudadanos.

Desde el punto de vista sociológico, la LBSS ¹¹ supone un cambio estructural significativo: la percepción de la participación pública en materia social y en sanidad como algo socialmente positivo. Sin dicho elemento, la expansión del sistema de Seguridad Social habría sido imposible.

A continuación se recogen los principios fundamentales de la LBSS.

¹¹ La LBSS fue un gran intento para lograr un verdadero sistema de Seguridad Social. Podría considerarse la base sobre la que se asienta nuestro actual estado del bienestar. Gracias a esta Ley el panorama hospitalario español mejoró notablemente, por la construcción de hospitales y por un mayor número de camas, pero en la otra cara de la moneda se encuentra el desplazamiento de la asistencia primaria y ambulatoria, los pacientes crónicos, los pacientes geriátricos y psiquiátricos, y la enfermedad mental que en este punto, aún no está dentro de la cartera de servicios de la Seguridad Social.

Cuadro 11. Principios fundamentales de de la LBSS

1. - Unidad y uniformidad de prestaciones
2. - Obligación legal de cotización
3. - Consideración conjunta de las contingencias protegidas
4. - Participación del Estado en el sostenimiento del sistema
5. - Modificación del sistema de cotización, bases tarifadas por categorías profesionales
6. - Desarrollo de servicios sociales para atenciones específicas: rehabilitación, prevención y seguridad en el trabajo
7. - Apertura de la Seguridad Social hacia campos nuevos de promoción social y comunitaria
8. - Supresión del ánimo de lucro de los órganos gestores
9. - La gestión de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se atribuye en el régimen general a las Mutualidades Laborales
10. - Gestión de la Seguridad Social bajo la vigilancia y tutela del Ministerio de Trabajo, por Entidades Gestoras, con capacidad jurídica y patrimonial para el cumplimiento de sus fines. Colaborando en los regímenes de enfermedad y protección a la familia, en las prestaciones por incapacidad laboral transitoria derivada de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Fuente: Elaboración propia

A pesar de las intenciones, lo cierto es que aún persistieron antiguos sistemas de cotización alejados de los salarios reales de los trabajadores, ausencia de revalorizaciones periódicas y el principio de la unidad del sistema no se ha logrado hasta la fecha, perviviendo multitud de organismos superpuestos; mutualidades y sistema nacional de seguridad social.

En 1961, la Ley 62/1961 de 22 de julio implanta el **Seguro Nacional de Desempleo**, con el fin de constituir una palanca para el desarrollo del país y un camino para el progreso en la elevación del nivel de vida de todos los españoles (Ley 62/1961 de 22 de julio por la que se implanta el Seguro Nacional de Desempleo. Boletín Oficial del Estado, 175, 24 de julio de 1961).

La Ley 24/1972 de 21 de junio de financiación y perfeccionamiento, supone un nuevo esfuerzo del sistema, que permita garantizar a las personas incluidas en su campo de aplicación y a los familiares a su cargo la protección adecuada en las situaciones y contingencias legalmente establecidas. En el propósito innovador de esta nueva Ley se encuentra la adaptación de las cotizaciones a las retribuciones reales de los trabajadores y la revalorización de las cuantías de las pensiones, a fin de que no pierdan poder adquisitivo. Las prestaciones por desempleo también constituyen piezas clave de esta Ley.

Durante esta segunda etapa del régimen franquista se produjo una gran expansión en términos de cobertura, empleo de médicos, en la propiedad de las camas hospitalarias, en el gasto sanitario y en el alcance de las prestaciones. El crecimiento del sistema en todas estas facetas fue el mayor de toda su historia, pero todo ello se realizó sin grandes modificaciones en la organización, de forma que el modelo profesional persistió hasta el final del régimen.

En 1970, la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social había llegado al 63,87 % de la población (21 millones de personas). En 1978 alcanzaría ya al 81,76 % (30 millones). Si a esas cifras se añaden las correspondientes a los regímenes de protección sanitaria de los funcionarios, los porcentajes se situaban en el 90 % de la población española (Francisco J. Rubia Vila 2011).

En estas fechas la idea de reformas y la necesidad de las mismas en el sector sanitario era un clamor en los círculos entendidos, así en 1974 por la orden de 26 de diciembre se crea la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, encargada de realizar un informe sobre medidas y proyectos para la puesta en marcha de reforma sanitarias. Esta orden marcaba en su artículo 1, punto d) la necesidad de “señalar las bases de una futura Ley General de Sanidad”. (Orden de 26 de diciembre de 1974 por la que se crea la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria. Boletín Oficial del Estado, 311, 28 de diciembre de 1974). En 1979 se establece una nueva Comisión Interministerial para la reforma de la sanidad pública.

A la muerte de Franco el 20 de noviembre de 1975, comienza el periodo de transición a la democracia, y un largo recorrido hasta llegar a la Seguridad Social actual y un desarrollo completo de nuestro estado del bienestar.

Cuadro 12. Principales leyes españolas hasta la democracia en el avance hacia la protección social.

Año	Denominación de la Ley
1822	Ley de 6 de febrero que pretende aglutinar los recursos asistenciales existentes
1849	Ley General De Beneficencia, de 20 de Junio
1855	Ley De Sanidad De 1855
1873	Ley De 24 De Julio Sobre El Trabajo De Menores y Mujeres
1900	Ley De Accidentes De Trabajo De 1900
1919	Real Decreto Sobre Paro Forzoso
1921	Reglamento General Para El Régimen Obligatorio Del Retiro Obrero
1926	Real Orden Sobre Permiso De Maternidad
1929	Real Decreto- Ley Sobre Seguro De Maternidad Con Carácter Obligatorio
1931	Constitución De La Segunda República Española
1932	Ley De Accidentes De Trabajo
1944	Ley De 25 De Noviembre De Bases De Sanidad Nacional
1944	Ley De Seguro Obligatorio De Enfermedad (SOE)
1947	Decreto de 10 de Enero de 1947 por el que se crea el Seguro De Enfermedades Profesionales
1947	Decreto de 18 De Abril De 1947 Por El Que Se Crea Seguro De Vejez e Invalidez y preparando un sistema de protección para este último riesgo
1955	Decreto-Ley de 2 de Septiembre de 1955 por el que se eleva la prestación del Seguro de Vejez e Invalidez
1961	Ley 62/1961 de 22 De Julio por la que se implanta el Seguro Nacional de Desempleo.
1963	Ley 193/1963 De 28 De Diciembre Sobre Bases De La Seguridad Social

Fuente: Elaboración propia

1.4. Situación post-constitución y previa a las transferencias a las Autonomías

La aprobación de la Constitución de 1978, significa la incorporación de la política social en nuestro país y se reconoce como derechos de todos los ciudadanos la Salud y la Educación, obligando a los poderes públicos a hacerlo efectivo. Se puede afirmar que con la democracia española nace por fin un auténtico Sistema Público de Salud y una definición del estado de bienestar español.

La Constitución de 1978 marca la transformación de la protección social desde el modelo laboral-profesional hacia un modelo universalista. El artículo 41 de la Carta Magna establece que "los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres".

En el artículo 43 "se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto" (Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 311, 29 de diciembre).

El 16 de noviembre de 1978 se publicó el Real Decreto-Ley 36/1978, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, por el que queda extinguido el INP y se crearon como entidades gestoras de la seguridad social, con sujeción a principios de solidaridad financiera y unidad de caja (Real Decreto Ley 36/1978 sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Boletín Oficial del Estado, 276, 16 de noviembre):

- **El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)** para la administración y gestión de servicios sanitarios.
- **El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)** para la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social. Dentro de este Instituto se integran las Mutualidades y demás

Entidades Gestoras de estructura mutualista, que dejan de tener la condición de Entidades Gestoras de la Seguridad Social y pierden su personalidad jurídica.

- **El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)** para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la seguridad Social, como los servicios asistenciales a la tercera edad y a disminuidos físicos y psíquicos
- **El Instituto Nacional de Empleo (INEM)** adscrito al Ministerio de Trabajo y especializado en la administración del desempleo, y en ayudar a formar y encontrar empleo.

En un principio se podría especular con que la desaparición del INP traería consigo una superación del modelo profesionalista, sin embargo no fue así, como tampoco lo fue la integración de las múltiples redes asistenciales públicas existentes.

A pesar de que el objetivo era la cobertura universal, se siguieron creando regímenes para categorías específicas de ciudadanos. Entre 1977 y 1979 se crearon regímenes especiales para diputados, futbolistas y religiosos y para toreros en 1981.

En 1977 se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, lo que pudo haber supuesto un nuevo intento para desligarse del carácter profesionalista del sistema al independizarse del Ministerio de Trabajo. Sin embargo, en 1981 ambos ministerios fueron unificados de nuevo y convertidos en una sola institución –el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social- y al final del mismo año, una segunda división tuvo lugar, esta vez con el resultado de la creación ya definitiva del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y del Ministerio de Sanidad y Consumo. Con todos estos cambios los avances deseados se ralentizaron, siendo la desorientación una constante.

En 1978, aparece la Tesorería General de la Seguridad Social, organismo que contribuyó a mejorar la gestión económica y financiera del sistema, actuando como caja única del sistema bajo el principio de solidaridad financiera.

El Sistema de Seguridad Social heredado del periodo franquista era un sistema basado en criterios profesionales, dividido en un régimen general que cubría a los trabajadores dependientes y en otros regímenes especiales establecidos para otras categorías profesionales. Su financiación era a través de las aportaciones de empresarios, trabajadores y del estado y una gran parte de la población todavía no contaba con ningún tipo de cobertura sanitaria.

En esa época, el INSALUD contaba con una importante red asistencial, organizada en tres niveles: asistencia primaria, especializada ambulatoria y hospitalaria.

A partir de 1979 se inició un proceso de transferencias en materia de sanidad a los entes preautonómicos. Inicialmente se transfirieron las competencias de prevención y promoción de la salud, planificación y coordinación hospitalaria, y posteriormente las funciones y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA)¹². En julio de 1981 se aprobaron las primeras transferencias de las funciones y servicios del INSALUD a las comunidades autónomas, siendo Cataluña la primera en recibirlas.

A finales de los años 70 en un contexto de desarrollo de políticas sociales y de cooperación, la salud pasa a ocupar un lugar clave para alcanzar la justicia social y la igualdad que hasta entonces no existía. Esta concepción de la salud llevó a los sistemas sanitarios públicos, especialmente a los que tenían un modelo de Sistema Nacional de Salud, a la necesidad de intervenir sobre factores de riesgo como la pobreza y el desempleo, así como a un fuerte desarrollo de la atención primaria y de la salud pública como elementos clave de equidad en el acceso a los servicios.

A partir de 1980 la financiación del sistema sanitario público seguía basada en las contribuciones de empresarios y trabajadores, sin embargo, la aportación del estado a la Seguridad Social se incrementó y la cobertura alcanzó a gran parte de la población. Durante esta década se llevan a cabo medidas encaminadas a mejorar y perfeccionar

¹² La AISNA era uno de los organismos autónomos creados por el Real Decreto Ley 36-1978 de 18 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo y se encargaba de la gestión de los servicios de prevención y asistencia que tuviera encomendados. El otro organismo autónomo era el Instituto Nacional de Asistencia Social, para la gestión de servicios de asistencia social del Estado, complementarios a los del Sistema de la Seguridad Social.

la acción protectora, extendiendo las prestaciones a los colectivos no cubiertos y a dar una mayor estabilidad económica al sistema de la Seguridad Social.

En estos años se podía pensar que el sistema español era un modelo socializado tipo Beveridge más que profesionalista, dado el alto grado de cobertura, de prestaciones sanitarias, la cuantía del gasto público y el número de profesionales sanitarios empleados. Sin embargo, en la otra cara de la moneda encontramos la falta de universalización de la cobertura, la financiación eminentemente contributiva, la delegación de la gestión en otras entidades paraestatales y el gran número de conciertos con empresas varias. Estas características siguen mostrando el mantenimiento del modelo profesionalista.

La reforma socialista iniciada en 1982 extiende la cobertura, inicia la transición hacia la financiación con cargo impuestos (concluida en 1999); y expande la oferta pública en el sector ambulatorio, con la construcción de nuevos centros. Se potencia la prestación de servicios a tiempo completo de los médicos de atención primaria y ambulatoria que antes trabajaban a tiempo parcial para el sector público. El logro principal durante este periodo es la cuasi universalización de la cobertura a colectivos que no la poseían, como por ejemplo personas con recursos económicos insuficientes o hijos de cotizantes sin límite de edad.

El nuevo régimen democrático permitió la participación de nuevos actores sociales (sindicatos, empresarios, administración pública...) en el proceso de toma de decisiones, lo que contribuyó a la expansión del estado del bienestar.

En estos años el debate sanitario ya planteaba la necesidad de controlar el gasto público y por tanto el control sobre la utilización de los recursos sanitarios, lo que significaba el control de la práctica médica. Se abre así un periodo en el que se ponen en marcha herramientas de gestión, tales como sistemas de información, costes por procesos, contratos de gestión, etc.

Estas herramientas de gestión se han ido perfeccionando a lo largo de los años noventa en procesos en los que están implicados los profesionales sanitarios y los gestores, constituyendo la base de lo que hoy se denomina gestión clínica.

1.5. Primer intento de reforma: el informe Abril

El primer intento serio de reforma de la sanidad española vino de la mano de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (el llamado **Informe Abril**) de julio de 1991. Dicho informe realizaba una serie de recomendaciones para acometer la reforma de la sanidad pública española con el objetivo de aumentar la eficiencia en su gestión.

El entonces diputado del Centro Democrático y Social (CDS), Carlos Revilla, presentó una proposición no de ley en el Congreso de los Diputados donde proponía la creación de una comisión encargada de revisar el SNS. En su exposición de motivos, se advertía acerca de las crecientes tensiones económicas derivadas del imparable aumento de los gastos sanitarios: demografía, nuevas actitudes sociales y la presión incesante del acelerado progreso técnico-médico, elementos que hacían necesaria una revisión y transformación de los actuales sistemas de asistencia sanitaria.

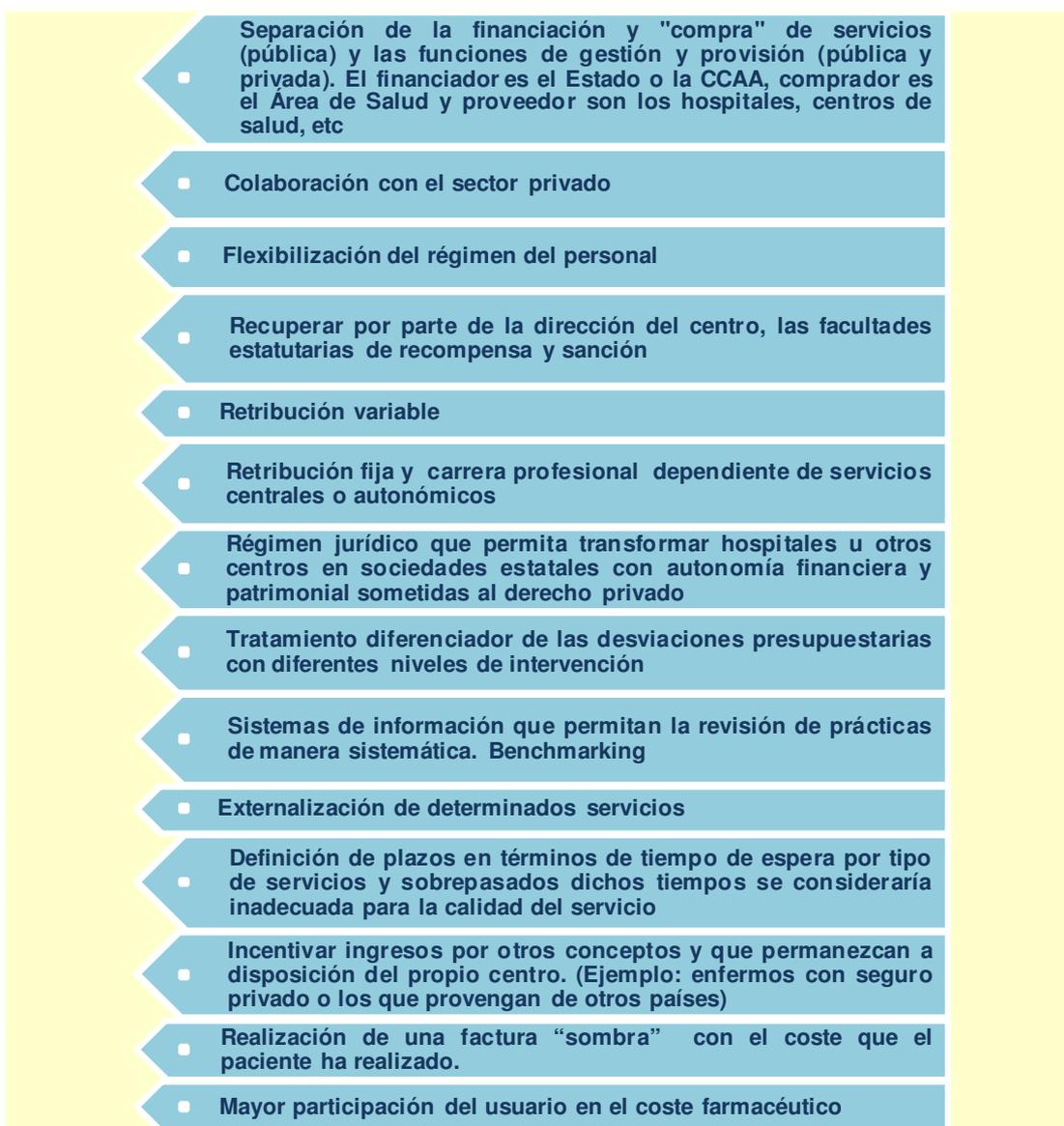
La propuesta de Revilla fue bien acogida por la Cámara y contó con el apoyo del entonces ministro de Sanidad, Julián García Vargas. Hubo varias propuestas para presidir la Comisión y al final recayó en el que fuera vicepresidente del Gobierno con Adolfo Suárez, Fernando Abril Martorell.

Dicha proposición no de ley de 13 de febrero de 1990, dio pie a la denominada Comisión “Abril Martorell” y su objetivo era analizar la estructura, organización y funcionamiento del SNS, en relación a la calidad, equidad y eficiencia, así como las tendencias actuales y futuras. La Comisión aglutinaba tres grandes grupos de actividades: Gestión y financiación del sistema; Servicios asistenciales y Salud Pública

“..la aportación del Informe Abril Martorell supone, la propuesta de un inicio de cambio cultural, de creencias y concepciones sobre el papel del sector público en la economía” (Guillem López-Casasnovas 1991:103).

Algunas de las propuestas del informe sobre aspectos de gestión y financiación se resumen a continuación:

Cuadro 13. Principales características del Informe Abril 1991



Fuente: Elaboración propia

El informe Abril supone para algunos expertos (López Casanovas, Freire J.M), el análisis y las propuestas más serias que se han realizado hasta el momento de la sanidad española.

La presentación del Informe generó un gran revuelo en el mundo político-sanitario-sindical español, quizá porque estaba poco acostumbrado a propuestas de reformas

profundas. Su diagnóstico, se resume en los siguientes puntos: insatisfacción ciudadana, centralismo, rigidez del sistema, gestión sin autonomía, y preponderancia de los procedimientos administrativos.

Se dedica una parte importante al marco laboral de los profesionales sanitarios, definiéndolo como obsoleto, desmotivador e incapaz de encauzar las relaciones de personal sanitario, así como de dar una orientación adecuada de los recursos humanos y materiales de gran cualificación. En este punto se recomendaba establecer modificaciones en la vinculación laboral, a efectos de conseguir una mayor capacidad de decisión del centro en estos aspectos, pero siempre respetándose los derechos adquiridos y adelanta la necesidad de establecer retribuciones más personalizadas, con una parte fija y otra variable, a la par que se estimularía y garantizaría el desarrollo de la carrera profesional, separando las responsabilidades jerárquicas de la promoción profesional personal.¹³

Por otro lado, el informe no sólo no pasa por alto, sino que insta a potenciar elementos como la incentivación y la motivación del personal, su participación en la gestión, planes de estudios adecuados a la práctica profesional, formación postgraduada, prueba final del MIR...

Desde la perspectiva sociológica el Informe Abril suponía una apuesta importante hacia la modernización del SNS e incluso muchas de sus recomendaciones se han llevado a cabo de forma discreta.

En definitiva, el propósito del Informe Abril fue incidir en la equidad y solidaridad del SNS; estimular la eficiencia en el uso de los recursos, promover la conciencia del coste en el personal sanitario y en los usuarios, dotar de autonomía y flexibilidad a los centros y mayor participación en la gestión del personal sanitario en busca de un mejor servicio y satisfacción del usuario. De cualquier forma, las recomendaciones del Informe Abril no fueron aplicadas por el gobierno de España, aunque algunas de sus propuestas sí fueron recogidas por las diferentes CC. AA. de signo político muy variado.

¹³ Ya se adelantaba una visión más moderna del concepto de carrera profesional que la que se ha impuesto de hecho hasta la fecha.

1.6. Años 90: descentralización

El SNS creado en 1986 con la Ley General de Sanidad, cubre en la actualidad a más del 90 % de los españoles e incluye desde 2003 algunas prestaciones a los inmigrantes ilegales. Está financiado con cargo a impuestos públicos regulados y gestionados principalmente por el Estado central, que dispone también del poder de aprobar leyes básicas (que afecten a los derechos fundamentales de los ciudadanos). El gobierno del SNS está descentralizado en 17 CC. AA. cuya población es muy variable.

La asunción de competencias de la sanidad por las CC. AA. ha sido uno de los aspectos más determinantes de las características del modelo sanitario español, sustentado en la actividad de los servicios de salud autonómicos. Además, la gestión descentralizada de los servicios y prestaciones sanitarias ha contribuido a fortalecer el proceso de desarrollo autonómico.

El proceso de descentralización de la sanidad comenzó en 1981, dando inicio a la transmisión de poderes de gobierno de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a Cataluña, este mismo año fracasó la transferencia para el País Vasco; en 1984 a Andalucía; en 1988 al País Vasco y la Comunidad Valenciana; en 1991 a Navarra y Galicia; en 1994 a Canarias; y en el 2002 a las diez CC. AA. restantes (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-la Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja), logrando así el objetivo de un SNS completamente descentralizado. La gestión de las prestaciones sanitarias en las ciudades de Ceuta y Melilla corresponde al INGESA.

Dos comunidades autónomas, el País Vasco y Navarra, conservan su poder histórico de regular y recaudar los impuestos directamente en su territorio y sus resultados son destacables, obteniendo valores máximos en cuanto a evaluación del rendimiento.

Las CC. AA. tienen un gran margen de autonomía en la gestión de la sanidad, que se concreta en el poder de legislar dentro de la normativa básica del Estado (incluidas prestaciones adicionales a las comunes del SNS); de gestionar una parte (cercana al 40 % desde el 2001) de los impuestos directos e indirectos cedidos por el Estado; de

contratar servicios al sector privado; de cambiar las formas organizativas de los centros de titularidad pública; de construir nuevos centros y de endeudarse.

Una de las recomendaciones del Informe Abril, era la transformación de hospitales y otros centros sanitarios en sociedades públicas sometidas al derecho privado, con personalidad jurídica propia (los centros del INSALUD no la tienen), y autonomía de gestión patrimonial. La conversión del centro se podría hacer de forma completa, o únicamente alguna de sus unidades y el aspecto más relevante es el que influye a los trabajadores: el paso de un régimen estatutario o funcionarial a uno laboral.

Esta recomendación se ha realizado a través de un gran entramado jurídico que se intenta esclarecer a continuación:

El Real Decreto ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, vino a establecer “que en el ámbito del SNS, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud ,de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, creadas por personas o entidades públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además acuerdos, convenios y fórmulas de gestión integrada o compartida, generalizando las previsiones contenidas en diversas leyes dictadas por las comunidades autónomas con competencia en la materia” (Real Decreto-Ley 10/1996 de 17 de junio sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD. Boletín Oficial del Estado, 147, 18 de junio de 1996).

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, viene a consagrar algo que ya algunas comunidades autónomas habían ido poniendo en marcha al amparo de su legislación específica y con esta nueva ley se pretende dar una nueva redacción al artículo único del mencionado Real Decreto-ley, transformando ahora en Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS. En esta Ley se establece: “que la gestión de los centros y servicios sanitarios y socio sanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho; entre otras formas jurídicas, la presente disposición ampara la gestión a través de entes

interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones –en los mismos términos a las ya creadas- u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico” (Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 100, 26 abril 1997).

Esta norma que viene a sustituir el Real Decreto-ley 10/1996, y constituye un instrumento de flexibilización y autonomía en la gestión sanitaria. El entramado jurídico de estas nuevas fórmulas de gestión se completó con el RD 29/2000, de 14 de Enero sobre nuevas formas de gestión del INSALUD y cuyo objetivo fundamental era el desarrollo reglamentario de la Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS y del artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, administrativas y del orden social, sobre Fundaciones Públicas Sanitarias.

De este modo, manteniendo el carácter y esencia de servicio público de los centros y servicios sanitarios que se han de gestionar, enumera y desarrolla, en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, las nuevas formas de gestión sanitaria, estableciendo como tales las fundaciones de la Ley 30/1994, de 20 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general, los consorcios y las sociedades estatales, todas ellas refrendadas en la exposición de motivos de la Ley 15/1997, así como las fundaciones públicas sanitarias reguladas por la Ley 50/1998. El RD 29/2000 consagra la autonomía de gestión sin merma del carácter de servicio público, la selección de personal está regida por los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad; la contratación de bienes y servicios estará sometida a publicidad y libre concurrencia; los presupuestos se incorporarán a los Presupuestos Generales del Instituto Nacional de la Salud, y por último, el control de fondos públicos se llevará a cabo por la Intervención General de la Seguridad Social y por el Tribunal de Cuentas (Real Decreto 29/2000 sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, 21, 14 de enero).

A continuación se expone una definición de las diferentes formulas planteadas para estos nuevos modelos de gestión y que responden a la descentralización fruto de los procesos de traspasos de competencias a las diferentes comunidades autónomas realizadas en el SNS en la última década:

Cuadro 14. Nuevas fórmulas de gestión sanitaria. Definición y experiencias

Forma jurídica de gestión	Definición	Fórmulas de gestión y algunas experiencias
<p>Empresas públicas</p>	<p>Entes públicos con personalidad jurídica propia distinta a la del Estado o Comunidad Autónoma, cuyo objeto es la realización, en régimen de descentralización, de actividades pertenecientes a la competencia de aquellos; ajustados al ordenamiento jurídico privado, pero sujetos a todos los controles de la administración pública.</p> <p>Sociedades mercantiles en cuyo capital social es mayoritaria la participación de la Administración General, de sus Organismos Autónomos y/o demás Entidades de derecho público del Estado o Comunidad Autónoma.</p> <p>Poseen consejos de administración designados por los poderes públicos y con posibilidad de obtención de beneficios.</p>	<p>a) Entes de derecho público sometidos a derecho privado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Costa del Sol de Marbella (1993) • Hospital de Fuenlabrada (2003) • Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir (2006) • Hospital de Poniente (2007) • Siete nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid (2007) <p>b) Sociedades mercantiles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Emergencias Médicas S. A en Cataluña Salud (1992) <p>c) Concesión de gestión de servicios públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de la Ribera en Alzira (Comunidad Valenciana) donde se otorgó a una UTE - formada por Adeslas, Rivera Salud, Dragados y Construcciones y Lubasa- la concesión del hospital por 10 años, prorrogables por otros 5 años. La concesión impuso la construcción de un hospital comarcal, mientras que la Generalitat Valenciana se comprometía a abonar un tanto alzado por usuario. • Hospital de Valdemoro (Concesionaria Capiro Salud, S.A 2008) • Hospital de Torrejón (Concesionaria Torrejón Salud, S.A 2010) <p>d) Contratos de gestión de centros con entidades de base asociativa formadas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios.</p>

Parte III. Perspectiva Histórico-Sociológica de la Sanidad Española

Forma jurídica de gestión	Definición	Fórmulas de gestión y algunas experiencias
Fundaciones	<p>Patronato y/o Consejo de Gobierno Tienen patrimonio fundacional; pueden adscribirse a la fundación bienes y derechos en régimen de cesión. No permite la obtención de beneficios: las rentas y recursos obtenidos deben ir destinadas a la realización de los fines fundacionales y el resto a incrementar la dotación fundacional.</p>	<p>a) Fundación pública</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fundación del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (2005) • Fundación Hospital Verín (1993) <p>b) Fundación pública sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fundación Hospital Alcorcón (1994) • Fundación Hospital Calahorra (2000)
Consortios	<p>Acuerdos entre administraciones públicas distintas para la gestión de centros y establecimientos sanitarios. Posibilidad de participar entidades privadas sin ánimo de lucro. Pueden obtener beneficios, que se reparten proporcionalmente entre las entidades consorciadas. Tienen personalidad jurídica propia y capacidad jurídica de derecho público y privado para la consecución de sus objetivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consorci Hospitalari de Catalunya (entre diferentes ayuntamientos catalanes y hospitales que gestiona más de 40 hospitales) • Consejo Sanitario Público de Aljarafe (2003) • Consorci Sanitario de Barcelona, entre la Generalitat Catalana y el Ayuntamiento de Barcelona (1989)
Organismos Autónomos mercantiles (comercial, industrial o financiero) /administrativos	<p>Entidades de Derecho Público con personalidad jurídica y patrimonio propio, independiente de la Administración Pública, a quienes se encomienda expresamente, en régimen de descentralización, la organización de algún servicio público y de los fondos adscritos al mismo, cuando las actividades que realice sean de carácter comercial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia Española del medicamento (1997) • Servicio Andaluz de Salud (1986) • Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) • Servicio Gallego de Salud (SERGAS) • Agencia Española del Medicamento.
Sociedades de autogestión en atención primaria	<p>Sociedades cooperativas o sociedades limitadas; los médicos son los accionistas; los beneficios se reparten proporcionalmente.</p>	<p>No hay evidencias de este tipo de sociedades en el ámbito del SNS más allá de proyectos puntuales.</p>

Fuente: Elaboración propia

Existe un debate sobre si las nuevas fórmulas de gestión representan una privatización de la sanidad pública. Si consideramos que no existe un traspaso de la titularidad o propiedad pública a la privada, sino que se trata de una forma de gestión

más parecida a la empresa privada sin cambio de titularidad, no significa una privatización. La aplicación de estas nuevas fórmulas de gestión lo que persiguen es una gestión más eficaz, eficiente y flexible de la asistencia sanitaria, manteniendo la titularidad pública y sometidas a los controles establecidos por la ley. Este tipo de fórmulas enmarcadas en una adecuada planificación y asignación racional de los recursos públicos y actuando con una suficiente autonomía de gestión de cada centro, pueden sin lugar a dudas, facilitar una buena respuesta a los objetivos de la sanidad en condiciones de equidad.

Desde el punto de vista sociológico de las políticas de personal, el proceso de descentralización territorial es también un proceso de diferenciación. Cuando se producen las transferencias sanitarias y cada servicio de salud, establece y aplica sus propios marcos laborales, es inevitable que cada servicio establezca sus propias políticas y desarrollos y que el personal de unos servicios se compare con los de otros.

“La transferencia representa unos recursos humanos y materiales muy importantes. En grandes cifras, se transfirieron 80 hospitales, más de 1.000 centros de salud y unas 140.000 personas” (Luis Bohígas 2003:317).

Esta descentralización de poder económico y legislativo muy criticada inicialmente, ha permitido una gran expansión del SNS y a la par del estado del bienestar en España.

“...en España y Canadá donde las preferencias de los ciudadanos favorecen mayoritariamente la expansión de la sanidad pública sobre la disminución de los impuestos, las regiones compiten por aumentar y mejorar las prestaciones; mientras que en Estados Unidos, donde la población prefiere menores impuestos a un sector público más grande, la competencia fiscal entre los Estados tiene el efecto de limitar el crecimiento del sector público”¹⁴ (Ana Rico, José Manuel Freire y Juan Gérvas 2007:401).

¹⁴ La descentralización sanitaria es una modificación en la distribución del poder. Autores como Costa y Rico, Freire, J.M o Gérvas, J. señalan que hay evidencias de que en EEUU con una distribución inversa de poder al caso español, es decir donde el Estado financia una parte de la sanidad pero disponen de poco poder legislativo, la descentralización es un obstáculo a la reforma sanitaria y genera disminución de los programas públicos, vía competencia fiscal entre los Estados. También puede suceder que la descentralización no se acompañe de transferencia de recursos, con lo que sus ventajas teóricas quedan anuladas.

El paso a un mayor control por parte de las CC. AA. fue muy gradual y no estuvo exento de dificultades. España se encontraba golpeada por una crisis económica sin precedentes, e intentando emerger desde la economía franquista a una nueva economía marcada por la competencia y la complejidad europea. En este horizonte, el gobierno ralentiza el proceso de implantación de la Ley General de Sanidad aprobada en 1986 y como consecuencia alguno de los avances conseguidos en los programas de protección social.

En diciembre de 1988, los sindicatos convocan una huelga general en contra de la política social y económica del gobierno socialista con gran apoyo de la población. Este hecho fuerza al gobierno a ceder poder ante las comunidades autónomas a partir de los primeros años noventa.

Las CC. AA. disponen actualmente de sus respectivos Servicios de Salud, que estructuran la administración y la gestión, integrando centros, servicios y otros establecimientos de la propia CC. AA.

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 6 de abril de 1995, ratificó el texto aprobado por la Comisión de Presupuestos el día 30 de marzo de 1995, sobre la base del informe emitido por la Ponencia, constituida en su seno, para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que debían acometerse, conocido como "Pacto de Toledo". Las consecuencias más importantes fueron los cambios y el establecimiento de una hoja de ruta que asegure la estabilidad financiera y las prestaciones futuras de la Seguridad Social.

Treinta años después de la aprobación de la Ley de Bases de 1963, con el Pacto de Toledo se conseguiría definitivamente la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, en un modelo que definitivamente se plantea la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad y con un SNS más parecido al modelo Beveridge o inglés¹⁵.

15 "La adecuación de la financiación de las prestaciones de Seguridad Social a la naturaleza de las mismas encuentra su antecedente en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, en cuyo artículo 11, se adscribió la

Desde el enfoque sociológico, el Pacto de Toledo constituyó un elemento de primer orden, en cuanto implicó un gran consenso social y político sobre la valoración positiva del sistema de Seguridad Social y del sistema de pensiones, la defensa de sus características públicas, así como de la necesidad de ir adaptando dicho Pacto a la realidad de la sociedad. Sienta las bases para que se respeten los compromisos y los principios de solidaridad entre las generaciones y en el seno de cada generación, para la participación del Estado en el sostenimiento del sistema sanitario ¹⁶.

La evaluación de los resultados de las transferencias de sanidad presenta muchas dificultades metodológicas y los estudios realizados no son concluyentes ni unánimes (José Ramón Repullo Labrador y José Manuel Freire 2008).

En cualquier caso, una vez consolidada la descentralización, lo que procede es explorar las áreas susceptibles de mejora en el ámbito de la organización y la gestión, a través de los mecanismos de cooperación y coordinación para así hacer efectivas las ventajas de la descentralización y aprovechar las economías de escala del sistema.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS del 2003 se propuso el establecimiento del marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias que garantizaran la equidad, la calidad y la participación social en el SNS. Define cinco ámbitos que necesitan la colaboración entre Estado y CC. AA.: farmacia, profesionales, investigación, sistemas de información y calidad.

La puesta en marcha de algunos instrumentos creados por la Ley de Cohesión y Calidad ha permitido algunos avances, pero a la contra no han sido satisfactorios los conseguidos en la coordinación de órganos como el Consejo Interterritorial del SNS, órgano principal de coordinación del sistema.

anterior transferencia genérica del Estado a los Presupuestos de la Seguridad Social a la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y a la financiación de una parte del gasto de los complementos a mínimos de las pensiones contributivas”(Jose Antonio Panizo Robles 201111)

16 El 25 de enero de 2011 se aprueba en el Congreso de los Diputados un nuevo informe de la Comisión del Pacto de Toledo que responde a la necesidad de dar respuesta a la realidad social española, de acuerdo a las recomendaciones del Pacto de Toledo de que cada cinco años se efectúe una evaluación del mismo, con base en un informe previo remitido al Gobierno.

1.7. Coordinación y cooperación sanitaria: Ley de Cohesión y Calidad, LOPS y Estatuto Marco

La constitución de 1978, reconoce competencias sanitarias a unas pocas CC. AA. aunque limita su poder legislativo; e incluye una cláusula de subsidiaridad a favor del Estado central (todos los poderes no definidos aquí corresponden al Estado central).

La Ley General de Sanidad revierte en 1986 esta cláusula de subsidiaridad a favor de las CC. AA. y establece el marco que regula los servicios de salud de todas las CC. AA. Esta Ley establece las bases del funcionamiento del Sistema Nacional de la Salud y la división de competencias entre el Estado y las CC. AA. La LGS ha facilitado la construcción del Estado de las Autonomías en materia sanitaria, pero era necesaria una actualización normativa para regular el funcionamiento del Sistema Nacional de la Salud.

Con la publicación en el BOE de Leyes como la de Cohesión y Calidad del SNS, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, se abre un nuevo marco de colaboración entre las Administraciones Públicas del Estado y las comunidades autónomas en el ámbito de la sanidad.

En este marco, el Congreso de los Diputados del día 14 de mayo de 2003 aprobó la Ley de Cohesión y Calidad (LCC, en adelante) que complementa la Ley General de Sanidad en los aspectos de coordinación y cooperación entre las CC. AA. y la Administración General del Estado. La Ley se aprobó por unanimidad de todas las fuerzas políticas lo que le confiere una fuerza política muy importante. Esta Ley tiene dos propósitos: garantizar la cohesión entre los Servicios de Salud de un Sistema descentralizado y facilitar su modernización. La palabra calidad en su título responde al objetivo de la modernización del sistema sanitario. La actualización y la modernización del Sistema Nacional de la Salud es una necesidad para garantizar que el sistema público se adapta a las necesidades de todos los ciudadanos.

Mediante la promulgación de la LCC se regularán nuevas acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones Sanitarias, con el objetivo común de garantizar:

La equidad: acceso a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva.

La calidad: mejor calidad asistencial incorporando al sistema todo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud.

La participación ciudadana: tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales, como en la consideración a las expectativas que, como colectivo, tienen depositadas en el sistema sanitario.

La LCC considera a los profesionales de la sanidad como un elemento esencial en la modernización y calidad del Sistema Sanitario y se esbozan determinadas cuestiones que tendrán que ser desarrolladas en el futuro como son los principios referentes al Desarrollo Profesional. En definitiva, esta Ley definió lo que deberían ser los principios de la planificación y la formación de los profesionales de la sanidad, así como del desarrollo, la carrera profesional y la movilidad dentro del sistema. Se creó así la Comisión de Recursos Humanos del SNS con funciones de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos. Además, después de años de negociación los intentos de abordar una regulación mínima homogénea para los diecisiete servicios de salud cuajaron en la aprobación de dos leyes importantes: La Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesionales Sanitarias y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

La Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, en adelante) vino a establecer la definición de profesión sanitaria. Desde el punto de vista sociológico, el concepto profesión se utiliza para denominar a aquellos grupos ocupacionales que cuentan con una serie de atributos, como la formación superior, la autonomía y capacidad auto-organizativa, el código deontológico y un espíritu de servicio.

Sin embargo, en nuestro país se ha considerado como profesión como aquella que está normada desde el Estado bajo dos ámbitos: el educativo y el que regula las Corporaciones Colegiales.

La LOPS claramente ha optado por este segundo criterio, de hecho en su Preámbulo se encuentran definidas las profesiones sanitarias como: aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

La LOPS abre un espacio hasta ahora inexplorado y es que además de no enumerar las competencias de las profesiones sanitarias en una lista cerrada, se reconocen los crecientes espacios competenciales que son interprofesionalmente compartidos. Este es un elemento sin duda moderno e innovador y que pretende que la práctica de los profesionales se desarrolle en espacios cada vez más multidisciplinares, evolucionando de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.

Por último, mediante la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud, se fijan los pilares básicos para sustentar de forma armónica las condiciones de trabajo del personal estatutario del SNS, garantizando así la homogeneidad del régimen jurídico básico de sus condiciones de trabajo con independencia del servicio de salud en el que se presten los servicios y la movilidad del personal estatutario por todo el SNS.

El Estatuto Marco deroga un buen número de normas que hasta el momento regulaban diversos aspectos del régimen jurídico de este personal. Esto no significa el final, sino que es el punto de partida para que el Estado y las CC. AA. en el ejercicio de sus competencias adapten la normativa básica estatal a los profesionales que prestan servicios en los diferentes Servicios de Salud.

La última aprobación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público está teniendo implicaciones en el personal de las organizaciones sanitarias, ya que la interpretación en relación con las previsiones de normas preexistentes y que no han sido objeto de desarrollo posterior, está generando una

importante judicialización de algunas materias que el futuro desvelará cómo se resuelven.

2. Institucionalización y marco legal del SNS

2.1. La Ley General de Sanidad 1986

Realizada la transición democrática, la Constitución y la Ley General de Sanidad (LGS) sancionaron el derecho a la protección de la salud y el derecho universal a la asistencia sanitaria, iniciando el proceso de transformación de un sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud.

La Ley 14/1986 de 25 de abril, fruto del mandato constitucional, fue desde el punto de vista sociológico, el resultado de un importante consenso social gestado tras largos debates políticos que apostaban por una sanidad del futuro propia de un Estado social y democrático de Derecho. Nuestro SNS se transforma a partir de este momento en un sistema sanitario de tipo universal, descentralizado y construido desde un sistema de Seguridad Social.

La presente Ley tenía por objeto la regulación general de todas las acciones que permitiesen hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo, permitiendo a las comunidades autónomas a partir de las previsiones del Título VIII de nuestra Constitución, dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía.

Los principios de la protección a la salud en España que regula la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS) se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad.

- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el SNS.

La LGS responde básicamente a estas premisas: integración de todos los recursos sanitarios para una atención integral a toda la población, redistribución de la renta hacia los más necesitados y participación de la comunidad en su gestión y control, y potenciación de la educación sanitaria. El artículo 46 de la define estas características fundamentales.

El sistema sanitario español se caracterizó hasta la LGS de 1986, por su fragmentación, manteniendo una estructura fundamentada en la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, ley inspirada en un modelo de sanidad liberal¹⁷. Las Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones, Ayuntamientos) debían ocuparse de los aspectos de salud pública, dejando al individuo la responsabilidad de la atención a su enfermedad. La beneficencia se encargaba de las necesidades de la población sin recursos económicos. En casos como los de enfermedades consideradas de especial trascendencia social (tuberculosis, lepra, paludismo, cáncer, enfermedades sexuales,...), las administraciones públicas se ocupaban de su asistencia.

El artículo 3, del Título I sienta las bases de lo que habría de ser el nuevo modelo sanitario: medios y actuaciones orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, asistencia sanitaria pública a toda la población española en condiciones de igualdad efectiva y política de salud orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

En resumen, la LGS sentó las bases de lo que debería ser el SNS, universalizando la cobertura pública y la posibilidad de acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad y gratuidad.

El artículo 80 de la LGS, dispone que el Gobierno regule el sistema de financiación que la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social para las personas sin recursos económicos no incluidas en la misma con cargo a

¹⁷ Nos referimos a sanidad liberal al modelo liberal o de seguros privados en contraposición al modelo de Sistema Nacional de Salud o modelo Beveridge.

transferencias estatales. En 1989 por el Real Decreto 1088/1989, se reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes (Real Decreto 1088/1989 de 8 de septiembre por el que se extiende la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. Boletín Oficial del Estado, 216, 9 de septiembre de 1989).

Otro cambio organizativo importante de esta Ley es el paso del antiguo modelo basado en tres niveles asistenciales (primaria, especializada extrahospitalaria y hospitalaria) a otro con sólo dos niveles: atención primaria y atención especializada.

La LGS, establecía dos grandes procesos de integración: por un lado, se establece que las Administraciones de las CC. AA. aglutinen: la promoción de la salud, promuevan el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población, garanticen que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas, la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud, y por último, promuevan las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente, es decir, se están integrando la salud pública, la planificación y la asistencia sanitaria. Por otro lado, se da la potestad a las CC. AA. para que creen sus servicios de salud, asumiendo las competencias de sanidad en su territorio.

Las ventajas de la descentralización administrativa no se pueden ignorar. Son consecuencias directas el mejor conocimiento a nivel local de las necesidades de los ciudadanos en relación a los servicios públicos (lo que por otra parte puede implicar riesgos de carácter electoralista en la planificación del gasto), así como el desarrollo de las comunidades tiene relación con la descentralización, pero los inconvenientes de la excesiva fragmentación del SNS son también patentes, tales como la falta de coordinación entre las autonomías.

En el proceso de descentralización español, en orden al mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria son las siguientes:

una base constitucional abigarrada, un proceso sin modelo final definido y un órgano de coordinación insuficiente.

La definición del SNS como “conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las CC. AA. (artículo 44.2 LGS), ha sido una declaración de intenciones más que una realidad. La cooperación entre los servicios de salud de las CC. AA., que política y administrativamente siguen caminos muy diferentes, deja mucho que desear.

El modelo de descentralización debería haberse cerrado tras culminar las transferencias a las CC. AA., llevando a cabo la tarea que la Carta Magna encomienda a las instituciones centrales del Estado, fomentando los comportamientos solidarios y llevándolos a efecto entre las CC. AA. Aquí encontramos el tercer escollo del proceso de descentralización, la falta de efectividad del Consejo Interterritorial de Salud, de tal forma que sus apelaciones sean de obligado cumplimiento, así como ampliar sus competencias.

Desde la visión global de investigadores sociales, se puede afirmar que en la práctica, repetimos los mismos errores que han caracterizado al sistema de prevención social hasta la promulgación de la LGS, es decir fragmentación y falta de integración. Tenemos 17 sistemas sanitarios cada vez más distintos, escasamente vinculados entre sí y que juegan a competir. Ello se ha supuesto de manifiesto con las diferentes políticas que se han seguido en ámbitos como la salud pública, gestión de recursos humanos, formación, salarios o carrera profesional.

Todavía estamos a tiempo de llevar a cabo reformas legales que aseguren el sostenimiento del SNS como un conjunto integrado de los servicios de salud de las CC. AA., cumpliendo de forma real y no aparatosa los principios básicos que lo inspiraron y surgieron de la LGS.

2.2. Estructura actual del SNS

El SNS se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la comunidad; diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA -, la gestión de la sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

En este marco de descentralización de las competencias sanitarias, el actualmente denominado Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se ha ido reorientando hacia tareas de supervisión del SNS, actuando como un instrumento básico de cooperación que facilita las iniciativas regionales.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad es el órgano encargado de la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección a la salud. También le corresponde la ejecución de la política en materia de cohesión e inclusión social de familias, de protección del menor y atención y apoyo a las personas dependientes o con discapacidad, así como la promoción de las políticas de igualdad, no discriminación y accesibilidad universal.

El órgano de coordinación, cooperación y encuentro entre administraciones públicas sanitarias central y autonómica es el Consejo Interterritorial del SNS. Es el órgano que ostenta la máxima responsabilidad en la coordinación del SNS, y está constituido por

la Ministra de Sanidad y por los 17 consejeros de salud de las comunidades autónomas.

La Presidencia de dicho Consejo Interterritorial la ejerce la Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad. La Vicepresidencia es desempeñada por uno de los consejeros de sanidad de las comunidades autónomas, elegido por y entre los consejeros que lo integran.

El Consejo funciona en Pleno, en Comisión Delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo. El Pleno se reúne al menos cuatro veces al año. Es el órgano de más alto nivel, ya que sus miembros son los máximos responsables de la sanidad de nuestro país. Los acuerdos del Consejo se plasman a través de recomendaciones que se aprueban, en su caso, por consenso.

Las comisiones técnicas y grupos de trabajo que sean creados, tienen en su funcionamiento una dinámica propia, relacionada con las tareas que se les hayan asignado y celebran sus reuniones, periódicas o no, en función de los temas y cuestiones a tratar.

La Comisión Delegada, es un órgano de segundo nivel integrado por el Secretario General de Sanidad, que la preside, un representante de cada comunidad autónoma con rango de viceconsejero o equivalente y un representante del Ministerio de Sanidad y Política Social, que actúa de secretario. La Comisión Delegada actúa como órgano de apoyo en la preparación de las sesiones del Consejo Interterritorial y ejercerá las funciones que éste le delegue.

El Comité Consultivo es el órgano dependiente del Consejo Interterritorial mediante el cual se hace efectiva la participación social en el SNS, y en el que se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales. Sus funciones específicas son las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS.

El verdadero alcance del Consejo Interterritorial hoy día es muy cuestionado y una de las recomendaciones desde las lecturas y análisis realizados es la necesidad de que

recupere sus funciones para las que fue creado, así como que sus acuerdos tengan un carácter vinculante, algo que actualmente no es así.

El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud, que es el documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el SNS.

Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria pública:

Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

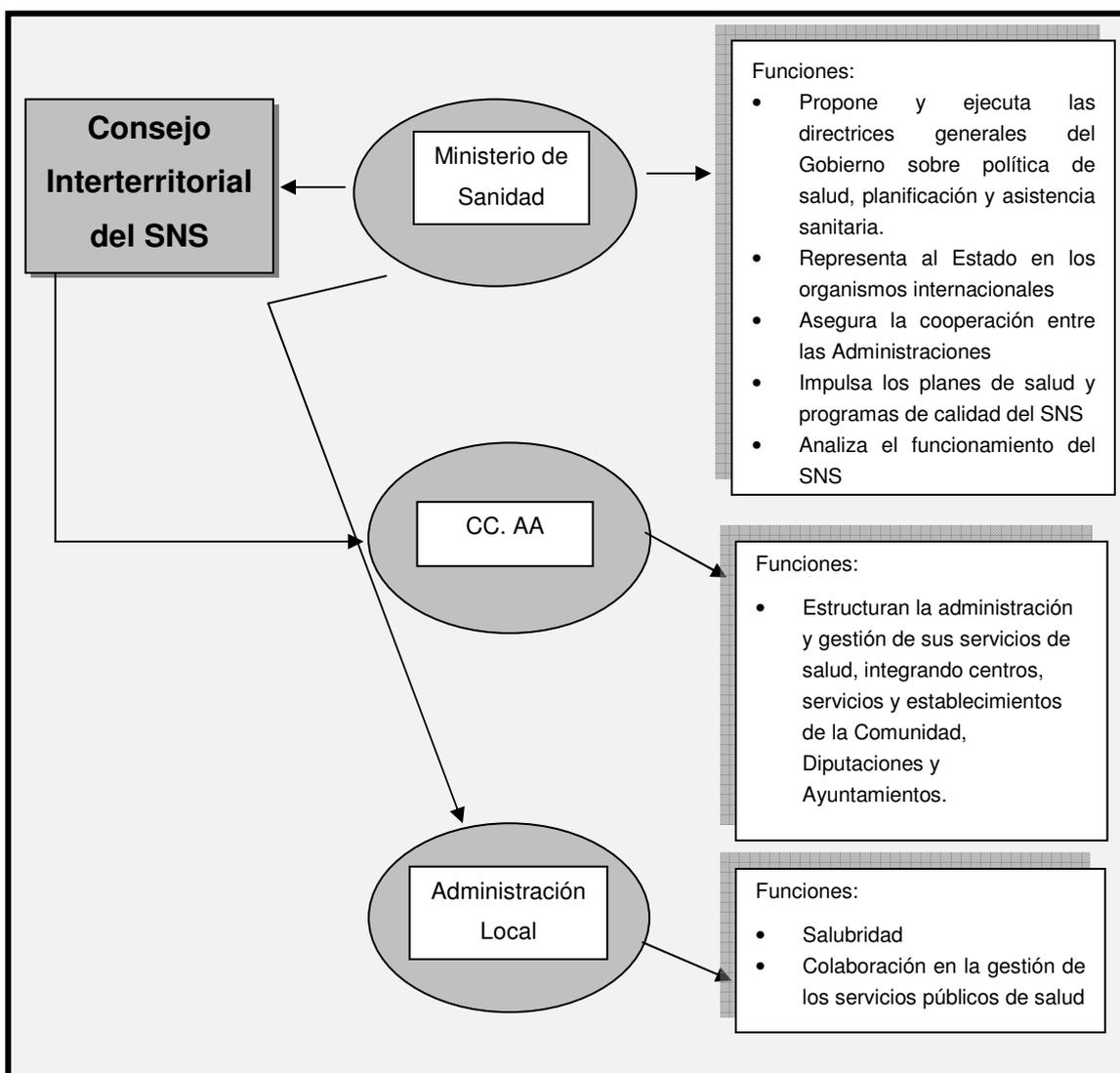
Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

El SNS español es un sistema de cobertura universal (incluidos los inmigrantes irregulares), financiado mediante impuestos y que opera básicamente dentro del sector público. Las competencias en materia de salud están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas y tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio. El sistema de financiación autonómica promueve la autonomía regional tanto en los gastos como en el de los ingresos. También se subcontrata con entidades privadas de atención hospitalaria (con o sin ánimo de lucro) entre el 15% y el 20% aproximadamente de la prestación de servicios sanitarios especializados (Análisis del Sistema Sanitario 2010 Resumen y conclusiones).

Los seguros privados voluntarios poseen un papel importante en el panorama sanitario español. Estos seguros privados voluntarios son independientes del sistema público y no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas, aunque existe una excepción a este sistema: las tres mutuas

MUFACE, MUGEJU e ISFAS cubren a funcionarios públicos y sus beneficiarios y son el único grupo que puede renunciar a la cobertura del SNS, optando por servicios sanitarios totalmente privados. Se financian mediante un sistema mixto de contribuciones por nómina e impuestos.

Figura 3. Esquema básico de la estructura del SNS



Fuente: Elaboración propia a partir de Jaráis Gulías, E. 2011.

2.3 Regímenes del SNS

El sistema de la Seguridad Social se compone de un Régimen General y diferentes regímenes especiales.

En el Régimen General están comprendidos los españoles mayores de dieciséis años, cualquiera que sea su sexo, estado civil y profesión, que residan y ejerzan su actividad en territorio nacional, siempre que concurra en ellos la condición de trabajadores por cuenta ajena o asimilados, en las distintas ramas de la actividad económica. Se incluyen expresamente los que lo sean a domicilio y también los eventuales, de temporada o fijos, incluso de trabajo discontinuo, sea cual fuere su categoría profesional y la forma y cuantía de la remuneración que perciban.

Los regímenes especiales incluyen aquellos trabajadores que realicen actividades profesionales cuya naturaleza, peculiaridades condiciones de tiempo y lugar o por la índole de sus procesos productivos, precisen beneficios que otorga la seguridad social.

Actualmente existen los siguientes regímenes especiales:

- Régimen Especial Agrario
- Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos
- Régimen Especial de los Empleados de Hogar
- Régimen Especial de la Minería del Carbón
- Régimen Especial de los Trabajadores del Mar

El número medio de afiliados al Sistema de la Seguridad Social durante el mes de agosto de 2011, ha alcanzado la cifra de 17.500.517 personas. (<http://www.tt.mtin.es/periodico/seguridadsocial.htm>)

2.4. Entidades gestoras de la Seguridad Social

Son entidades gestoras de la Seguridad social con personalidad jurídica propia y encargada de la gestión y administración de las prestaciones concedidas por la seguridad social:

Instituto Nacional de la Seguridad Social, se ocupa de la gestión y administración de las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social. En éste se integran las Mutualidades Laborales.

Instituto Nacional de Salud, encargado de la administración y gestión de los servicios sanitarios

Instituto Nacional de Servicios Sociales, gestiona y administra servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social.

Instituto Social de la Marina que gestiona el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar.

Son servicios comunes creados para llevar a cabo la coordinación administrativa y desarrollar funciones auxiliares y complementarias de la gestión de la Seguridad Social y tienen atribuidas sus funciones tanto en el Régimen General como en los Regímenes Especiales:

Tesorería General de la Seguridad Social, dotada de personalidad jurídica propia. Le compete la gestión de los recursos económicos y la administración financiera del Sistema, en aplicación de los principios de solidaridad financiera y caja única.

Gerencia de Informática, carente de personalidad jurídica propia. Su objetivo es dirigir, coordinar y controlar la creación, composición y actuación de los servicios de informática y proceso de datos de las distintas entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social.

El sector privado sin ánimo de lucro desempeña una función imprescindible en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estas contingencias están cubiertas por una serie de mutualidades, que financia la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, básicamente mediante contribuciones de los empleadores.

2.5. Atención primaria y Especializada

A los servicios de salud les compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la designación de áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. El modelo más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), en cada área de salud.

La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos a unos quince minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los **centros de salud**, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. La Atención Primaria es a su vez la encargada de las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

La Atención Especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica retorna a los servicios de la Atención Primaria, garantizando así la visión clínica y terapéutica global. El sistema se soporta en la continuidad de los cuidados y la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente. Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demográficas delimitadas, las Áreas de Salud, que establece cada comunidad autónoma teniendo en cuenta factores de diversa índole pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios.

Últimamente, los servicios de salud de algunas comunidades autónomas, están poniendo en marcha gerencias únicas de área que integran la atención primaria y la especializada. Sirva como ejemplo la Ley 6/2009 sobre libertad de elección en la sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Esta Ley es importante por varias

razones (Ley 6/2009, de 16 de noviembre de libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, 274, miércoles 18 de noviembre de 2009):

- 1) Recoge como valor fundamental la libertad como valor esencial y principio organizador de la sociedad avanzada, dejando patente que una sanidad de cobertura universal, aseguramiento público, financiación pública, equitativa y de calidad, demanda una permanente orientación al ciudadano y una sanidad pública participativa y orientada al paciente solo es posible cuando se tiene la libertad de elegir centro sanitario y el profesional por el que se quiere ser atendido. En resumen, esta Ley establece como criterio fundamental que la libertad de elección en la sanidad es elemento consustancial a una sociedad cada vez más informada y exigente.

- 2) En su disposición adicional cambia la estructura sanitaria de Madrid que pasa de tener 11 áreas sanitarias a una única área, integrada por la totalidad del territorio de la Comunidad de Madrid.

Por último, las zonas básicas de salud del área única se estructuran en cinco zonas básicas de salud que se regulan en el Decreto 52/2010 de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la CAM. Aunque en teoría se trata de buscar la integración y coordinación entre Primaria y Especializada, el escenario actual es que queda un largo camino para que la integración sea una realidad en la CAM (Decreto 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid, 189, lunes 9 de agosto de 2010).

Las zonas básicas de salud son el marco territorial de la Atención Primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Cada área dispone de un hospital general como referente para la Atención Especializada. Cada área de salud debe cubrir una población de no menos de 200.000 habitantes y no más de 250.000.

La Atención Primaria se caracteriza por su accesibilidad y por ser el referente para la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes.

Los hospitales componen un sector dinámico, que está en continua evolución y que viene condicionada por una serie de factores, tanto extrínsecos como intrínsecos al sistema sanitario.

Cuadro 15. Condicionantes extrínsecos y intrínsecos de la atención especializada.

Son condicionantes extrínsecos	Son condicionantes intrínsecos
Las mejoras en las condiciones higiénicas y en los hábitos de vida, lo que conlleva cambios en la morbilidad.	La universalización de la cobertura pública y una mayor accesibilidad a los servicios sanitarios
Cambios demográficos como el descenso de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida, y por consiguiente el progresivo envejecimiento de la población.	Cambios en los criterios de hospitalización derivados de una evolución de las técnicas diagnósticas y terapéuticas y de los cambios en la gestión y organización de los hospitales

La asistencia sanitaria del SNS se ofrece de modo ambulatorio, o en régimen de internamiento. El acceso a la prestación farmacéutica de forma ambulatoria, tanto en atención primaria como en especializada, se realiza mediante la utilización de la receta oficial de los diferentes servicios de salud.

Hay diferentes modelos de recetas médicas oficiales del SNS, según el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Los colores que diferencian el régimen o contingencia de pertenencia del usuario en las recetas

oficiales del SNS en soporte papel, se configuran en los bordes sombreados y serán los siguientes:

Cuadro 16. Tipos de recetas sanitarias

Color receta	Tipo de cobertura
Verde	Trabajador activo, para enfermedad común o accidente no laboral.
Rojo	Para pensionistas, para enfermedad común o accidente no laboral.
Azul	Accidente de trabajo o enfermedad profesional.
Gris	Recetas de las Mutualidades de funcionarios.
Blanco	Recetas para medicamentos no financiados.

Los medicamentos y productos sanitarios que se prescriben en receta verde tienen una aportación de los beneficiarios del 40%. Los medicamentos y productos sanitarios que se prescriben en receta de pensionista o de contingencias profesionales, no precisan aportación económica de los beneficiarios.

Algunos medicamentos que por sus características específicas se clasifican como de diagnóstico hospitalario y de especial control médico, es necesario para su dispensación el visado de la Inspección de Farmacia.

Otros medicamentos se clasifican como de uso hospitalario y no son dispensados por las oficinas de farmacia. Para acceder a ellos, los pacientes deben acudir a un servicio de farmacia hospitalario con la prescripción de un especialista hospitalario y un informe médico que justifique su necesidad. Estos medicamentos no llevan aportación económica.

La asistencia sanitaria en régimen de internamiento incluye, de forma gratuita, todos los tratamientos farmacoterapéuticos precisos, siempre que las necesidades terapéuticas estén consensuadas en el Equipo Asistencial (Guía farmacoterapéutica). Actualmente este es un tema que se encuentra en discusión por el alto costo que ello significa para el SNS.

3. Los recursos de la Atención sanitaria

3.1. Gasto sanitario y Financiación del SNS

La sostenibilidad financiera del modelo sanitario español, de cobertura casi universal y con importantes prestaciones, tiene una tendencia alcista en el gasto sanitario, como consecuencia de factores tanto de oferta como de demanda.

Los datos de España, sitúan el gasto sanitario público y privado en 2009 en 70.274.696 millones de euros. En 2010 el gasto sanitario total en España se sitúa en el 8% del PIB, lo que asciende a 85.007.280 millones de euros.¹⁸ Solamente en el intervalo 2002-2009, el gasto sanitario público se ha incrementado un 54 % como se desprende del cuadro que se presenta a continuación:

Tabla 1. Gasto sanitario público 2002-2009
Miles de euros corrientes

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
38.563.045	42.956.889	46.348.898	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.274.696

Fuente: (Ministerio de Sanidad y Política Social 2010)

Los factores que más han influido en el incremento del gasto sanitario público, señalados por Rubia son los siguientes (Francisco J. Rubia Vila 2011):

- Incremento demográfico debido a la inmigración.
- Universalización de la cobertura asistencial sanitaria.
- Implantación de nuevas tecnologías sanitarias con un alto coste de inversión y mantenimiento.
- Tendencia a la informatización de la gestión hospitalaria.

¹⁸ El PIB para el año 2010 se sitúa en 1.062.591 millones de euros. Fuente: <http://www.bde.es/webbde/es/>

- Positiva opinión pública sobre la eficacia de la asistencia sanitaria española.
- Efectos que sobre el gasto tiene la llamada “medicina defensiva” debida a la actitud de los profesionales sanitarios por dar respuesta a unos usuarios del sistema sanitario muy reivindicativos.
- Efectos sobre el gasto que ha tenido el proceso de fragmentación debido a la cesión de competencias en materia de sanidad a las 17 CC. AA.

La mayor parte del gasto sanitario (alrededor del 71%) se paga con fondos públicos recaudados principalmente a través de los impuestos; el porcentaje del gasto que corresponde a los seguros privados asciende al 5,5% y los gastos sufragados directamente por los ciudadanos alcanzan el 22,4%.

El análisis del gasto sanitario público en el año 2009¹⁹ se desglosa de la forma siguiente: un 55,5% corresponde a la atención especializada (hospitalaria y especializada), el 15,5 %, a la atención primaria, el 19,1%, al gasto farmacéutico y el 1,7% se dedica a salud pública y prevención.

Las comunidades autónomas administran el 91,21 % de los recursos sanitarios públicos, mientras que la administración central gasta el 1,74 % de los mismos y los municipios gestionan el 1,72 %. La atención sanitaria es la competencia más importante de las comunidades autónomas. Representa el 30% de su presupuesto total.

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

En cuanto a la clasificación económico-presupuestaria, la remuneración del personal es la partida con mayor peso en el gasto sanitario público con el 43,3% en 2010 y con una clara evolución creciente. En solo siete años la partida dedicada a remuneración se ha incrementado el 21,4 %.

¹⁹ No existen datos oficiales disponibles más actualizados a la fecha de finalización de este trabajo

Tabla 2. Remuneración del personal
Miles de euros /porcentaje sobre el total de gasto sanitario

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
16.230.693	17.915.439	19.369.266	20.831.638	23.188.862	26.136.716	29.025.213	31.351.746
34 %	40,5 %	40,6 %	40 %	40 %	41,8 %	42,2 %	43,3 %

Fuente:(Ministerio de Sanidad y Política Social 2010)

Desde el año 2002, las comunidades autónomas financian la atención sanitaria con cargo a sus presupuestos generales; las transferencias del Estado central no son finalistas. Las comunidades responden del 90 % del gasto sanitario que representa un 35 % de sus presupuestos. El sistema incluye varios fondos específicos, destinados a cubrir las necesidades estimadas de gastos en cada comunidad autónoma y a compensar las distintas necesidades de inversión y combatir las desigualdades entre las regiones. La fórmula utilizada para la adjudicación de fondos se basa en un criterio per capita, ponderado por la estructura de la población, la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio.

Entre las ventajas del sistema descentralizado de provisión sanitaria, destacan los incentivos a la innovación organizativa y de gestión, así como la posibilidad de desarrollar enfoques más orientados al paciente o variar las prestaciones en función de las preferencias locales. Por otro lado, al tratarse de un sistema de financiación no finalista, sino integrado en los presupuestos autonómicos, las comunidades pueden hacer trasvases de recursos (de educación a sanidad, sociales a culturales, etc).

En este punto, es preciso señalar los inconvenientes de la excesiva fragmentación del SNS, tales como el desaprovechamiento de economías de escala o la descoordinación en algunas actuaciones sanitarias. La descentralización en la gestión de compras, de tecnología, de equipamientos en general, puede limitar el poder de los gestores para

negociar los precios de compra y cuya evolución ha sido uno de los causantes del aumento del gasto sanitario. Por último, la falta de coordinación en política de recursos humanos, negociación colectiva o el mercado laboral de los profesionales, plantea ineficiencias en el sistema y genera tensiones económicas. La sanidad es un elemento generador de bienestar colectivo e individual y debe por tanto tener una instancia superior que garantice la homogeneización de servicios y políticas, en aras a conseguir la igualdad de todos los ciudadanos independientemente del lugar en el que residan. En este punto, hay que señalar el limitado papel que desempeña el Fondo de Cohesión Sanitaria ²⁰, a pesar de su denominación y de las finalidades que la ley le atribuye. Es por ello necesario articular mecanismos institucionales potentes que compartan información, coordinación, cohesión, control y evaluación de las políticas sanitarias.

El déficit en la financiación sanitaria se ha producido tanto por gastar más de lo presupuestado y aprobado por el Parlamento como por presupuestar por debajo de lo que se sabía se iba a gastar. No existe un único culpable de esta situación si no tres: las autonomías porque lo que importa son los votos pero sin contrapartida de esfuerzo fiscal, los órganos de gobierno, y un gran número de gestores sanitarios, valorados por otros criterios diferentes a los de no justificar gastos y decisiones que hipotecan el futuro del SNS.

²⁰ El Fondo de cohesión sanitaria, creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca. Su gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en relación con la política de garantías de calidad para racionalizar la organización de los servicios e introducir eficiencia en el sistema, regula en su artículo 28 los servicios de referencia, estableciendo que se designarán en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, con un enfoque de planificación de conjunto, y que la atención en ellos prestada se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

El modelo sanitario español se enfrenta a una situación problemática y difícil, obligada a adaptarse a la realidad financiera de la Administración pública estatal y autonómicas de las que depende. Lo que no se discute es el mantenimiento del carácter universal, gratuito e igualitario de las prestaciones asistenciales del sistema sanitario público como factor de cohesión social y bienestar individual y colectivo.

Esta nueva situación, coloca al SNS ante un escenario en el que la política sanitaria deberá ser abordada desde criterios diferentes. En los últimos veinte años, el SNS ha incrementado sus recursos humanos, materiales y asistenciales y el futuro gasto del sistema sanitario público en España dependerá de tres grandes factores:

- Evolución de la población cubierta.
- Envejecimiento de la población.
- Inflación sanitaria como resultado de la política y gestión de los servicios sanitarios (tecnología, prestaciones cubiertas, utilización de recursos, etc).

De las investigaciones y lecturas realizadas hasta el momento y con la debida cautela, ya que las predicciones sobre el gasto sanitario exceden el objeto de esta investigación, se concluye que el gasto derivado de los factores demográficos y la población cubierta podrían ser controlados, pero la utilización de los recursos y el uso de la tecnología son los principales causantes del crecimiento del gasto sanitario futuro.

En resumen, el contexto financiero del gasto del SNS es especialmente difícil, tanto para el conjunto del Estado como para cada uno de los Servicios Regionales de Salud. La pluralidad de factores unido a la incertidumbre del futuro, convierte la proyección del gasto sanitario en una tarea compleja. El sistema de financiación autonómica debe dotarse de mecanismos de flexibilidad que permitan a cada comunidad autónoma adaptarse a las condiciones demográficas específicas, además de a los efectos que producen el incremento de prestaciones sanitarias y el uso de los diferentes recursos.

Las soluciones administrativas o de restricción presupuestaria dirigidas a contener el crecimiento del gasto al que se enfrentan nuestro sistema sanitario pueden afectar a la cantidad de servicios prestados, pero no necesariamente mejorará la calidad

asistencial. Esa será la clave del futuro: mantener la calidad con los recursos limitados. Para ello, se debe poner en marcha un proceso que distinga lo que es efectivo de lo que no lo es y en esta línea, disminuir el uso de procedimientos inefectivos. La cooperación entre los profesionales sanitarios, administración, gobierno, y ciudadanos, es esencial si queremos utilizar mejor nuestros limitados recursos.

3.2. Recursos físicos y humanos del SNS

En el año 2010 existen en España un total de 13.121 centros de atención primaria, cada uno de los cuales da servicio a una media de 3.523 ciudadanos.

De los 770 hospitales²¹ que existen en España, 353 son del SNS y 417 son privados, es decir el 46 % son de titularidad pública y el 54 % de titularidad privada, aunque muchos de ellos tienen conciertos y reciben financiación pública por su actividad.

Como en la mayor parte de los países europeos, las cifras de personal sanitario por 100.000 habitantes se han incrementado en los últimos años en todas las categorías profesionales; pero en España especialmente en el personal de enfermería y de médicos.

Durante un tiempo no muy lejano, España fue exportadora de médicos y enfermeras a países como el Reino Unido y Portugal. Actualmente este fenómeno se ha ralentizado y durante la última década, la escasez de profesionales sanitarios se ha convertido en un problema para la planificación de los recursos humanos en la sanidad.

En 1994 trabajaban en los hospitales españoles un total de 289.260 personas, casi un 30 % más que 10 años antes (ver Tabla 3), lo que significa un notable incremento. Llama la atención que en el sector público se ha multiplicado por tres el personal dedicado exclusivamente a tareas de dirección y gestión.

²¹ Estos 770 hospitales han sido los que proporcionaron información para la Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado 2009 y constituyen el 95,9 % del Catálogo Nacional de Hospitales. La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI) forma parte del Plan Estadístico Nacional y se publica desde 1972. La ESCRI es actualmente la única fuente de información de recursos y actividades que cubre todo el ámbito de la actividad hospitalaria, pues reúne la información de todos los establecimientos sanitarios de asistencia especializada del territorio nacional, tanto públicos como privados. Es sin duda una herramienta para la planificación sanitaria y aporta importante información sobre la atención Especializada en nuestro país.

Tabla 3. Personal vinculado de establecimientos sanitarios por categorías según dependencia 1985-1994

Categoría	1985			1994		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Médicos	47.454	27.579	19.875	65.400	43.070	22.330
Otro P. Titulado superior sanitario	2.221	1.322	899	2.822	1.843	979
Enfermeros	73.034	60.164	12.870	99.179	84.480	14.699
Auxiliares, Técnicos sanitarios	72.760	56.077	16.683	94.138	74.500	19.638
Otro P. Sanitario	882	601	281	1.457	1.009	448
Dirección y Gestión	2.542	1.243	1.299	5.579	3.914	1.665
Otro P. No Sanitario	90.376	70.769	19.598	106.458	87.683	17.775
TOTAL.....	289.260	217.755	71.505	375.033	296.499	78.534

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985, 1994.

Tabla 4. Personal vinculado de establecimientos sanitarios por categorías según dependencia 2000-2009

Categoría	2000			2009		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Médicos	74.986	49.093	25.893	83.177	75.997	7.180
Farmacéuticos	1.348	887	461	1.946	1.499	447
Otro P. Titulado superior sanitario y medio	2.281	1.386	895	4.818	3.002	1.816
Enfermeros	103.873	87.463	16.410	140.440	124.080	16.360
Matronas, Fisioterapeutas y otros titulados medios	7.330	5.342	1.988	10.132	8.583	1.594
Auxiliares, Técnicos sanitarios	104.627	81.595	23.032	139.392	115.153	24.239
Otro P. Sanitario	1.113	572	541	2.213	1.356	857
Dirección y Gestión	5.414	3.821	1.593	6.785	5.061	1.724
Otro P. No Sanitario	113.783	88.640	19.729	128.756	110.310	18.446
TOTAL	409.341	318.799	90.542	517.704	445.041	72.663

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. No se incluye personal colaborador habitual.

A 31 de diciembre de 2009 trabajaban en los hospitales y sus centros de especialidades 517.704 profesionales vinculados mediante contrato, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario a jornada completa o parcial, excluyendo el

personal en formación postgrado. El colectivo más numeroso, es el personal sanitario que, con 382.163 efectivos representa el 74 % del total de trabajadores ²².

Si durante el periodo 1985-1994 el número de profesionales del sector sanitario se incrementó un 30 %, en el periodo 2000-2009 el número de profesionales del sector sanitario se incrementó un 26 %, lo cual significa que en 24 años, los recursos humanos en la atención sanitaria se han duplicado (54%).

Durante el periodo 2000-2009 el número de médicos vinculados en el sector público se incrementó en 26.904, lo que supone un incremento porcentual del 54%. Lo que más llama la atención es el número tan elevado de médicos que ejercen en el sector privado en el año 2000 y la reducción de más del 27 % de estos profesionales en el 2009. Sin lugar a dudas, estamos ante una mejora en las condiciones laborales que ofrece el sector público frente al sector privado para los médicos.

En lo que respecta a los diplomados universitarios en enfermería (sin incluir matronas y fisioterapeutas), también se ha observado un importante incremento en el sector público con 36.617 profesionales nuevos, lo que supone un incremento del 70 % en el sector público.

Según los datos recogidos en el documento de Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el número de médicos en atención especializada por 1.000 habitantes en el año 2000 ascendía a 1,43. En el año 2009, el número de médicos en atención especializada por 1000 habitantes asciende a 1,81.

El número de profesionales de enfermería en atención especializada por 1.000 habitantes asciende a 2,56 en el 2000 y en 3,06 en el 2009.

Estas cifras se refieren a los profesionales que prestan servicios en atención especializada con internamiento (hospital) y centros de especialidades dependientes,

²² No existen datos publicados posteriores a 2009. Los datos que se presentan son extraídos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI). Los datos de 2010 no se encuentran disponibles a la fecha de cierre de este trabajo.

no obstante, el número de profesionales sanitarios colegiados en España, es muy superior. A continuación se muestra un cuadro en el que se recoge la evolución de médicos y enfermeros colegiados 2006-2010.

Tabla 5. Evolución del número de médicos y enfermeros colegiados 2006-2010.

Categoría	2006		2007		2008		2009		2010	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Médicos	116.037	87.054	117.360	90.738	119.018	94.959	120.216	98.815	121.232	102.252
	203.091		208.098		213.977		219.031		223.484	
Enfermeras	40.837	196.213	41.328	201.672	41.719	208.420	42.094	213.351	42.994	219.921
	237.050		243.000		250.139		255.445		262.915	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).www.ine.es (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (Indicadores Hospitalarios))

Analizando la tabla anterior se puede concluir que el incremento en cuatro años del número de médicos colegiados ha sido del 9,1% y el de enfermeras del 9,83%. Llama notablemente la atención el proceso de feminización que se produce en ambas categorías, donde el número de mujeres médicos se incrementa en cuatro años en un 14,86% y el de las enfermeras en el 10,78 %.

El número de médicos colegiados según grupo de edad y sexo en estos años es la siguiente:

Tabla 6. Evolución del número de Médicos Colegiados según grupo de edad y sexo 2006-2010

Médicos Colegiados según grupo de edad y sexo	2006	2007	2008	2009	2010
Menores de 35 años					
Mujeres	24.200	24.655	25.918	26.697	27.454
Hombres	12.397	12.406	13.177	13.316	13.656
De 35 a 44 años					
Mujeres	26.141	26.188	26.660	27.120	27.242
Hombres	21.170	20.173	19.860	19.131	18.442
De 45 a 54 años					
Mujeres	28.875	30.171	31.144	31.510	31.597
Hombres	43.169	42.024	41.020	39.482	37.251
De 55 a 64 años					
Mujeres	6.412	7.973	9.254	11.141	13.181
Hombres	21.856	24.128	25.845	28.057	30.585
65 y más años					
Mujeres	1.422	1.725	1.982	2.342	2.778
Hombres	17.443	18.593	19.115	20.223	21.296

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Recogido en (Sistema Nacional de Salud. España 2010. Principales datos y cifras de la sanidad en España)

1. Para el año 2006 hay 6 personas en los que no consta el grupo de edad (4 mujeres y 2 hombres).
2. Para el año 2007 hay 62 personas en los que no consta el grupo de edad (26 mujeres y 36 hombres).
3. Para el año 2008 hay 2 personas en los que no consta el grupo de edad (1 mujer y 1 hombre)
4. Para el año 2010 hay 2 personas en los que no consta el grupo de edad (2 hombres)

De acuerdo a la tabla 6 existen en 2010 un total de 223.484 médicos colegiados en España, de los cuales el 45,75 % son mujeres y el resto varones, siendo el rango donde mayor número de médicos colegiados constan el comprendido entre los 45 y 54 años con un total de 68.848 médicos colegiados.

Por otro lado, se aprecia fácilmente que en los próximos veinte años habrá un número mayor de mujeres ejerciendo la profesión médica que de hombres, ya que en el rango

de menos de 35 años y hasta 44 años, el número de mujeres representa el 58,68 % del total de médicos en nuestro país.

Pues bien, en medio de este panorama uno de los desafíos a los que se enfrenta la profesión médica en España es hacia una progresiva tendencia al envejecimiento, en cuanto que las promociones de mayor edad son mucho más numerosas que las más jóvenes, debido a la implantación de los números clausus en las facultades de medicina en los años 80 (lo que derivó en los denominados MESTOS, médicos que no pudieron especializarse por la escasez de plazas de MIR ofertadas por el SNS). Finalmente en los últimos 10 años se ha incrementado considerablemente el número de médicos extranjeros colegiados en España y formados en otros países que desarrollan su actividad en el SNS.

Las especialidades en las que se necesitan más profesionales son las de medicina de familia, pediatría, anestesiología y reanimación, cirugía ortopédica y traumatología y radiodiagnóstico (Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario 2010).

Existe un amplio consenso sobre qué ha de esperarse de los regímenes de Seguridad Social (Francisco J. Rubia Vila 2011; Juan F. Hernández Yáñez 2009; Francisco Sevilla Pérez 2006): extensión de la cobertura con prestaciones adecuadas. Pero este objetivo debe alcanzarse garantizando la sostenibilidad financiera de los regímenes a medio y largo plazo y dentro de este objetivo, la política de recursos humanos tiene un papel estratégico.

Si entre 2020 y 2031 se jubilarán más de 70.000 médicos y se tarda entre 10 y 12 años en formar uno, hay que empezar a preparar un número de médicos suficiente para cubrir las jubilaciones en cada una de las especialidades.

Se plantean además otras medidas como favorecer el retorno de profesionales que emigraron al extranjero, el replanteamiento de la estructura de la formación de especialidades en ciencias de la salud (troncalidad común a varias especialidades para una más rápida disponibilidad de especialistas), así como agilizar las homologaciones de los licenciados de otros países extracomunitarios. Este último

objetivo se cumplirá a corto plazo con la aprobación de la nueva normativa sobre homologación de títulos médicos (Real Decreto 459/2010, de 16 de abril de 2010 por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea. BOE, 107, 3 de mayo de 2010). Desde este punto de vista, lo que plantea la necesidad de recurrir a esta medida es que la planificación de la cobertura de recursos humanos médicos no se ha realizado convenientemente.

Desde la visión de los recursos humanos se deberá frenar el consumismo sanitario implicando a los ciudadanos, incrementar el rendimiento del trabajo de los médicos, aumentando su autonomía, eliminando tensiones con los gestores y educando a los estudiantes de medicina en los valores de la profesión médica como altruismo, compromiso, honestidad, aspiración por la excelencia, modificar las políticas retributivas contemplando criterios como la cantidad y calidad del trabajo realizado, en resumen, hay que llevar a cabo medidas que permitan un pacto sanitario, un pacto social por la sostenibilidad económica, por la sostenibilidad de recursos humanos y por la sostenibilidad de la calidad de la asistencia.

La reiterada demanda de un **Pacto por la Sanidad** ²³ debe superar el escenario político e incorporar criterios técnicos y profesionales. Sin embargo, su elaboración no debe dejarse sólo en manos de políticos, sino que debería partir de la creación de una Comisión de expertos del sector sanitario con reconocido prestigio, y de diferentes disciplinas; técnicos, economistas, sociólogos, juristas, etc. Este Pacto debería gozar de la suficiente credibilidad, tanto interna como internacionalmente, para lo cual es imprescindible, hacer constar sus principios inexcusables: **equidad en el acceso, igualdad en prestaciones, financiación pública y solidaridad, calidad asistencial, eficiencia, eficacia y sostenibilidad económica.**

Para que la sanidad española sea sostenible requiere del control del gasto sanitario público. Se hace necesario trazar un camino para que las medidas de contención

²³ El viernes 15 de julio de 2011 se publicaba en el periódico Diario Médico una entrevista realizada al Secretario General de Sanidad el señor Martínez Olmos quién señala que "Probablemente el Pacto por la Sanidad sea más factible tras las elecciones", argumentando que "un pacto debe incorporar a los grupos parlamentarios, a la sociedad y a los ámbitos profesionales. Es la suma de todos".

tengan continuidad, actuando como garantía de la efectividad del propio Pacto. Para conseguirlo es imprescindible la colaboración entre comunidades autónomas y Estado.

Además de dicha colaboración, es imprescindible desde nuestra perspectiva de investigadores sociales, la participación de la sociedad civil y del profesional en este Pacto. Algunas de las herramientas que pueden ayudar en la credibilidad y aprobación del Pacto es la implicación de los recursos humanos, mejorando la motivación de los profesionales de la salud, la reconstrucción de una carrera profesional estatal y la profesionalización de la gestión sanitaria, garantizando la independencia del gestor público frente a criterios políticos y garantizando periódicamente su competencia profesional a través de los mecanismos pertinentes.

La **H2** de esta tesis trata de desvelar si los resultados en la aplicación de los modelos de carrera profesional de las diferentes CC. AA. pueden predecir el impacto económico para el SNS.

El consenso en materia de política de recursos humanos y el sistema de carrera y desarrollo profesional del SNS, objeto de nuestra investigación, deberían ser la pieza clave del Pacto de Estado por la sanidad.

Desbordaría ampliamente el ámbito de este estudio pretender abordar minuciosamente, la problemática asociada a las distintas situaciones laborales y administrativas en la vida de los profesionales de las instituciones sanitarias.

Algunos de los aspectos que admitirían un profundo margen de mejora, desde la perspectiva de una mejor planificación, coordinación y de cooperación entre las Administraciones serían los siguientes:

- La rigidez del sistema sanitario español para establecer diferencias retributivas.
- La ineficiencia de nuestro sistema sanitario, que requiere de un gran número de médicos para ofrecer un sistema de calidad.
- La baja productividad de nuestros médicos, con menor dedicación horaria que en otros países de nuestro entorno.

- El hospitalcentrismo de nuestra sanidad, con plantillas en hospitales sobredimensionadas.
- El excesivo consumismo sanitario, debido al sistema de “barra libre” sin límite alguno para su uso.
- Falta de coordinación y comunicación entre atención primaria y hospitalaria.

Todos estos aspectos están relacionados más o menos directamente con la gestión de las personas. Las personas son el valor central de la organización y la estructura formal, y la forma de dirigir las son el reflejo de esta circunstancia, ya que el progreso de las organizaciones depende de las personas que las integran y no hay razón alguna para que las instituciones sanitarias se mantenga al margen de este movimiento que hace de las personas la clave del éxito de una organización.

Si aglutinamos las dimensiones que caracterizan la gestión de personas, éstas se podrían aglutinar en tres bloques:

- La estrategia organizativa: es el marco dentro del cual se llevan a cabo todas las actividades del área de gestión de personas
- Los puestos de trabajo definidos por responsabilidades y tareas asignados a cada uno de ellos
- Las personas que integran la organización, con sus intereses y motivaciones, que es necesario conocerlas, aprovecharlas y desarrollarlas.

Algunas herramientas para la gestión de personas en cada una de las dimensiones señaladas anteriormente y dentro del marco sanitario son las siguientes:

Cuadro 17. Herramientas para la gestión de personas

Dimensión	Técnicas y herramientas para la gestión de personas
Estrategia organizativa	Elaboración del Plan Estratégico de la empresa
	Planificación de personas
	Planificación de la organización
Puestos de trabajo	Análisis y descripción de puestos de trabajo con perfiles de competencias
	Reclutamiento y selección de personas
	Programas y planes de formación
	Planes de carrera y sucesión
	Valoración de puestos de trabajo
	Sistemas de retribución
Personas	Evaluación de competencias/potencial
	Evaluación de resultados/objetivos
	Evaluaciones desempeño
	Planes de desarrollo

Fuente: Elaboración propia

El objeto de esta investigación se centra en desarrollar una de las herramientas que tienen doble dimensión, la de “Puestos de trabajo” en la que se señala como herramienta los planes de carrera y sucesión, y la dimensión “personas” en la que se señala como herramienta los planes de desarrollo. Se trata de desarrollar un nuevo modelo que supere todos los obstáculos que no permiten a los profesionales progresar de forma individualizada como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y responsabilidad, así como en la adecuación de la actitud, capacidad y cualidades personales a los objetivos del servicio de salud al que pertenezca. El modelo propuesto en este trabajo aspira y pretende superar alguno de estos obstáculos.

3.3. El marco de las nuevas tecnologías en la atención sanitaria

El papel de las nuevas tecnologías en el sector sanitario es un elemento clave en su desarrollo. Las TIC están transformando los modelos organizativos asistenciales, modificando la actividad clínica, docente e investigadora, están cambiando las metodologías de enseñanza y aprendizaje en la formación de los profesionales, creando nuevas especialidades relacionadas con el manejo de las TIC, como por ejemplo la Radioterapia y por último, intervienen en los procesos de comunicación entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos, así como en el acceso de los ciudadanos a la información sobre los temas relacionados con la salud. La telemedicina, la historia clínica en red, la prescripción electrónica o Internet, son algunos ejemplos de nuevas tecnologías que suponen grandes cambios en la práctica sanitaria.

La información es un elemento clave en la práctica de la medicina y las nuevas tecnologías permiten crear organizaciones basadas en el conocimiento, el aprendizaje o la enseñanza. Las TIC son las protagonistas de los cambios que se están experimentando en las organizaciones sanitarias. Sirva como ejemplo el cuadro que se presenta a continuación.

Cuadro 18. Diferentes áreas de impacto en la sanidad debidas a las nuevas tecnologías

Áreas de impacto	Elementos
Tecnologías de la información y las comunicaciones	Internet
	Intranet
	WWW
Herramientas para la gestión TIC	ERP ²⁴
	Data Warehouses. EIS. CRM ²⁵
	Data Mining
	Simulación
E-Salud	Historia clínica electrónica
	Telemedicina
	Tarjeta de salud
	Receta electrónica
	Portales de salud
Nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas	Sistemas de imagen digital
	Equipos de analítica
	Cirugía mínimamente invasiva

Fuente: Elaboración propia

Analizar cada una de las áreas de impacto descritas anteriormente iría más allá del objeto de esta investigación, sin embargo se ha considerado necesario desde la

²⁴ Los sistemas de planificación de recursos empresariales, o ERP (por sus siglas en inglés, Enterprise resource planning) son sistemas de información gerenciales que integran y manejan muchos de los negocios asociados con las operaciones de producción y de los aspectos de distribución de una compañía en la producción de bienes o servicios. Los sistemas ERP típicamente manejan la producción, logística, distribución, inventario, envíos, facturas y contabilidad de la compañía.

²⁵ Un Sistema de Información Ejecutiva (Executive Information System, EIS por sus siglas en inglés) es una herramienta de nivel gerencial, que permite monitorizar el estado de las variables de un área o unidad de la empresa a partir de información interna y externa a la misma. Se puede considerar que un EIS es un tipo de Sistema de Soporte a la Decisión.

CRM (de la sigla del término en inglés «customer relationship management»), puede poseer varios significados: es un sistema informático de apoyo a la gestión de las relaciones con los clientes, a la venta y al marketing. Con este significado CRM se refiere al sistema que administra un data warehouse (almacén de datos) con la información de la gestión de ventas y de los clientes de la empresa.

perspectiva sociológica analizar dos de las aplicaciones de las nuevas tecnologías: **la historia clínica electrónica y la telemedicina.**

La historia clínica electrónica es una herramienta en la que la información y los documentos se encuentran en soporte informático y pueden ser consultados, transmitidos o procesados utilizando las tecnologías de la información y la comunicación. Pero lo más relevante de la historia clínica electrónica desde la perspectiva social, es el modelo en el que los profesionales hacen uso de la información, ya que les permite el acceso a muchos más datos del paciente y por tanto a un mayor conocimiento, lo que redundará en una mejor calidad de la asistencia prestada. La historia clínica es algo más que un soporte de trabajo, significa un cambio relevante en la forma de organizar las empresas y es una herramienta clave de los nuevos modelos sanitarios del futuro, más descentralizados en su gestión y con estructuras más planas en su organización.

Gracias a la historia clínica electrónica, la información puede ser distribuida en muchos lugares, como por ejemplo distintos centros por los que haya pasado un paciente, por diferentes servicios médicos dentro de un mismo centro, garantizando rapidez y transparencia para el profesional y el usuario que accede a los datos.

La telemedicina es una tecnología que aplica a la medicina las redes de telecomunicaciones como medio para intercambiar información. Este término se creó para designar un nuevo modelo de practicar la medicina basado en el empleo de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Hoy día su uso está muy extendido entre la gestión sanitaria.

Las ventajas del uso de la tecnología se pueden resumir en el cuadro que se presenta a continuación.

Cuadro 19. Ventajas del uso de la tecnología en la sanidad

Beneficios	Ejemplos
Dar servicio en lugares donde la presencia de profesionales es complicada	Consulta médica a distancia
	Asistencia en situaciones de emergencia
	Apoyo de especialistas a distancia. Consultas a distancia
Utilización más eficiente de los servicios existentes	Atención domiciliaria. Teleasistencia
	Conexión entre especializada y primaria
	Recetas electrónicas
	Centros de atención de llamadas: 112, 061. Alertas
Acceso a la información y el conocimiento	Acceso a los datos del paciente en lugares diferentes
	Formación de los profesionales. Teleformación médica.
	Acceso a guías y protocolos

Fuente: Elaboración propia a partir de (Lola Ruiz Iglesias 2004)

Cualquier intento por explicar las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías en la gestión y práctica sanitaria, es difícil realizarlo en pocas páginas y en ese supuesto se ha partido al abordar este apartado. Se ha mostrado una panorámica básica de las principales herramientas tecnológicas al servicio de la gestión clínica. Más que realizar un análisis en profundidad de dichas técnicas, se ha optado por mostrar la existencia de las mismas y transmitir la idea de que éstas pueden ayudar en las decisiones clínicas y son un elemento imprescindible en la sanidad del siglo XXI.

En este apartado de nuevas tecnologías y lo que estas significan en la gestión médica diaria, no podemos obviar su importancia en el papel de la formación. Gracias a las nuevas tecnologías se mejoran tres aspectos clave de la formación: extensión (al

llegar a más profesionales), accesibilidad y especificidad, ya que se trata de una formación adaptadas a perfiles concretos de profesiones.

La formación e-learning, simulación, realidad virtual o virtualización de cursos, aportan valor cuando los resultados esperados están bien definidos y se integran adecuadamente en el plano formativo. La retroalimentación es muy importante cuando se utilizan las nuevas tecnologías.

Un sistema de carrera profesional directa e indirectamente es receptor del uso que se haga de las nuevas tecnologías. Todos los elementos y méritos valorados en la carrera profesional pueden llevar asociados el uso de nuevas tecnologías: en formación, investigación, resultados, etc

En la **H8** de nuestro trabajo, se espera demostrar si los modelos de carrera profesional pueden ayudar o han ayudado a facilitar a los profesionales el uso de las Nuevas Tecnologías para acceder a las fuentes de conocimiento, formación, etc

Conclusión Parte III

De la exposición realizada hasta ahora puede concluirse que los sistemas sanitarios actuales asisten a una evolución rápida de su estructura, de la tecnología y de las formas organizativas, lo que origina un incremento progresivo de la importancia y de la exigencia a los profesionales que los integran.

No es objeto de esta conclusión describir lo ya expuesto a lo largo de esta parte, sino que se pretende dar un salto sociológico definiendo el perfil de los profesionales del futuro de la sanidad española e incidir en la importancia de poner en marcha **políticas** que permitan conseguir y alcanzar las exigencias futuras. Los profesionales del SNS tendrán sin duda un papel complicado, deberán tener una gran capacidad de trabajo y una actitud positiva, en el seno de equipos interdisciplinarios y multiprofesionales, adquiriendo un compromiso con el aprendizaje permanente para conseguir la excelencia, mostrar dedicación y servicio a los intereses del paciente, ser conscientes del alcance de sus decisiones en cuanto a la distribución y utilización de los recursos y desarrollar relaciones de competencias compartidas y delegadas, en un contexto de división funcional del trabajo que tenga en cuenta los diferentes niveles de responsabilidad de cada profesional.

En estas circunstancias la carrera profesional es una necesidad y una demanda, tanto de los profesionales como de los receptores de sus servicios: la sociedad en su conjunto.

La cuarta parte de esta tesis se centra en los aspectos teóricos y en los valores que conducen a la motivación y la satisfacción personal y profesional. Por ello, pretendemos desvelar desde la sociología de las organizaciones, si la carrera profesional es un verdadero elemento de motivación y satisfacción, así como investigar desde la mirada sociológica los diferentes modelos teóricos encontrados en la literatura analizada.

Parte IV

Fundamentos teóricos de la carrera profesional

Resumen Parte IV

Con el fin de buscar las respuestas a nuevas cuestiones planteadas en este trabajo y en consonancia con las hipótesis planteadas, se desarrolla esta parte. La **H1** de esta tesis señala que se espera que los modelos de carrera profesional de las diferentes CC. AA. nos predigan su utilidad para dar un impulso motivador a los profesionales, y la **H11** espera demostrar si la carrera profesional supone un modo de conseguir una mayor retribución asociada a un mejor y mayor desarrollo profesional.

Para llegar a la corroboración de dichas hipótesis y comprender el verdadero alcance de la motivación y la satisfacción, se realiza una exposición desde una perspectiva histórico-sociológica de los diferentes planteamientos de la motivación y la satisfacción laboral a partir de las orientaciones, aspiraciones y expectativas del profesional sanitario. Se descubre un recorrido por las diferentes perspectivas y se destacan las que más se han interesado por los aspectos de las relaciones sociales.

El objetivo último será avanzar desde el punto de vista teórico, en la comprensión de la carrera profesional como elemento de motivación y satisfacción, y posteriormente contrastarlo con el trabajo realizado en la quinta y última parte, confirmando si la carrera profesional ha supuesto un elemento verdaderamente motivador para los profesionales sanitarios.

1. Motivación laboral: análisis de teorías y su relación con la carrera profesional

1.1. Aproximación a la motivación en las organizaciones

En término general y dado la ingente producción bibliográfica acumulada sobre la motivación y la satisfacción, se puede decir que ha existido un dominio de los enfoques de tipo psicológico o microsicológico. La razón principal que explica este planteamiento, es que desde el ámbito empresarial se busca la justificación de los comportamientos humanos desde una perspectiva que no ponga en cuestión los principios empresariales.

La motivación se refiere a los factores que hacen tender hacia ciertos fines a través del trabajo. La satisfacción se define en función de la discrepancia entre lo que una persona espera o piensa obtener de la tarea que realiza y lo que actualmente experimenta en su situación de trabajo.

El trabajo es una actividad intrínsecamente humana que tiene tres características fundamentales (Antonio Lucas Marín y Pablo García Ruiz 2002):

- Encierra un esfuerzo cultural: cualquier actividad del hombre sobrepasa el esfuerzo meramente biológico o animal. La técnica y el esfuerzo por ajustarse a la realidad y de alguna forma conquistarla y disponer de ella, le viene de ser algo intrínsecamente humano.
- Es perfectivo: en tanto que el hombre puede mejorar o corromperse mediante las actividades que desarrolla, incluidas las profesionales. El hombre puede mejorar en la medida en que asume y se apropia más plenamente de la realidad. El trabajo es más humano en la medida en que se realiza más libremente y cualquier cosa que signifique pérdida de libertad (sometimiento a las cosas, a las máquinas, al dinero o a los otros) es deshumanizante.
- Es relacional: el trabajo es siempre una actividad eficazmente productiva de alguien con otros, ya que supone una apropiación progresiva y acumulativa del

mundo. Es eficaz porque es posible hacer del trabajo una vía de apropiación del mundo para el hombre que trabaja. Desde el punto de vista social es eficaz porque favorece la cooperación y la solidaridad. En conclusión, se humaniza el trabajo porque se hace productivo, personal y socialmente eficaz.

La dificultad del estudio de la motivación laboral se debe a que es el resultado de la combinación de variables personales, organizacionales y del trabajo, y por otro lado, que las relaciones son más complejas de lo que plantean la mayoría de los modelos, realizados desde una sola perspectiva.

Pero las actitudes de los trabajadores no son una simple reacción ante las situaciones de trabajo, los comportamientos de los trabajadores están sin lugar a dudas influidos por el conjunto de las relaciones sociales que en las organizaciones se establecen.

Realizar un análisis sociológico de las diferentes teorías relativas a las motivaciones, satisfacciones y orientaciones de los trabajadores que influyen en la conducta laboral, supone tener en cuenta la relación entre las condiciones sociales en donde se desarrolla la actividad laboral, por ello, el contexto de la motivación-satisfacción debe situarse en tres niveles íntimamente relacionados entre sí (José A. Pérez Rubio 1997):

- **El relativo al ámbito de trabajo** en el que se tienen en cuenta condiciones de trabajo, organización de la producción, remuneración, productividad, etc.
- **El relativo al sistema de relaciones sociales** que configura la actividad laboral, tales como organización formal e informal, grupos de referencia, alianzas, agentes externos influyentes...
- **El relativo a los sistemas sociales y modelos culturales** como la estructura de clases, sistemas ideológicos, etc.

A lo largo de la Historia, las explicaciones sobre la conducta laboral son muy variadas. Existen muchos modelos que intentan dar respuesta a la motivación y satisfacción laboral, pero todos han estado condicionados por el tipo de sociedad y una cultura definida. Es difícil elegir las teorías sobre motivación y conducta laboral más relevantes, así que se han escogido aquellas que más pueden encuadrarse con las necesidades/motivaciones y expectativas de los profesionales objeto de esta

investigación. Posteriormente y a través del desarrollo de un nuevo modelo de carrera profesional, analizaremos cuales pueden influir o predecir las condiciones en las que el modelo propuesto pueda resultar más satisfactorio y motivante para los profesionales.

1.2. Teorías sobre motivación social en la empresa

1.2.1. Teorías clásicas de la motivación o Teorías de las necesidades.

Las teorías clásicas de la motivación o también denominadas de las necesidades, realizan una correlación entre la motivación y las necesidades individuales de las personas (ya sean internas o las referidas al trabajo).

Las teorías que gozan de mayor popularidad son las teorías de la jerarquía de necesidades de Maslow, la Teoría ERG de Alderfer, la Teoría de la necesidad de logro de Mc Clelland y la Teoría de los dos factores de Herzberg. Cada una de estas teorías describe un conjunto específico de necesidades que, en opinión de los investigadores tienen las personas y cada una de ellas difiere un poco de las otras en cuanto a la cantidad y tipo de necesidades identificadas. Las teorías también difieren en cuanto a cómo influyen en la motivación las necesidades que no se satisfacen. Diagnosticar las necesidades y a partir de ahí encontrar un camino para satisfacerlas, puede incrementar la motivación.

Cuando **Taylor** publicó en 1911 su obra "*Scientific management*" (La organización científica del trabajo), básicamente aplicó un racionalismo drástico al mundo del trabajo. Según Taylor existen dos tipos de trabajadores: los pensantes y los ejecutantes. Cada uno de ellos posee una actitud básica para realizar su trabajo. Los primeros se encuentran motivados con un trabajo intelectual y cualificado, los segundos desean no tener que pensar en su trabajo. Existía un tercer grupo que era el encargado de supervisar a los ejecutantes y velar porque hiciesen todo lo que los pensantes habían establecido en las descripciones de puestos de los ejecutantes.

Para asegurar la obediencia y buen rendimiento, Taylor considera que el elemento más motivador es el salario, por ello, establece un sistema retributivo variable según primas.

Las teorías de Taylor tuvieron una gran resistencia en la empresa de su tiempo. La dureza de las mismas creó un malestar entre los trabajadores quienes lucharon hasta conseguir restringir al máximo la aplicación de las mismas.

El inadecuado tratamiento de los clásicos de la motivación ofrece una transición natural a la escuela de relaciones humanas, ya que históricamente fue ese lapso en la teoría clásica, el que estimuló el nacimiento de las nuevas teorías. Los principios de los clásicos tienen una aplicación limitada, porque sólo satisfacen las demandas de la empresa generadas por entornos relativamente estables y homogéneos (Paul R. Lawrence y Jay W. Lorsch 1987).

Las ciencias del comportamiento comienzan entonces a desarrollar estudios sobre la naturaleza humana, y en particular, sobre problemas de personalidad, actitud y conducta. El interés por conocer los sentimientos y preocupaciones del trabajador da origen al problema de las Relaciones Humanas en la empresa, con lo que se produce el salto de la problemática individual a la social.

Hawthorne es el nombre de una factoría de la Western Electric Company de material telefónico, próxima a Chicago. Tenía entonces 29.000 obreros y en sus talleres se puede decir que nació la actual orientación de la Psicología y Sociología Industrial.

Se iniciaron estos experimentos con la idea de averiguar la influencia de la iluminación en el rendimiento en el trabajo. Los resultados fueron desconcertantes y se recurrió entonces a la colaboración del Departamento de Investigaciones de la Universidad de Harvard, dirigido en esos momentos por **Elton Mayo**.

Las distintas pruebas y experiencias a que fueron sometidos diversos grupos de trabajadores vinieron a demostrar que los factores puramente psicológicos, sociales y humanos, influyen en el rendimiento, al menos tanto como los de orden técnico,

económicos u organizacionales. Elton Mayo afirma que las necesidades sociales son fundamentales y que los trabajadores no solamente buscan comodidad y salario.

Después de la Segunda Guerra Mundial, continúan los estudios acerca de la motivación laboral. En este momento aparece la figura de **Abraham Maslow**, cuya teoría de la motivación ha sido y es todavía un clásico en las empresas.

La teoría de Maslow (1908-1970) propone una jerarquía en forma de pirámide con cinco necesidades a través de las cuales se va escalando. Según su teoría, un individuo no tiene interés por satisfacer necesidades de un escalón superior, cuando no ha satisfecho las necesidades del escalón inferior.

Las necesidades fisiológicas son las que podríamos clasificar como básicas, las que nos permiten sobrevivir: comer, beber, dormir, etc. Satisfechas estas necesidades, se desactivarán y serán sustituidas por la búsqueda de las de seguridad: abrigo, refugio y protección contra el peligro. Una vez satisfechas éstas, se buscará la necesidad de ser estimado y querido por los demás.

Las necesidades de logro significan la preocupación de la persona por alcanzar la maestría, la competencia, la habilidad en determinada circunstancia. Por último, tenemos las necesidades de autoestima y realización, que significan la necesidad de la persona por crecer y desarrollar su potencial al máximo. El afrontar responsabilidades y autonomía se encuentran dentro de este escalón de necesidades.

En resumen, la necesidad insatisfecha inmediata inferior, se convierte en la necesidad más potente y significativa.

F. Herzberg (1923-2000) desarrolló la teoría de Maslow creando un modelo de motivación muy original. Según Herzberg la teoría de Maslow es correcta, pero considera que no tiene en cuenta la existencia de dos tipos de motivos: los saciables, que son los más bajos en la pirámide de Maslow (fisiológicos y de seguridad), y que dejan de ser motivadores en el momento en que están razonablemente atendidos; y los insaciables, que son los más altos en la pirámide: afecto, logro, autoestima y

autorrealización, los cuales nunca están del todo satisfechos y siempre resultan motivadores para el hombre.

Herzberg diferenció entre dos tipos de motivos en el trabajo:

- 1) **Los factores higienizantes**, que corresponden a las necesidades bajas de la pirámide de Maslow. Estos factores pueden producir mucha insatisfacción cuando no están adecuadamente atendidos, pero por muy bien que se atiendan, nunca llegan a producir excesiva satisfacción. Herzberg comparó estos factores con la higiene, diciendo que si una persona no se cuida caerá enferma, pero por mucho que se cuide no está libre de tener enfermedades. Herzberg consideró que estos factores eran extrínsecos al trabajo, dependen más del entorno. Ejemplos de factores higienizantes son el salario, las relaciones con el jefe, con los compañeros, horarios, vacaciones.
- 2) **Los factores motivadores**, se corresponden con los niveles altos de la pirámide de Maslow. Estos factores si se poseen son muy motivadores, pero si no se tienen, no pueden producir ningún tipo de insatisfacción o desmotivación. Para Herzberg, estos factores son intrínsecos al trabajo, ya que se refieren al contenido del trabajo en sí mismo. Son factores motivadores la responsabilidad en el trabajo, la formación, la iniciativa, la creatividad en el puesto, etc.

Para Herzberg, una persona puede estar motivada y al mismo tiempo desmotivada en el trabajo, ya que los factores no son excluyentes entre sí. Los factores pueden ser dos caras de una misma moneda. Herzberg atacó directamente la concepción del trabajador motivado solamente por el salario y las primas, atacó las bases de la Organización Científica del Trabajo y también a la Escuela de las Relaciones Humanas, donde el nivel de productividad dependía de las normas del grupo y los estilos de liderazgo, considerando que ambos enfoques no eran capaces de reducir la insatisfacción del trabajador porque no podían enriquecer las tareas a desarrollar.

Uno de los principales desarrollos de esta teoría es la posibilidad de enriquecer los puestos de trabajo, como una forma de intervención sobre el puesto y la organización en su conjunto para la mejora de la satisfacción laboral y que en su forma más ortodoxa, supone incidir sólo sobre los factores motivadores del puesto.

Herzberg analiza la motivación desde una óptica externa y no desde las necesidades de los trabajadores. De ahí que su teoría se clasifique también en las denominadas teorías situaciones junto a la teoría o modelo de características del puesto.

El modelo de las características del puesto desarrollado por Hackman y Lawler (Richard M. Steers y Lyman W. Porter 1991), se sustenta en la idea que para que un trabajo sea satisfactorio hay que considerar tanto las características del puesto como los estados psicológicos de los trabajadores. Entre las características del puesto destacan cinco variables: la identidad, el significado, la autonomía, la variedad y la retroalimentación. A estas características hay que añadirle la existencia de estados psicológicos críticos. En este punto la variedad, la identidad y el significado se traducen en sentimientos de que el trabajo realizado tiene sentido. La autonomía infiere sentimientos de responsabilidad sobre el resultado del trabajo y la retroalimentación permite conocer y dar a conocer los resultados del mismo así como el grado de satisfacción.

Con el paso del tiempo, surgen una serie de figuras que siguen desarrollando las teorías de Maslow y Herzberg. Estas figuras se agrupan con el nombre genérico de **Escuela Sociológica**, en la cual destacan Rensis Likert, Chris Argyris y Douglas McGregor.

Mc Gregor (1906-1964) es el creador de la teoría X e Y. Dicha teoría podría ser una síntesis entre las teorías de Taylor, Elton Mayo, Maslow, Herzberg y la propia Escuela Sociológica.

La teoría X considera que los hombres son vagos por naturaleza, no les gusta trabajar, aborrecen el trabajo de forma innata. La teoría Y señala por el contrario, que a los hombres les gusta trabajar, les gusta hacer cosas y transformarlas. Por ello, saber motivar significa derribar los obstáculos que establece la empresa, que al mismo

tiempo son necesarios para canalizar los esfuerzos de muchas personas y dejar al ser humano que libere su potencial, creatividad e interés por el trabajo bien hecho.

Las teorías de McGregor son dos conjuntos extremos y opuestos de suposiciones que pueden hacerse sobre las personas. Según él, en la medida que aceptemos las suposiciones de la teoría X sobre las personas y nos comportemos con arreglo a ellas, las personas con las que interactuamos serán perezosas, irresponsables y desmotivadas. En la medida que aceptemos las suposiciones de la teoría Y, esas mismas personas serán autodirectivas, ambiciosas, responsables y motivadas.

Las conclusiones del enfoque de McGregor son coherentes con las de Maslow. Para aumentar la motivación hay que utilizar y aplicar más los supuestos de la Teoría Y. La aplicación debe suponer un incremento de la responsabilidad, una mayor delegación de autoridad y la concesión de oportunidades para realizar un trabajo más exigente y estimulante. Estos fines se alcanzarán de un modo más eficaz incidiendo en el puesto de trabajo.

Posteriormente, **Aldefefer** (1940-) propone tres grupos de necesidades; necesidades centradas en la supervivencia, necesidades sociales y de relación y necesidades de crecimiento y desarrollo personal.

Centrándonos en estudios más contemporáneos, nos encontramos a **Mc Clelland** (1917-1998), a quien le debemos el inicio de la gestión por competencias, así como la teoría de la motivación de logro. Este autor utilizó para sus teorías de la motivación, los descubrimientos de dos escuelas muy diferentes: la psicoanalítica de Freud y la conductista de Hull. Realiza la unión de dos teorías, una orientada hacia la persona y otra orientada hacia la situación.

Mc Clelland basa sus estudios en la existencia de “incentivos naturales”, es decir, en la existencia de actividades que son en sí mismas satisfactorias para las personas. La satisfacción se produce o bien por la realización, o bien por el placer que produce no realizar determinadas actividades. Por tanto, la motivación de logro es el gusto por hacer algo mejor y las personas que buscan la variedad y se arriesgan, suelen tener un mayor motivo de logro.

Para Mc Clelland el rendimiento no se basa solamente en la motivación personal, sino en la interacción de esta motivación con el entorno y con las motivaciones de otros (la política de la empresa, los compañeros, los jefes...) que nos rodean en el trabajo.

Mc Clelland define tres motivos sociales como los causantes de los comportamientos de las personas. Dichos motivos son: logro, afiliación y poder.

Con los motivos de logro se trata de alcanzar o superar un estándar de desempeño. Con los motivos de afiliación se trata de generar y mantener buenas relaciones con las personas que nos importan, y con los motivos de poder se trata de influir en otras personas, conseguir que hagan cosas gracias a nuestras influencias.

Son conductas asociadas al logro, establecer objetivos retadores, asumir riesgos o responsabilidades y son resultados relacionados con el logro, los éxitos en trabajos que suponen un reto frente a estándares o la resistencia al estrés. Conductas asociadas a la afiliación, es la necesidad de mantenerse en contacto con otros o el tratar de simpatizar con los demás y darles apoyo cuando lo precisen. Son resultados relacionados con la afiliación, la efectividad de la persona como consejera o la creación de un buen clima de trabajo.

Son conductas asociadas al poder, el dar consejos a otras personas sin que lo soliciten, intentar que los demás hagan cosas siguiendo una pauta, o influir sobre los demás para que logren determinados resultados. Son resultados relacionados con el poder, el conseguir que las personas hagan cosas o conquistar cambios en las organizaciones en las que la persona está.

A continuación se resumen las principales características de las teorías clásicas de acuerdo a las necesidades y motivaciones que plantean, completándolas con una clasificación de necesidades del trabajador de hoy en día.

Cuadro 20. Resumen de las principales características de las Teorías clásicas o de las necesidades

<i>Maslow</i>	<i>Herzberg</i>	<i>Mc Gregor</i>	<i>Aldefer</i>	<i>Mc Clelland</i>	<i>Clasificación de necesidades actuales</i>
Fisiológicas	Autorrealización	Autorrealización	Relaciones sociales y de relación	Sistemas sociales	Intrínsecas
Seguridad y protección	Autoestima	Delegación	Desarrollo personal y crecimiento	Relaciones sociales	Interacción social
Afiliación	Logro	Relaciones sociales	Supervivencia	Cultura de empresa	Extrínsecas
Autoestima	Afecto	Mayor contenido del puesto		Logro	
Autorrealización	Enriquecimiento puesto de trabajo			Afiliación	
	Introduce óptica externa no solo necesidades			Poder	

Fuente: Elaboración propia

1.2.2. Teorías del equilibrio

Estas teorías parten de que los individuos buscan a través de su conducta laboral un equilibrio personal en diferentes facetas de su vida (Amparo Osca Segovia 2004).

Dentro de estas teorías destacamos dos: **la teoría de la disonancia cognoscitiva** y **la autorrealización**. La teoría de la disonancia cognoscitiva se debe a las investigaciones de **Festinger** y se puede resumir en tres puntos importantes:

1. Parte de la idea de que los conocimientos, actividades y la conducta de una persona pueden tener entre si tres tipos de relaciones:

- a. Consonantes: cuando la conducta A sigue del conocimiento B, por ejemplo una persona que se esfuerza por asistir a un curso de formación porque sabe que dicho curso le ayudará a mejorar sus habilidades, es decir la conducta A sigue del conocimiento B.
- b. Disonantes: cuando la conducta A no se sigue del conocimiento B, por ejemplo, una persona que fuma pero sabe que fumar provoca cáncer.
- c. Irrelevantes, cuando la conducta A no tiene relación con B, por ejemplo una persona que lleva 10 años yendo a trabajar por el camino X y no por el camino Y.

A la vista de estos tres tipos de relaciones, esta teoría considera que un conjunto de conocimientos disonantes constituye un estado motivacional negativo que el individuo tiende a reducir. Para eliminar este estado motivacional negativo, el sujeto tiende a cambiar sus conocimientos y el modo de alcanzarlos, a fin de que sean consonantes con su conducta. Siguiendo con el ejemplo de fumar, en términos de la teoría, el deseo de vivir una vida larga es disonante con la actividad de hacer algo que lo más probable acorte la vida. La tensión que produce estas ideas contradictorias puede reducirse dejando de fumar, negando la evidencia de cáncer de pulmón o justificando que se fuma muy poco. Cambiamos los conocimientos para reducir la disonancia cognoscitiva.

Dentro de esta base teórica se han desarrollado numerosas investigaciones que demuestran la tendencia a trabajar hasta un nivel en el que las personas consideran que obtienen unos resultados justos o equitativos. El problema es que no existen parámetros de disonancia, pudiendo ser muy desiguales entre los individuos y muy difícil catalogar lo que las reduce.

La teoría de la autorrealización indica que las personas están motivadas para rendir en una tarea o puesto de trabajo de manera coherente con la autoimagen con que enfocan esa tarea o ese puesto de trabajo. En suma, las personas están motivadas a rendir eficazmente, en la medida que dicho rendimiento es coherente con su autoconcepto.

1.2.3. Teorías del incentivo o del refuerzo

Estas teorías consideran el rendimiento en función de la recompensa que uno espera alcanzar por su trabajo. Por tanto, a mayor recompensa, mayor rendimiento. Desde las organizaciones se trata de alentar las competencias deseadas y desalentar los comportamientos no deseados a través de refuerzos o incentivos. Si una persona desea determinado beneficio y considera que este beneficio puede lograrse rindiendo a un determinado nivel, entonces se sentirá motivado para rendir a dicho nivel.

Komaki, Coombs y Schepman describen la Teoría del Refuerzo como una teoría motivacional que enfatiza las consecuencias de diferentes tipos de refuerzo sobre la conducta. En el contexto organizacional un ejemplo de reforzadores habituales son el dinero, el prestigio, la promoción, etc. (Richard M. Steers y Lyman W. Porter 1991).

Las técnicas de refuerzo pueden fomentar o suprimir el comportamiento deseado mediante la aplicación o la eliminación de los refuerzos. El refuerzo positivo implica asociar un comportamiento o resultado deseado con recompensas de cualquier índole. Por ejemplo, a mayor productividad mayor salario.

El refuerzo negativo, la persona actúa para acabar con un estímulo adverso. Por ejemplo, un profesional podría dejar de esforzarse en pedir determinada información a un cliente porque sabe que esa información no tendrá ninguna trascendencia y por tanto, no le compensa invertir tiempo en esas llamadas.

La supresión elimina positivamente un comportamiento indeseado, reteniendo el refuerzo positivo. Por ejemplo, cuando una persona realiza horas extras, pero no recibe salario extra o alabanzas por su esfuerzo, dejará de realizar horas extras. Al retener ese refuerzo el responsable también hará que se suspendan comportamientos deseados como la productividad o la creatividad.

El castigo elimina un comportamiento no deseado, imponiendo un hecho negativo después de un comportamiento no deseado, por ejemplo, un responsable que no paga incentivos porque su colaborador ha cometido una negligencia.

Detrás de esta teoría debe estar implícito que las recompensas o refuerzos deben satisfacer las necesidades del empleado y se deben aplicar de forma equitativa, de lo contrario el fracaso de un programa de refuerzo/incentivos está garantizado.

1.2.4. Teorías del control de la motivación

Dentro de esta teoría se distinguen dos modelos diferentes: **la teoría del control cibernético y la teoría del control racional**. Ambas tienen en común que las personas interpretan los estímulos que reciben del exterior y ponen en marcha conductas para conseguir sus objetivos o en otras palabras, una discrepancia entre las metas y el desempeño crea una motivación correctora.

La teoría del control cibernético defiende que los individuos regulan su comportamiento realizando comparaciones entre su conducta y el objetivo que desean lograr. Si en este proceso de comparación no se detecta ningún desajuste se mantiene la conducta y se continúa la acción, sin embargo, si se perciben discrepancias se crea una fuerza motivadora autocorrectora que empuja al individuo a realizar cambios tanto cognitivos como conductuales para mejorar esa situación. Dependiendo de las características del individuo y de la situación, la decisión se toma en función de si lo que se desea es cambiar el entorno a través de una acción o si lo que se cambia es el referente de lo que se desea.

Cuando el objetivo se ha conseguido, el sujeto suspende el deseo de alcanzarlo. Según este modelo la motivación se rige por una jerarquía de objetivos que determinan la conducta humana. El modelo que se muestra también puede ser utilizado para explicar otros hallazgos en la literatura de establecimiento de objetivos, tales como que los objetivos aceptados, específicos y difíciles conducen a un mejor desempeño ²⁶.

La teoría del control racional reconoce que aún existiendo ciertas discrepancias entre el objetivo y la conducta, esto no siempre implica un proceso de autocorrección sino que, en ocasiones los individuos son capaces de soportar ciertas discrepancias a través de mecanismos de reducción de las mismas, tales como el aprendizaje de las experiencias

²⁶ La traducción es propia, citado en (Michael Campion y Robert G. Lord 1982)

pasadas, el cambio de expectativas o la influencia de los procesos sociales como la comparación social.

Por otro lado, no siempre los objetivos están jerarquizados, ya que la elección de objetivos puede venir dada por la percepción de habilidad y rendimiento personal.

Para finalizar la explicación de esta teoría, se debe señalar que el proceso de fijación de objetivos debe ser visto como un proceso dinámico en el que la retroalimentación dada sobre el rendimiento específico es necesaria para asegurar un adecuado ajuste del comportamiento. Por último y dependiendo de la naturaleza de la situación, la reducción de las metas y los cambios en las estrategias también pueden ser un foco de discrepancias en el rendimiento.

1.2.5. Teoría de la equidad o de la igualdad o también denominadas teorías del intercambio

Los empleados no son observadores pasivos de lo que sucede en su lugar de trabajo. Se forman impresiones de los otros y los hechos que les afectan en su comportamiento responden a la evaluación positiva o negativa que realizan de dichos hechos.

La teoría de la equidad es una de las llamadas teorías del intercambio. Esta teoría elaborada por **Adams** señala la importancia de la percepción de justicia como elemento de motivación. Para Adams, los trabajadores perciben su participación en las organizaciones como el resultado de un intercambio en el que aportan unos *inputs* a la organización, como la experiencia, conocimientos, esfuerzo, etc y la organización a su vez devuelve unos *outcomes* como el salario, reconocimiento, prestigio social, etc. Los individuos quieren conseguir interacciones equilibradas entre lo que dan y lo que reciben y el problema surge cuando se realiza la comparación social entre otros miembros de la organización que se encuentran en la misma situación.

Adams sugiere que cuando el resultado de la comparación es positivo y el trabajador percibe cierto grado de justicia se siente motivado. Sin embargo, cuando se percibe injusticia, se produce una tensión aversiva, que está en proporción a su magnitud y lleva

a los individuos a intentar corregirla. La fuerza de la motivación es proporcional a la tensión creada (J. S. Adams 1965).

Esta evaluación de la igualdad se basa en la percepción y no en la igualdad objetiva. En cierto sentido, esta teoría simplifica demasiado los temas de la motivación, pues no considera explícitamente las necesidades, los valores o la personalidad individual. No obstante, una empresa debe velar porque exista un grado de comparación razonable entre las personas, en términos de *inputs* y *outcomes*. Para ello, es importante que se transmita información adecuada y veraz a toda la organización.

Para Adams existen varias fórmulas para reducir la tensión creada:

- Intentar generar cambios entre los *inputs* y los *outcomes*, por ejemplo, “trabajo menos porque recibo menos”.
- Intentar influir en la otra parte para que cambie sus *inputs* u *outcomes*, por ejemplo, solicitar un incremento de sueldo.
- Compararse con otro entorno social, por ejemplo, “no me pagan bien pero hay mucha gente que está en el paro”.
- Distorsionar la percepción de la situación y así eliminar discrepancias, por ejemplo, “le tratan mejor porque es el preferido del jefe”.
- Abandonar la situación que produce tensión.

Esta teoría combina aspectos de la Teoría del control de la motivación y las Teorías del equilibrio, intentando eliminar lo que produce disonancia cognoscitiva. La teoría de la equidad ofrece un enfoque útil para la comprensión de una amplia variedad de relaciones sociales en el lugar de trabajo.

1.2.6. Teoría de la expectativa-valor

Motivar a los empleados significa satisfacer sus necesidades, garantizar la igualdad en la organización, reforzar los comportamientos deseados y establecer metas específicas, atractivas y aceptadas. **La Teoría de la expectativa-valor** integra todos estos elementos en una sola teoría. Es una teoría que aglutina muchos elementos de las teorías de las necesidades, de la igualdad y del refuerzo.

Esta teoría se basa en los trabajos de **Tolman** donde se señala que la conducta de los seres humanos es el resultado de las elecciones entre diferentes alternativas, encaminadas a la búsqueda del placer y a la minimización del dolor (Edward Chace Tolman 1932).

Posteriormente **V. Vroom** completó a Tolman desarrollando la idea de que las personas adoptan decisiones racionales respecto a su conducta y calculan la probabilidad de obtención de un determinado objetivo, en función del esfuerzo invertido (Edward L. Deci y Victor H. Vroom 1992).

De acuerdo a esta teoría la motivación de una persona crece cuanto mayor es el valor que ésta conceda a la meta que quiera conseguir y cuantas más posibilidades tenga de lograrla. Esta teoría posee una aplicación clara a la dirección por objetivos como fórmula de motivación, siempre y cuando los responsables le den valor a su consecución. De ahí que Vroom considerara la motivación de una persona para alcanzar una meta en función de tres factores: el valor otorgado a dicha meta, la expectativa de poder alcanzarla y el instrumento o conducto.

Este modelo consigue sus objetivos manejando tres variables:

$$M = E \times V \times I$$

Expectativa: el grado de convicción de que el esfuerzo realizado contribuirá a la obtención del resultado buscado. Se mide en términos de probabilidad. Es decir si un profesional no observa oportunidades de que un esfuerzo pueda llevar a un desempeño deseado la expectativa es 0. Por el contrario si posee gran confianza en que el esfuerzo pueda conseguir el resultado, la expectativa es 1.

Valencia: es el valor que se percibe de los resultados de una acción. Se trata de un valor único para cada persona, está condicionado por las experiencias pasadas y puede variar en el tiempo una vez que las necesidades más antiguas son satisfechas y otras nuevas emerjan.

Conducto o instrumentalidad: Representa la fuerza entre la expectativa y la valencia. La instrumentalidad según Vroom se refiere a la percepción que tiene el individuo de que el desempeño producirá resultados positivos o negativos, como una promoción, un aumento salarial o un mayor cansancio. El conducto o instrumento disminuye cuando el desempeño no se percibe como algo ligado a resultados específicos.

La combinación de los tres factores produce la fuerza motivacional en diferentes grados de acuerdo a la intensidad de los mismos. Conforme aumenta cada uno de los componentes, la motivación también incrementa, conforme cada elemento disminuye la motivación también.

En resumen, esta teoría tiene similitudes con la pirámide de necesidades de Maslow, la teoría de la equidad e incluso con la teoría de los dos factores de Herzberg. Se trata de una teoría que encierra un modelo razonablemente válido de las causas del comportamiento en el trabajo.

1.2.7. Teoría del establecimiento de metas/objetivos

Al igual que la Teoría de las expectativas puede representar una concepción integral de la motivación, el establecimiento de metas también lo puede hacer.

Esta teoría afirma que el proceso de establecer metas se puede concentrar en el comportamiento y motivar a las personas. Se basa en el impacto de los objetivos en la ejecución de la tarea. De cara a comprender la fuerza motivacional de los objetivos se han identificado dos factores relevantes: contenido e intensidad del objetivo que a veces no son fáciles de separar.

Se trata de una teoría que ha tenido un gran desarrollo en los últimos 20 años. De hecho la puesta en marcha de la denominada dirección por objetivos (DPO) en las empresas, tiene su base en esta teoría. Para que un objetivo sea motivante es necesario que cumpla varias premisas: que sea específico, enunciado correctamente y que además posea algún grado de dificultad (E. Locke y Lathman G.P 1990).

Para que las aplicaciones de esta teoría tengan éxito y por tanto incrementen la motivación, es importante cumplir una serie de recomendaciones:

- Los objetivos deben estar bien definidos y con claros indicadores de cumplimiento
- El profesional debe participar en el establecimiento de objetivos y aceptados por este, aunque impliquen un grado de dificultad.
- Establecer prioridades o hitos de control si existen varios objetivos.
- Dar retroalimentación sobre el cumplimiento del objetivo y poder establecer conductas correctoras en caso de requerirlo.
- Conseguir alinear los objetivos de la organización con los objetivos individuales.

Esta teoría y en especial su aplicación a la empresa, ha tenido numerosas críticas ya que en algunas ocasiones se centra exclusivamente en los aspectos cuantitativos y no considera que en la motivación intervienen otros muchos aspectos como la retroalimentación recibida, los recursos disponibles para alcanzar los objetivos, el grado de implicación de la organización, etc.

Se trata de una teoría que puede funcionar muy bien cuando su aplicación se combina con criterios adecuados de gestión empresarial.

1.2.8. Teoría social cognitiva

Los orígenes de la Teoría Social Cognitiva surgen de la Teoría del Aprendizaje Social propuesta por **Bandura** y en la que se enfatiza la importancia del ambiente como elementos que definen la conducta y la motivación en particular (Albert Bandura 1986).

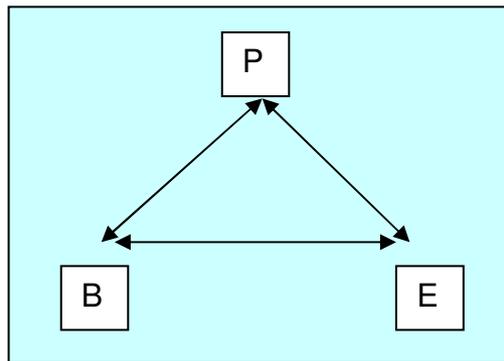
Para este autor, el logro de metas se consigue por medio de procesos auto-regulatorios que implican varios componentes: el establecimiento de metas, la auto-observación y la auto-reacción. El establecimiento de objetivos es para Bandura un proceso mediante el cual los individuos establecen metas que representan lo que desean conseguir. Estos objetivos se basan en la percepción de autoeficacia de la conducta pasada y en la estimación de realizar una acción con mayor o menor éxito.

Una vez establecidos los objetivos los individuos valoran si su conducta/desempeño está próxima a alcanzarlos. Gracias a la autoevaluación, se compara la situación deseada frente a lo alcanzado. Si fruto de esta comparación se obtiene un balance positivo, es decir, se han alcanzado los objetivos, se produce un incremento de la percepción de autoeficacia y satisfacción. Si el resultado es negativo, se produce una reducción de la percepción de autoeficacia y de insatisfacción. En este último caso, la motivación estimula a reducir la discrepancia a través de diferentes estrategias, por ejemplo, incrementando el nivel de esfuerzo, bajando el nivel de los objetivos a conseguir, cambiando las estrategias utilizadas, etc.

Para Bandura el ambiente, como la conducta tiene sus causas. La conducta está regulada por sus contingencias, pero las contingencias están producidas, en parte, por la propia persona. La persona, por sus acciones juega un papel activo en la producción de contingencias reforzantes que influyen sobre ella, es decir, la conducta en parte crea el ambiente, y el ambiente influye en la conducta de manera recíproca. En otras palabras, las personas son producto y productoras de su entorno.

Cuando se considera el ambiente como un determinante autónomo de la conducta (y no como un determinante influenciado) suelen infravalorarse las cualidades y logros que dignifican a la persona. De ahí el concepto utilizado de auto-eficacia. Contrariamente a esta visión unidireccional, los logros humanos son el resultado de la interacción recíproca de las circunstancias externas con numerosos determinantes personales, entre los que se incluyen las potencialidades de la persona, las competencias adquiridas, el pensamiento reflexivo y un alto nivel de iniciativa personal (Albert Bandura 1982).

Figura 4. Representación esquemática de las relaciones entre comportamiento (behavior), factores cognitivos y personales (personals) y entorno (enviroment).



La Teoría social cognitiva sienta las directrices para que el equipo con las competencias, capacidad de autorregulación y sentido de la eficacia les permitirá alcanzar su bienestar y sus logros.

A continuación se recogen en un cuadro las fases por las que deberían transitar los diferentes programas de intervención en el sector sanitario, siguiendo las directrices de las teorías sobre motivación analizadas anteriormente.

El cuadro se estructura recogiendo una definición básica de cada una de las teorías expuestas, posteriormente se señala la estrategia más adecuada para intervenir en el entorno sanitario y las herramientas que podrían permitir la puesta en marcha de la estrategia señalada, finalizando con los mecanismos de evaluación de los resultados.

Cuadro 21. Fases de implantación de un programa de intervención en el sector sanitario basado en algunas de las Teorías sobre motivación laboral (1ª parte)

Teorías	Definición básica	Estrategias de intervención en sanidad	Herramientas para la puesta en marcha de las estrategias	Evaluación de resultados
Teoría de las necesidades	❖ Correlación entre motivación y necesidad individual.	❖ Evaluar las condiciones laborales más óptimas.	❖ Dotar a los profesionales de rrhh y materiales ❖ Leyes orientadas a conciliar vida laboral y profesional. ❖ Condiciones laborales facilitadoras: turnos, salarios, seguridad, etc.	❖ Evaluación de resultados a través de análisis de rotación, absentismo, conflictos laborales.
Teorías del equilibrio.	❖ Búsqueda de equilibrio personal a través de conducta laboral.	❖ Evaluar lo que produce disonancia cognoscitiva.	❖ Planes de desarrollo individual.	❖ Evaluación puesta en marcha de planes. ❖ Encuesta de clima laboral /satisfacción.
Teorías del incentivo o refuerzo.	❖ Rendimiento en función de recompensa.	❖ Evaluar el nivel de motivación de los profesionales.	❖ Puesta en marcha dirección por objetivos. ❖ Sistema de carrera profesional.	❖ Evaluación puesta en marcha de planes. ❖ Encuesta de clima laboral /satisfacción.
Teorías del control de la motivación.	❖ La discrepancia entre objetivos y desempeño genera una motivación correctora.	❖ Alinear estrategias organizacionales con intereses personales.	❖ Puesta en marcha de dirección por objetivos. ❖ Sistema de carrera profesional	❖ Recondicionar metas y objetivos en el caso de disfunciones. ❖ Evaluar desempeño y adecuar si es necesario.

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

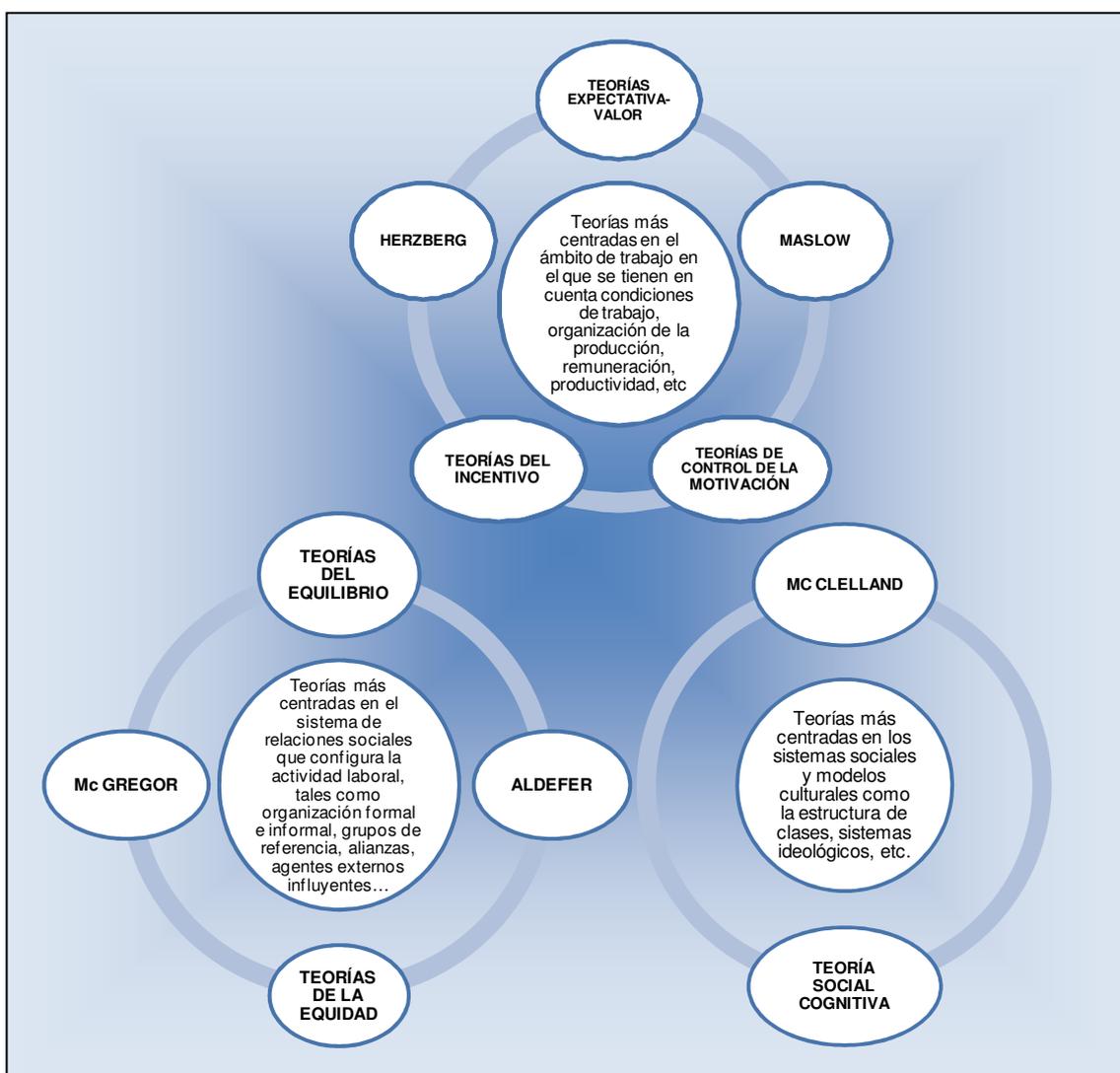
Cuadro 22. Fases de implantación de un programa de intervención en el sector sanitario basado en algunas de las Teorías sobre motivación laboral (2ª parte).

Teorías	Definición básica	Estrategias de intervención en sanidad	Herramientas para la puesta en marcha de las estrategias	Evaluación de resultados
Teoría de la equidad.	❖ Percepción entre el resultado de un intercambio en el que aportan unos inputs a la organización, como la experiencia, conocimientos, esfuerzo, etc. y la organización a su vez devuelve unos outcomes como el salario, reconocimiento, prestigio social, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar cómo los profesionales perciben su contribución en la empresa. ❖ Evaluar la percepción de los profesionales sobre su contribución a la sociedad ❖ Detectar los orígenes de la percepción de la inequidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Retribución variable basada en valoración puestos de trabajo. ❖ Carrera profesional meritatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de la eficacia de las medidas tomadas.
Teoría de la expectativa-valor.	❖ Búsqueda del placer frente a minimización del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar el nivel de motivación de los profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dotar a los empleados de los recursos humanos y materiales para poder desarrollar su trabajo ❖ Crear cultura de empresa que incida en la importancia de su trabajo. ❖ Puesta en marcha Sistema de DPO. Puesta en marcha de carrera profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de la eficacia de las medidas tomadas.
Teoría del establecimiento de metas/objetivos.	❖ Impacto de los objetivos en la ejecución de la tarea.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar el rendimiento en relación a las metas y objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecimiento de Dirección por Objetivos (DPO). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación del rendimiento después de puesta en marcha la DPO.
Teoría social cognitiva.	❖ Importancia del ambiente como elementos que definen la conducta y la motivación en particular.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación del desempeño en relación a las exigencias del puesto de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Detección de necesidades formativas en función de carencias en el desempeño del puesto. ❖ Establecer plan de formación adaptado a necesidades detectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de la formación impartida a través del impacto en el desempeño de los profesionales.

Fuente: Elaboración propia

Hasta aquí, se han expuesto las principales teorías relacionadas con la motivación laboral, de acuerdo a la relación entre las condiciones sociales donde se desarrolla la actividad laboral: ámbito de trabajo, relaciones y culturales. A continuación, se realiza una representación gráfica de las teorías expuestas con arreglo a su posicionamiento más cercano en relación a dichas condiciones.

Gráfico 1- Representación gráfica de las Teorías sobre la motivación en función de su relación en donde se desarrolla la actividad laboral.



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a las teorías analizadas sobre motivación y conducta laboral y teniendo en cuenta la necesidad de articular mecanismos que estimen los nuevos valores relacionados con el trabajo, las demandas de los trabajadores de ser tratados como personas valiosas y la necesidad de que las empresas atiendan los deseos de equilibrio entre sus metas personales y laborales, se puede concluir que **las teorías que mejor pueden predecir un óptimo desarrollo del modelo de carrera profesional son las teorías de la equidad, las del incentivo o refuerzo y las del control de la motivación.** Las razones para esta predicción se basan en que dichas teorías, aglutinan aspectos que van más allá de las necesidades individuales, conjugando los nuevos valores del trabajo y la conducta laboral.

1.3. Perspectiva actual de las Variables que intervienen en la motivación: extrínsecas, intrínsecas y trascendentes

El modelo antropológico contempla la medida en que la organización satisface los componentes de la motivación de sus miembros y lo denomina estructura compensatoria, teniendo ésta tres niveles: extrínseca, intrínseca y trascendente. Conocer las motivaciones de los profesionales y las variables que intervienen en las mismas para así, poder satisfacerlas a través de diferentes herramientas, es un aspecto clave de las relaciones sociales dentro de la empresa.

Las motivaciones extrínsecas son aquellas que están en función de las consecuencias externas que esperan conseguirse (por ejemplo salario), las motivaciones intrínsecas, atienden a las consecuencias de las acciones en el propio individuo (la satisfacción con un buen trabajo) y las motivaciones trascendentes, se preocupan por las consecuencias en otros (por ejemplo, ayudar a un compañero), (Vicente Ortún Rubio 2007).

Del análisis y la revisión bibliográfica realizada hasta el momento, se puede concluir que el problema de la motivación es que las empresas no pueden motivar a sus profesionales. Difícilmente los que no estén motivados con sus profesiones, las organizaciones puedan conseguirlo. Lo que las empresas tienen que conseguir es no desmotivarlos. Los países anglosajones denominan “empowerment” a la esencia de la motivación que no es otra que el puesto de trabajo permita conseguir el “logro” y la satisfacción. Los profesionales necesitan reconocimiento cuando han sentido el logro. No se mueven por el reconocimiento sino por el logro. Cuando han sentido el segundo puede venir el primero, incluso aunque no haya reconocimiento si el puesto de trabajo permite el logro su efecto es con escasa diferencia el mismo.

El reconocimiento junto a la trascendencia social son los mecanismos para convertir la motivación en implicación y compromiso. Los profesionales no sólo quieren sentirse contentos consigo mismos, sino que cuando ello se produce necesitan que la empresa en que trabajan se lo reconozca y que los pares y la población tengan el conocimiento de la excelencia que han alcanzado en su profesión. En este orden de cosas, la carrera profesional debería ser un instrumento de reconocimiento social al ser un signo externo

del nivel profesional alcanzado de su excelencia profesional (SA Consultoría i Gestió y Sanofi Aventis 2007).

Los intereses y necesidades de los profesionales sanitarios se distribuyen básicamente en tres categorías: materiales, psicológicas y sociales. Cada una de estas categorías requerirá un tipo diferente de incentivo para su satisfacción y para cada tipo de incentivo precisará de la aplicación de una política concreta.

A continuación se muestra en el cuadro siguiente las posibles herramientas de gestión que pueden satisfacer las diferentes necesidades de los profesionales.

Cuadro 23. Resumen de intereses y necesidades de los profesionales sanitarios y su satisfacción a través de diferentes herramientas de gestión.

Clasificación de la necesidad	Tipo de motivación	Conceptos clave	Posibles herramientas de gestión
✓ Materiales	✓ Externas o extrínsecas	✓ Rendimiento, participación en beneficios, seguridad en el trabajo, reconocimiento profesional y social, mayores cuotas de poder y autoridad, mejora de las condiciones de trabajo, enriquecimiento del mismo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Política retributiva ✓ Incentivos económicos: ✓ Reparto de beneficios, primas. ✓ Retribución fija y variable (DPO). ✓ Disponibilidad de medios técnicos y humanos. ✓ Retribuciones por antigüedad
✓ Psicológicos	✓ Internos o intrínsecos	✓ Avanzar en el conocimiento y habilidades propias de la profesión. Percepción de sentirse experto en lo que uno ejerce, y la adquisición de nuevas responsabilidades y competencias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de carrera profesional ✓ Plan de Desarrollo Individual ✓ Promoción interna. ✓ Formación continuada. ✓ Estabilidad laboral. ✓ Equidad en la distribución de recompensas. ✓ Autonomía profesional ✓ Investigación y docencia
✓ Sociales	✓ Trascendente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cultura de empresa basada en la identidad del colectivo ✓ Profesionalismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Imagen Corporativa ✓ Alianzas estratégicas ✓ Sistema de carrera profesional ✓ Desarrollo de valores altruistas. ✓ Humanismo y servicio público

Fuente: Elaboración propia

El gran problema de la sanidad pública española en lo que a motivaciones intrínsecas se refiere, es que no logra alcanzar el tren del conocimiento como factor productivo de sus profesionales, es decir, los profesionales evolucionan más rápidamente por la vía del conocimiento que lo que las organizaciones pueden evolucionar desde sus sistemas de gestión. Los centros se encuentran limitados en su capacidad de evaluación, gestión y medición de los resultados, con su consiguiente falta de aplicación y/o repercusión en los profesionales en lo que a su motivación se refiere.

“A medida que los profesionales más capacitados de una organización van teniendo más éxito profesional y, por tanto, van siendo cada vez más valiosos para aquella, es probable que la organización vaya siendo para ellos menos relevante que la profesión misma. Por tanto, la organización debería ser capaz de generar un compromiso sobre todo en este tipo de profesionales. Se trata de profesionales con un componente motivacional de predominio intrínseco que, ayudados por la organización, deben dar el salto hacia el verdadero compromiso basado en una estructura motivacional en la que los impulsos trascendentes tengan un peso decisivo. En demasiadas ocasiones da la impresión de que el sistema sanitario público español es incapaz de generar compromiso, ni tan siquiera entre los profesionales más capacitados (J. Simó Miñana et al 2004).

En la Resolución de 22 de diciembre de 1997, ya se introduce el concepto de motivación intrínseca y extrínseca cuando se refiere al término de formación continuada: “la formación sanitaria continuada no constituye una retitulación, por lo que no puede ser considerada obligatoria, sino de carácter voluntario, ya que la motivación para la misma ha de ser personal, respetando la libertad individual. La mejor motivación para la formación sanitaria continuada es, sin duda, la interna, la que surge en cada profesional como una predisposición intelectual permanente que ha debido ser adquirida durante los años de formación pregraduada. No obstante, es preciso contemplar otras motivaciones externas, que van desde las facilidades para realizar las actividades propias de este tipo de formación hasta las consecuencias, tanto administrativas como sociales, que la formación continuada ha de tener en un sistema asistencial que debe desarrollar, en su momento, una carrera profesional” (Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad al Convenio Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre

formación continuada de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 38, 13 de febrero 1998).

La carrera profesional puede constituir una excelente herramienta de desarrollo profesional, ya que su propósito general debería ser preservar los valores y actitudes de mantenimiento y desarrollo de la competencia, de interés por el trabajo que se realiza, pero lo que está claro es que la utilización de un instrumento motivador mal definido nunca podrá producir efectos beneficiosos ni para la organización ni para los trabajadores.

Debe articularse de modo que premie el cumplimiento de los objetivos de la organización pero no el rendimiento o la obtención de determinados objetivos puntuales: para ello hay otros incentivos más idóneos.

Los aspectos que se deberían recompensar mediante la carrera profesional son menos coyunturales: en primer lugar, la calidad de la atención prestada, y en segundo lugar, el conjunto de actividades relacionadas con influencia más o menos directa en ésta: formación continuada, docencia, investigación y gestión clínica.

A continuación se realiza un análisis de los diferentes tipos de incentivos existentes en las organizaciones sanitarias y así tener una perspectiva completa de donde se sitúa la carrera profesional y de su relación con otro tipo de incentivos.

1.4. Tipos de incentivos en la organización sanitaria

La Real Academia Española define el incentivo como «*aquello que mueve o excita a desear o hacer una cosa*»; es decir: genera un proceso psicológico que activa, dirige y mantiene un determinado comportamiento.

España es un país muy similar a otros países industrializados de nuestro entorno. Los servicios asistenciales están bien desarrollados y los recursos, en general, son suficientes y tienen una gran capacidad, pero se puede afirmar que la función de desarrollo y gestión de los recursos humanos es crítica, y que es preciso mejorar la

gestión de los profesionales en todos sus aspectos: desarrollo profesional, oportunidades formativas y reconocimiento interno y social.

La pregunta que nos hacemos es **¿por qué es tan importante poner en funcionamiento programas de incentivos para los profesionales sanitarios? ¿Qué les diferencia de otros colectivos para que en estos se considere una necesidad?**

La peculiaridad de la sanidad y en especial del sistema público es que cada día es más importante dada la situación de crisis actual, que los profesionales sanitarios tengan objetivos alineados a las necesidades del sistema. De lo contrario pueden aparecer incentivos perversos. Si no existe un programa de incentivos bien establecido, los profesionales se “incentivarán” particularmente contra los intereses generales de la organización, apareciendo conductas poco adecuadas, como el incumplimiento de horarios, la ausencia de colaboración, la escasa implicación en actividades de investigación y docencia, la invasión de competencias ajenas, el cumplimiento “escrupuloso” de las funciones, trato inadecuado al paciente, etc.

Centrándonos en incentivos de tipo económico, existen ejemplos diversos en nuestro sistema sanitario de programas de incentivos varios, como por ejemplo el complemento de productividad anual y de exclusividad. El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece en su artículo 43.2.c. que entre las retribuciones complementarias del personal estatutario se incluye el “complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos” (Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 301, 17 de diciembre de 2003).

Este complemento, con una periodicidad anual o semestral, ha sido objeto de revisiones y actualizaciones. Su poder incentivador actualmente es muy escaso, su retribución está poco ligada al logro de unos objetivos, frecuentemente poco definidos

y en especial a la sensación general de que su obtención es independiente del esfuerzo o rendimiento desempeñado.

El denominado complemento de exclusividad, creado en 1987 como complemento específico, tiene por objeto un mayor compromiso laboral, dado que se basa en la renuncia al ejercicio de otras actividades profesionales, en especial en la empresa privada. Dicho complemento ha significado más un mecanismo de control de la actividad de los profesionales por parte de la administración o una forma de aumentar los salarios que un verdadero incentivo.

La famosa “peonada”, que surgió como un mecanismo de mejora de la eficiencia del sistema para poder rentabilizar mejor sus instalaciones y/o profesionales, se convirtió en poco tiempo en un incentivo perverso, ya que no se realiza el trabajo en el horario que debe realizarse trasladándolo a otros horarios en los que se cobran “peonadas”.

Este tipo de incentivos es lo que se conoce como relación de agencia, cuando el profesional incentivado tiene poder decisor delegado en él por el principal. Esta situación se basa en la existencia de información asimétrica, ya que el profesional sanitario hace uso de la misma en su provecho, al objeto de obtener más incentivos.

Otros incentivos son el pago por antigüedad, aunque no supone una cuantía muy importante, no pudiendo destacarlo como un elemento incentivador de gran calado.

Un incentivo puesto en marcha en algunas organizaciones sanitarias diferentes a los nombrados hasta ahora es el llamado pago por objetivos, los cuales han sido pactados con una periodicidad establecida. La diferencia con la productividad variable no difiere posiblemente al pago por objetivos, se le ha pretendido dar un matiz más individual, pero en su conjunto ambos sistemas se basan en una retribución variable asociada a determinados logros o consecuciones.

Gráfico 2. Resumen de incentivos de tipo económico en las organizaciones sanitarias.

Denominación del incentivo	Periodicidad de pago	Características/Efectos
Complemento de productividad	Anual o semestral	Objetivos poco definidos. Asociado a logros o consecuciones. "Café para todos"
Complemento de exclusividad	Mensual	Búsqueda de mayor compromiso laboral. Mecanismo de control
Peonada	Mensual	Efectos perversos. Asociado a rendimiento
Antigüedad	Mensual	Efecto poco incentivador por su cuantía
Pago por objetivos	Mensual/Trimestral/ Anual	Objetivos pactados y específicos. Medibles, con periodicidad y temporalizables. Asociado a logros o consecuciones
Promoción interna	Mensual	Ascenso funcional y/o jerárquico
Carrera Profesional	Mensual/Anual	Desarrollo profesional

Fuente: Elaboración propia

La promoción profesional o promoción interna entendida como un ascenso dentro de la organización, es otro de los incentivos utilizados en la sanidad aunque no tan asociado a aspectos económicos. Gracias a la promoción interna se reconoce el

esfuerzo y la fidelidad de los profesionales dentro de la organización aunque sí es cierto que se trata de un incentivo de carácter discreto sólo aplicable a parte del personal de la organización. Se trata de un incentivo que lleva asociado un aspecto económico, pero encierra unas características internas asociadas a la satisfacción de avanzar en los conocimientos y habilidades de la profesión.

Por último, un incentivo demandado y solicitado por la mayoría de los profesionales sanitarios es la denominada carrera profesional, entendida como el recorrido del desarrollo personal en el marco de una profesión de una empresa, cuyo fin último es una mayor incentivación y promoción profesional.

Tussing identifica tres modelos de conducta en los profesionales sanitarios (Lola Ruiz Iglesias 2004):

- El modelo de “agencia en el que el médico ofrece su experiencia técnica y sólo actúa en interés de los pacientes.
- El modelo de “interés propio” en el que el médico está significativamente motivado por su deseo de obtener algún beneficio para sí mismo, ya sea de carácter económico o de otra índole.
- El modelo de ética médica, en el que el médico está básicamente motivado por su deseo de hacer todo lo que sea posible en bien del paciente, al margen de los costes que ello suponga.

Cada una de estas conductas responde a motivaciones que según el contexto, se manifestarán en una u otra conducta profesional. El reto del sistema sanitario es desarrollar los incentivos apropiados, para que la conducta basada en la ética profesional se introduzca la dimensión del coste como un factor relevante en la toma de decisiones.

La carrera profesional planteada hasta el momento en el sistema sanitario es una carrera jerárquica, que se apoya en el nombramiento de cargos, no de categorías, por lo que no está basada en la adquisición de un patrimonio personal, base de conocimientos y experiencia. Esta carrera jerárquica se limita en el caso de los médicos a tres cargos: Adjunto, Jefe de Sección y Jefe de Servicio y en el caso de

enfermería se limita a un cargo: supervisor. Estas carreras además de tener notables obstáculos en el camino para su consecución, no alcanzan los objetivos de una verdadera carrera profesional que son los siguientes:

- promover y motivar al personal
- permitir obtener reconocimiento y alcanzar sucesivas categorías
- aumentar la competitividad entre los profesionales
- y permitir una retribución acorde a esa categoría y competitividad

Debe huirse de la idea simplista del incentivo como forma de combatir la aversión al esfuerzo y al riesgo. La motivación intrínseca en el sentido de las preferencias de las personas por el trabajo interesante, la búsqueda de aprobación social por otros colegas, el gusto por el trabajo bien hecho, etc., son motivaciones que están presentes en los profesionales sanitarios.

La relación de trabajo es por encima de todo una relación social y antes de poner en marcha cualquier herramienta de gestión, se debe valorar si puede resultar excesivamente incentivadoras, ya que podría destruir conceptos inherentes a la relación social como la cooperación, la relevancia de la aprobación social o la satisfacción por el trabajo interesante.

En este punto vamos a analizar los obstáculos y dificultades del entorno sanitario para poner en marcha un programa de incentivos.

1.5. Dificultades del sistema sanitario para poner en marcha diferentes tipos de incentivos: algunas soluciones.

El ciudadano espera del sistema sanitario la capacidad para hacer frente a cualquier enfermedad o problema sin ningún tipo de limitación de conocimientos ni de recursos. Ello comporta cierta insatisfacción tanto de la sociedad como de los profesionales sanitarios. Por parte de la sociedad porque el ciudadano quiere estar mejor informado, quiere que el profesional le rinda cuentas, pide transparencia y calidad. Por parte del profesional porque considera que su entorno de trabajo es a veces un espacio en el que el control limita la discrecionalidad profesional y la burocracia arrincona la responsabilidad, la rutina, la inventiva, y la satisfacción.

Algunos de las dificultades que se encuentran los sistemas sanitarios en su día a día son los siguientes:

- Gran poder de decisión por parte de los profesionales sanitarios.
- Complejidad del producto sanitario: multidimensionalidad de la producción, definición y dificultad de medición.
- Objetivos divergentes entre profesional y de la organización.
- Dificultades para transmitir la información que argumente la necesidad de una modificación del sistema organizativo o de la práctica clínica.
- Indefinición de las actividades a incentivar y costes elevados de obtención de información necesaria para la incentivación

Elaborar un buen programa de incentivos mejoraría la eficacia del sistema sanitario, al conseguir una mayor motivación e implicación de los profesionales. No obstante y de acuerdo a los análisis realizados de los diferentes tipos de incentivos y motivaciones de los profesionales sanitarios, cualquier sistema de incentivos que se lleve a cabo, debe cumplir unos requisitos imprescindibles:

- Objetivos o incentivos claros, temporalizables, alcanzables, medibles y explícitos.
- Diferentes incentivos para diferentes necesidades: no todo vale para todo, habrá incentivos más economicistas y otros más adecuados para el desarrollo

profesional.

- Incentivos de tipo no económico: días libres, facilidades para la formación, mejoras en el lugar de trabajo, promoción profesional, reconocimiento por el esfuerzo y el logro, cambio de lugar de trabajo, etc.
- Tipo de incentivo acorde a plazos: no es lo mismo un acto concreto que un sistema de carrera profesional a 10 o 15 años.
- Recompensas económicas: generalmente asociadas al rendimiento, pueden ser individuales y/o colectivas, dirigidas al logro de conductas deseadas o desaparición de indeseadas, donde no sea posible establecer una relación de agencia.
- El sistema de incentivos es más efectivo si se trabaja en dos direcciones: premio-sanción.
- Flexibilidad temporal y formal: los sistemas de incentivos rígidos y constantes carecen de eficacia.

Necesitamos profesionales con un grado máximo de competencia técnica, pero también motivados e incentivados, comprometidos con los objetivos institucionales y del sistema y con una flexibilidad que les permita asumir, sin pérdida de efectividad, los nuevos requerimientos del entorno.

Las instituciones y las empresas sanitarias deben incorporar a sus objetivos y presupuestos estas nuevas necesidades de sus empleados si quieren garantizar su propia sostenibilidad y para conseguir dicha sostenibilidad, las políticas de recursos humanos son un aspecto clave del sistema.

Desde este argumento vamos a centrarnos en un tipo de incentivo concreto como elemento de motivación: la carrera profesional.

1.6. La carrera profesional como elemento de motivación

Desde un punto de vista práctico, los problemas de rendimiento y las necesidades de cambio que se presentan en aquellos individuos que se han estancado profesionalmente, el denominado efecto Plateau, es sin duda lo que ha llevado a las

empresas a plantearse la necesidad de poner en funcionamiento programas o iniciativas que mantengan las expectativas de crecimiento profesional a lo largo de toda la vida del individuo, manteniendo así su motivación. Es así como aparecieron por primera vez los programas de desarrollo de carrera profesional en las organizaciones.

La carrera profesional incide directamente en la motivación de los empleados. “El compromiso con el empleo se define como la fusión de la identidad del ego de una persona con su trabajo” (Bill McKelvey y Uma Sekaran 1977:282).

Pero en dicho compromiso tiene mucho que ver la percepción que el individuo tenga sobre sus logros y expectativas en su carrera profesional (junto con su propio ego, el ambiente organizacional, las características del puesto de trabajo, etc.). De acuerdo a un estudio realizado por McKelvey y Sekaran en 1977 sobre esta relación se observaba que además de la percepción anterior, también dependía del colectivo a que perteneciera el individuo (directivo, recién licenciado, ingeniero...)

Wright observa que aquellos individuos que carecen de una orientación sobre sus carreras profesionales tienden a percibir sus trabajos como un simple empleo, mientras que aquellos en los que la preocupación por sus carreras profesionales está presente, muestran un mayor grado de compromiso y satisfacción con la organización y con sus trabajos, así como un mayor deseo de aprovechar las oportunidades de formación y desarrollo que se les puedan ofrecer (Penny L. Wright 1990).

Los efectos de la carrera profesional son fundamentalmente de carácter intrínseco y van ligados a la percepción interna de desarrollo profesional y reconocimiento público al reconocer la competencia mediante la creación de niveles o categorías. Otro tipo de incentivos que provoca la carrera son económicos y otros que podrían establecerse serían el mérito para acceso a otros procesos como selección, promoción, formación, etc.

Conseguir un nivel o grado de carrera debería estar asociado a algún tipo de “privilegio” o elemento incentivador dentro de la organización, como por ejemplo ejercer funciones de tutoría y docentes, formar parte de comisiones de asesoramiento,

acceder a becas de investigación, ser nombrado para órganos de evaluación y de auditoría o para funciones de dirección y gestión, etc.

Cuadro 24. Resumen de efectos motivadores inducidos por un sistema de carrera profesional.

Motivaciones intrínsecas	Desarrollo profesional individual
	Satisfacción grupal
	Mayor competencia
Motivaciones extrínsecas	Económicos
	Mayor tiempo libre
	Prestigio y reconocimiento público
	Méritos para acceso a puestos de mayor jerarquía o cualificación, para recibir una formación más exclusiva o cualquier otro "privilegio" que la organización defina.
Motivaciones trascendentales	Prestigio para la organización

Fuente: Elaboración propia

Las organizaciones tienen el reto de aportar a sus profesionales las experiencias que aumenten su empleabilidad ya que la continua promoción es difícil de ofrecer durante toda la vida laboral. Si un trabajador consigue durante su permanencia en la organización mejorar sus competencias, participar en proyectos interesantes, recibir el apoyo de sus jefes y compañeros, se sentirá satisfecho e implicado con su organización y estará dispuesto a participar de forma activa en sus objetivos. Los aspectos relacionados con la carrera profesional han cobrado especial importancia y así lo deben recoger las investigaciones sociológicas futuras y también las propias organizaciones.

La carrera profesional tiene por tanto dos perspectivas: por un lado la persona y por otro la organización en la que se participa. Una organización no puede descuidar la carrera de sus colaboradores. Para ello, es fundamental gestionar adecuada y

estratégicamente los recursos humanos que posee de forma que sus objetivos estén alineados con los objetivos organizacionales.

Las nuevas condiciones socio-económicas en las que están inmersas las organizaciones, les obligan a emplear formas alternativas de gestionar las carreras, no centradas en la progresión ascendente, sino en el desarrollo de competencias que faciliten su empleabilidad, tanto dentro como fuera de la organización, como única forma de facilitar su implicación con los objetivos organizacionales.

Las profesiones sanitarias en especial los médicos tienen una larga formación académica, de media unos 10 años, otras profesiones sanitarias son de más corta preparación, pero lo que sí caracteriza a todas es que sus opciones de trabajo están mucho más limitadas, se pasarán de media unos 40 años de trabajo en el sector exclusivamente sanitario, público o privado. Con este horizonte de muy largo plazo los sistemas sanitarios deberían ser capaces de ofrecer un futuro atractivo frente a cambios organizativos y tecnológicos.

El Sistema Sanitario Público se enmarca dentro de la Administración Pública, en cuyo contexto se denomina función pública tanto al conjunto de personas a disposición del estado que tienen a su cargo las funciones y servicios públicos, como al régimen jurídico a que están sometidas y la organización que las encuadra, y funcionario a la persona que se vincula a una Administración Pública con una relación mucho más duradera que la que se da en relaciones privadas, ofreciéndole expectativas de ascenso o carrera. Es por ello, una obligación “casi moral” de un sistema público facilitar a sus integrantes el derecho a una progresión profesional reglada, es decir, a una carrera profesional.

La carrera profesional debe ser un elemento incentivador que haga frente a los elementos desmotivadores, como la sobrecarga asistencial, una deficiente organización del trabajo, el trabajo rutinario, la falta de autonomía de gestión, insuficiente prestigio social, salarios bajos, falta de concreción en los objetivos, ausencia entre cantidad y calidad de trabajo con progreso profesional, reconocimiento insuficiente de las actividades docentes y de investigación y falta de perspectivas claras sobre el propio futuro profesional.

Se han señalado los efectos positivos desde la motivación que un sistema de carrera profesional puede alentar, pero al mismo tiempo un sistema de carrera mal diseñado o mal aplicado puede también tener efectos devastadores para la organización. Algunos de estos se reflejan en el cuadro siguiente:

Cuadro 25. Efectos negativos inducidos por un sistema de carrera profesional desacertado

Infra promoción o promoción excesiva
Bajo prestigio social del trabajo
Problemas relacionados con la “doble carrera” (al no poder conciliar vida laboral y familiar)
Baja puesta de práctica de habilidades reconocidas
Sobrecarga de trabajo
Mal clima organizacional
Falta de reconocimiento
Estancamiento
Incertidumbre en la carrera

Todos estos efectos tienen dos consecuencias muy tangibles: abandono de la empresa y absentismo laboral.

Ambas consecuencias exceden el objeto de nuestro trabajo, porque detrás del abandono de la empresa o del absentismo laboral se encuentran múltiples variables personales y organizacionales, pero como conclusión general ampliamente fundamentada, hay que recordar la idea de que **el absentismo está inversamente relacionado con la satisfacción en el trabajo.**

Algunas de las medidas de uso más generalizado que pueden mitigar el absentismo han sido el incremento de la satisfacción ambiental a través del fomento de relaciones informales, mejores condiciones físicas y sociales, hacer más interesante el trabajo,

aumentar la participación y la colaboración, ofrecer retroalimentación precisa y oportuna sobre el desempeño, crear una cultura absentista haciendo ver las repercusiones económicas, técnicas, psicológicas, políticas y de cualquier otra índole que el absentismo genera.

En definitiva, el absentismo es una consecuencia típica de las sociedades avanzadas y las organizaciones sanitarias no son inmunes a este problema, siendo la carrera profesional una posible herramienta directa de satisfacción, cuyas características concretas se analizan a continuación.

En este contexto no cabe duda alguna que la carrera profesional es un verdadero elemento de motivación e incentivación, la pregunta es si la carrera profesional diseñada por los diferentes sistemas de salud de nuestro país, supone un verdadero incentivo para los profesionales sanitarios.

2. Aproximación a la carrera profesional en organizaciones complejas como la sanidad.

2.1. Concepto de carrera profesional: un concepto en permanente desarrollo.

La carrera profesional está descrita en la ley como el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, de investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la que presta sus servicios.

Los profesionales sanitarios esperan del establecimiento de un modelo de carrera profesional fundamentalmente: prestigio social, prestigio técnico, nivel económico, cambios cuantitativos y cualitativos en su actividad asistencial, docente e investigadora.

La definición del modelo de carrera profesional para los profesionales de la sanidad puede y debe contemplar todos los elementos que den respuesta a las dos vertientes básicas de la modernización del SNS: adaptar el perfil de los profesionales a las necesidades del sistema de salud e introducir los elementos de incentivación efectiva necesarios para conseguirlo. Pero para que la carrera profesional de solución a algunos problemas, ésta debe ser planteada como un concepto en permanente evolución.

Una carrera o trayectoria profesional debe ser un sistema de incentivación que dure toda la vida profesional, aunando salario y reconocimiento. Un buen sistema de carrera profesional debe permitir el reconocimiento efectivo de los méritos profesionales, como base del desarrollo profesional, asegurando equidad y transparencia en el sistema de evaluación, siendo un elemento motivador durante toda la vida profesional.

Una de las quejas de los profesionales sanitarios es que alcanzan tempranamente lo que se denomina “meseta en la carrera”, entendido como el punto en el que es muy baja la probabilidad de un nuevo ascenso jerárquico. Prácticamente todas las

personas llegan a esta meseta en algún momento, pero en el caso del personal sanitario alcanza su límite mucho antes de la jubilación, además cabe señalar que con el incremento en el nivel educativo, las personas acceden en la empresa a puestos más elevados, lo cual implica que hay menos posibilidades de ascender.

Los modelos de carrera profesional han sufrido cambios importantes en los últimos quince años. A continuación se presenta un cuadro que recoge las diferencias entre un modelo tradicional frente a un modelo actual de carrera profesional.

Cuadro 26. Comparación entre modelo tradicional de carrera y modelo de carrera actual.

<i>Características</i>	<i>Modelo tradicional</i>	<i>Modelo carrera actual</i>
Responsabilidad de la carrera	Empresa	Individuo y empresa
Formación	Programas formales	Formación en el puesto de trabajo
Énfasis	Relacionado con la antigüedad	Relacionado con el aprendizaje y el desarrollo profesional continuo
Relaciones de empleo	Seguridad en el empleo y lealtad	Empleabilidad y flexibilidad
Límites	Una o dos empresas	Múltiples empresas
Habilidades	Específicas de la empresa	Transferibles a otras empresas
Medidas de éxito	Salario, promoción, estatus organizativo	Incentivos extrínsecos, trascendentes e intrínsecos
Espacio temporal	Corto: Menos de 5 años	Largo: Más de 15 años

Fuente: Elaboración propia

J.M. Iglesias Clemente señala que se agrupan bajo el epígrafe de carrera profesional: “a lo que no es y atribuirle efectos que no tiene. Más que un incentivo específico (uno más del conjunto del sistema de incentivos que debería implementarse), parece ser una auténtica olla podrida donde se cocinan un revoltijo de incentivos relacionados con la antigüedad, la lealtad a la empresa, la adhesión a los objetivos generales y

coyunturales de la organización (productividad variable), el cumplimiento de actividades específicas y aspectos relacionados directa e indirectamente con el desarrollo profesional: formación continuada, investigación, docencia, etc. Cualquier sistema de incentivos condiciona la producción de los bienes o servicios de la organización donde se implanta, de modo que parece conveniente establecer todas las medidas a nuestro alcance para evitar los efectos adversos” (J. M. Iglesias Clemente 2004:220).

La carrera profesional debería ser un desarrollo profesional continuo, y por tanto un concepto en permanente desarrollo. Desarrollo que por otro lado, exige la sociedad a todos los profesionales sanitarios, quienes se implican en estar a la altura de las circunstancias y mejorar la actuación conforme mejora el mejor y mayor conocimiento del hecho de “enfermar” o “estar enfermo”.

Una revisión del concepto de carrera profesional como instrumento de análisis nos lleva al entorno organizacional y de gestión de los recursos humanos en la empresa. Por ello, se analizan a continuación las teorías y modelos de carrera profesional extraídos en la literatura contemporánea de gestión empresarial.

2.2 Teorías y modelos de carrera profesional

Desde la Psicología Organizacional, la carrera profesional es tratada como el desarrollo de las expectativas, fines y objetivos del individuo en la organización, cuya satisfacción debe ser también objetivo de ésta, pues con ello se promueve la permanencia del individuo en la organización y la participación de aquél en los fines de ésta (José J. González-Ripoll Garzón 2003).

Tradicionalmente la carrera profesional se ha vinculado con la evolución o el desarrollo de las personas dentro de una organización. Hasta hace no mucho tiempo, años 80 del siglo XX, las personas entraban dentro de una organización en puestos de cualificación baja o elegían una profesión en función de sus intereses o posibilidades. Se preparaban durante años y finalmente encontraban un entorno donde desarrollarse profesionalmente hasta su jubilación. Los cambios consistían en ascensos o promociones dentro del mismo entorno u organización.

Hoy día la situación es muy diferente. En una sociedad donde los cambios son constantes, es difícil diseñar una carrera profesional circunscrita a un empleo para toda la vida y dentro de la misma organización. Las nuevas tecnologías, los cambios tan rápidos y vertiginosos en las formas de producción, las nuevas estructuras organizacionales, la globalización, la deslocalización, etc., hacen que las personas tengan que adaptarse constantemente a situaciones nuevas que se van generando en el ámbito profesional.

Esta nueva situación deriva en la necesidad de mantenerse al día en las novedades que se van produciendo, a saber adaptarse a las preferencias y demandas del mercado y los clientes, a buscar alternativas de formación, profesionalización y empleabilidad a lo largo de su vida laboral. Con este panorama se hace necesario una buena gestión de la carrera desde varios puntos de vista: profesional, personal y organizacional.

Uno de los objetivos básicos de un plan de carrera debe ser motivar desde el punto de vista del desarrollo profesional y personal, motivación que, fundamentalmente debe ser de carácter intrínseco, referida al desarrollo de capacidades creativas, organizativas, docentes, de investigación, asunción de responsabilidades, liderazgo o

innovación. Se trata, en definitiva, de procurar un medio de evaluación del rendimiento a largo plazo y su consiguiente incentivo, siempre que la obtención del progreso no sea meramente automática. Requisito unido a lo anterior es que el modelo de carrera suponga igualdad de oportunidades en el acceso al desarrollo profesional.

Una carrera profesional es un conjunto de tareas, responsabilidades y generalmente puestos, aunque tal y como afirmaba Tronson existe la posibilidad de tener carrera profesional sin tener grandes cambios de puestos de trabajo a lo largo de su vida profesional. “Dicha secuencia va aportando al individuo una serie de experiencias, conocimientos, actitudes y satisfacciones que permiten su desarrollo personal y profesional, a la vez que lo pueden motivar y enriquecer como recurso para la organización. Esta carrera profesional será a veces más larga, otras veces más corta, a veces con mayor éxito, otras más mediocres, y todos los individuos dispondrán de una carrera profesional sobre la que irán decidiendo y actuando conscientemente o no” (Justo Herrera Gómez. 1994:79).

El **enfoque sociológico** sobre carreras profesionales se basa en la idea de que muchos de los elementos que inciden en el éxito en la carrera profesional de los individuos escapan al control que los mismos pudiesen ejercer.

En 1988 Gattiker y Larwood publican un estudio en el que concluyen que el éxito en la carrera profesional de un individuo está condicionado tanto por circunstancias externas (orígenes, circunstancias familiares, etc.) como internas (preferencias, factores psicológicos). Señalan que la orientación profesional, las preferencias de una persona o su personalidad son insuficientes como base para la elección de carrera, considerando los factores del entorno más importantes que los factores psicológicos (Urs E. Gattiker y Laurie Larwood 1988).

De acuerdo a sus investigaciones, Gattiker y Larwood afirman que los canales tradicionales de promoción a través de la jerarquía están bloqueados y los puestos a los que se accede por la edad en los negocios de Norteamérica impiden a muchos jóvenes no hacerlo, con sus expectativas frustradas de ascenso. Por ello, las organizaciones de éxito serán aquellas que tengan trabajadores con deseos de

ascender, pero que también posean empleados cuyos objetivos sean su propia satisfacción no basada en el ascenso o la promoción.

Cualquier modelo de carrera profesional tiene en si dos vertientes posibles que cuando se entrelazan, se transforma en un compromiso individual y organizacional: para el individuo, porque en esto se encierra su desarrollo profesional y para la organización, porque en esto se encierra el progreso de las mismas.

El problema de las empresas es conjugar estas dos vertientes. La situación teórica ideal de relación empresa-individuo pasaría por: tener trabajadores con las aptitudes y actitudes exigidas y empresas que den al trabajador la posibilidad de utilizar al máximo sus aptitudes y actitudes, así como de satisfacer sus intereses. La existencia de un sistema de carrera profesional puede ayudar a conseguir ese equilibrio, además de ofrecer otras ventajas:

1-De cara a la organización: una contribución importante a la supervivencia y expansión dentro de la empresa de los talentos tan necesarios en un entorno como el actual. De hecho, las organizaciones con sistemas de desarrollo y carrera profesional, tienen más oportunidades de captar, retener y desarrollar personas válidas y comprometidas con la organización, así como planificar de forma más eficiente sus recursos humanos para ajustarlos mejor a su estrategia. En los procesos de selección los entrevistadores suelen aludir a la carrera profesional de la empresa cuando definen las características óptimas de la misma.

2-De cara al empleado: Le permite realizar un seguimiento y orientación de sus propios planteamientos de carrera profesional. El empleado puede planificar su propio desarrollo, ya que sabe con antelación lo que se le va a exigir y hasta donde quiere o puede llegar.

A continuación se resumen las diferentes consecuencias que pueden afectar a un trabajador desde el punto de vista personal entre un buen diseño de carrera profesional o la inexistencia del mismo.

Cuadro 27. Consecuencias personales entre un buen diseño de carrera profesional o la inexistencia del mismo.

Con sistema de CP definido	Inexistencia de CP o sistema mal definido
Aceptar un trabajo	Rechazar un trabajo
Permanecer en la empresa	Buscar nuevo trabajo
Revisar y planificar su propio desarrollo	No conocer exigencias futuras del puesto de trabajo
Buscar formación y nuevas experiencias laborales	Anquilosarse en el puesto
Incrementar el rendimiento para intentar cumplir las metas profesionales	Falta de motivación
Satisfacción laboral y mayor grado de compromiso	Absentismo, stress y otras consecuencias físicas o psíquicas

Fuente: Elaboración propia

En esta línea de aproximación, Wright (1990) observa en las conclusiones de un estudio realizado en un banco que aquellos individuos que carecen de una orientación sobre sus carreras profesionales tienden a percibir sus trabajos como un simple empleo, mientras que aquellos en los que la preocupación por sus carreras profesionales está presente, muestran un mayor grado de compromiso y de satisfacción con la organización y con sus propios empleos, así como unos mayores deseos de aprovechar las oportunidades de formación y desarrollo que se les puedan ofrecer.

La formación de los individuos y su desarrollo, constituye el desarrollo de cualquier organización. Una organización aprende y se desarrolla cuando aprenden y se desarrollan sus miembros.

Pero ¿qué modelos de carrera podemos encontrar en las empresas?

Los modelos de carrera a plantear pueden tener opciones estratégicas diferentes según su modelo organizativo, según la composición de los recursos humanos, según la estabilidad o la movilidad de los recursos humanos o según la forma de abastecimiento y provisión de los recursos humanos.

Los modelos que se plantean a continuación y que desde el punto de vista sociológico se han considerado más interesantes, son las opciones que tienen en cuenta el modelo organizativo y la composición de los recursos humanos de la organización.

En 1989, Kanter nos propone tres tipos de dirección de carreras profesionales siguiendo la evolución histórica de las organizaciones. Este proceso evolutivo iría desde el planteamiento burocrático hacia modelos profesionales y empresariales más flexibles ante las nuevas circunstancias del entorno, y de los recursos humanos que compondrían la organización. Estos tres tipos se podrían plantear como tres opciones estratégicas de dirección de carreras profesionales y son los siguientes (Rosabeth Moss Kanter 1989):

2.2.1. Modelo de carrera profesional burocrática

Se trataría de una carrera profesional en la que los individuos avanzan hacia los niveles superiores de la organización a través de una estructura jerárquica. Se trata de un ascenso de puesto a puesto, cambiando de título, tarea y en ocasiones de grupo de trabajo. Algo muy próximo al planteamiento que hacía Weber de un modelo burocrático en “estado puro”, cuyas características se pueden resumir en (Guy Rocher 1973):

1. Organización racional del trabajo de un gran número de personas que concurren a la producción del mismo bien o del mismo servicio.
2. Yuxtaposición jerárquica de jurisdicciones de responsabilidades. Cada individuo es responsable de su trabajo ante un superior inmediato y así sucesivamente hasta el escalafón más elevado.
3. Reglas detalladas respecto a las tareas de cada persona.
4. Remuneración fija de acuerdo a unas normas que tienen en cuenta su formación anterior, su antigüedad, su experiencia, su competencia.
5. El ingreso y la promoción de un escalafón a otro tienen lugar de acuerdo con unos criterios objetivos y definidos.
6. No existe propiedad de sus instrumentos de trabajo.

En los países industrializados, las organizaciones con planteamientos de dirección de carreras profesionales trabajan con un modelo burocrático. La sociedad moderna, con la multiplicación de ocupaciones y el desarrollo de grandes empresas han hecho a la burocracia más necesaria que nunca. El problema de estas organizaciones es cuando no saben adaptarse a las situaciones cambiantes y a las exigencias de la realidad, cuando siguiendo este modelo se convierten en ineficaces e incluso irracionales. Algunas de las dificultades con las que se encuentra este modelo de carrera profesional en el mundo actual son:

1. Falta de adecuación a las nuevas circunstancias derivadas de los cambios tecnológicos y culturales producidos.
2. Estructuras basadas en modelos tradicionales que no saben donde integrar nuevos puestos, derivados por ejemplo de la tecnología y que no siguen la velocidad de desarrollo de la sociedad cada vez más preparada.
3. Proliferación de rangos y niveles para sostener expectativas de crecimiento creadas y que después no se pueden satisfacer. Estructuras verticales.
4. Consolidación de una cultura individualista y competitiva.

Todas estas dificultades son si duda más fáciles de sobrellevar en organizaciones grandes, pero prácticamente imposibles de soportar en pequeñas empresas.

Los servicios de salud constituyen ejemplos de lo que se denomina burocracias profesionales, en las que la identificación del profesional se produce en mayor grado con respecto a la profesión que con la organización en la que trabaja. De ahí que hasta el momento, los planteamientos teóricos acerca de la carrera profesional son abordados en el marco de la consideración de la profesión médica como una burocracia profesional que, en el caso del ejercicio de la medicina, reviste la peculiaridad de que el profesional (especialmente el médico) participa en la gestión de los recursos del sistema sanitario.

En la medida en que los servicios sanitarios constituyen parte sustancial del denominado estado del bienestar, significa que una de las consecuencias del modelo de carrera profesional y por tanto de los incentivos que de este se deriven, deben tener una función de utilidad para la población en tanto que es propietaria del servicio de salud y destinataria del mismo.

2.2.2. Modelo de carrera profesional profesionalizada o de desarrollo

Este modelo de carrera a diferencia del anterior que es un modelo muy tradicional, se caracteriza por prestar mayor atención a la evolución de la persona a lo largo de la vida, diferenciándose entre sí por su mayor o menor énfasis en las características de las personas o en las propiedades de la organización. Se trata de una carrera donde el crecimiento no reside en moverse de un trabajo a otro como en el modelo burocrático. Se puede conservar el mismo “título” o la misma denominación de trabajo durante un largo periodo de tiempo (Judith R. Gordon 1997).

Dentro de este tipo de carreras vamos a destacar dos modelos que han tenido un mayor alcance desde el punto de vista teórico:

2.2.2.1. El modelo Super

Esta teoría describe la sucesión de diversas etapas a través de las cuales la persona se desarrolla a lo largo de su vida profesional. Esta teoría pone el énfasis en el término del autoconcepto o autopercepciones en el desarrollo de la carrera y destaca cinco etapas en la vida de las personas (Donald E. Super 1953):

- Etapa de crecimiento (desde la concepción hasta los 14 años aproximadamente), en donde se empieza a formar el autoconcepto mediante la identificación con figuras claves del crecimiento como padres y profesores.

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

- Etapa exploratoria (de 15 a 25 años). El autoconcepto se forma a través de la experimentación y la prueba, por lo que mantendrá los aspectos del autoconcepto que le produzcan mayor satisfacción.
- Etapa de establecimiento (de 25 a 45 años). Se trata de una etapa en que la persona encuentra su lugar profesional, después de haber pasado por diferentes etapas de prueba o subperiodos diferentes.
- Etapa de mantenimiento (desde los 45 años hasta casi la jubilación). Este es un periodo de continuidad en el terreno profesional en el que la persona resuelve y consolida su situación.
- Etapa de declive (desde los 65 hasta la muerte) es un periodo en que la persona va preparando su salida del mundo profesional.

Esta teoría también señala la existencia de patrones de carrera, los que incluyen aspectos psicológicos, físicos, sociales y las oportunidades a las cuales se está expuesto. Entre estos patrones se distinguen los siguientes:

- Patrón estable: en el que la persona entra en una ocupación siendo joven y se mantiene toda la vida.
- Patrón convencional: en el que una persona prueba diferentes ocupaciones hasta que encuentra una que se convierte en estable.
- Patrón inestable: en el que una persona prueba diferentes ocupaciones pero no se estabiliza en ninguna.
- Patrón de elección múltiple: en el que una persona se mueve de un patrón estable a otro, experimentando varios cambios a lo largo de su vida laboral.

En el modelo Super la satisfacción en el trabajo y en la vida, depende de que los individuos encuentren salidas adecuadas a sus habilidades, intereses, valores personales, etc., de su ajuste en un tipo o situación de trabajo, y por último en una forma de vida en la que pueda desempeñar el papel en la que en su etapa de crecimiento le han llevado a considerarlas agradables y adecuadas.

Otro planteamiento interesante es el propuesto en 1990 por **Burack**, quien establece un paralelismo con las etapas de aprendizaje y desarrollo de nuestra vida profesional. Nos presenta un desarrollo en nuestro aprendizaje que puede ser de gran interés al relacionarlos con las etapas más significativas de la permanencia de un trabajador en un puesto y las necesidades de capacitación (Elmer H. Burack 1990):

- Orientación inicial y periodo de adoctrinamiento: cuando el individuo llega por primera vez al puesto, normalmente la principal preocupación está en habituarse a las responsabilidades y funciones que el puesto de trabajo le requiere. En esta etapa, el profesional necesita tener seguimiento, revisión de su trabajo, atención y apoyo por parte del supervisor, información sobre los resultados y retroalimentación.
- Desarrollo de los conocimientos, de las habilidades y de las capacidades: poco a poco el trabajador adquiere destreza en sus conocimientos, habilidades y actitudes, lo cual va generando sentimientos de motivación más positivos.
- Competencia funcional: es la etapa en la que el rendimiento alcanzado es totalmente aceptable o satisfactorio. La preocupación ahora se dirige al perfeccionamiento. Por regla general, el tiempo que se tarda en alcanzar este punto suele estar en torno a los dos años aunque dependerá del individuo.
- Maestría: que normalmente es la etapa más larga. Se caracteriza por el papel de experto, hasta el punto de ser fuente de asesoramiento para otras personas y de desarrollo de soluciones nuevas.

Estas cuatro etapas pueden repetirse tantas veces se cambie de trabajo o puesto, o por el contrario puede producirse una sola vez, que en ocasiones ha sido una de las razones aludidas a la falta de motivación de los profesionales sanitarios.

2.2.2.2. El modelo Edgar Schein

Este modelo no parte solo de las características individuales, sino que establece una relación conjunta entre necesidades de la persona y demandas de la organización, centrándose en el estudio de la formación del contrato psicológico.

El principal concepto de esta teoría es lo que se denomina ancla o anclaje. Se trata de una serie de talentos y capacidades, competencias, actitudes, valores, motivaciones, etc. que conforman el autoconcepto del profesional y que se forman a través de la experiencia laboral. Las anclas funcionan como contrapeso y estabilizador en una carrera. Es habitual que el ancla de carrera sea la competencia técnica o profesional de la persona.

El contrato psicológico en el **modelo de Schein** es el factor fundamental que determina el nivel de motivación de la persona. Schein sugiere que la raíz de los conflictos que existen en las empresas; huelgas, abandonos, tasas de absentismo elevadas, conflictos personales, etc., se originan por intromisiones al “contrato psicológico” no-escrito.

Las empresas esperan lealtad (entendida como productividad y rendimiento) por parte de su personal, pero para que el empleado sea productivo tiene que existir una correspondencia directa en los contratos psicológicos de los distintos actores. Si no existe esta correspondencia no existirá la necesaria fuerza motivadora. Schein advierte que hay que tener en cuenta que el contrato psicológico cambia permanentemente, y que éste debe ser renegociado continuamente, especialmente teniendo en cuenta la carrera profesional del personal dentro de la empresa (Edgar H. Schein 1988).

Aunque este modelo señala un contrato psicológico, los elementos que influyen en ese contrato tienen una dimensión social amplia y una correlación entre factor profesional y organizativo que va más allá de lo puramente psicológico.

La carrera de tipo profesionalizada o de desarrollo se caracteriza por traspasar fronteras, es decir, no se debe entender exclusivamente centrada en una organización. Suelen ser profesionales que se sienten más identificados con su profesión que con la organización ¿son lealtades contrapuestas?, es decir ¿sentirse implicado con el colectivo es sentirse menos implicado con la organización?

La tesis doctoral del profesor **Manel Peiró** versa sobre el interrogante expuesto y de acuerdo a sus investigaciones, los autores que se han ocupado del conflicto organización-profesional en el colectivo médico, establecen como causas; el exceso de trabajo, la falta de apoyo, la pérdida de autonomía profesional e integridad profesional, la mayor exigencia de responsabilidad por parte de la sociedad, etc. Para Peiró sin embargo, todas estas causas se pueden explicar acudiendo a la interrelación en el hospital de dos modelos, el profesional y el organizativo, basados en principios diferentes y, en muchas ocasiones, contrapuestos (Manel Peiró Posadas 2007).

En resumen, de acuerdo a la literatura analizada se pueden observar dos posiciones diferentes respecto al compromiso en el conflicto organizacional-profesional. Por una parte, los que plantean la incompatibilidad entre ambos compromisos, es decir, no se puede ser leal a la profesión y a la organización y por otro, los autores que defienden la compatibilidad entre los dos compromisos.

En el modelo de carrera profesional existen dos líneas de desarrollo: crecimiento jerárquico y crecimiento técnico. De esta forma se permite a los empleados incrementar su valor y experiencia con retos (como podría ser la responsabilidad sobre un proyecto) que a la vez los enriqueciesen como recurso, aumentando su valor, tanto para la empresa como fuera de ella, y mejorando así su prestigio, salario y en general su motivación.

Este modelo de carrera es denominado por otros autores como M^a José Alarcón, como ruta de carrera en red. Si la ruta tradicional está basada en la promoción jerárquica, más característica de la carrera burocrática, la ruta en red contiene tanto una secuencia vertical de puesto como una serie de oportunidades en sentido horizontal. Este tipo de ruta reconoce la necesidad de intercambiar y ampliar la experiencia en un determinado nivel antes de ascender a otro nivel más elevado (María José Alarcón García 2006).

Otra alternativa de este tipo de carrera es la denominada ruta de carrera lateral que no involucra una promoción, ni necesariamente, una mayor remuneración, sino que ofrece a los empleados la oportunidad de enfrentarse a nuevos retos, posibilitando la

adquisición de nuevos conocimientos y habilidades que incrementen su valor para la organización, así como su empleabilidad futura.

Por último, la misma autora señala la ruta dual de carrera, dirigida a los profesionales cuyo fuerte se encuentra en la competencia técnica-funcional y no desean promocionar por medio del procedimiento normal de la línea directiva. Se trata de establecer escalas paralelas de crecimiento, la directiva y la técnica. La diferencia entre ambas es que en la escala directiva supone obtener poder organizacional creciente, y en la escala técnica obtener una creciente autonomía desde el punto de vista técnico.

2.2.3. Modelo de carrera profesional basadas en el ajuste, centradas en las características individuales y profesionales (también denominadas teorías estructurales de carrera)

Estas teorías se basan en la idea de la congruencia entre la persona y su entorno de trabajo. Sus proposiciones iniciales parten de T. Parsons quien planteaba que la elección de una profesión depende de tres factores: 1) un profundo conocimiento de uno mismo (capacidades, intereses, medios, etc.), 2) poseer una idea clara de las ventajas, requisitos, posibilidades, etc. de las distintas profesiones y 3) la capacidad de combinar los dos factores anteriores. A mayor congruencia entre personalidad y profesión, mayor satisfacción y posibilidad de éxito profesional (Talcott Parsons 1966).

Dentro de este modelo de carrera vamos a exponer los modelos de Holland y la teoría del ajuste al trabajo de Dawis y Lofquist.

2.2.3.1. Teoría de Holland

La teoría de **Holland** se trata de una teoría de tipología entre personas y trabajos. John Holland afirmaba que la personalidad de un individuo resultado de su herencia pasada (incluyendo valores, motivos y necesidades) es un determinante importante de las opciones de carrera, de manera que éste busca entornos que le permitan poner en práctica sus habilidades y capacidades

Según este autor existen seis orientaciones personales básicas (John L. Holland 1959):

1. Orientación convencional: es el tipo de carrera que más predomina en el mundo de la empresa y sus características en cuanto al tipo de persona que la eligen son personas muy organizadas, a las que les gusta trabajar con datos y hechos cuantitativos, así como tener objetivos claros. Les desagradan las situaciones ambiguas y se describen como cumplidoras, ordenadas, eficientes y prácticas.

2. Orientación realista: las personas que eligen este tipo de orientación se describen como sinceras, estables, prácticas, tímidas y cumplidoras. Suelen ser personas con destrezas mecánicas y se sientan atraídas por oficios manuales (fontaneros, trabajadores de cadena de montaje) que supongan tareas regulares y pocas demandas sociales, como por ejemplo negociar o convencer.

3. Orientación hacia la investigación: Es una orientación elegida por personas que prefieren actividades que supongan la observación y el análisis de fenómenos para mejorar su conocimiento y comprensión. Suelen describirse como personas complicadas, originales e independientes, así como desordenadas, poco prácticas e impulsivas (biólogos, químicos).

4. Orientación social. A diferencia de las anteriores a este tipo de persona le atraen carreras que tienen que ver con actividades interpersonales más que intelectuales o físicas. Prefieren actividades que supongan informar o ayudar a otros y en entornos bien ordenados y sistemáticos. Además de seres sociales son personas diplomáticas, amables, comprensivas y serviciales (enfermeros, profesores, asistentes sociales, médicos).

5. Orientación empresarial. Este tipo de personas se parece al social en que también le gusta trabajar con gente pero se diferencia en que prefiere dirigir y controlar (por oposición a ayudar y comprender) a otros con el fin de lograr determinados objetivos para la organización. Tiene confianza en sí mismo, es ambicioso, conservador y está lleno de energía. Son ejemplos de esta orientación los directivos y hombres de negocios.

6. Orientación artística. Las personas en esa categoría se ven a si mismas como imaginativas, impulsivas, introspectivas e independientes. Se sienten atraídas por carreras que requieren de la autoexpresión, creación artística, expresión de las emociones y actividades individualistas (artistas, ejecutivos de publicidad).

2.2.3.2. La teoría del ajuste de Dawis y Lofquist

La teoría del ajuste de Dawis y Lofquist tiene como base fundamental la adecuación, entendida como el grado en que la persona es capaz de desempeñar de manera satisfactoria las tareas que configuran su puesto de trabajo. Dicha adecuación deriva del ajuste entre las habilidades de la persona y requisitos exigidos para el puesto (Amparo Osca Segovia 2004).

Esta teoría predice que cuando se da un buen ajuste al puesto, la persona permanecerá durante más tiempo. Por el contrario, en la medida en que el ajuste sea menor la persona abandonará la organización o la empresa tomará medidas para que la persona no siga en el puesto.

Se trata de una teoría que ha tenido un gran desarrollo en la empresa moderna, a través de herramientas de gestión como las competencias, valoraciones de puestos de trabajo, evaluaciones del desempeño, etc.

Las bases de esta teoría encierran un principio muy básico: los profesionales que se estancan en sus conocimientos y habilidades, son profesionales que están fuera del mercado. Por el contrario, aquellos profesionales que realizan un esfuerzo por mantener al día sus habilidades, conocimientos y buen hacer a través de un reciclaje permanente serán profesionales menos expuestos a los vaivenes empresariales o del mercado.

El tercer y último tipo de carrera que vamos a exponer es la denominada carrera profesional empresarial.

2.2.4. Modelo de carrera profesional empresarial.

En un modelo burocrático las oportunidades de promoción se ven limitadas por la forma piramidal de la organización y la limitación de puestos de superior nivel. En el modelo empresarial, no existe tal límite pues siempre se puede crecer con el crecimiento de la organización. La clave de este modelo es la capacidad de crear resultados.

La libertad, independencia y compromiso son característicos de este modelo. Pero también la incertidumbre y el riesgo. Mientras que el modelo burocrático la estabilidad es una constante, en el modelo profesional la capacidad técnica es la garantía de encontrar empleo, en el modelo empresarial el futuro está ligado al crecimiento de la organización. Por ejemplo, una franquicia en la que un franquiciado aporta una inversión y ésta revierte en función de sus ventas, puede ser un ejemplo de este tipo de carrera profesional empresarial. Ese mismo franquiciado podría hacer su propia carrera profesional en dicha franquicia abriendo nuevos negocios.

Este tipo de carrera puede combinar los otros tres modelos de carrera planteados, respetando la homogeneidad de miembros que la componen y al mismo tiempo aprovechando la heterogeneidad de los mismos.

De los cuatro modelos expuestos, el tipo de estrategia de carrera profesional que una empresa elija, nos mostrará su manera de pensar y actuar, lo cual influye en la relación empresa-trabajador. Pero a medida que las organizaciones evolucionan para adaptarse al entorno que les rodea y que cambia continuamente, éstas también cambian su estrategia de carrera profesional sabiendo adaptarse a diferentes circunstancias.

Las empresas de alta tecnología tienen peculiaridades que ninguna otra empresa tiene. Más allá de las dimensiones expuestas anteriormente, se hace necesario extrapolar sus características más significativas más allá de cualquier modelo teórico o convencional. En un momento incipiente del desarrollo tecnológico, Kanter distingue al final de los años ochenta una serie de características de este tipo de empresas, las cuales pueden identificarse en la empresa sanitaria actual: (Rosabeth Moss Kanter

1988):

1. La descentralización: Como consecuencia de las los diferentes servicios, las empresas tienden a dividirse en un gran número de divisiones autónomas con su propio director o jefe, en resumen, la coordinación de las funciones se desplaza en sentido descendente.
2. Organización en forma de matriz: el concepto de matriz se refiere a la situación en la que un director o profesional tiene relaciones de comunicación en dos sentidos. Esto supone una forma de descentralizar más aún la toma de decisiones y caracteriza a las empresas con conocimientos técnicos variados y complejos. En las organizaciones sanitarias un jefe de servicio puede depender tanto de una dirección médica como de una dirección gerencia, aunque esta última dependencia orgánicamente aparezca en forma de "línea de puntos".
3. Mayor utilización de equipos y otros vehículos de participación: la velocidad de los cambios en las empresas que tienen alta tecnología hace que se utilice un gran número de equipos de trabajo interdisciplinarios para desarrollar nuevos procedimientos o resolver problemas. Estos equipos formados por profesionales con conocimientos técnicos muy diferentes, aportan visiones desde puntos de vista distintos que ayudan a prever y resolver problemas complejos.
4. Necesidad de motivar y conservar el talento técnico: Se trata de un tipo de empresa que retribuye al personal técnico destacado que le satisface en mayor medida el trabajo técnico que el de dirección, o que carecen de las cualificaciones necesarias para convertirse en directivos. En una carrera clásica de ascenso sería imposible que estas personas interviniesen en las decisiones que afectan a su trabajo o pensar que estaban ascendiendo sin subir en algún puesto de dirección.

La carrera profesional de licenciados sanitarios del SNS, objeto de este estudio, y la razón principal por la cual se pusieron en marcha los modelos de carrera profesional, responde al intento de construir un nuevo conjunto de opciones de carrera que

amplían el status y la remuneración de los profesionales como “contribuidores individuales” ²⁷.

De acuerdo a las cuatro características organizativas y las presiones del entorno, Kanter introduce cinco variaciones en la carrera típica por ascenso de puestos y pronostica que dichas variables puedan convertirse en trayectorias de carrera en un futuro.

La primera es el ascenso lateral de una unidad a otra. Esta carrera comienza pareciéndose a la escala clásica de ascenso por una línea funcional, pero a partir de unos años (cinco a diez) el profesional mantiene la denominación de su puesto pero ascendiendo a unidades mayores, por ejemplo de director de ingeniería de una división a director de ingeniería de varias divisiones.

La segunda variación de la carrera clásica es la de la senda generalista. Las empresas de alta tecnología necesitan tener generalistas que puedan hacer de integradores, dirigiendo diferentes funciones. Ascender en este tipo de carrera significa avanzar en cuanto al tamaño del producto, del programa o de la unidad.

La tercera variación de la carrera es la denominada salto extrajerárquico. Se trata de ocupar diferentes lugares en equipos de trabajo que implican saltos de funciones, lugares y niveles. Este tipo de cambios son más fortuitos que planeados y ocurre fuera de las cadenas de puestos o cualquier otra causa que pudiera predecir la estructura jerárquica formal. Por ejemplo que un técnico de recursos humanos asuma las funciones de la docencia de residentes, ampliando notablemente su campo de actuación.

La cuarta variación de la clásica carrera de dirección es la escala doble o escala profesional e implica el diseño de escalas explícitas de carrera para profesionales o personal técnico en las que el ascenso a lo largo de la senda técnica es supuestamente paralelo al ascenso a lo largo de una senda de director. En resumen, el profesional que demuestre unas cualificaciones demostradas y la debida antigüedad será remunerado y tratado como si fuera director, con los privilegios, reconocimiento y

²⁷ Para un conocimiento más profundo sobre este concepto consultar (Rosabeth Moss Kanter 1988)

signos de status que ello comporta. Este tipo de variación de carrera es lo más similar y parecido a la carrera profesional de los licenciados sanitarios del SNS español.

La quinta y última variación de la carrera clásica es la denominada pauta de analista de alto nivel. Se trata de personas que son colocadas en la cima de la organización para resolver problemas concretos o asesorar sobre importantes aspectos estratégicos. Suelen ser jóvenes que acaban de terminar los estudios pero con poder desde un punto de vista estratégico. Estas personas si finaliza su misión prácticamente no tienen a donde ir, ya que volver a puestos técnicos parece una pérdida de status e incluso no tienen las competencias exigidas. Lo normal es que estas personas cambien de compañía más que de puesto en la organización, ya que se trata de situaciones poco usuales.

En este tipo de empresas de alta tecnología, considerando a las organizaciones sanitarias como una empresa de estas características, la carrera funcional no ha desaparecido sino que se ha ampliado mediante otro conjunto de posibilidades, siendo la carrera profesional de licenciados y diplomados sanitarios aprobadas por los diferentes servicios de salud una de estas posibilidades.

Las nuevas formas organizativas de las empresas, con estructuras más planas y equipos de trabajo multifuncionales, exigen cambiar el concepto de carrera profesional relacionado con progresos en el escalafón por otro que se base no sólo en los procesos empresariales de la organización, sino fundamentalmente en el desarrollo de las aptitudes interpersonales y de la formación personal, con una perspectiva humana.

A continuación se presenta un cuadro resumen con las principales dimensiones desde un punto de vista organizativo, de los cuatro modelos de carrera profesional analizados.

Cuadro 28. Principales dimensiones de los cuatro modelos de carrera profesional

Dimensiones analizadas	CP burocrática	CP profesionalizada o de desarrollo	CP basadas en el ajuste o también llamadas Teorías estructurales	CP empresarial
Base teórica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weber 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Super, Schein, Burack 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ T. Parsons, Holland, Dawis y Lofquist 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kanter
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jerárquica con muchos niveles ▪ Organizativa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesional ▪ Diferentes patrones de crecimiento ▪ Crecimiento jerárquico y técnico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simbiosis entre capacidades personales y posibilidades profesionales ▪ Ajuste entre habilidades y requisitos ▪ Orientaciones profesionales diversas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plana ▪ Crecimiento personal ligado a crecimiento empresarial
Forma de ascenso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verticales ▪ Cambio de puesto asociado a cambio de título y tareas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertical y horizontal con contenidos de puesto diferentes ▪ Carreras que traspasan fronteras 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En función de la orientación elegida y del tipo de empresa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Horizontal, más plana, ligada a más poder, remuneración o responsabilidad ▪ Carreras que traspasan fronteras
Responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy definidas ▪ Contenido del puesto encorsetado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abiertas ▪ El contenido del puesto varía en función de las fases en el desarrollo del aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordes al tipo de profesión que está en función de las características personales (fontanero vs. artista) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indefinidas, se dejan o asumen nuevas responsabilidades a medida que la empresa se desarrolla
Retribución	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basada en formación y experiencia previa ▪ Retribuciones fijas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basada en formación y experiencia pero se introducen elementos de retribución variable ligada a desarrollo de proyectos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política retributiva en función del tipo de empresa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acorde al desarrollo y crecimiento empresarial ▪ Retribución variable alta en función de objetivos/metas
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad de adaptación a cambios tecnológicos ▪ Cultura individualista ▪ Competitividad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfacción cuando las características personales no se ajustan a las necesidades de la empresa ▪ Falta de ajuste 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abandonos cuando se percibe que el ajuste persona-puesto no es el adecuado ▪ Concentración 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incertidumbre y riesgo

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

Dimensiones analizadas	CP burocrática	CP profesionalizada o de desarrollo	CP basadas en el ajuste o también llamadas Teorías estructurales	CP empresarial
		en contrata psicológico	de personas con ajuste bajo Creación de grupos cerrados	
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orden y estabilidad. ▪ Expectativas conocidas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptación a cambios tecnológicos. ▪ Cultura grupal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Búsqueda de formación y desarrollo profesional ▪ .Visión de futuro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo profesional continuo ▪ Cultura grupal ▪ Adaptación permanente al entorno. Necesidad de conservar el talento técnico
Ejemplo de empresa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultora de Recursos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No definida. Depende de orientación personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empresa de alta tecnología. ▪ Telefonía

Fuente: Elaboración propia a partir de la clasificación realizada de cuatro modelos de carrera profesional

2.3 La dimensión social del capital humano: Formación continuada, desarrollo profesional continuo y carrera profesional: similitudes y diferencias

Los términos de carrera profesional (CP), formación continuada (FC) y Desarrollo profesional continuo (DPC), se utilizan de forma y maneras similares, pero lo que encierra cada uno de ellos son filosofías diferentes que se explican desde la intervención pública a la formación del capital humano.

Las profesiones sanitarias y en especial la medicina, tienen con respecto a otras profesiones ciertas peculiaridades, como por ejemplo el hecho de que el 50 % de los conocimientos médicos se modifican de forma significativa en un periodo de entre 3 y 5 años. Si el profesional no actualiza sus conocimientos, es probable que en 5 o 10 años pierda su competencia profesional. Por tanto, una administración sanitaria eficiente debe garantizar que el mantenimiento de la competencia profesional se produzca de forma dinámica y dando respuesta a los servicios prestados, pero también es una obligación por parte de los profesionales, la actualización permanente de sus conocimientos y habilidades.

Los profesionales sanitarios deben saber adaptarse al cambio y mejorar permanentemente su rendimiento. La capacidad de establecer y aplicar, una gestión del conocimiento personal para el aprendizaje efectivo en el trabajo es indispensable. Para ello hay que saber gestionar recursos tecnológicos y recursos que recojan y describan la experiencia personal. Aquí **encontramos una responsabilidad** compartida entre los individuos y las organizaciones, ya que éstas últimas deben favorecer los "recursos de aprendizaje" (Por ejemplo, acceso a Internet y materiales pertinentes).

Los títulos universitarios en ciencias de la salud siguen el camino educativo siguiente: (1) pregrado, se desarrolla en el ámbito universitario; (2) postgrado o formación sanitaria especializada, se desarrolla en el ámbito sanitario, y (3) formación continua, se desarrolla en los ámbitos sanitario y universitario, en los colegios profesionales, las sociedades científicas y otros centros educativos.

Aunque pudiera parecer un único camino educativo, no existe una planificación conjunta de necesidades entre las diferentes instituciones con competencias o con incidencia en cada una de las tres fases clásicas de la formación. Por otro lado, la formación de nuestros profesionales no puede limitarse a los estudios universitarios y/o la formación especializada, sino que ha de completarse con actividades periódicas de actualización de la competencia en el marco de la formación continuada para todas las profesiones sanitarias.

En este sentido la **formación continuada (FC)** está constituida por las actividades que los profesionales desarrollan a lo largo de su vida activa, desde la perspectiva de desarrollo profesional continuado (DPC). La LOPS (ley 44/2003, de 21 de noviembre) en su artículo 33, define la formación continuada como “el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario” (Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 280, 22 de noviembre de 2003).

El proceso de formación es esencial para adecuar el perfil de los profesionales a las necesidades, pero la separación entre la formación de los profesionales y lo que se les pide que hagan es una realidad actual.

Los profesionales consideran tradicionalmente el aprendizaje como algo externo a su práctica, como la participación en una conferencia o una presentación, esto es debido a que la formación continuada tradicional ha tomado sus postulados de las teorías académicas sobre aprendizaje del adulto, pero no ha tenido en cuenta el componente de práctica y habilidad profesional, así como su influencia sobre el aprendizaje.

Debería existir una sólida combinación entre formación científica y técnica, con el desarrollo de habilidades comunicativas y relacionales y con una actitud que genere confianza y seguridad en los clientes.

El futuro, le pedirá al profesional sanitario, flexibilidad y capacidad para adaptarse a un entorno muy cambiante. A lo largo de una vida profesional dilatada, deberá estar preparado para modificar su manera de trabajar y su ámbito de trabajo, así como para incorporar la noción de la trascendencia económica de sus decisiones.

En este aspecto, **Eraut** ha señalado que existe una tensión entre la teoría académica y la experiencia práctica. Ambas teorías parten de supuestos diferentes dado que el trabajo académico y práctico es distinto y la naturaleza del conocimiento en ambos casos también lo es: explícito en el primero e implícito o tácito en el segundo. El conocimiento profesional se aprende en el propio contexto, mientras que el conocimiento académico, sufre una gran transformación cuando se aplica al primero con objeto de solucionar los problemas que se presentan ²⁸.

En conclusión, lo que se aprende en los libros en la facultad, si no lo practicamos no lo aprendemos. Aprendemos con la experiencia, y el conocimiento formal se incorpora a las acciones de un profesional y se transforma, reinterpretado y reconstruido por el propio profesional, lo que lo hace difícil de transmitir.

El concepto de **desarrollo profesional continuo (DPC)** da un paso más adelante a la hora de avanzar en el camino de adecuar la formación a las nuevas necesidades de nuestro siglo: relacionarla con los resultados de las actuaciones sanitarias, planificarla sistemáticamente en función de necesidades reales, que de respuesta rápida a las situaciones cambiantes, orientarla hacia el autoaprendizaje del profesional y su capacidad de resolver problemas y, por último, basarla en la experiencia.

El concepto de DPC recoge de forma implícita un elemento de compromiso por parte del profesional, en el sentido de potenciar el establecimiento de pactos de responsabilidad con la sociedad y con el cliente o paciente, objetivo último de su actividad. Si se olvida dicho compromiso el resultado será la crisis del profesionalismo y una pérdida progresiva de credibilidad y de prestigio social.

²⁸ Destacar el análisis y estudio que realiza Eraut sobre la adquisición de competencias a través de la teoría y la experiencia práctica en (Michael Eraut 2003).

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

El concepto de DPC está unido al de **carrera profesional (CP)**. La aplicación de las actuaciones englobadas en el DPC es útil en cualquiera de las etapas de la carrera, pero lo es más especialmente en el periodo intermedio de la misma, cuando aparecen los dos retos individuales fundamentales: afrontar la transición propia del periodo medio de la vida y mantener la competitividad /productividad.

En esta etapa, se suelen generar dos problemas profesionales/laborales: el fenómeno “techo” (Plateau) y la obsolescencia profesional. Ambos contribuyen a deteriorar las relaciones entre el profesional y la organización si no se abordan adecuadamente, por lo que es necesario que ambos sean conscientes de la conveniencia de prevenirlos y remediarlos. Gracias a un buen DPC, se consigue aumentar las capacidades personales y poder controlar mejor los factores dependientes de uno mismo (Miguel Bruguera Cortada y Helios Pardell Alenta 2006).

El DPC se alcanza a partir de la revisión de la propia tarea. Al finalizar una tarea nos preguntamos si podría haberse hecho mejor por otro camino o por el contrario, si el camino seguido ha sido la mejor alternativa. Esta revisión de nuestro trabajo es el común denominador en toda actividad de desarrollo profesional. Para poder saber realizar dicha revisión debemos seguir el camino del aprendizaje que represento a continuación:

Situación	Ejemplo
Inconscientemente Incompetente	Médico que se enfrenta a un paciente en consulta y no conoce sus dolencias. Es la primera vez que encuentra determinada sintomatología en un paciente de dichas características.
Conscientemente Incompetente	Una vez escuchado al paciente y a través de la reflexión y la revisión, el médico realiza un diagnóstico. Es una mirada hacia adentro
Conscientemente Competente	Pone en marcha el tratamiento una vez diagnosticado un paciente y se realiza seguimiento del paciente, manteniéndose en esta situación.
Inconscientemente Competente	Diagnóstica sin un proceso de reflexión tan dilatado cuando aparece un paciente con iguales características.

Fuente: Elaboración propia

Esta clasificación es lo que **Shon** define como los dos momentos o instantes distintos de reflexión. Cuando ha aparecido la sorpresa, aquel aspecto de la realidad que el profesional no es capaz de resolver precisamente con su bagaje, un bagaje que al principio, es sólo académico, se desarrolla un primer momento de reflexión rápida y superficial, muy condicionada por la presencia y persistencia del problema, que el autor denomina de reflexión durante la acción (reflection-in-action). En un segundo momento, después de que el profesional haya llevado a cabo alguna acción derivada de la anterior reflexión, emerge la llamada reflexión sobre la acción (reflection-on-action), un proceso de reflexión profundo y duradero que lleva al profesional a replantearse todo lo sucedido y a buscar soluciones. Dichas soluciones, que pueden materializarse en forma de diversos recursos de aprendizaje (asistir a cursos o seminarios, pero también consultar a colegas expertos, estudiar de libros y revistas científicas, o actualizarse mediante las recientes publicaciones científicas aparecidas en Medline), son las que le llevan al aprendizaje y a la mejora (Josep Roma Millán 2006). En conclusión; si el profesional reflexiona se está desarrollando.

Algunas de las herramientas que una organización puede poner en marcha para conseguir el desarrollo de sus profesionales a partir de procesos de reflexión desde la experiencia o práctica real son las siguientes:

Cuadro 29. Herramientas para el desarrollo de los profesionales en las organizaciones.

Herramienta	Definición	Proceso	Finalización
Self-audit	<ul style="list-style-type: none"> Autoevaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Fijación de indicadores en forma de estándares y criterios de calidad Reflexión personal sobre aquellos aspectos correctos y mejorables 	<ul style="list-style-type: none"> Sesión con un experto en la materia que da feedback sobre el proceso.
Peer-review	<ul style="list-style-type: none"> Revisión entre iguales 	<ul style="list-style-type: none"> La evaluación de registros se realiza de forma cruzada entre dos colegas 	<ul style="list-style-type: none"> Feedback mutuo entre el par de iguales implicado

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

Herramienta	Definición	Proceso	Finalización
Observación directa	<ul style="list-style-type: none"> Un observador recoge la práctica profesional de otro con un listado de comprobación donde se apunta lo que se observa 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza evaluación de comportamientos mejorables 	<ul style="list-style-type: none"> El feedback puede ser dado por un colega o igual, por un mentor o experto externo
Observación de situaciones simuladas	<ul style="list-style-type: none"> Observación de laboratorio, con situaciones ficticias 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza evaluación de comportamientos mejorables 	<ul style="list-style-type: none"> El feedback puede ser dado por un colega o igual, por un mentor o experto externo. Las nuevas tecnologías son un aliado perfecto para esta técnica.
Discusión de resultados asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de análisis y mejora de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados se presentan a nivel de grupo (servicio, departamento, centro, equipo de atención, etc.) quien se plantea como mejorarlos y qué estrategias de aprendizaje llevar a cabo para conseguirlo 	<ul style="list-style-type: none"> Aprendizaje en grupo siguiendo estrategias propias del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas). Son ejemplos de esta técnica las sesiones clínicas de un servicio asistencial.
Portafolio	<ul style="list-style-type: none"> "instrumento de instrumentos". 	<ul style="list-style-type: none"> Reúne evidencias de la mejora o aprendizaje de uno mismo como profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> Estimula la reflexión a partir del análisis detallado de dichas evidencias Ejemplo de esta técnica es el libro de los médicos internos residentes.

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a nuestro quehacer profesional **Argyris** introdujo la dualidad de teorías (Josep Roma Millán 2006) distinguiendo entre:

1. **Teoría propugnada o expuesta** es aquella mediante la cual los individuos explicamos los hechos que gobiernan nuestras acciones. Generalmente es la teoría que reconocemos como válida aunque no es la que realmente utilizamos.
2. **Teoría en uso** es aquella que realmente practicamos para llevar a cabo nuestras acciones. Generalmente es la teoría que rige nuestras acciones pero que permanece escondida en nuestro subconsciente y no se hace presente.

Sintetizando, los profesionales nos guiamos por dos tipos de teorías cuando contrastamos nuestra actividad: las teorías expuestas o propugnadas, que es lo que se espera de nosotros puesto que vienen a representar la forma oficial en que la sociedad espera que desarrollemos nuestra práctica; y las teorías de la acción o teorías en uso, que son los auténticos argumentos que motivan y mueven nuestra acción. Normalmente pensamos que actuamos según las teorías propugnadas, cuando en realidad son las teorías de la acción las que conducen nuestra actividad. Si existe contradicción entre ambas y no somos conscientes de ello, se hace muy difícil que mejoremos y por tanto, aprendamos.

La revisión de nuestro trabajo es lo que nos permite romper con la profecía cumplida de las teorías propugnadas y de acción. Con **la revisión y la reflexión** rompemos los pensamientos que nos dicen que actuamos de acuerdo a las teorías propugnadas y que nos impiden darnos cuenta de los motivos de nuestras acciones. Este proceso de revisión y reflexión, es lo que nos lleva a desarrollarnos profesionalmente. Nuestro crecimiento se manifiesta como la satisfacción de la tarea bien hecha y como la realización personal a través de la mejora de nuestra actividad.

Por último, el concepto de carrera profesional es un concepto que abarca un programa ofertado por una organización, empresa o colectivo profesional, que define el recorrido del desarrollo personal en el marco de una profesión de una empresa, cuyo objetivo final es una mayor incentivación y promoción profesional.

La diferencia entre el desarrollo profesional continuo y la carrera profesional es que en el primero la progresión es profesional y competencial, mientras que en el segundo se trata de una progresión laboral.

La idea de la carrera profesional va ligada de un modo lógico al trabajo; representa una oportunidad de mejora y consolidación de recompensas profesionales y mejores condiciones de estatus, funcionales y retributivas que se van obteniendo de un modo sucesivo y progresivo, y son consecuencia de los avances en la preparación y responsabilidad profesional a lo largo del tiempo.

En resumen, la carrera profesional es un sistema de incentivación basado en el reconocimiento expreso de categorías obtenido por la dedicación y cualificación alcanzada por un profesional en el ejercicio del conjunto de funciones que le son propias.

Definitivamente los tres conceptos; Formación continuada, desarrollo profesional continuo y carrera profesional no son lo mismo, pero para entender las diferencias se ha elaborado un cuadro que recoja y facilite la comprensión de los tres conceptos:

Cuadro 30. Diferencias y similitudes entre Formación Continua, desarrollo profesional continuo y carrera profesional.

	Formación continua	Desarrollo profesional continuo	Carrera profesional
Nivel de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • Específica para cada servicio, unidad, área. Puede ser individual o colectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Específica para la profesión ligada con la organización. Puede ser individual o colectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo Personal ligado a progresión profesional
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Generales o Específicos atendiendo a Conocimientos, Habilidades o Actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Los del individuo o profesional ligados a los intereses de la organización • Más Específicos • Énfasis en el profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Los del individuo o profesional ligados a la progresión profesional • Generales • Énfasis en la competencia
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Largo plazo Profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Largo plazo Profesional
Incentivos	<ul style="list-style-type: none"> • Predominantemente extrínsecos 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominantemente intrínsecos 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominantemente intrínsecos y extrínsecos
Tipo de empresa	<ul style="list-style-type: none"> • Todas 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones profesionales o burocráticas
Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Interno 	<ul style="list-style-type: none"> • Interno 	<ul style="list-style-type: none"> • Interno y externo
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • En términos de acciones concretas y en un tiempo específico 	<ul style="list-style-type: none"> • En términos de empleabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • En términos de reconocimiento

Fuente: Elaboración propia

A partir del modelo teórico anterior se deben poner en marcha los sistemas que sepan conjugar y recoger los tres conceptos tratados. Debe tratarse de un modelo que actualice la competencia de los profesionales sanitarios en relación a los cambios organizativos y científico- técnicos que tienen lugar en las organizaciones, y siempre dentro de un marco estratégico de desarrollo profesional continuado. Las estrategias de desarrollo profesional continuado deberán a su vez permitir y fomentar un diseño personalizado de las trayectorias en el contexto de la empresa, a lo que denominamos carrera Profesional, pero que permitan modelos de carreras profesionales diferentes para los integrantes de un mismo colectivo.

2.4. Diferencias entre certificación, recertificación y carrera profesional.

En las hipótesis planteadas en esta tesis, varias de ellas tienen relación con capacidad, competencia y mejor desempeño. En la **H4** cabe esperar poder responder a si con la aplicación de los modelos de carrera profesional se logra diferenciar a los profesionales con mejores desempeños, y en la **H5** se espera demostrar si la medida de la práctica clínica y la actividad asistencial supone una medida que garantice la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales.

En este punto, se ha considerado importante aclarar dos conceptos diferentes encontrados en la literatura y que poseen una relación directa con la adquisición de conocimientos y habilidades de cara a un mejor desempeño. Se trata de los conceptos de **certificación o recertificación de la competencia**, así como su relación y sus diferencias con lo que entendemos por carrera profesional.

Un proceso de certificación, consiste en el reconocimiento por parte de una instancia formal, por ejemplo el Ministerio de Educación, de que una persona cumple con los requisitos establecidos (superación de las evaluaciones de los tres, cuatro o cinco años del MIR y calificación final positiva por parte de la Comisión Nacional de la Especialidad) para el ejercicio profesional de la especialidad en el caso de un médico especialista. Este proceso termina con la expedición de un título en el que se acredita la adquisición de una especialidad.

La recertificación es un proceso de evaluación periódica de los profesionales ya certificados y en ejercicio profesional. Debe basarse en criterios claramente definidos e interrelacionados con el desempeño profesional y laboral. En España no existen procesos de recertificación de la especialidad, es decir, una vez obtenida la certificación de especialidad, un profesional en ejercicio no necesita demostrar su actualización continua y permanente para estar al día en el ejercicio profesional. Expertos en la materia (Pardell Alenta, H., Ochando Claramunt, C.) consideran que la recertificación es un instrumento básico para el mantenimiento de la calidad de los profesionales. La Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios (LOPS) define un marco para el desarrollo de procesos que contemplen la recertificación. En su artículo 8.3 dispone que "Los centros sanitarios revisarán, cada tres años como mínimo, que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta ley y en las demás normas aplicables, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente. Los centros dispondrán de un expediente personal de cada profesional, en el que se conservará su documentación y al que el interesado tendrá derecho de acceso (Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 280, 22 de noviembre de 2003).

La medicina es una ciencia que cambia constantemente, en la que los conocimientos y las habilidades necesarias para una adecuada práctica avanzan a gran velocidad; nuevas tecnologías, nuevas evidencias, nuevos fármacos y también nuevas enfermedades y todo ello en un entorno cada vez más exigente y más globalizado. Pero a su vez, también avanzan a gran velocidad los instrumentos educativos, las posibilidades de formación continuada y las tecnologías de evaluación.

Vivimos en un entorno muy cambiante, con unos sistemas de salud complejos y con unos ciudadanos muy informados y que exigen unas prestaciones acordes al esfuerzo tributario que realizan. Todos estos elementos exigen un nivel de competencia muy elevado ya que las expectativas y vigencias de los usuarios son muy elevadas.

En este punto, en los últimos años, con el desarrollo de la reordenación de las enseñanzas universitarias y la necesidad de adaptarlos a la Declaración de Bolonia se han establecido en los nuevos planes de estudio de la profesión médica, la adquisición de competencias poniendo énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias, así como en los procedimientos para evaluar su adquisición. Los créditos europeos (ECTS European Credit Transfer System entre 25 y 30 horas) son la unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje. Se impulsa la adquisición de habilidades clínicas con la realización obligatoria de prácticas pregrado, con un periodo de rotación clínico y con una evaluación de competencias en centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales. En próximos años, veremos si esta modernización curricular de los planes de estudio mejora el ejercicio profesional de los médicos (Francisco Arnalich Fernández 2010).

Los profesionales son los primeros que deben perseguir un nivel de competencia muy alto, aunque ello signifique ser recertificados cada cierto tiempo, facilitando a los profesionales la formación que necesiten al mismo tiempo que protejan a los ciudadanos de prácticas no adecuadas.

En términos generales, existen dos modelos en Europa en lo que a este tema se refiere: el anglo-nórdico y el continental. En el primer modelo predomina el control administrativo y tiende a no ser obligatoria la afiliación a colegios o asociaciones profesionales corporativas, en el segundo sucede lo contrario, es decir, predominio del autocontrol colegial y afiliación obligatoria.

España es uno de los países europeos que no tiene ningún tipo de recertificación o revalidación. Salvo sanción colegial o judicial, una vez obtenido el título, los médicos españoles tienen licencia de por vida. Sin duda alguna, la existencia de algún proceso de recertificación debería existir, el problema surge al determinar qué organismo debe de realizar esta tarea.

A continuación se presenta un cuadro con experiencias internacionales de métodos de evaluación de la competencia basadas en la práctica clínica.

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

Cuadro 31 . Experiencias internacionales relacionadas con la certificación o recertificación de competencias basadas en la práctica clínica.

País	Organismos evaluadores/intervinientes	Objetivo	Criterios de evaluación	Resultado
EEUU	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comisión de Educación para Médicos Extranjeros Graduados(ECFMG) ✓ Junta Nacional de examinadores médicos de Estados Unidos (NBME) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar si egresados de otros países pueden entrar en un programa de residencia y programas de becas de EEUU. ✓ Requisito para médicos extranjeros que quieran obtener una licencia para practicar la medicina en EEUU. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad para aplicar conocimientos, conceptos y principios que determinan las habilidades centradas en el paciente y que constituyen la base de la atención al paciente segura y eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener una licencia para la práctica en los EEUU, independientemente del título.
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro de Evaluación de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Laval (CESSUL). ✓ Entidades colaboradoras de este organismo: El Colegio de médicos de Québec, el Colegio de obstetras de Quebec de acupunturistas, la Orden de farmacéuticos y la Orden de estudios y enfermeros de Québec, El Colegio de médicos de familia de Canadá, la Junta médica de Canadá y la Junta de quiroprácticos. ✓ Otras entidades colaboradoras: Consejería de Salud de Cataluña, Facultades de Medicina de Buenos Aires, Córdoba, Tucumán, la Habana, Rouen. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de la competencia profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de instrumentos de medida; administrar los instrumentos que cumplan con altos estándares de normalización y validación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar evaluaciones profesionales para: entrada en la profesión, durante la práctica o la recepción de profesionales extranjeros.

.../...

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

.../...

País	Organismos evaluadores/intervinientes	Objetivo	Criterios de evaluación	Resultado
<p>Holanda</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley del Acto Individual de profesionales de atención de la salud (Health Care Professionals Act Wet BIG). ✓ Esta ley se refiere a la calidad de la atención y protección a los pacientes y proporciona un registro de profesionales sanitarios (el BIG-registro). ✓ El Ministerio de salud, bienestar y deporte es responsable de este registro. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ EL BIG-register registra farmacéuticos, médicos, fisioterapeutas, psicólogos de atención de la salud, psicoterapeutas, dentistas, comadronas y personal de enfermería. ✓ Sólo las que aparezcan en este registro tienen el amparo de esta Ley y reconocidos como pertenecientes a estas profesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar y supervisar altos estándares de práctica profesional y proteger al paciente contra todo tipo de negligencia profesional e incompetencia. ✓ La ley se centra en la atención de la salud individual. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se abre la práctica de la medicina en vez de restringirla, dando a los usuarios más libertad para escoger el proveedor que quieran. Para evitar riesgos para la salud por falta de competencia profesional, determinados procedimientos se excluyen y sólo se pueden realizar por profesionales autorizados. La ley limita la libertad médica de acción mediante una disposición que tipifica como delito actuar de forma perjudicial para la salud de cualquier persona. ✓ Regula la declaración de competencia profesional para profesionales extranjeros.

.../...

Parte IV. Fundamentos teóricos de la carrera profesional

.../...

País	Organismos evaluadores/intervinientes	Objetivo	Criterios de evaluación	Resultado
Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Royal College of General Practitioner 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegurar un sistema para que el médico de cabecera (general practitioner) actualice y aplique sus conocimientos y habilidades clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mínimo de 50 créditos por año ✓ Práctica general debe ser cubierta en 250 créditos en 5 años ✓ Los créditos se autoevalúan inicialmente y posteriormente se realiza una evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se trata de un sistema de desarrollo profesional continuo (DPC) para todos los médicos.
España	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluaciones Clínicas Objetivas y Estructuradas (ECOEs) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se definen competencias del médico de familia y se pondera cada una de ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención a la familia-persona 80%(habilidades clínicas básicas 20 %, comunicación 12 %, habilidades técnicas 7 %, manejo 33 %, atención a la familia 3 %, actividades preventivas 5 % ✓ Atención a la comunidad 5% ✓ Docencia 5% ✓ Investigación 5% ✓ Aspectos organizativos 5% 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el año 2000 se realizó una ECOE para confirmar la calificación de excelente en medicina de familia al término de la formación posgraduada. La organización fue a cargo de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y comunitaria (semFYC) ✓ Actualmente no se realiza

Fuente: Elaboración propia

Hasta aquí se han señalado algunas de las experiencias de certificación inicial o recertificación periódica de la competencia profesional en diferentes países. Este tipo de herramienta es un elemento importante para la garantía social de la calidad de las actuaciones de los profesionales médicos y se debería considerar este tipo de instrumento para generar un cambio cultural en el SNS, aunque somos conscientes de la dificultad de introducir en nuestro país un sistema de reacreditación debido a nuestra escasa cultura de evaluación.

Por ello, desde la perspectiva de este trabajo y como nueva propuesta al modelo de carrera profesional, la recertificación debe ir unida a la carrera profesional, para que realmente tenga una acogida favorable y sea factible. Algunas de las ocasiones en las que se puede poner en marcha la recertificación de competencias son las siguientes:

1. En la acreditación y reacreditación de tutores docentes.
2. Al finalizar la residencia (periodo de médico interno residente) o en un plazo breve después de finalizar. Esta evaluación sería una garantía de buena atención a los ciudadanos, y podría ser además el pistoletazo de salida para el comienzo de la carrera profesional.
3. Como prueba a realizar a los residentes calificados como no aptos por los Comités de Evaluación.
4. Como mérito en un proceso de selección de personal. Este tipo de pruebas representaría una mayor transparencia del buen hacer de los profesionales. Además impulsaría a los evaluados a mejorar sus competencias, en vez de a conseguir horas de cursos y más cursos.
5. Como mérito en el marco de una carrera profesional. Este proceso podría ser mérito añadido en un nivel I de CP.
6. Para establecer necesidades de formación, corrigiendo falta de conocimientos o desempeño no satisfactorio de conocimientos necesarios

La recertificación es por tanto un instrumento diferente a la carrera profesional, se podría decir que el primero es la foto y el segundo la película respectivamente.

Cuando se recertifica se está realizando la foto de la competencia de un profesional en un momento dado. Esa foto al igual que un título es válida para el conjunto de la sociedad y el mercado. A diferencia de la recertificación, la carrera profesional es la película de toda o parte de una trayectoria profesional. La carrera profesional está vinculada a una organización frente a la sociedad, a una empresa frente a un mercado global.

Pero aunque sean instrumentos diferentes la recertificación y la carrera profesional son instrumentos que garantizan la competencia del médico y de otros profesionales sanitarios y ambas herramientas deben tener unos mínimos comunes para todo el Estado.

En Europa, hasta donde han alcanzado nuestras investigaciones, los países con un modelo de carrera profesional estructurada en torno a un marco retributivo con niveles salariales acordados en convenios colectivos son: Alemania, Dinamarca, Holanda e Inglaterra. Se han podido conseguir datos de la carrera profesional del Reino Unido cuyas características básicas se señalan a continuación:

Cuadro 32. Características básica del modelo de CP del Reino Unido

País	Definición	Destinatarios	Niveles de carrera	Utilización del marco de CP
Reino Unido	<p>Competencias alineadas con el mapa funcional de salud. Se definen 8 componentes en el esqueleto de la carrera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos, habilidades y experiencia docente. 2. Supervisión. 3. Competencia profesional. 4. Capacidad de análisis clínica y atención al paciente. 5. Capacidad de organización y autonomía / libertad para actuar. 6. Planificación, políticas y servicios de desarrollo. 7. Financiera, administración, recursos físicos y humanos. 8. Investigación y desarrollo. 	<p>Diferentes grupos profesionales regulados por el consejo de profesionales de la salud.</p>	<p>8 Niveles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. More senior staff. 2. Consultant practitioners. 3. Advanced practitioners. 4. Senior practitioners. 5. Practitioners. 6. Assistant practitioners. 7. Senior assistants/technicians. 8. Support workers. 9. Initial entry-level jobs. 	<p>Algunas de las utilidades del marco de carrera profesional son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de servicios. • Informes de habilidades. • Para planificar y desarrollar plantillas. • Rediseño de puestos de trabajo. • Evaluar el desarrollo profesional. • Planificar programas de formación.

Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar en el modelo del Reino Unido su asociación a otras herramientas de gestión, como la evaluación del desarrollo profesional o la planificación de programas de formación. Los modelos de carrera profesional puestos en marcha en nuestro país adolecen de cualquier implicación en otras herramientas de la gestión de recursos humanos siendo prácticamente la única: el incremento retributivo.

En España existen otros modelos de carrera profesional en proyecto como el del personal docente e investigador de las Universidades Públicas españolas.

A continuación se señalan sus características principales:

Cuadro 33. Criterios básicos para la evaluación de la carrera horizontal académica de los docentes e investigadores universitarios.

Definición	Destinatarios	Niveles de carrera	Utilización del marco de CP
<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el perfeccionamiento y la actualización de las competencias docentes e investigadoras para alcanzar el desarrollo profesional que permita acceder a los cuerpos docentes universitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios docentes e investigadores 	<ul style="list-style-type: none"> 3 grados que responden al reconocimiento de méritos y la trayectoria individual de cada profesor. Se valoran méritos docente, de investigación, por innovación y transferencia de conocimientos. También se valorarán otros méritos y compromisos con la calidad, que incluirán reconocimientos personales, formación, dirección y gestión académica universitaria y antigüedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Complemento retributivo Si se obtienen 140 puntos en el baremo dará derecho a los profesores titulares de universidad a ser acreditados como catedráticos, siempre que se obtenga un mínimo de 125 puntos en méritos docentes y de investigación, transferencia e innovación.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Borrador Estatuto del Personal Docente e Investigador de las Universidades Públicas Españolas. Ministerio de Educación. Secretaria General de Universidades, 24 de mayo 2011)

Se trata de un modelo sencillo y en proyecto, pero se puede apreciar también que existe además del complemento retributivo, otro tipo de contraprestación en la obtención de un nivel de carrera.

Conclusión Parte IV

Se ha realizado una aproximación al concepto de carrera profesional en organizaciones complejas como la sanidad, realizando una comparación entre modelo clásico y actual de carrera y señalando que la carrera profesional es un concepto de desarrollo continuo, de hecho dicha denominación podría cambiarse por trayectoria profesional continua.

Se presentan los modelos de carrera profesional que desde un punto de vista sociológico se han considerado más interesantes, ya que tienen en cuenta el modelo organizativo y la composición de los recursos humanos de la organización. Esta exposición también nos ha permitido avanzar en el análisis de nuestra **H14**, pudiendo avanzar en la comprensión acerca de si los modelos de carrera profesional puestos en marcha suponen una aplicación en el sector sanitario de las técnicas de gestión empresarial.

En el análisis realizado hasta ahora sobre motivación y necesidades, hemos querido partir desde una perspectiva muy global y general para llegar a lo más específico, así como transmitir y sensibilizar a los lectores de este trabajo, que las organizaciones sanitarias están experimentando cambios sociológicos sin precedentes en su historia.

Potenciar los conocimientos y el aprendizaje a través de una continua formación de los trabajadores y por último, incrementar el compromiso para mejorar el desempeño y la retención es una tarea prioritaria de las organizaciones sanitarias. Las altas expectativas de los nuevos trabajadores del entorno sanitario, el deseo de equilibrio entre vida personal y laboral, la mayor movilidad y las nuevas formas de trabajo, crean una gran presión a las organizaciones para mantener a los empleados motivados y comprometidos con los objetivos de la organización y las organizaciones de talento suelen utilizar políticas innovadoras para gestionar a sus trabajadores (flexibilidad, dirección por objetivos, carrera profesional, etc.).

La conclusión inicial de lo expuesto hasta el momento es que la carrera profesional es sin duda alguna un elemento de motivación y satisfacción (**H1 y H11**), un concepto en permanente desarrollo. Pero la eficacia de una carrera y la eficacia de un puesto

individual que va asociada a la primera suelen derivarse de la habilidad de la organización para integrarle en el desarrollo de dicha carrera profesional. Esta es una de las preguntas a responder en la última parte de nuestro trabajo, indagar si la carrera profesional puesta en marcha por los diferentes servicios de salud supone un elemento de motivación y si se han podido alinear los objetivos individuales con los colectivos **(H13)**.

Parte V

La carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Resumen Parte V

A lo largo de esta quinta y última parte se realiza una trayectoria en la que se detalla el pasado, presente y futuro de la carrera profesional sanitaria en España.

La trayectoria comienza con el análisis histórico y legislativo de la carrera profesional en nuestro país, analizando las tres leyes que la configuran: La Ley de Cohesión y Calidad, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Estatuto Marco. A continuación se realiza una descripción de los modelos de carrera españoles, así como los resultados de su aplicación en las diferentes CC. AA. Todos los modelos autonómicos se analizan desde 16 características, presentadas en 18 cuadros independientes.

Continuamos con el análisis de los problemas detectados en la aplicación de los diferentes modelos, y con propuestas trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional. Este se convierte en el objetivo principal de esta última parte: **Diseñar un modelo de carrera profesional viable económicamente y con criterios de organización y promoción rigurosos y profesionales.**

Para dar respuesta a nuestro objetivo se presenta un nuevo modelo de carrera profesional. Una vez analizados los resultados de la aplicación del modelo de carrera profesional de la CAM en el Hospital Universitario de Fuenlabrada y realizada la revisión bibliográfica y el análisis de la documentación relativa a la aplicación de los diferentes modelos a nivel nacional, se elabora un nuevo modelo de carrera profesional que supera dichas carencias, cimentado en la metodología de calidad del modelo EFQM para la Excelencia.

1. Análisis histórico y legislativo de la carrera profesional sanitaria en España

1.1. Historia de la carrera profesional sanitaria en España

En el 1987 empieza a hablarse de carrera profesional en España. Desde hace más de una década se ha intentado traducir el concepto de carrera profesional en normas reguladoras que lo hicieran realidad. A partir de 1995 y, sobre todo, a comienzos del presente siglo, algunas de ellas se concretan, publican y aplican en ámbitos de características diversas: centros hospitalarios (Hospital Gregorio Marañón de Madrid y Hospital Clínico de Barcelona 1995), servicios autonómicos de salud (Navarra 1999) y redes asistenciales (Instituto Catalán de la Salud, Red Catalana de Hospitales Concertados, Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona). En 2002 y 2003, el Ministerio de Sanidad impulsó la publicación de las tres leyes fundamentales de ámbito estatal para el desarrollo de la carrera profesional: Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC), Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y Ley de Estatuto Marco (LEM), que pondrían cierto orden y directrices a seguir en los próximos años.

En los últimos cinco años se han ido dando pasos para implantar la carrera profesional para los profesionales sanitarios tanto a nivel central, desde el Consejo Interterritorial, como en las diferentes CC. AA. Pero no siempre los ritmos han sido similares y tampoco los criterios en los modelos de carrera que se han puesto en marcha.

Una de las circunstancias que más ha influido en el ritmo, ha sido el diferente momento en que se produjeron las transferencias de la gestión sanitaria a las CC. AA. Las CC. AA. que antes tuvieron las competencias de sanidad transferidas son las que han desarrollado los modelos de carrera profesional con mayor antelación: Andalucía, Navarra, Cataluña, País Vasco y Canarias.

Finalizado el proceso de transferencias sanitarias a todas las CC. AA., ha sido a partir de 2005 y especialmente en 2006, cuando se han iniciado los procesos de negociación con las Mesas Sectoriales de las diferentes CC. AA. para impulsar la implantación de la carrera profesional en los servicios de salud.

1.2. Desarrollo legislativo de la Carrera Profesional sanitaria en España

La ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias, en su preámbulo refiriéndose a las profesiones señala que: “El concepto de profesión es un concepto exclusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuales son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta Ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos” (Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 280, 22 de noviembre de 2003)²⁹.

En el desarrollo legislativo realizado en los últimos diez años tanto a nivel nacional como por las CC. AA., se ha incorporado el imperativo de implantar un sistema de carrera profesional en todos los servicios de salud, así como las características generales de la misma.

El marco normativo sobre carrera profesional se define hasta el momento por las siguientes leyes:

Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que destaca en su artículo 43 la obligación de los profesionales sanitarios a realizar una formación continuada, acreditando regularmente su competencia profesional “la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales debe orientarse a la mejora de la calidad del SNS” y define la carrera profesional en su

²⁹ A lo largo de este documento y cuando nos referimos a profesiones sanitarias se engloban las contempladas en la Ley /2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Artículo 41 como “el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios” (Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 128, 29 de mayo 2003).

El párrafo segundo del mismo artículo establece que el Estatuto Marco establecerá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional de Salud y que ésta será desarrollada por las comunidades autónomas. La ley nos habla también de la existencia de una Comisión de Recursos Humanos (Artículo 35) que tendrá que ver con la formación continuada y con la evaluación de la competencia profesional en cuanto a la definición de criterios básicos, y de la creación de órganos de participación y comisiones técnicas dependientes de ella: el Foro Marco para el Diálogo Social, el Foro Profesional y la Comisión Consultiva Profesional.

A la vista de lo enunciado anteriormente, hay que resaltar tres aspectos importantes: incluye la carrera profesional en un ámbito más amplio que es el del desarrollo profesional, que, según la Ley, acoge, además, la formación continuada y la evaluación de las competencias; el segundo es el papel regulador básico que se asume desde el Estado, dejando a las comunidades autónomas el desarrollo normativo de aplicación en su territorio; el tercero y más importante es el que define la carrera profesional como un derecho.

La Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesionales Sanitarias en su artículo 37 del Título III, define el sistema de desarrollo profesional como el reconocimiento público y de forma individualizada del nivel alcanzado por cada profesional respecto a “conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios” (Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 280, 22 de noviembre de 2003).

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Dicha Ley establece que el acceso al sistema de desarrollo profesional tiene carácter voluntario para todos los profesionales que presten servicios dentro del territorio del Estado. El artículo 38 enumera los principios generales, considerando como tales: la existencia de cuatro grados, admitiendo la existencia de un grado inicial adicional; los requerimientos para la obtención de los grados mediante la evaluación favorable de los méritos del interesado en relación con sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación, actividad asistencial y calidad de la misma, así como su implicación en la gestión clínica. El tiempo mínimo de permanencia en cada grado se fija en 5 años; la existencia de comités específicos integrados en su mayoría por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, garantizándose la participación en ellos de representantes del servicio o unidad de pertenencia del aspirante, así como de evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas; la constatación pública del grado de desarrollo profesional; la necesidad de adaptar dentro de cada servicio de salud estos principios generales a las características particulares de su organización; el papel homologador del Consejo Interterritorial para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).

La disposición adicional cuarta de la misma Ley, establece que los efectos económicos (con carácter de retribución complementaria) derivados del reconocimiento de grados serán objeto de negociación con las organizaciones sindicales, y la disposición transitoria segunda establece un plazo de 4 años para que las comunidades autónomas inicien los procedimientos para su implantación en todas las profesiones sanitarias previstas en su articulado para la implantación progresiva de esta ley a partir de la entrada en vigor de la misma.

La Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, recoge en su Artículo 40 lo establecido por las normas precedentes respecto a la carrera profesional y avanza en el imperativo de implantación de un sistema de desarrollo profesional definiendo cuatro criterios generales que deberá contemplar la carrera profesional ³⁰ :

³⁰ Puede verse texto completo en (Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 301, 17 de diciembre de 2003).

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

1. Establecer mecanismos de carrera profesional con la mejor gestión de las instituciones sanitarias.
2. La carrera profesional como derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada que contemple el reconocimiento en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.
3. La Comisión de Recursos Humanos del SNS establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional.
4. Los criterios generales del sistema de desarrollo profesional se adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros.

Siendo objetivos, poco habla este Estatuto de carrera profesional o desarrollo profesional a pesar del papel que le atribuye la Ley de Cohesión y Calidad en el desarrollo de la normativa básica para quienes trabajan en el seno del SNS, probablemente porque invadiría las competencias que se asignan a las comunidades autónomas una vez que los aspectos generales se encuentran en la LOPS. En los puntos del artículo 40 del Estatuto Marco, reconsidera los criterios generales de las leyes anteriores para el ámbito específico del personal estatutario; establece el papel protagonista de las comunidades autónomas en el establecimiento de la carrera profesional, reitera el papel homologador de la Comisión de Recursos Humanos (y, por tanto, del Consejo Interterritorial) y enfatiza el carácter negociado de la repercusión de los méritos alcanzados en el desarrollo profesional en la carrera profesional.

En el artículo 80 del Estatuto Marco, queda muy claro el papel de las organizaciones sindicales en la negociación de los sistemas de carrera profesional y en el artículo 43, se reitera la consideración complementaria de la retribución de la carrera profesional, destinada a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

Realizando un análisis conjunto de las tres leyes analizadas (LOPS, LCC y Estatuto Marco) se aprecia un juego de palabras entre desarrollo profesional y carrera

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

profesional. Según la Ley de Cohesión y Calidad en su artículo 40, el desarrollo profesional es el reconocimiento de la carrera profesional, la formación continuada y la evaluación de las competencias. En el Estatuto Marco, la carrera profesional se define como el reconocimiento del desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización, pero poco se dice sobre la evaluación de la competencia, aspecto central de la carrera profesional o del desarrollo profesional. El artículo 42 de la Ley de Cohesión y Calidad define la competencia profesional como «la aptitud para integrar conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean», y posteriormente establece que la Comisión de Recursos Humanos del SNS establecerá los criterios básicos. Por último, aporta un elemento a tener en cuenta en su párrafo segundo que dice: «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». El artículo no explica en qué consistirá o cómo se hará la evaluación, pero sí dice quién no la hará.

Este conjunto de leyes deja bien sentado que es fundamental y protagonista el papel de las comunidades autónomas en el desarrollo profesional, reservándose el estado una función general de cohesión y armonización. La realidad ha demostrado que dicho papel es complicado.

Ampliando dicha explicación, se aprecia que la LOPS establece un plazo mínimo de 5 años en cada nivel para optar a los sucesivos y nada se opone a que territorialmente se regulen plazos mayores. Tampoco informa del total de méritos necesarios para la progresión de un grado a otro, de modo que cabe la posibilidad de que sean necesarios esfuerzos distintos dependiendo del lugar donde se ejerza y de que sean también diferentes los procedimientos y los agentes evaluadores, como realmente ha sucedido.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Las leyes insisten en la garantía de la movilidad profesional y en el papel que desempeña en la homologación de las distintas categorías funcionales la Comisión de Recursos Humanos del SNS (Art. 43 LCC y Art. 37 LEM), pero será difícil acordar equiparaciones de méritos cuando unos u otros ponderen de modo diferente los distintos criterios para alcanzar una categoría específica.

2. Modelos de carrera profesional sanitaria en España

Resultado del desarrollo legislativo expuesto, las comunidades autónomas se vieron forzadas a iniciar el desarrollo de sus modelos de carrera debido al agotamiento de los plazos que la normativa legal vigente imponía: enero de 2008. Antes de esa fecha los distintos servicios de salud que integran el SNS debían tener desarrollada la carrera profesional.

En líneas generales se puede decir que los modelos de carrera profesional para licenciados y diplomados sanitarios en las 17 CC. AA. más las ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla, tienen características y criterios comunes generales:

- Derecho de los profesionales a la progresión en su desarrollo profesional y al reconocimiento público y de forma individualizada del nivel alcanzado en cuanto a conocimientos, experiencia asistencial, y docencia e investigación
- Criterio de voluntariedad
- Existencia de 4 niveles retribuidos

A la vista del estudio de los 17 modelos de carrera profesional publicados más las dos ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla, conforman 18 modelos aprobados y aplicados en nuestro territorio, la realidad muestra que éstos no son trasplantables automáticamente, ni en sus características generales ni en sus criterios de ponderación de méritos, aunque tengan algunas características comunes identificables.

Día tras día han ido apareciendo los distintos acuerdos de los servicios de salud de las comunidades autónomas y a medida que se profundiza en su estudio, ni siquiera en los aspectos más elementales, como es la denominación de los distintos niveles de la carrera profesional, las comunidades autónomas han sido capaces de ponerse de acuerdo. El nivel 1 en Cataluña se denomina Senior, en el País Vasco Especialista Adjunto y en otras comunidades simplemente grado o nivel 1.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

La carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud (SAS) es una de las más exigentes con el profesional para alcanzar los distintos grados y una de las pocas que liga la carrera a la acreditación de las competencias del profesional. La C. A. de Castilla León (SACYL) ha creado una agencia de evaluación externa para la evaluación del desempeño de la competencia profesional.

En Cataluña debido a la existencia de distintas redes asistenciales, conviven hasta cuatro modelos diferentes de carrera profesional: modelo propio del Hospital Clínico de Barcelona, modelo de carrera profesional del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), modelo de carrera profesional de los hospitales concertados de la Red Hospitalaria de utilización pública (XARXA) y modelo de carrera profesional del Instituto Catalán de Salud (ICS). Este último modelo es el que se analiza en esta tesis.

En cuanto al número de años para obtener los diferentes niveles encontramos una dispersión significativa, en Aragón se puede obtener el máximo nivel con 22 años de experiencia profesional, en Canarias se necesitan 23 años, Cataluña parece ser más exigente en donde se necesitan 25 años y en Andalucía o Madrid con 20 años de actividad asistencial se puede alcanzar el máximo nivel de carrera.

En Extremadura encontramos una diferencia curiosa entre Licenciados Sanitarios Especialistas y Licenciados Sanitarios. A los primeros se les exige 25 años para obtener el máximo nivel pero a los segundos 28 años. Sin embargo, a los diplomados universitarios en enfermería independientemente de que sean especialistas o no, se les exige 28 años para alcanzar el nivel IV de carrera profesional. Las menos exigentes en cuanto al número de años son Madrid, Asturias, Baleares y Murcia. No así en el caso de retribuir los diferentes niveles, siendo Madrid y Murcia las que mayores niveles retributivos poseen frente a la comunidad canaria que muestra las retribuciones más bajas.

Existen otras muchas diferencias que pueden apreciarse en los cuadros resumen de cada una de las CC. AA. que se presentan en el apartado 3 de Resultados de la aplicación de la carrera profesional en España. Con todo ello puede argumentarse que existen 18 modelos de carrera profesional, que ahondan en la separación entre servicios

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

de salud, y que dificultarán la libre circulación de profesionales. Una mirada ajena podría llegar a la conclusión de que hay un claro propósito por parte de las CC. AA. en diferenciarse unas de otras.

Dentro de las irreductibles diferencias entre los modelos de carrera profesional, debería haber prevalecido una mayor homogeneidad de los mismos, en aras a la igualdad consagrada en nuestra Constitución -aunque cada CC. AA. tuviese su derecho a establecer su carrera profesional gracias al amparo de las transferencias de competencias sanitarias-, primando un único o muy similar modelo de carrera, por consenso y basado en criterios profesionales, donde las diferencias autonómicas fueran mínimas.

La carrera profesional en España ha conseguido que no todos los profesionales del sistema sanitario sean iguales, ciertas CC. AA. son mucho más laxas en la aplicación de sus criterios y otras lo ponen mucho más complicado para alcanzar cierto grado o nivel.

En el Boletín de las Cortes Generales de fecha 5 de abril de 2005, el Pleno del Senado aprobó una moción instando al Gobierno a impulsar los trabajos de la Comisión de RRHH del SNS para que en un plazo lo más breve posible se establecieran y acordaran los principios y criterios generales para la homologación de la carrera profesional aplicable a los Servicios de Salud. En dicho debate se plantearon dos ideas clave ³¹:

1. El respeto a la idiosincrasia autonómica y a las competencias de los distintos servicios regionales
2. La diferenciación conceptual entre criterios de homologación no comunes.

³¹ Para ver texto completo consultar (Moción del grupo parlamentario popular por la que se insta al Gobierno a la adopción de diversas medidas para el establecimiento de principios y criterios de carrera profesional aplicados en los Servicios Regionales de Salud, con el consenso de todas las CC. AA. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 202, 4 de abril de 2005).

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Un año más tarde, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud en su reunión del 19 de abril de 2006, aprobó en el Pleno de la Comisión un acuerdo que pretendía dar uniformidad a la carrera profesional en toda España. Siendo críticos dicho acuerdo parece un trámite para “cubrir el expediente”, que podría argumentarse como justificación, ante posibles acusaciones al Ministerio de Sanidad de dejación de funciones, al no haber liderado un modelo de carrera con unas líneas básicas uniformes y con desarrollo posterior por las comunidades autónomas, de hecho dicho acuerdo no obliga a nada a las CC. AA. ya que no tiene rango de ley y el resultado de la aplicación del mismo ha sido muy dispar.

El acuerdo deja muchas lagunas e indefiniciones sin cubrir como por ejemplo: qué profesionales son objeto de la aplicación del sistema de carrera profesional, la reversibilidad de sus grados se deja en manos de los servicios de salud, cómo se realiza la valoración de la actividad profesional y competencias profesionales que se establecen en los modelos y otros muchos aspectos de baremación de méritos que no se señalan los criterios a seguir.

En este trabajo y de los análisis que se realizan a partir de este punto de la investigación, cabe señalar que cuando se habla de modelos de carrera profesional nos referimos a los modelos que abarcan a los profesionales licenciados y diplomados sanitarios del SNS. Los profesionales no sanitarios también han tenido sus desarrollos específicos de carrera profesional en algunas CC. AA., aunque no en todas como por ejemplo en Navarra, pero a este modelo se le denomina con otros términos como Desarrollo o Promoción profesional y no constituyen parte del objeto de estudio de esta investigación.

A continuación se presentan los resultados analizados sobre los diferentes modelos de carrera profesional. Se presentan 18 cuadros: uno por cada CC. AA. y otro con las ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla (INGESA).

Se analizan 16 dimensiones que cubren los aspectos más relevantes de los diferentes modelos de carrera profesional.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Posteriormente se presenta un cuadro con los costes que supone la carrera profesional para el año 2011, basada en el número de reconocimientos otorgados a 31 de diciembre de 2010. En el número de reconocimientos no se distingue entre procedimientos extraordinarios, transitorios u ordinarios. Los procesos extraordinarios han sido los realizados por los diferentes servicios de salud, antes de desarrollar un modelo de carrera profesional ordinario tal y como establecen las diferentes leyes. A día de hoy, algunas CC. AA. como Galicia o Aragón no han puesto en marcha los procedimientos de evaluación ordinaria de carrera profesional.

3. Resultados de la aplicación de la carrera profesional sanitaria en España

En este punto y fruto de la investigación realizada en las diferentes CC. AA. a través de la triangulación de fuentes: bibliografía, datos reales disponibles y análisis de la información derivada de las entrevistas a personas relevantes del sector, nos ha permitido sacar a la luz la caja negra de la carrera profesional del SNS cuyos resultados se exponen a continuación.

En este apartado se presentan los resultados analizados en las 17 CC. AA. que forman el mapa autonómico español más las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, relativas a la aplicación de la carrera profesional. Para ello se han establecido 16 elementos comparativos de análisis y que pretenden recoger los aspectos más destacados de la aplicación de los modelos.

Se han observado notables diferencias que se exponen más adelante, y que forman parte de las hipótesis planteadas. Todos los resultados que se exponen, han sido cerrados a 31 de diciembre de 2010 y a fecha de cierre de este trabajo (finales de 2011) la situación es muy similar, ya que en varias CC. AA. los servicios de salud correspondientes, han cerrado por ley el reconocimiento y/o el pago de carrera profesional. Algunas de las CC. AA. que han paralizado todo tipo de reconocimiento y pago para el año 2011 son: Asturias, Valencia, Baleares y Madrid.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Las características analizadas en los diferentes modelos de carrera profesional para cada comunidad autónoma han sido las siguientes:

Cuadro 34. Características analizadas en los 18 modelos de carrera profesional

1	Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional
2	Niveles y años para alcanzar cada uno de los niveles
3	Denominación de los niveles (Consultor, Consultor senior...)
4	Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatuarios, interinos...)
5	Medidas de evaluación
6	Reversibilidad si o no
7	Contabilización de MIR a efectos de antigüedad
8	Aplicación sanitario y/o no sanitarios
9	Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos
10	Nivel hasta el que se ha retribuido a fecha diciembre de 2010
11	Nivel hasta el que se ha reconocido a fecha de diciembre de 2010
12	Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de CP hasta 31 de diciembre de 2010
13	Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario
14	Efectos económicos
15	Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010
16	Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera hasta 31 de diciembre de 2010

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

De las 16 características analizadas se presenta un cuadro por cada CC. AA. y otro por las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (INGESA), posteriormente se presentan dos tablas independientes con las variables 12 y 16 correspondientes a: Estimación global de pago de carrera profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010 y número de profesionales que han obtenido nivel de carrera hasta diciembre de 2010 por CC. AA.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

ANDALUCÍA													
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	BOJA. Nº 146 (31-07-2006) BOJA Nº 240 (3-12-2008) BOJA nº 21 (29-01-2007)												
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel I</td> <td>Menos de 5 años (no retribuido)</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel V</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total : 20 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel I	Menos de 5 años (no retribuido)	Nivel II	5	Nivel III	5	Nivel IV	5	Nivel V	5
Nivel	Años exigidos servicios prestados												
Nivel I	Menos de 5 años (no retribuido)												
Nivel II	5												
Nivel III	5												
Nivel IV	5												
Nivel V	5												
3. Denominación de los niveles	Nivel I, II, III, IV y V												
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Estatutario fijo o funcionario sanitario local integrado en EBAP. Interinos con 5 años de servicios prestados y que no hayan tenido opción de presentarse a ningún proceso selectivo de la misma categoría en el SAS.												
5. Medidas de evaluación	La Acreditación y/o evaluación de las Competencias Profesionales y una valoración de los méritos profesionales, sobre la base del Desempeño Profesional (EDP), el cumplimiento de los objetivos de la organización (CRP), la valoración de méritos de formación, docencia e investigación/innovación y el compromiso con la organización.												
6. Reversibilidad si o no	Reversible cualquier nivel al no superar el proceso de certificación, siendo la condición que determine que un profesional descienda de nivel												
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados												
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales: sanitarios y no sanitarios												
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos												
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel 5 incluido												
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel 5 incluido												
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 10 y 31												
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Los profesionales Sanitarios Licenciados y Diplomados, que a la fecha de ratificación del Acuerdo de Carrera Profesional, y por una sola vez, tengan acreditados al menos cinco o diez años de prestación efectiva de servicios en la correspondiente categoría a la que optan, no requerirán de dicha acreditación profesional para acceder al nivel II o nivel III, sin que se considere requisito imprescindible la acreditación de competencias profesionales ni el baremo de méritos y sin la necesidad de recertificarse. Si además estos profesionales tienen requisitos para acceder a los niveles de carrera IV y V, igualmente, y por una sola vez, no tendrán que permanecer cinco años para optar a los mismos, pudiendo solicitar su acreditación y nivel de carrera correspondiente una vez transcurrido un año desde la permanencia en el nivel II o III.												

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios))	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V
	Licenciado Sanitario Especialista	0 €	3.000€	6.000€	9.000€	12.000 €
	Licenciado Sanitario	0 €	2.500€	5000€	7.500€	10.000 €
	Diplomado Sanitario	0 €	1.950€	3900€	5.850€	7.800 €
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 diciembre de 2010	Se sigue abonando y reconociendo a diciembre de 2010. Paralizado para el personal de administración y servicios					
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 10 y 31					

En el caso de Andalucía, el II Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta centra uno de sus procesos estratégicos en “garantizar la gestión de la calidad de los servicios” mediante:

1. La gestión por procesos
2. La gestión clínica
3. La gestión por competencias
4. La gestión del conocimiento

Dentro de estas líneas estratégicas se enmarcan los programas de acreditación como el de las competencias profesionales. Esta acreditación de competencias es un proceso voluntario a través del cual el profesional revisa, de forma sistémica, su propia práctica, poniendo de manifiesto un nivel de competencia previo o que ha alcanzado durante el proceso de acreditación. En el contrato programa firmado en 2009 se ha primado a los profesionales acreditados a la hora de acceder a un contrato.

El profesional que dese acreditarse debe cumplir tres fases: realizar de forma telemática la solicitud de acreditación; una vez aceptada se le asigna un “guía” o tutor de la Agencia de Calidad de Andalucía y se le facilita un manual con el desglose de competencias e ítems solicitados, pasando a la segunda fase o autoevaluación. En esta fase el médico aporta la documentación necesaria para demostrar sus méritos y en una tercera y última fase, desde la Agencia de Calidad se bareman los méritos acreditados y se determina el nivel de acreditación, emitiendo el certificado correspondiente. Esta acreditación es una de las exigencias en la evaluación de la carrera profesional.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

La Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, es el órgano competente para la acreditación de la competencia profesional. La Agencia de Calidad Sanitaria, en colaboración con numerosos profesionales y representantes de Sociedades Científicas, ha desarrollado el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales con el fin de reconocer los logros alcanzados por parte de los profesionales en su práctica real y diaria y para impulsarlos hacia el desarrollo y la mejora continua.

El 16 de mayo de 2006, se suscribió un Acuerdo entre el Servicio Andaluz de Salud y las organizaciones sindicales integrantes de la Mesa Sectorial de Negociación de la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, sobre materia de política de personal para el periodo 2006-2008 (BOJA 146 de 31 de julio de 2006 y BOJA 158 de 16 de agosto de 2006).

En dicho Acuerdo se recoge que: "La Acreditación y/o evaluación de las Competencias Profesionales será requisito para solicitar la inclusión en el procedimiento de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud Para la Promoción de nivel se precisa superar , además del tiempo mínimo de permanencia en el nivel anterior, el Proceso de Certificación correspondiente. El grado de exigencia tanto de la Acreditación de Competencias como del Baremo definido será proporcional al nivel al que se promocióne. La Acreditación le permitirá acceder a la carrera profesional en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, así como para promocionar de nivel en la misma.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

ARAGÓN																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	BOA, nº 144 (07-12-2007)															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 0</td> <td>Menos de 5 años (no retribuido)</td> </tr> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total : 22 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel 0	Menos de 5 años (no retribuido)	Nivel I	5	Nivel II	5	Nivel III	5	Nivel IV	7			
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Nivel 0	Menos de 5 años (no retribuido)															
Nivel I	5															
Nivel II	5															
Nivel III	5															
Nivel IV	7															
3. Denominación de los niveles	Primer Nivel: Grado Avanzado en competencias, Segundo Nivel: Grado Experto en competencias, Tercer Nivel: Grado Excelente en competencias, Cuarto Nivel: Grado Excelente en competencias															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Licenciado y Diplomado sanitario fijo estatutario, funcionario o laboral que perciba sus retribuciones conforme al sistema previsto en la Ley 55/2003															
5. Medidas de evaluación	Competencia profesional, compromiso con la organización y mejora continua de la calidad, compromiso con la innovación, docencia e investigación															
6. Reversibilidad si o no	Reversible exclusivamente el nivel IV															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 diciembre de 2010	Hasta nivel 3. La Ley de presupuestos de 2010 ha congelado el pago al nivel 4															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Nivel 4 inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 11 y 32															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Para el I, II y III exclusivamente antigüedad que tengan reconocida (5 años para cada nivel). El acceso al IV Nivel, podrá ser solicitado durante la fase de implantación sin necesidad de cumplir el requisito de permanencia de 7 años en el III Nivel, si bien sólo será reconocido previa superación de la correspondiente evaluación según el baremo establecido y recogido en el Acuerdo del Gobierno de Aragón de 4-12- 2007.															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffcc99;">Grupo profesional</th> <th style="background-color: #ffcc99;">Nivel I</th> <th style="background-color: #ffcc99;">Nivel II</th> <th style="background-color: #ffcc99;">Nivel III</th> <th style="background-color: #ffcc99;">Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.600 €</td> <td>7.000 €</td> <td>10.000 €</td> <td>12.500 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>2.520 €</td> <td>4.900 €</td> <td>6.700 €</td> <td>8.400 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.600 €	7.000 €	10.000 €	12.500 €	Diplomado Sanitario	2.520 €	4.900 €	6.700 €	8.400 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.600 €	7.000 €	10.000 €	12.500 €												
Diplomado Sanitario	2.520 €	4.900 €	6.700 €	8.400 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010	Se paga hasta nivel 3, aunque se reconoce hasta el 4. Han terminado proceso de implantación, no han comenzado proceso de evaluación ordinario. No está pensado congelarlo aunque está muy ralentizado por la crisis actual.															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 11 y 32															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

ASTURIAS																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	BOPA, nº 56 (08-03-2007)															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grado I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado III</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado IV</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">Total : 20 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Grado I	5	Grado II	5	Grado III	5	Grado IV	5					
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Grado I	5															
Grado II	5															
Grado III	5															
Grado IV	5															
3. Denominación de los niveles	Grado I, Grado II, Grado III y Grado IV															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Licenciado y diplomados sanitario estatutario fijo y que se encuentren adscritos a las Instituciones y centros sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias.															
5. Medidas de evaluación	Actividad y calidad asistencial, implicación y compromiso con la organización. Competencia profesional y conocimientos Participación en docencia e investigación															
6. Reversibilidad si o no	No es reversible para ningún grado															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a fecha diciembre de 2010	Hasta nivel 4 inclusive															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a fecha de diciembre de 2010	Hasta nivel 4 inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 12 y 33															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Tiempo mínimo de servicios prestados y un compromiso con las medidas necesarias para la consecución de objetivos, para alcanzar los distintos grados durante el periodo transitorio extraordinario, hasta que se produzca un encuadramiento definitivo en el grado que les corresponda. A partir de este encuadramiento definitivo, se les evaluará en el cumplimiento de estos indicadores para su progresión en los distintos grados de carrera profesional. La propuesta de indicadores son las mismas que para el proceso ordinario recogido en punto 5.															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>2.520 €</td> <td>4.900 €</td> <td>6.700 €</td> <td>8.400 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	2.520 €	4.900 €	6.700 €	8.400 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €												
Diplomado Sanitario	2.520 €	4.900 €	6.700 €	8.400 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010	Se suspende para 2011 todo tipo de reconocimiento y pago.															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 12 y 33															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

BALEARES																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	BOCAIB, nº 189 (30-12-2006)															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total : 20 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel I	5	Nivel II	5	Nivel III	5	Nivel IV	5					
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Nivel I	5															
Nivel II	5															
Nivel III	5															
Nivel IV	5															
3. Denominación de los niveles	Nivel I, nivel II, nivel III, nivel IV															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Licenciado y diplomados sanitario estatutario fijo según lo regulado en los artículos 6 y 7 de la LOPS. Se permite el acceso al sistema de carrera profesional, al personal que lleve más de cinco años con nombramiento interino a fecha 30 de octubre de 2006, fecha en la que se procede a clasificar a cada uno de los profesionales en el nivel correspondiente, siempre y cuando se presente a la oferta pública de empleo que se lleve a cabo durante el primer trimestre del año 2007, pero consolidarán nivel cuando adquieran la condición de personal estatutario fijo.															
5. Medidas de evaluación	Conocimientos, experiencia en tareas asistenciales, docencia, investigación y cumplimiento objetivos asistenciales															
6. Reversibilidad si o no	No es reversible en ningún nivel															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a fecha diciembre de 2010	Se abona hasta nivel IV a todo el personal que lo tiene aprobado en la fase de implantación															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a fecha de diciembre de 2010	Hasta nivel IV															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 13 y 34															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Cinco años de servicios prestados para cada nivel sin evaluación de méritos.															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>2.400 €</td> <td>4.560 €</td> <td>6.660 €</td> <td>8.640 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	2.400 €	4.560 €	6.660 €	8.640 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €												
Diplomado Sanitario	2.400 €	4.560 €	6.660 €	8.640 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010	Se han paralizado las cantidades a pagar en fase de implantación en el 75 % del total que correspondería (el 100 % se debería haber pagado a 1 de enero de 2010). Además, las cuantías que corresponden al 75 % se han disminuido en un 5 % por el RD 8/2010, de medidas para reducir el déficit público. Cobra el 100 % el personal que tuviera cumplidos los 60 años a 31 de diciembre de 2009, con la rebaja del 5%. La Ley de presupuestos para 2010 congela el pago de la Carrera Profesional.															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 13 y 34															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

COMUNIDAD VALENCIANA																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	DOCV, nº 5259 (16-05-2006)															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grado 0</td> <td>Menos de 5 años (no retribuido)</td> </tr> <tr> <td>Grado I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado III</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Grado IV</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total : 22 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Grado 0	Menos de 5 años (no retribuido)	Grado I	5	Grado II	5	Grado III	6	Grado IV	6			
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Grado 0	Menos de 5 años (no retribuido)															
Grado I	5															
Grado II	5															
Grado III	6															
Grado IV	6															
3. Denominación de los niveles	Grado I, grado II, grado III, grado IV															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Licenciados y Diplomados incluidos en el artículo 6 y 7 de la LOPS, adscritos a la Consellería de Sanidad y que ostenten la consideración de personal sanitario conforme a lo dispuesto en el Decreto 71/1989 de 15 de mayo del Consell.															
5. Medidas de evaluación	Conocimientos, experiencia y cumplimiento de objetivos, actividad docente e investigadora, compromiso con la organización															
6. Reversibilidad si o no	No reversible en ninguno de los grados															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	Si cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos. No han aplicado procedimiento ordinario															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a fecha diciembre de 2010	Hasta grado IV inclusive															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta grado IV inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 27 y 48															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Cinco años para los dos primeros niveles y seis años para el tercer y cuarto nivel más un nivel inicial no retribuido)															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.950 €</td> <td>3.900 €</td> <td>5.850 €</td> <td>7.800 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	1.950 €	3.900 €	5.850 €	7.800 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €												
Diplomado Sanitario	1.950 €	3.900 €	5.850 €	7.800 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 diciembre de 2010	Se continúa abonando todo lo que estuviera reconocido antes del 1 de enero de 2011. A partir de esta fecha la Ley de presupuestos para el 2011 deja de pagarse y reconocerse. ³²															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 27 y 48															

³² Ley 17/2010, de 30 de diciembre, de presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2011 (DOCV nº 6429, de 31 de diciembre de 2010)

DISPOSICIÓN ADICIONAL Decimoséptima. De las medidas excepcionales en materia de reconocimiento y progresión de la carrera profesional y el desarrollo profesional. Con efectos 1 de enero de 2011 y hasta el 31 de diciembre de 2011, por razones de interés general derivadas de una alteración sustancial de las circunstancias económicas que permitieron el establecimiento de la carrera profesional y el desarrollo profesional para determinado personal que desarrolla su actividad en el marco de la estructura orgánica y funcional de la Consellería de Sanidad y de las personas jurídicas que conforman el sector público autonómico dependiente de la misma, devienen inaplicables los Decretos del Consell 66/2006, de 12 de mayo, 85/2007, de 22 de junio, y 173/2007 de 5 de octubre, así como la normativa dictada en desarrollo o ejecución de los mismos, en lo que se refiere a: el derecho de acceso a la carrera profesional y al desarrollo profesional en el momento de su primera incorporación definitiva al puesto, y el derecho a la progresión en los grados de carrera profesional y desarrollo profesional.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CANARIAS																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	BOCAN para facultativos Decreto 278/2003 de 13 de noviembre de 2003. BOCAB para Diplomados sanitarios por Decreto 129/2006 de 26 de septiembre de 2006, modificada por Decreto 230/2008 de 25 de noviembre															
2. Niveles y años para alcanzar cada uno de los niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total: 23 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel I	5	Nivel II	5	Nivel III	6	Nivel IV	7					
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Nivel I	5															
Nivel II	5															
Nivel III	6															
Nivel IV	7															
3. Denominación de los niveles (Consultor, Consultor senior...)	Nivel I, nivel II, nivel III, nivel IV															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Para todo el personal fijo, sanitario (licenciados, diplomados y de FP) y no sanitario que perciban sus retribuciones por el sistema establecido en el RD 3/87 de 11 de septiembre sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de Salud y se les haya exigido para su ingreso cualquiera de los títulos previstos en el Art. 6.2 b) y 7.2 de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco y al contemplado en el artículo 2.3 de la misma Ley.															
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, formación continuada, docencia, investigación y compromiso con la organización															
6. Reversibilidad si o no	No reversible en ninguno de los niveles															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a fecha diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 14 y 35															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Igual tiempo de servicios prestados (5,5,6,7) que para el proceso transitorio. Han convocado proceso ordinario pero no han evaluado ya que se ha paralizado la carrera profesional.															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3205,32 €</td> <td>5128,2 €</td> <td>7051,2 €</td> <td>8333,28 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1230,36 €</td> <td>2460,48 €</td> <td>3998,16 €</td> <td>5638,56 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3205,32 €	5128,2 €	7051,2 €	8333,28 €	Diplomado Sanitario	1230,36 €	2460,48 €	3998,16 €	5638,56 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3205,32 €	5128,2 €	7051,2 €	8333,28 €												
Diplomado Sanitario	1230,36 €	2460,48 €	3998,16 €	5638,56 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 de diciembre de 2010	Se sigue abonando carrera profesional a los que tengan reconocido un grado con anterioridad al 1 de enero de 2011, al prever la Ley de Presupuestos Autonómica que se suspende en 2011 el reconocimiento de niveles o grado de carrera profesional derivados de solicitudes presentadas a partir del 1 de enero de 2011 (inclusive).															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 14 y 35															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CANTABRIA																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	BOC, nº 170 (04-09-2006, corrección de errores BOC 20-9-06).															
2. Niveles y años para alcanzar los niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grado I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado III</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado IV</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">Total:22 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Grado I	5	Grado II	5	Grado III	5	Grado IV	7					
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Grado I	5															
Grado II	5															
Grado III	5															
Grado IV	7															
3. Denominación de los niveles	Grado I, Grado II, Grado III y Grado IV.															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Estatutario sanitario de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, de las categorías de licenciados y diplomados que tengan la condición de fijo y cuyas retribuciones se rijan por el RD Ley 3/1987 de 11 de septiembre.															
5. Medidas de evaluación	Actividad y competencia asistencial, formación continuada, docencia, investigación y compromiso con la organización															
6. Reversibilidad si o no	Reversible por causa tasada por Comisión Técnica															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a fecha diciembre de 2010	Hasta nivel 4 inclusive															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a fecha de diciembre de 2010	Hasta nivel 4 inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 15 y 36															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	El procedimiento ordinario no lo comenzaron, han hecho solo el extraordinario y se exige para el Grado I y II tiempo de servicios prestados (5,5,5, 7) y para el Grado III y IV tiempo de servicios prestados (5,5,5, 7) y baremo.															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.850 €</td> <td>3.550 €</td> <td>5.550 €</td> <td>7.425 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>A fecha de cierre de este trabajo (diciembre de 2010), los Licenciados sanitarios especialistas de Nivel IV perciben 950 euros/ mes y los Licenciados sanitarios no especialistas de Nivel IV perciben 712 euros/ mes</p>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	1.850 €	3.550 €	5.550 €	7.425 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €												
Diplomado Sanitario	1.850 €	3.550 €	5.550 €	7.425 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010	Paralizado por ley de presupuestos en su artículo 29.10 ³³															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 15 y 36															

³³ “ (...) durante el ejercicio 2011 continuarán parcialmente suspendidos los Acuerdos celebrados entre la Administración y Sindicatos en materia de retribuciones, carrera profesional y condiciones de trabajo del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud en todas aquellas previsiones que impliquen un incremento del gasto de dicho personal, sin perjuicio del expresamente contemplado en la presente Ley”

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CASTILLA LA MANCHA																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	DOCM, Decreto 117 (28-11-2006)															
2. Niveles y años para alcanzar los niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grado I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado III</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Grado IV</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Total:23 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Grado I	5	Grado II	5	Grado III	6	Grado IV	7					
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Grado I	5															
Grado II	5															
Grado III	6															
Grado IV	7															
3. Denominación de los niveles	Grado I, grado II, grado III, grado IV															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Licenciado y Diplomado sanitario fijo del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha que perciba sus retribuciones por el sistema establecido en el Real Decreto Ley 3/1987 de 11 de septiembre sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, así como a los sanitarios locales que perciban sus retribuciones complementarias por el sistema establecido en el indicado Real Decreto Ley.															
5. Medidas de evaluación	Conocimientos, experiencia en tareas asistenciales, docentes y de investigación, cumplimiento de objetivos															
6. Reversibilidad si o no	Reversible por sanción, por falta grave o muy grave															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	Si cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Se abona hasta Grado IV a todo el personal facultativo mediante procedimiento ordinario															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta grado IV inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 16 y 37															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Resolución 10-7-2008, convoca procedimiento extraordinario para el acceso a los Grados I, II y III a través de servicios prestados (7, 6, 5, 5). El nivel IV se realiza a través de proceso ordinario															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.950 €</td> <td>3.900 €</td> <td>5.850 €</td> <td>7.800 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	1.950 €	3.900 €	5.850 €	7.800 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €												
Diplomado Sanitario	1.950 €	3.900 €	5.850 €	7.800 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010	Siguen reconociendo y pagando a diciembre de 2010															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 16 y 37															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CASTILLA Y LEÓN																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Decreto 43/2009 publicado en el BOCYL el 03-07-2009															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grado</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grado I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado III</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Grado IV</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">Total:23 años</p>	Grado	Años exigidos servicios prestados	Grado I	5	Grado II	5	Grado III	6	Grado IV	7					
Grado	Años exigidos servicios prestados															
Grado I	5															
Grado II	5															
Grado III	6															
Grado IV	7															
3. Denominación de los niveles	Grado I, grado II, grado III, grado IV.															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Estatutario fijo de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León sanitario, de gestión y servicios.															
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, formación docencia, investigación, gestión clínica entendida como compromiso con la organización y formación. Autoevaluación de los méritos asistenciales y posteriormente auditables por la Administración Sanitaria, o de forma directa o por entidad externa a la que se encomienda dicha función. Desde el 2009 para la consecución del grado I, se realiza evaluación a través de la Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria. ³⁴															
6. Reversibilidad si o no	No es reversible en ninguno de los grados															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel III inclusive															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel III inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 17 y 38															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Para el Grado I y II, cinco años para cada nivel de servicios prestados. Para Grado III cuando acredite más de 20 años de antigüedad a la fecha de la convocatoria extraordinaria. Para Grado IV, mediante el procedimiento ordinario:23 años de servicios prestados más baremo de méritos.															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Grado I</th> <th>Grado II</th> <th>Grado III</th> <th>Grado IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.121,20 €</td> <td>6.242,40 €</td> <td>9.363,60 €</td> <td>12.484,80 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.872,72 €</td> <td>3.745,44 €</td> <td>5.618,16 €</td> <td>7.490,88 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Licenciado Sanitario	3.121,20 €	6.242,40 €	9.363,60 €	12.484,80 €	Diplomado Sanitario	1.872,72 €	3.745,44 €	5.618,16 €	7.490,88 €
Grupo profesional	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV												
Licenciado Sanitario	3.121,20 €	6.242,40 €	9.363,60 €	12.484,80 €												
Diplomado Sanitario	1.872,72 €	3.745,44 €	5.618,16 €	7.490,88 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 de diciembre de 2010	No está previsto abonar el grado IV de carrera profesional No se encuentra suspendida de forma oficial pero desde 2009 no se ha convocado procedimiento ordinario aunque llegó a convocarse el grado I por procedimiento ordinario.															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 17 y 38															

³⁴ El acceso a los grados de carrera en esta comunidad se realizan mediante la evaluación de méritos y la posterior evaluación del desempeño de la competencia. La evaluación realizada por la Fundación para la Calidad Sanitaria (FQS) constituye la segunda fase del proceso, precedida de otra en la que la Gerencia Regional de Salud desarrolla su propio proceso de evaluación de méritos curriculares cuya ejecución práctica se sitúa en cada una de las Gerencias periféricas sanitarias de Castilla y León.
En 2009 se realiza una Encomienda de Gestión a la Fundación Pública para la Calidad Sanitaria, con objeto de que realice la Evaluación del Desempeño de la Competencia (EDC) del personal estatutario fijo que opte a reconocimiento de Grado I de carrera profesional.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CATALUÑA																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Resolución 2809/2003 de 15 de mayo publicada en el DOGC el 22-09-2003															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 0 no retribuido</td> <td>Menos de 5 años</td> </tr> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total:25 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel 0 no retribuido	Menos de 5 años	Nivel I	5	Nivel II	6	Nivel III	7	Nivel IV	7			
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Nivel 0 no retribuido	Menos de 5 años															
Nivel I	5															
Nivel II	6															
Nivel III	7															
Nivel IV	7															
3. Denominación de los niveles	Nivel I: Senior, Nivel II: Experto, Nivel III: Referente, Nivel IV: Referente Senior															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Facultativos y Diplomados sanitarios con nombramiento de estatutario fijo y adscritos al ICS															
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, formación, investigación, docencia y compromiso con la organización															
6. Reversibilidad si o no	No es reversible en ninguno de los niveles															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 18 y 39															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Para el Nivel 1 transitorio se exigió nombramiento fijo y 5 años; Nivel 2 transitorio se exigió nombramiento fijo, 11 años de servicios prestados y no tener un informe negativo de desarrollo profesional; Nivel 3 y 4 transitorio se exigió nombramiento fijo, 18 y 25 años de servicios prestados respectivamente y tener un número prefijado de créditos en función del grupo o categoría profesional (fijado en el acuerdo).															
14. Efectos económicos (cantidades anuales en 12 pagas solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.300 €</td> <td>6.300 €</td> <td>9.300 €</td> <td>12.300 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.100 €</td> <td>2.500 €</td> <td>4.000 €</td> <td>5.800 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.300 €	6.300 €	9.300 €	12.300 €	Diplomado Sanitario	1.100 €	2.500 €	4.000 €	5.800 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.300 €	6.300 €	9.300 €	12.300 €												
Diplomado Sanitario	1.100 €	2.500 €	4.000 €	5.800 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 de diciembre de 2010	Siguen pagando y reconociendo, de hecho han sacado convocatoria ordinaria en el mes de diciembre															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 18 y 39															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CEUTA Y MELILLA (INGESA)³⁵											
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Resolución de 25 de septiembre de 2007 del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el suscrito entre la Administración Sanitaria-INGESA y las organizaciones sindicales por el que se define e implanta la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario que presta sus servicios en el INGESA y por el que se establece el marco de negociación de la carrera profesional para el resto de los profesionales de los artículos 6.2 b) y 7 del Estatuto Marco publicada en el BOE núm. 220 de 6 de octubre de 2007.										
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Total:21 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel I	5	Nivel II	5	Nivel III	5	Nivel IV	6
Nivel	Años exigidos servicios prestados										
Nivel I	5										
Nivel II	5										
Nivel III	5										
Nivel IV	6										
3. Denominación de los niveles	Nivel I, Nivel II, Nivel III, Nivel IV										
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Licenciados y diplomados sanitarios, estatutario fijo contemplado en los artículos 6 y 7 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de los profesionales sanitarios, que presta sus servicios en los centros sanitarios de Ceuta y Melilla y que perciben sus retribuciones de acuerdo con el Real Decreto Ley 3/87 de 11 de septiembre sobre retribuciones de personal estatutario.										
5. Medidas de evaluación	Actividad y competencia asistencial, formación, docencia e investigación, implicación y compromiso con la organización.										
6. Reversibilidad si o no	No es reversible en ninguno de los niveles										
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados										
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios										
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos										
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Se abona hasta nivel IV con efectos económicos desde 1 de enero de 2009										
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive										
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 21 y 42										

.../...

³⁵ El Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, considera imprescindible la adaptación del Instituto Nacional de la Salud en una entidad de menor dimensión, pero conservando la misma personalidad jurídica y naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD. Esta entidad, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla y de la realización de cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CEUTA Y MELILLA (INGESA)																
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	<p>Nivel I y II por antigüedad con 5 y 10 años de servicios prestados respectivamente.</p> <p>Nivel III a los profesionales que tengan 21 años de antigüedad en la misma categoría a 31 de diciembre de 2007. Igual automatismo se aplicará a los profesionales que tengan cumplidos 60 años a 31 de diciembre de 2007 y 15 años de servicios prestados en la misma categoría. A los profesionales con más de 15 años de servicios acreditados, y que no se encuentren contemplados en los dos supuestos anteriores, les serán reconocidos 20 créditos adicionales a los que obtengan en la correspondiente evaluación para el acceso al nivel III.</p> <p>A los profesionales con 35 o más años acreditados de servicios les serán reconocidos 25 créditos adicionales a los que obtengan en la correspondiente evaluación para el acceso al nivel IV.</p>															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Grupo profesional</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel I</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel II</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel III</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>2.100 €</td> <td>4.200 €</td> <td>6.300 €</td> <td>8.160 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	2.100 €	4.200 €	6.300 €	8.160 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €												
Diplomado Sanitario	2.100 €	4.200 €	6.300 €	8.160 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 diciembre de 2010	Siguen reconociendo y pagando.															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 21 y 42															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

EXTREMADURA																															
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Resolución de 23 de enero de 2006, publicada en el DOE el 14 de febrero de 2006.																														
2. Niveles y años para alcanzar los niveles	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> <th>Total años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciados Sanitarios Especialistas</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Licenciados Sanitarios</td> <td>5</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Diplomados Sanitarios</td> <td>5</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Diplomados Sanitarios Especialistas</td> <td>5</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>28</td> </tr> </tbody> </table>		Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Total años	Licenciados Sanitarios Especialistas	5	7	8	5	25	Licenciados Sanitarios	5	8	8	7	28	Diplomados Sanitarios	5	9	8	6	28	Diplomados Sanitarios Especialistas	5	8	8	7	28
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Total años																										
Licenciados Sanitarios Especialistas	5	7	8	5	25																										
Licenciados Sanitarios	5	8	8	7	28																										
Diplomados Sanitarios	5	9	8	6	28																										
Diplomados Sanitarios Especialistas	5	8	8	7	28																										
3. Denominación de los niveles	Nivel I: Experto, Nivel II: Consultor, Nivel III: Referente, Nivel IV: Excelente																														
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Estatutario fijo, funcionario y laboral fijo (sanitario y gestión)																														
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, conocimientos, formación y compromiso con la organización																														
6. Reversibilidad si o no	No es reversible en ninguno de los niveles																														
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	Si cuenta a efectos de servicios prestados																														
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios																														
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos																														
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive																														
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive																														
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 19 y 40																														
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Tiempo de servicios prestados en mismas condiciones que periodo ordinario																														
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.950 €</td> <td>3.900</td> <td>5.850 €</td> <td>7.800 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	1.950 €	3.900	5.850 €	7.800 €															
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV																											
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €																											
Diplomado Sanitario	1.950 €	3.900	5.850 €	7.800 €																											
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 de diciembre de 2010	Se siguen dando reconocimientos de todos los niveles de carrera y pagando con una reducción del 8 %.																														
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 19 y 40																														

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

GALICIA																			
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	<p>Decreto 155/2005 de 9 de junio de Régimen extraordinario de reconocimiento del desarrollo profesional del personal estatutario de las categorías de licenciados sanitarios del Servicio Gallego de Salud previo a la implantación del régimen de desarrollo profesional al que se refiere la ley 44/2003, de 21-11-2003 de RCL 203/2724 de ordenación de las profesiones sanitarias.</p> <p>Orden de 28 de octubre de 2008 por el que se establece el acceso a la carrera profesional del personal laboral del sector sanitario público gestionado por entidades adscritas a la Consellería de Sanidad e integrado en el régimen estatutario por los procesos previstos en el Decreto 91/2007, de 264-2007 (LG 2007/196)</p> <p>Resolución de 28 de julio de 2006 por la que se ordena la publicación del acuerdo suscrito por la Administración Sanitaria y las organizaciones sindicales que regula el acceso extraordinario a la Carrera Profesional del personal diplomado sanitario con vínculo estatutario fijo en las instituciones sanitarias del Sergas y las bases de negociación del régimen definitivo de carrera profesional publicada el 11 de agosto de 2006</p>																		
2. Niveles y años para alcanzar niveles	El procedimiento ordinario no está aprobado																		
3. Denominación de los niveles	Grado I, Grado II, Grado III, Grado IV																		
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Estatutario fijo y laboral fijo del sector sanitario																		
5. Medidas de evaluación	Cumplimiento de objetivos (70 % en cada uno de los ejercicios ó 75 % de media en dichos ejercicios). El procedimiento ordinario está sin desarrollar																		
6. Reversibilidad si o no	No es reversible en ninguno de los niveles																		
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados																		
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios																		
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo económicos																		
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive																		
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel IV inclusive																		
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 20 y 41																		
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> <th>Total años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciados Sanitarios Especialistas</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Diplomados Sanitarios</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Total años	Licenciados Sanitarios Especialistas	5	7	6	5	22	Diplomados Sanitarios	5	7	7	6	25
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Total años														
Licenciados Sanitarios Especialistas	5	7	6	5	22														
Diplomados Sanitarios	5	7	7	6	25														
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000€</td> <td>6.000€</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.950€</td> <td>3.900 €</td> <td>5.850 €</td> <td>7.800 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000€	6.000€	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	1.950€	3.900 €	5.850 €	7.800 €			
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV															
Licenciado Sanitario	3.000€	6.000€	9.000 €	12.000 €															
Diplomado Sanitario	1.950€	3.900 €	5.850 €	7.800 €															
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 diciembre de 2010	Paralizado por la Ley de Presupuestos																		
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 20 y 41																		

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

LA RIOJA											
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Resolución de 30 de julio de 2009 por la que se regula el procedimiento del reconocimiento del grado I, II y III correspondiente al periodo ordinario, de la carrera profesional para el personal Licenciado y Diplomado de los Centros e Instituciones Sanitarias del Servicio Riojano de Salud publicado el 19 de agosto de 2009 Acuerdo en materia de carrera y desarrollo profesional del Convenio Colectivo de trabajo de aplicación en la Fundación Hospital Calahorra para los años 2005, 2006 y 2007 ³⁶										
2. Niveles y años para alcanzar cada uno de los niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grado I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Grado II</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Grado III</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Grado IV</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total años: 23 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Grado I	5	Grado II	6	Grado III	6	Grado IV	6
Nivel	Años exigidos servicios prestados										
Grado I	5										
Grado II	6										
Grado III	6										
Grado IV	6										
3. Denominación de los niveles (Consultor, Consultor senior...)	Grado I, Grado II, Grado III, Grado IV										
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Licenciados y Diplomados incluidos en el artículo 6 y 7 de la LOPS que con carácter de funcionario de carrera o estatutarios fijos presten sus servicios en el ámbito de los centros e instituciones sanitarias del Servicio Riojano de Salud.										
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, gestión clínica y compromiso con la organización, competencia profesional, investigación y docencia										
6. Reversibilidad si o no	Reversible sólo nivel IV										
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados										
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios										
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo económicos										
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a fecha diciembre de 2010	Hasta nivel 3 inclusive										
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a fecha de diciembre de 2010	Hasta nivel 3 inclusive										
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 22 y 43										
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	<p>Para el grado I, II, III no es necesaria evaluación previa siempre que se cumpla el periodo mínimo de servicios de 5, 6 y 6 años respectivamente.</p> <p>Para aquel personal que acceda al grado I y por una única vez para aquel personal que haya obtenido el grado inmediatamente anterior al solicitado durante el periodo transitorio les serán aplicables las siguientes reglas:</p> <p>A. Computados todos los méritos obtenidos a lo largo de toda su trayectoria profesional.</p> <p>B. No será necesario cumplir con el requisito establecido del correspondiente baremo.</p> <p>C. En el apartado de Formación Continuada para este personal no se establece el máximo de 3 créditos al año.</p> <p>Por una única vez, para aquel personal que haya obtenido durante el periodo transitorio el grado inmediatamente anterior al solicitado, no será necesario dejar transcurrir 6 años desde la adquisición del grado anterior</p>										

.../...

³⁶ Acuerdo publicado el 12 de abril de 2007, con las mismas características que el modelo de carrera profesional que para el resto del personal del Servicio Riojano de Salud (Acuerdo en materia de carrera y desarrollo profesional del Convenio Colectivo de trabajo de aplicación en la Fundación Hospital Calahorra para los años 2005, 2006 y 2007. Boletín Oficial de la Rioja, 102, 12 de abril de 2007)

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

LA RIOJA																
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4b084;">Grupo profesional</th> <th style="background-color: #f4b084;">Nivel I</th> <th style="background-color: #f4b084;">Nivel II</th> <th style="background-color: #f4b084;">Nivel III</th> <th style="background-color: #f4b084;">Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>9.000 €</td> <td>12.000 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>2.400 €</td> <td>4.800 €</td> <td>7.200 €</td> <td>9.600 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €	Diplomado Sanitario	2.400 €	4.800 €	7.200 €	9.600 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	3.000 €	6.000 €	9.000 €	12.000 €												
Diplomado Sanitario	2.400 €	4.800 €	7.200 €	9.600 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010	En noviembre de 2010 se publicó el procedimiento ordinario pero aún no se ha empezado a evaluar. En un principio el nivel 1, 2 y 3 está abierto, el 4 congelado.															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 22 y 43															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

MADRID																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Acuerdo de 25 de enero de 2007, publicado en BOCM el 7 de febrero de 2007. Acuerdo del Consejo de Gobierno de Madrid por el que se establece la Carrera Profesional para Facultativos Especialistas en el Hospital Gregorio Marañón. ³⁷															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total años: 20 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel I	5	Nivel II	5	Nivel III	5	Nivel IV	5					
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Nivel I	5															
Nivel II	5															
Nivel III	5															
Nivel IV	5															
3. Denominación de los niveles	Especialista/Titulado Superior/Investigador, Especialista Senior, Consultor, Consultor Senior.															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Estatuto fijo, laboral de la Fundación Hospital Alcorcón y el Hospital de Fuenlabrada. Personal laboral de los nuevos hospitales															
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, formación, actividad docente, actividad científica e investigación, participación y compromiso con la organización															
6. Reversibilidad si o no	No reversible en ninguno de los niveles															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Licenciados y Diplomados sanitarios se denominada Carrera Profesional. En resto de profesionales: Promoción Profesional															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo retributivos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 diciembre de 2010	Se ha pagado hasta nivel III															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Se ha reconocido hasta el IV nivel pero en el proceso extraordinario, en el proceso ordinario está congelado por la Ley de Presupuestos															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 23 y 44															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Igual que en el ordinario. Cinco años de servicio prestados para cada nivel															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo profesional</th> <th>Nivel I</th> <th>Nivel II</th> <th>Nivel III</th> <th>Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>4.100 €</td> <td>7.600 €</td> <td>10.700 €</td> <td>13.500 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>2.800 €</td> <td>5.300 €</td> <td>8.000 €</td> <td>10.500 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	4.100 €	7.600 €	10.700 €	13.500 €	Diplomado Sanitario	2.800 €	5.300 €	8.000 €	10.500 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	4.100 €	7.600 €	10.700 €	13.500 €												
Diplomado Sanitario	2.800 €	5.300 €	8.000 €	10.500 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 diciembre de 2010	Ley de presupuestos año 2009 congela el reconocimiento Ley de presupuestos año 2010 congela el pago															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 23 y 44															

³⁷ El Hospital Gregorio Marañón tiene establecido un modelo de carrera profesional desde el año 1998 con características muy similares a las aprobadas posteriormente para la carrera profesional del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) (Acuerdo del Consejo de Gobierno de Madrid por el que se establece la CP para Facultativos Especialistas en el Hospital Gregorio Marañón, 4 de junio de 1998)

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

MURCIA																					
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Acuerdo de 12 de diciembre de 2006 de la Mesa Sectorial de Sanidad por el que se establecen las bases del sistema de Carrera Profesional para los médicos y otros licenciados sanitarios especialistas y no especialistas; enfermeras y otros diplomados sanitarios; y la promoción profesional para el personal sanitario de los grupos C y D y del personal no sanitario de los grupos A,B,C,D y E del Servicio Murciano de Salud. ³⁸																				
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Total años: 20 años</td> </tr> </tbody> </table>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Total años: 20 años																	
Nivel	Años exigidos servicios prestados																				
Total años: 20 años																					
3. Denominación de los niveles	Nivel I, nivel II, nivel III, nivel IV																				
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Estatutario fijo sanitario y no sanitario licenciados, funcionarios de carrera																				
5. Medidas de evaluación	Resultados de la actividad asistencial, implicación y compromiso con la organización, gestión del conocimiento y competencia profesional.																				
6. Reversibilidad si o no	No reversible en ninguno de los niveles																				
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	Si cuenta a efectos de servicios prestados																				
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Todos los profesionales																				
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos																				
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel III inclusive																				
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Hasta nivel III inclusive																				
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 24 y 45																				
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Se valora antigüedad en el puesto para la categoría y especialidad correspondiente, como personal estatutario fijo del Servicio Murciano de Salud o funcionario del Cuerpo Facultativo de Médicos Titulares, con la exigencia de los siguientes periodos para alcanzar cada uno de los Niveles: Nivel I: 5 años, Nivel II: 10 años, Nivel III: 15 años, Nivel IV: 25 años. Se puede encuadrar inicialmente en el Nivel IV, si se han cumplido 20 años de antigüedad según los términos descritos en el párrafo anterior y supera los criterios de evaluación recogidos en el documento Propuesta de Carrera Profesional, para ese Nivel IV.																				
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Grupo profesional</th> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel I</th> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel II</th> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel III</th> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario especialista</td> <td>3.300 €</td> <td>6.300 €</td> <td>9.300 €</td> <td>13.000 €</td> </tr> <tr> <td>Licenciado Sanitario no especialista</td> <td>2.640 €</td> <td>5.040 €</td> <td>7.440 €</td> <td>10.400 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>2.200 €</td> <td>4.400 €</td> <td>6.600 €</td> <td>9.200 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario especialista	3.300 €	6.300 €	9.300 €	13.000 €	Licenciado Sanitario no especialista	2.640 €	5.040 €	7.440 €	10.400 €	Diplomado Sanitario	2.200 €	4.400 €	6.600 €	9.200 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV																	
Licenciado Sanitario especialista	3.300 €	6.300 €	9.300 €	13.000 €																	
Licenciado Sanitario no especialista	2.640 €	5.040 €	7.440 €	10.400 €																	
Diplomado Sanitario	2.200 €	4.400 €	6.600 €	9.200 €																	
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 diciembre de 2010	Se paga lo reconocido (máximo nivel 3).La convocatoria de 2009 en la que se incluía el nivel 4 no salió en el ordinario. ³⁹																				
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 24 y 45																				

³⁸ No encontrado Boletín Oficial de publicación del Acuerdo

³⁹ Por el Acuerdo del Gerente del Servicio Murciano de Salud de 29 de diciembre de 2009 publicado en el BORM nº 114 de 20 de mayo de 2010 se suspende el reconocimiento de nuevos niveles.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

NAVARRA																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	<p>Para Facultativos Ley Foral 11/1999 de 6 de abril por la que se regula el sistema de carrera profesional publicado en el BON el 9 de abril de 1999. Decreto Foral 376/2000 de 18 de diciembre que desarrolla la citada Ley.</p> <p>Para Diplomados Decreto foral 54/2009 de 8 de junio que desarrolla la Ley Foral 8/2008 de 30 de mayo de 2008.</p>															
2. Niveles y años para alcanzar niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 0</td> <td>Menos de 5 no retribuido</td> </tr> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total años: 25 años</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel 0	Menos de 5 no retribuido	Nivel I	5	Nivel II	7	Nivel III	8	Nivel IV	5			
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Nivel 0	Menos de 5 no retribuido															
Nivel I	5															
Nivel II	7															
Nivel III	8															
Nivel IV	5															
3. Denominación de los niveles	Nivel 0, Nivel I, Nivel II, Nivel III, Nivel IV															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	<p>Desde la Ley 31/2002, se aplica al personal facultativo sanitario con plaza en propiedad (anteriormente sólo para Licenciado en Medicina o Farmacia con plaza en propiedad adscritos al Servicio Navarro de Salud)</p> <p>Se exceptúan personal de cupo y zona, sanitarios, municipales y resto de personal.</p> <p>No establece medidas de desarrollo profesional adicionales a la carrera profesional.</p>															
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, actividad de dirección-gestión, formación como docente y discente, actividades de desarrollo técnico, investigación y desarrollo técnico.															
6. Reversibilidad si o no	No reversible en ninguno de los niveles															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	Facultativos y Diplomados Universitarios exclusivamente															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Sólo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Todos los niveles															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Todos los niveles															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 25 y 46															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Servicios prestados 5, 14, 22 y 29 años para cada uno de los niveles															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Grupo profesional</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel I</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel II</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel III</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario</td> <td>2.664 €</td> <td>5.329 €</td> <td>7.993 €</td> <td>10.658 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.800 €</td> <td>3.600 €</td> <td>5.400 €</td> <td>7.200 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>Catorce mensualidades, 12 ordinarias y 2 extraordinarias</p>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario	2.664 €	5.329 €	7.993 €	10.658 €	Diplomado Sanitario	1.800 €	3.600 €	5.400 €	7.200 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario	2.664 €	5.329 €	7.993 €	10.658 €												
Diplomado Sanitario	1.800 €	3.600 €	5.400 €	7.200 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a diciembre de 2010	Se siguen reconociendo y pagando todos los niveles. Existe continuidad															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera	Datos en tabla 25 y 46															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

PAIS VASCO																
1. Fecha de publicación acuerdo de carrera profesional (para Licenciados y Diplomados sanitarios)	Para Facultativos Resolución 17/2006 de 19 de enero publicada en BOPV, el 6 de febrero de 2006. Para Diplomados Resolución 506/2007 de 31 de mayo publicada en BOPV, el 15 de junio de 2007.															
2. Niveles y años para alcanzar los niveles	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Nivel</th> <th style="background-color: #ffff00;">Años exigidos servicios prestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 0</td> <td>Menos de 5 no retribuido</td> </tr> <tr> <td>Nivel I</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Nivel IV</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total años: 25</p>	Nivel	Años exigidos servicios prestados	Nivel 0	Menos de 5 no retribuido	Nivel I	5	Nivel II	6	Nivel III	7	Nivel IV	7			
Nivel	Años exigidos servicios prestados															
Nivel 0	Menos de 5 no retribuido															
Nivel I	5															
Nivel II	6															
Nivel III	7															
Nivel IV	7															
3. Denominación de los niveles	Especialista Menos de 5 años Nivel I Especialista Adjunto Nivel II Especialista Senior Nivel III Consultor Nivel IV Consultor Senior															
4. Ámbito de aplicación en cuanto a naturaleza de relación laboral (estatutarios, interinos...)	Facultativo médico y técnico del servicio vasco de salud con relación de empleo de carácter fijo. También se ha otorgado a interinos pero con efectos económicos a partir del momento de consecución de plaza fija.															
5. Medidas de evaluación	Actividad asistencial, dominio profesional, formación continuada, docencia y difusión del conocimiento, investigación, implicación y compromiso															
6. Reversibilidad si o no	No reversible en ninguno de los niveles															
7. Contabilización de MIR a efectos de antigüedad	No cuenta a efectos de servicios prestados															
8. Aplicación sanitario y/o no sanitarios	A todo el personal de Osakidetza															
9. Aplicación de otro tipo de beneficios y/o efectos profesionales además de los retributivos	Solo económicos															
10. Nivel hasta el que se ha retribuido a 31 de diciembre de 2010	Todos los niveles															
11. Nivel hasta el que se ha reconocido a 31 de diciembre de 2010	Todos los niveles															
12. Estimación global de pago de Carrera Profesional para el año 2011 con los reconocimientos realizados de carrera profesional hasta 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 26 y 47															
13. Tiempo mínimo y criterios para conseguir nivel en proceso extraordinario	Desde 2006 y hasta 2010 se ha realizado la fase de implantación del sistema. Desde nivel I a III ha sido exclusivamente antigüedad. El nivel IV ha sido con baremo y los requisitos establecidos en el modelo de carrera.															
14. Efectos económicos (cantidades anuales solo Licenciados y Diplomados Sanitarios)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Grupo profesional</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel I</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel II</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel III</th> <th style="background-color: #f4a460;">Nivel IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Licenciado Sanitario Especialista</td> <td>3.000 €</td> <td>6.000 €</td> <td>8.000 €</td> <td>11.000 € Para 2011 son 11 488,05 €</td> </tr> <tr> <td>Diplomado Sanitario</td> <td>1.775 €</td> <td>3.555</td> <td>4.740 €</td> <td>6.515 €</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Licenciado Sanitario Especialista	3.000 €	6.000 €	8.000 €	11.000 € Para 2011 son 11 488,05 €	Diplomado Sanitario	1.775 €	3.555	4.740 €	6.515 €
Grupo profesional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV												
Licenciado Sanitario Especialista	3.000 €	6.000 €	8.000 €	11.000 € Para 2011 son 11 488,05 €												
Diplomado Sanitario	1.775 €	3.555	4.740 €	6.515 €												
15. Situación de pago y reconocimiento a 31 de diciembre de 2010	A partir de 2011 se llevarán convocatorias ordinarias de la carrera profesional que a fecha 24 de enero no han sido convocadas															
16. Nº profesionales que han obtenido nivel de carrera a 31 de diciembre de 2010	Datos en tabla 26 y 47															

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Tabla 7. Reconocimientos concedidos por niveles de Licenciados Sanitarios por CC. AA. y coste de la carrera profesional para el año 2011

	Licenciados Sanitarios	Reconocimientos concedidos	Coste
Andalucía	Nivel 1	872	2.616.000,00 €
	Nivel 2	9.859	59.154.000,00 €
	Nivel 3	68	612.000,00 €
	Nivel 4	145	1.740.000,00 €
	Subtotales	10.944	64.122.000,00 €
Aragón	Nivel 1	6	21.600,00 €
	Nivel 2	122	854.000,00 €
	Nivel 3	2.415	24.150.000,00 €
	Nivel 4	0	0,00 €
	Subtotales	2.543	25.025.600,00 €
Asturias	Nivel 1	113	339.000,00 €
	Nivel 2	299	1.794.000,00 €
	Nivel 3	383	3.447.000,00 €
	Nivel 4	1.289	15.468.000,00 €
	Subtotales	2.084	21.048.000,00 €
Balears	Nivel 1	189	567.000,00 €
	Nivel 2	295	1.770.000,00 €
	Nivel 3	300	2.700.000,00 €
	Nivel 4	700	8.400.000,00 €
	Subtotales	1.484	13.437.000,00 €
Canarias	Nivel 1	2.108	6.756.814,56 €
	Nivel 2	1.782	9.138.452,40 €
	Nivel 3	1.401	9.878.731,20 €
	Nivel 4	651	5.424.965,28 €
	Subtotales	5.942	31.198.963,44 €
Cantabria	Nivel 1	96	288.000,00 €
	Nivel 2	180	1.080.000,00 €
	Nivel 3	413	3.717.000,00 €
	Nivel 4	399	4.788.000,00 €
	Subtotales	1.088	9.873.000,00 €

.../...

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

	Licenciados Sanitarios	Reconocimientos concedidos	Coste
Castilla la Mancha	Nivel 1	1.337	4.011.000,00 €
	Nivel 2	1.070	6.420.000,00 €
	Nivel 3	1.199	10.791.000,00 €
	Nivel 4	1.166	13.992.000,00 €
	Subtotales	4.772	35.214.000,00 €
Castilla León	Nivel 1	277	864.517,00 €
	Nivel 2	10	62.424,00 €
	Nivel 3	6	56.181,60 €
	Nivel 4	0	0,00 €
	Subtotales	293	983.122,60 €
Cataluña	Nivel 1	2.638	8.705.400,00 €
	Nivel 2	4.440	27.972.000,00 €
	Nivel 3	2.633	24.486.900,00 €
	Nivel 4	661	8.130.300,00 €
	Subtotales	10.372	69.294.600,00 €
Extremadura	Nivel 1	910	2.730.000,00 €
	Nivel 2	999	5.994.000,00 €
	Nivel 3	598	5.382.000,00 €
	Nivel 4	861	10.332.000,00 €
	Subtotales	3.368	24.438.000,00 €
Galicia	Nivel 1	4.962	14.886.000,00 €
	Nivel 2	3.938	23.628.000,00 €
	Nivel 3	2.921	26.289.000,00 €
	Nivel 4	1.712	20.544.000,00 €
	Subtotales	13.533	85.347.000,00 €
INGESA (Ceuta y Melilla)	Nivel 1	63	189.000,00 €
	Nivel 2	46	276.000,00 €
	Nivel 3	61	549.000,00 €
	Nivel 4	74	888.000,00 €
	Subtotales	244	1.902.000,00 €
La Rioja	Nivel 1	563	1.689.000,00 €
	Nivel 2	269	1.614.000,00 €
	Nivel 3	391	3.519.000,00 €
	Nivel 4	0	0,00 €
	Subtotales	1.223	6.822.000,00 €

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

	Licenciados Sanitarios	Reconocimientos concedidos	Coste
Madrid	Nivel 1	1.127	4.620.700,00 €
	Nivel 2	1.705	12.958.000,00 €
	Nivel 3	3.105	33.223.500,00 €
	Nivel 4	2.882	0,00 €
	Subtotales	8.819	50.802.200,00 €
Murcia	Nivel 1	1.973	6.510.900,00 €
	Nivel 2	1.899	11.963.700,00 €
	Nivel 3	1.706	15.865.800,00 €
	Nivel 4	246	0,00 €
	Subtotales	5.824	34.340.400,00 €
Navarra	Nivel 1	541	1.441.224,00 €
	Nivel 2	322	1.715.938,00 €
	Nivel 3	195	1.558.635,00 €
	Nivel 4	289	3.080.162,00 €
	Subtotales	1.347	7.795.959,00 €
País Vasco	Nivel 1	992	2.976.000,00 €
	Nivel 2	1.313	7.878.000,00 €
	Nivel 3	2.375	19.000.000,00 €
	Nivel 4	662	7.605.089,10 €
	Subtotales	5.342	37.459.089,10 €
Valencia	Nivel 1	71	213.000,00 €
	Nivel 2	556	3.336.000,00 €
	Nivel 3	2.020	18.180.000,00 €
	Nivel 4	3.642	43.704.000,00 €
	Subtotales	6.289	65.433.000,00 €

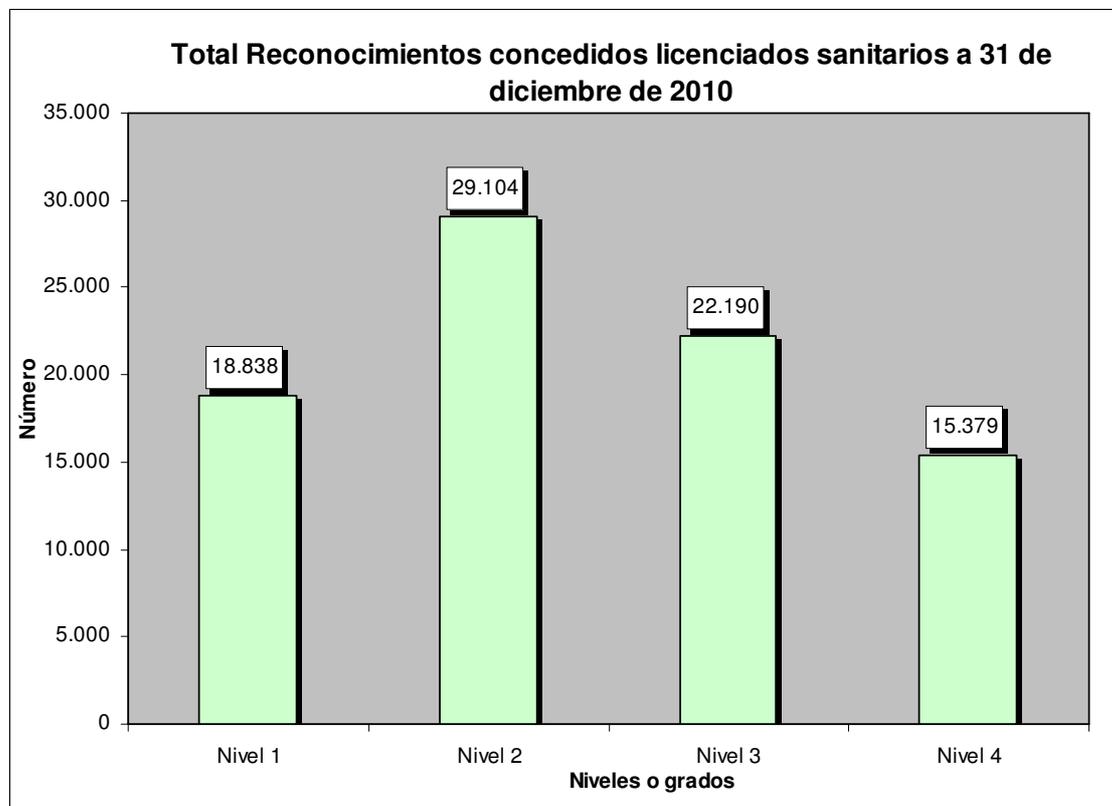
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por los Servicios de Salud de las diferentes CC. AA.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Tabla 8. Total reconocimientos concedidos licenciados sanitarios a 31 de diciembre de 2010

Licenciados Sanitarios	Reconocimientos concedidos
Nivel 1	18.838
Nivel 2	29.104
Nivel 3	22.190
Nivel 4	15.379
Subtotales	85.511

Gráfico 3. Total reconocimientos concedidos licenciados sanitarios a 31 de diciembre de 2010

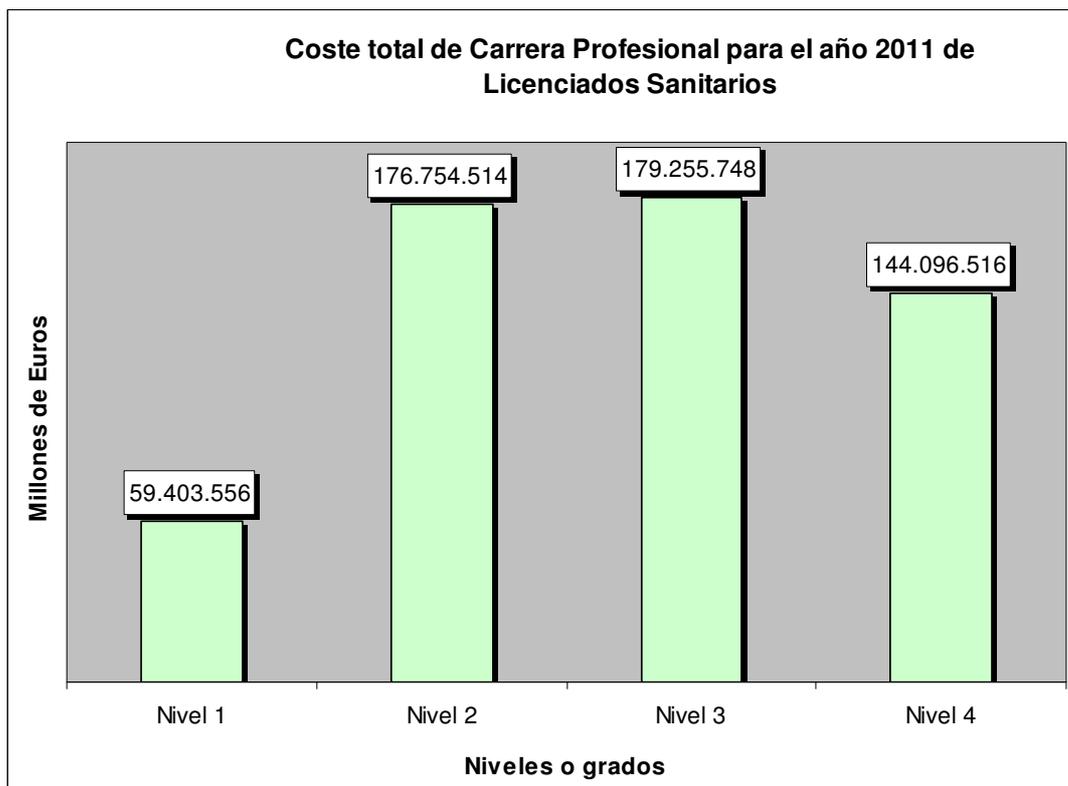


Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Tabla 9. Coste Total de carrera profesional para el año 2011 de licenciados sanitarios

Licenciados Sanitarios	Euros
Nivel 1	59.403.556
Nivel 2	176.754.514
Nivel 3	179.255.748
Nivel 4	144.096.516
Subtotales	559.510.334

Gráfico 4. Coste Total de carrera profesional para el año 2011 de licenciados sanitarios



A continuación se presentan de forma gráfica los resultados relativos a reconocimientos de licenciados sanitarios del SNS y su coste económico por niveles en cada una de las CC. AA.

Tabla 10. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en ANDALUCÍA

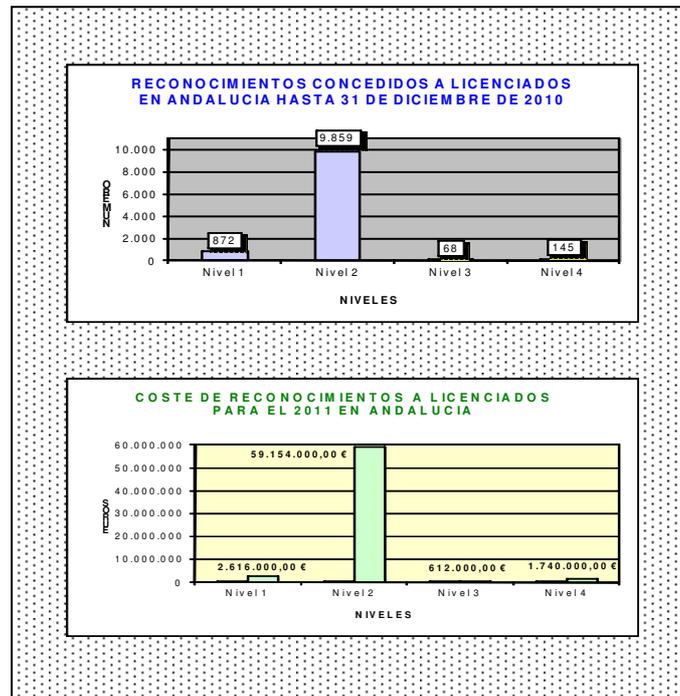


Tabla 11. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en ARAGON.

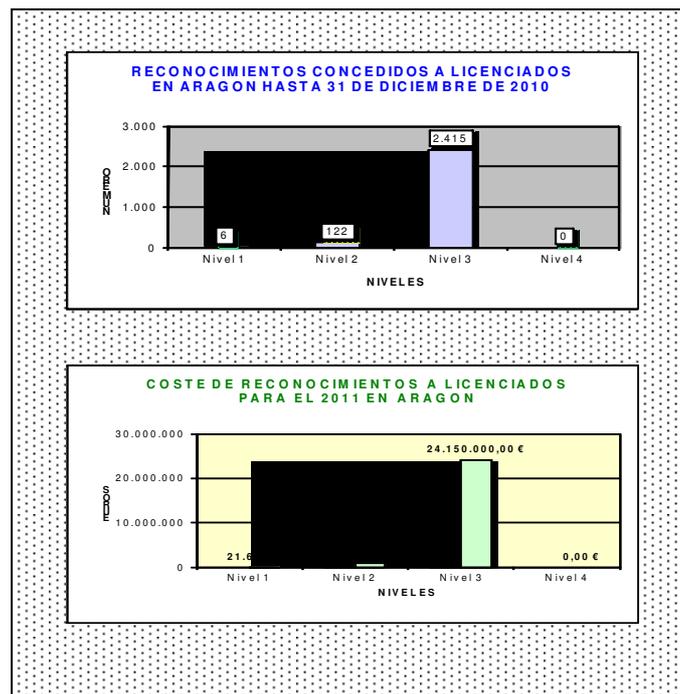


Tabla 12. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en ASTURIAS.

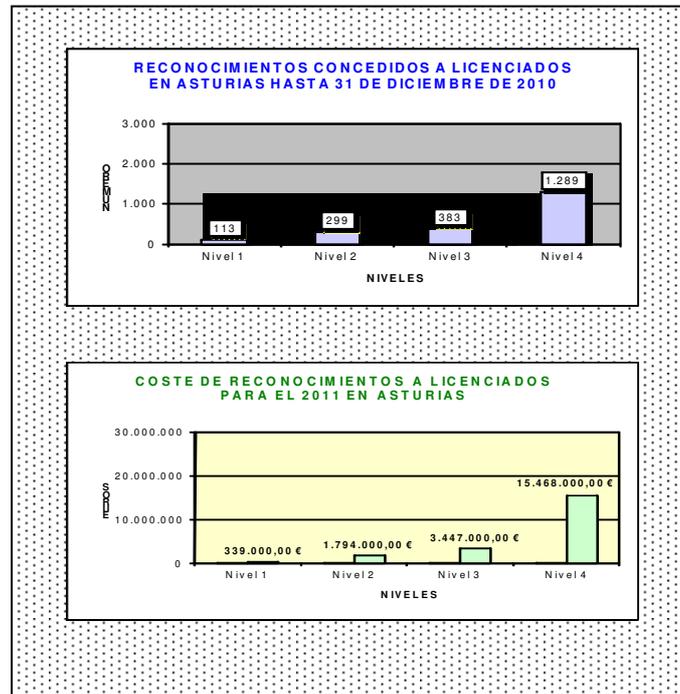


Tabla 13. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en BALEARES.

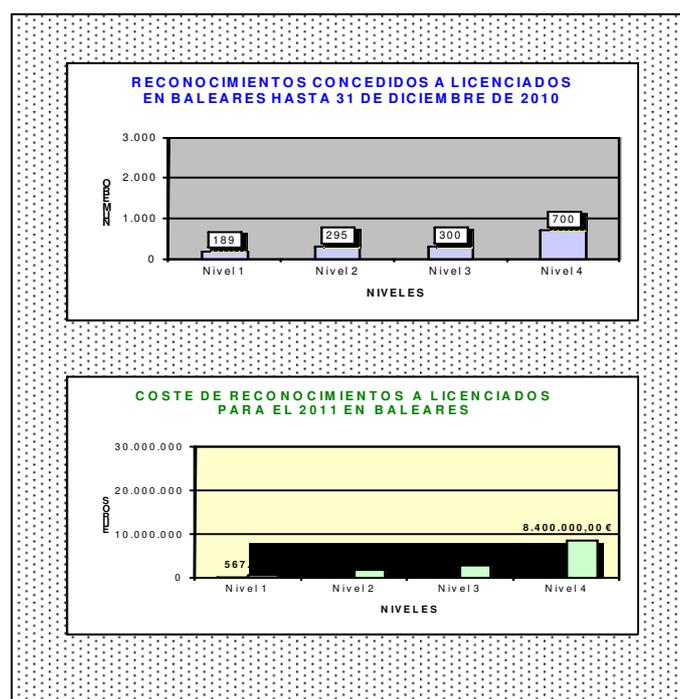


Tabla 14. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CANARIAS.

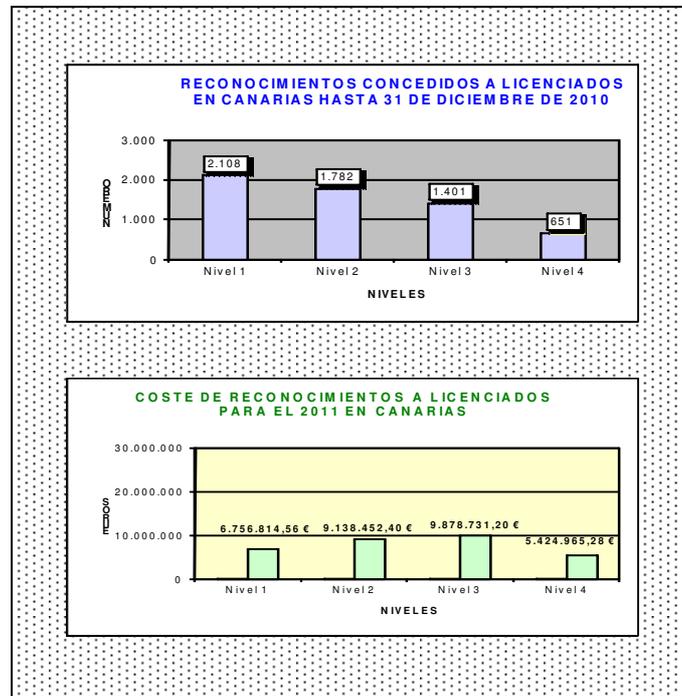


Tabla 15. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CANTABRIA.

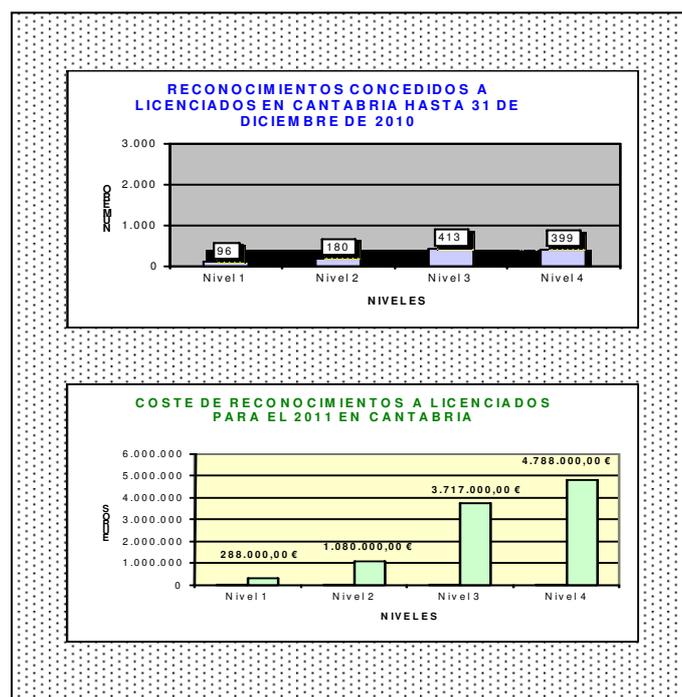


Tabla 16. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LA MANCHA.

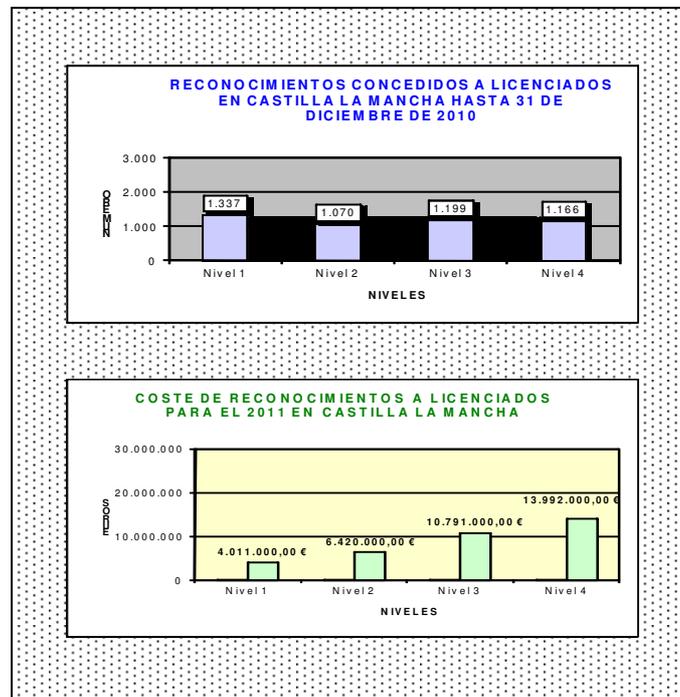


Tabla 17. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LEON.

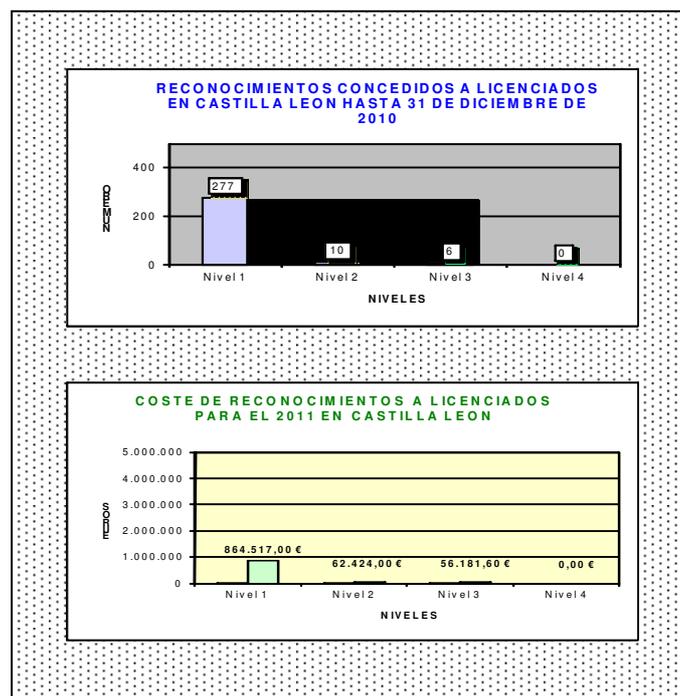


Tabla 18. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CATALUÑA.

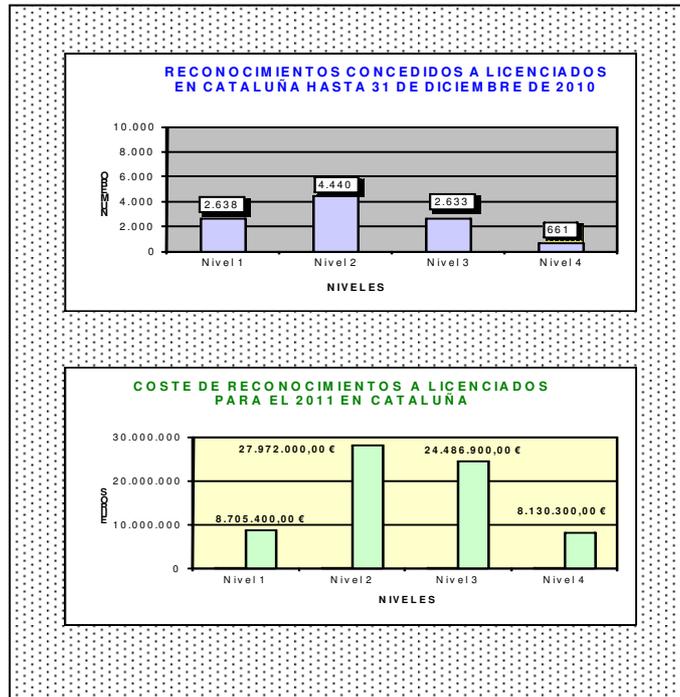


Tabla 19. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en EXTREMADURA.

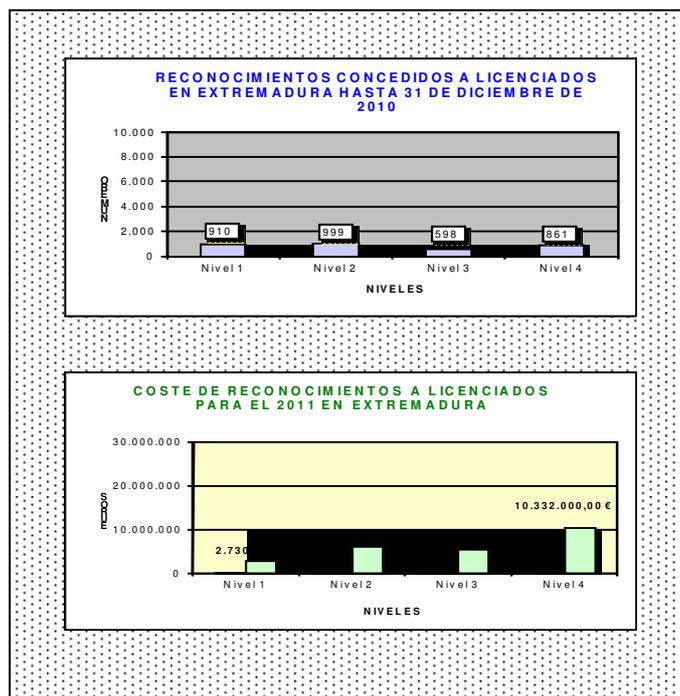


Tabla 20. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en GALICIA.

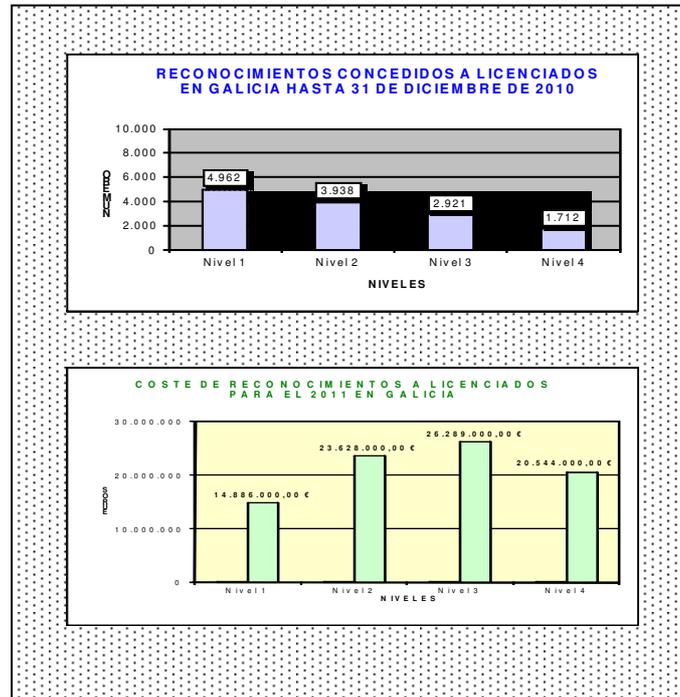


Tabla 21. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en INGESA (CEUTA Y MELILLA).

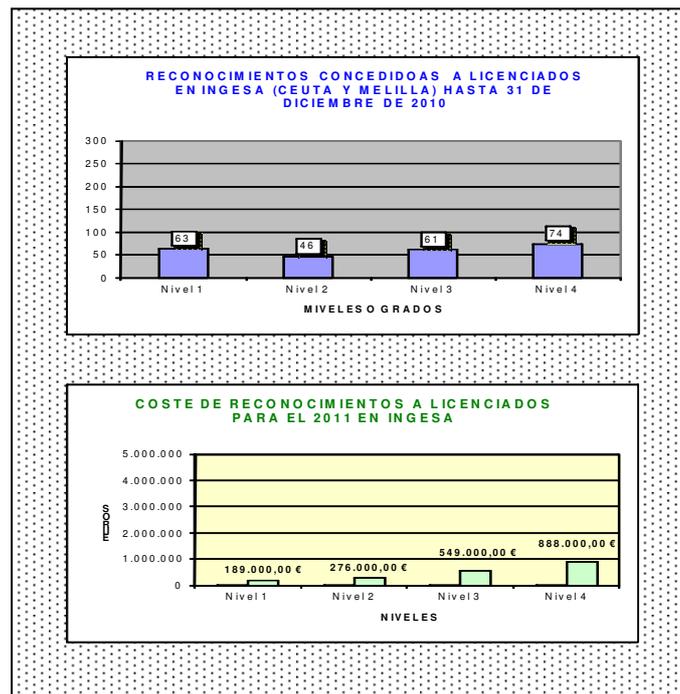


Tabla 22. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en LA RIOJA.

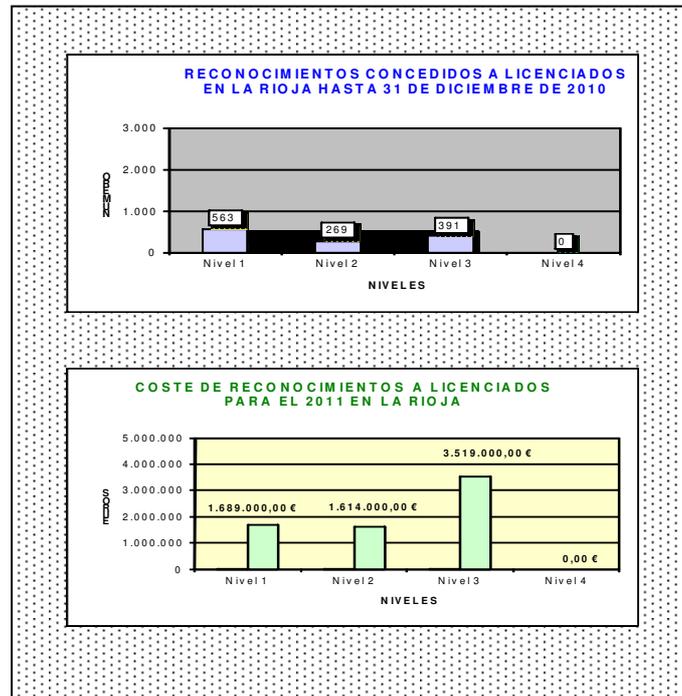


Tabla 23. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en MADRID.

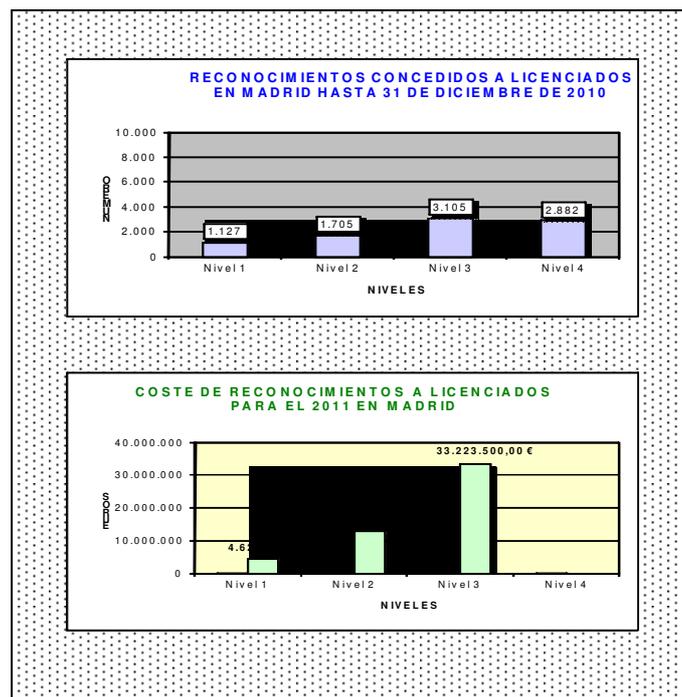


Tabla 24. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en MURCIA.

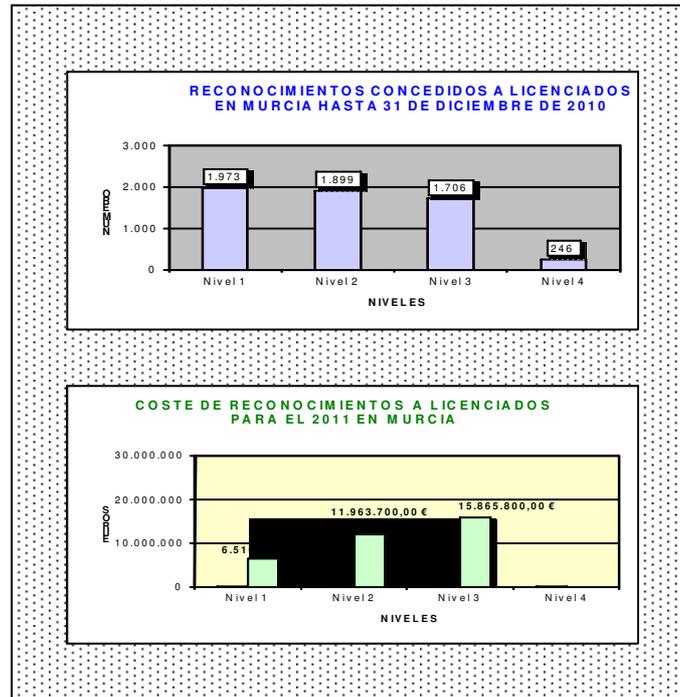


Tabla 25. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en NAVARRA.

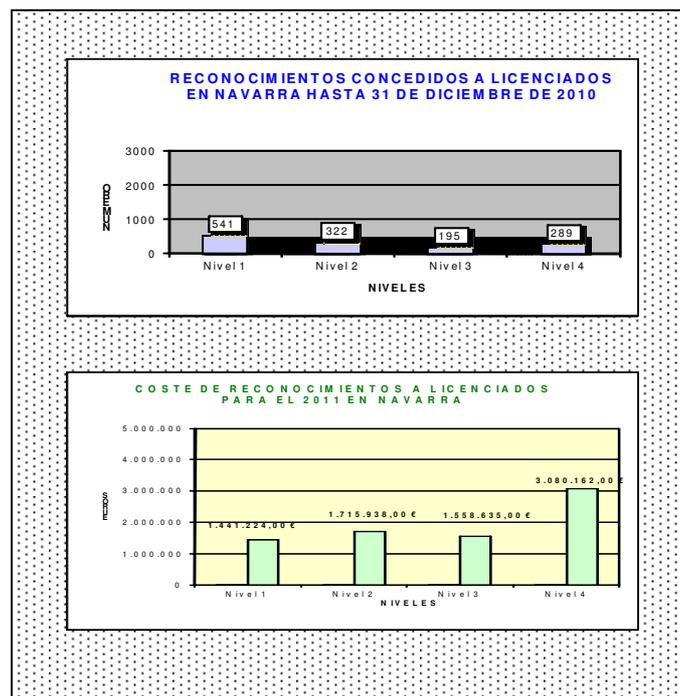


Tabla 26. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en PAIS VASCO.

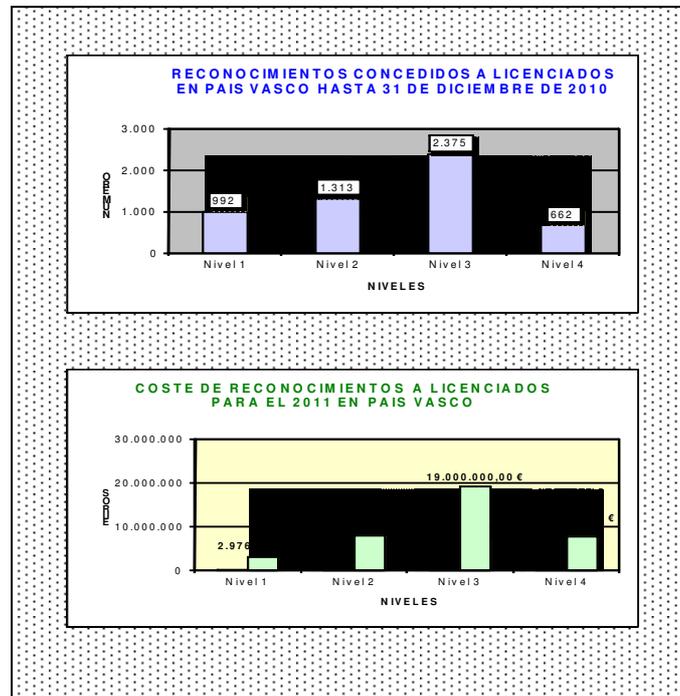
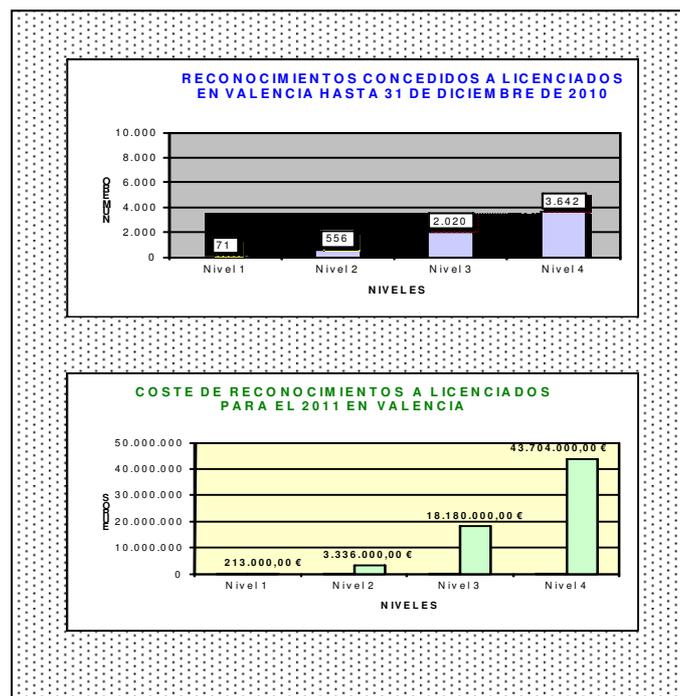


Tabla 27. Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en VALENCIA.



Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Tabla 28. Reconocimientos concedidos por niveles de Diplomados Sanitarios por CC. AA. y coste de la carrera profesional para el año 2011.

Comunidades	Diplomados Sanitarios	Reconocimientos concedidos	Coste
Andalucía	Nivel 1	315	614.250,00 €
	Nivel 2	17.552	68.452.800,00 €
	Nivel 3	52	304.200,00 €
	Nivel 4	180	1.404.000,00 €
	Total	18.099	70.775.250,00 €
Aragón	Nivel 1	23	57.960,00 €
	Nivel 2	69	338.100,00 €
	Nivel 3	4.587	30.732.900,00 €
	Nivel 4	0	0,00 €
	Subtotales	4.679	31.128.960,00 €
Asturias	Nivel 1	42	105.840,00 €
	Nivel 2	276	1.352.400,00 €
	Nivel 3	605	4.053.500,00 €
	Nivel 4	2.300	19.320.000,00 €
	Subtotales	3.223	24.831.740,00 €
Balears	Nivel 1	327	784.800,00 €
	Nivel 2	283	1.290.480,00 €
	Nivel 3	401	2.670.660,00 €
	Nivel 4	948	8.190.720,00 €
	Subtotales	1.959	12.936.660,00 €
Canarias	Nivel 1	2.660	3.272.757,60 €
	Nivel 2	3.061	7.531.529,28 €
	Nivel 3	2.054	8.212.220,64 €
	Nivel 4	1.528	8.615.719,68 €
	Subtotales	9.303	27.632.227,20 €
Cantabria	Nivel 1	116	214.600,00 €
	Nivel 2	89	315.950,00 €
	Nivel 3	429	2.380.950,00 €
	Nivel 4	1.154	8.568.450,00 €
	Subtotales	1.788	11.479.950,00 €

.../...

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

.../...

Comunidades	Diplomados Sanitarios	Reconocimientos concedidos	Coste
Castilla la Mancha	Nivel 1	2.120	4.134.000,00 €
	Nivel 2	1.109	4.325.100,00 €
	Nivel 3	1.993	11.659.050,00 €
	Nivel 4	1.747	13.626.600,00 €
	Subtotales	6.969	33.744.750,00 €
Castilla León	Nivel 1	356	666.688,32 €
	Nivel 2	53	198.508,32 €
	Nivel 3	30	168.544,80 €
	Nivel 4	0	0,00 €
	Subtotales	439	1.033.741,44 €
Cataluña	Nivel 1	2.535	2.788.500,00 €
	Nivel 2	7.987	19.967.500,00 €
	Nivel 3	6.571	26.284.000,00 €
	Nivel 4	3.702	21.471.600,00 €
	Subtotales	20.795	70.511.600,00 €
Extremadura	Nivel 1	967	1.885.650,00 €
	Nivel 2	1.004	3.915.600,00 €
	Nivel 3	1.106	6.470.100,00 €
	Nivel 4	1.186	9.250.800,00 €
	Subtotales	4.263	21.522.150,00 €
Galicia	Nivel 1	6.914	13.482.300,00 €
	Nivel 2	6.363	24.815.700,00 €
	Nivel 3	4.782	27.974.700,00 €
	Nivel 4	2.869	22.378.200,00 €
	Subtotales	20.928	88.650.900,00 €
INGESA (Ceuta y Melilla)	Nivel 1	91	191.100,00 €
	Nivel 2	97	407.400,00 €
	Nivel 3	151	951.300,00 €
	Nivel 4	106	864.960,00 €
	Subtotales	445	2.414.760,00 €
La Rioja	Nivel 1	877	2.104.800,00 €
	Nivel 2	799	3.835.200,00 €
	Nivel 3	599	4.312.800,00 €
	Nivel 4	0	0,00 €
	Subtotales	2.275	10.252.800,00 €

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Comunidades	Diplomados Sanitarios	Reconocimientos concedidos	Coste
Madrid	Nivel 1	1.111	3.110.800,00 €
	Nivel 2	1.538	8.151.400,00 €
	Nivel 3	3.838	30.704.000,00 €
	Nivel 4	5.361	0,00 €
	Subtotales	11.848	41.966.200,00 €
Murcia	Nivel 1	2.799	6.157.800,00 €
	Nivel 2	2.707	11.910.800,00 €
	Nivel 3	2.301	15.186.600,00 €
	Nivel 4	148	0,00 €
	Subtotales	7.955	33.255.200,00 €
Navarra	Nivel 1	230	414.000,00 €
	Nivel 2	462	1.663.200,00 €
	Nivel 3	196	1.058.400,00 €
	Nivel 4	616	4.435.200,00 €
	Subtotales	1.504	7.570.800,00 €
País Vasco	Nivel 1	1.554	2.758.350,00 €
	Nivel 2	1.438	5.112.090,00 €
	Nivel 3	3.285	15.570.900,00 €
	Nivel 4	2.019	13.153.785,00 €
	Subtotales	8.296	36.595.125,00 €
Valencia	Nivel 1	103	200.850,00 €
	Nivel 2	781	3.045.900,00 €
	Nivel 3	2.255	13.191.750,00 €
	Nivel 4	6.480	50.544.000,00 €
	Subtotales	9.619	66.982.500,00 €

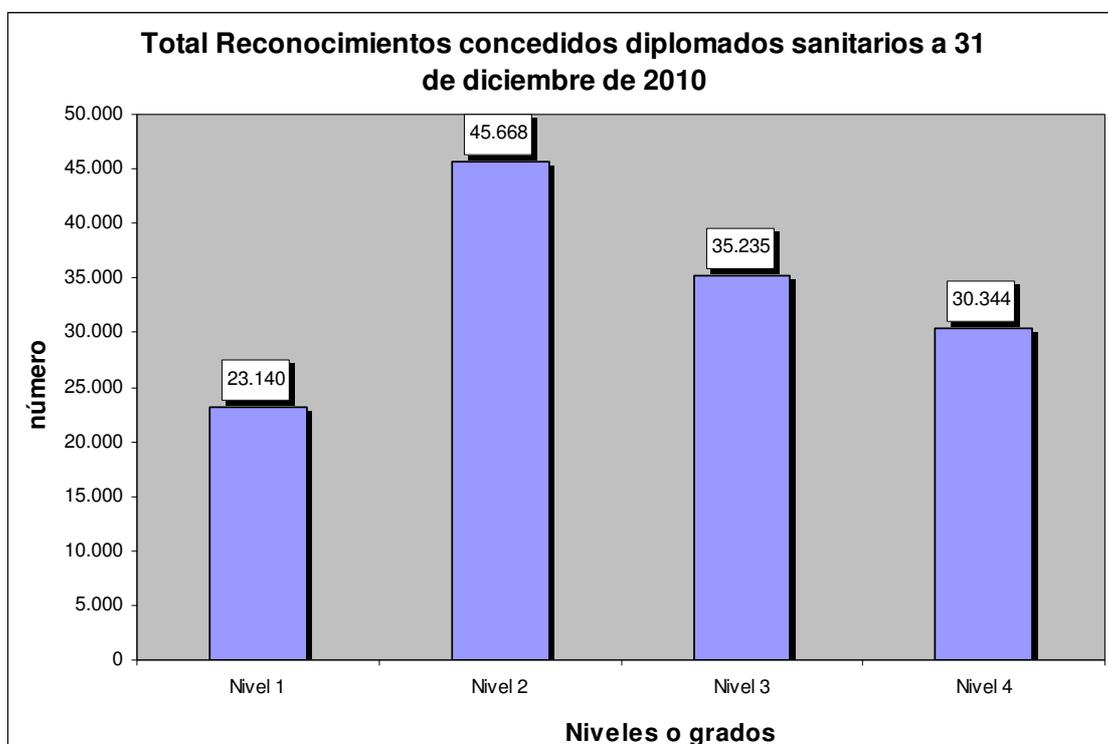
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por los Servicios de Salud de las diferentes CC. AA.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Tabla 29. Total de reconocimientos de carrera profesional para Diplomados Sanitarios

Diplomados Sanitarios	Reconocimientos concedidos
Nivel 1	23.140
Nivel 2	45.668
Nivel 3	35.235
Nivel 4	30.344
Subtotales	134.387

Gráfico 5. Total de reconocimientos de carrera profesional para Diplomados Sanitarios

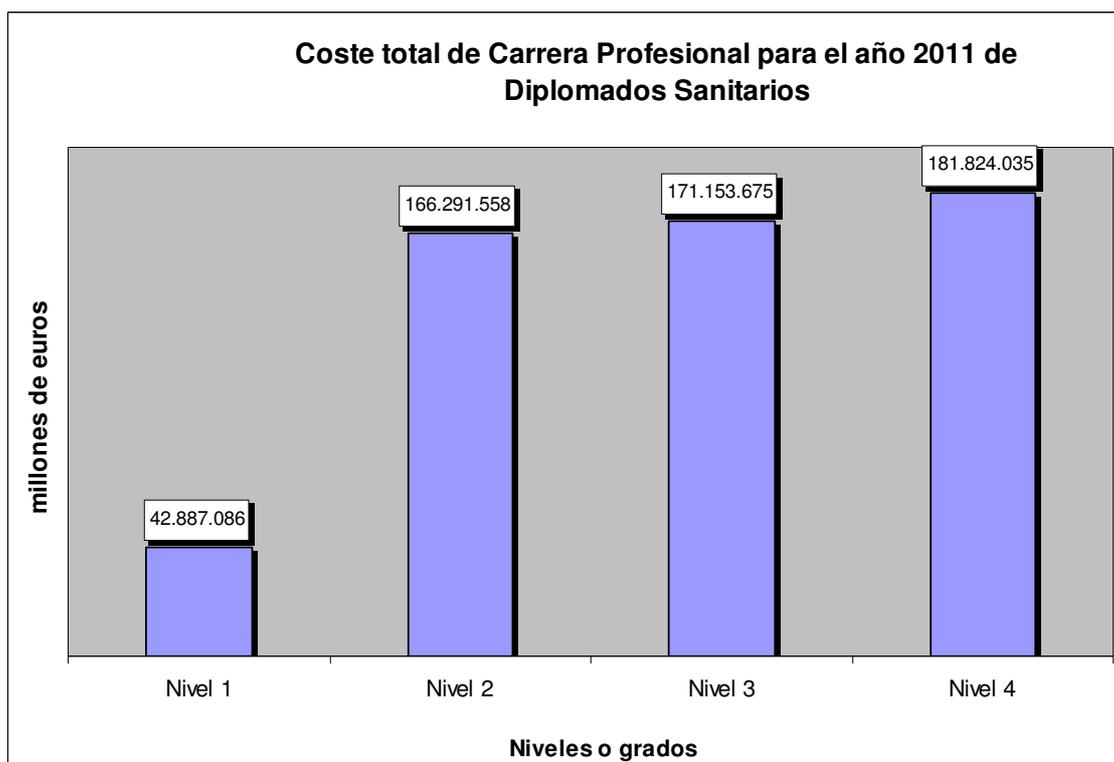


Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Tabla 30. Coste total de carrera profesional para el año 2011 de Diplomados Sanitarios.

Diplomados Sanitarios	Euros
Nivel 1	42.887.086
Nivel 2	166.291.558
Nivel 3	171.153.675
Nivel 4	181.824.035
Subtotales	562.156.354

Gráfico 6. Coste total de carrera profesional para el año 2011 de Diplomados Sanitarios.



A continuación se presentan de forma gráfica los resultados relativos a reconocimientos de diplomados sanitarios del SNS y su coste económico por niveles en cada una de las CC. AA.

Tabla 31. Reconocimientos diplomados sanitarios y coste profesional por niveles en ANDALUCIA.

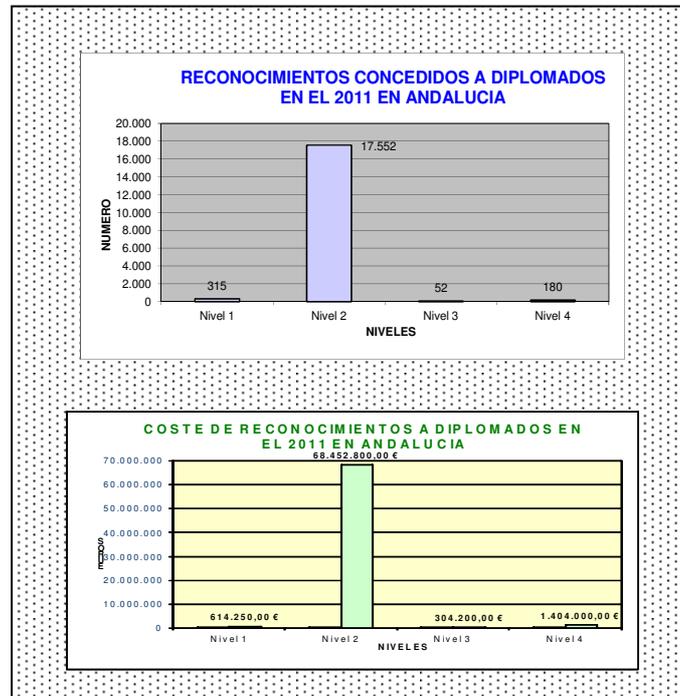


Tabla 32. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en ARAGON.

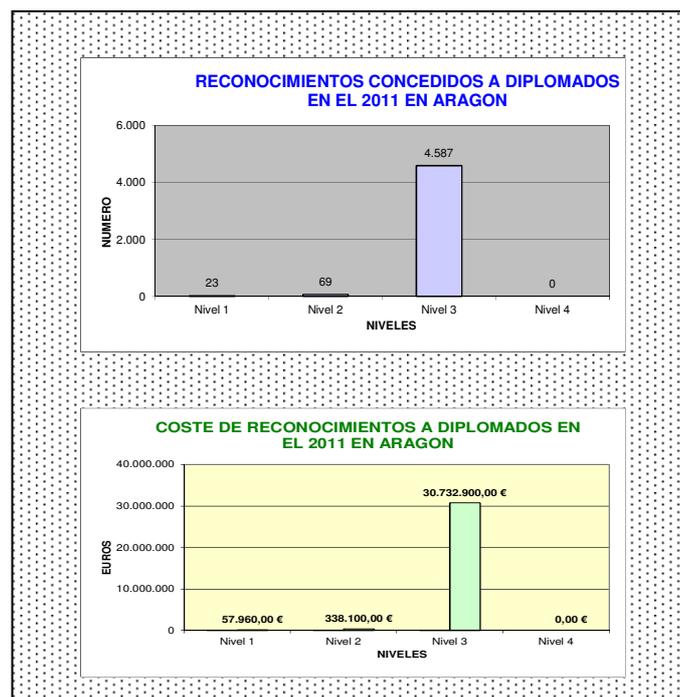


Tabla 33. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en ASTURIAS.

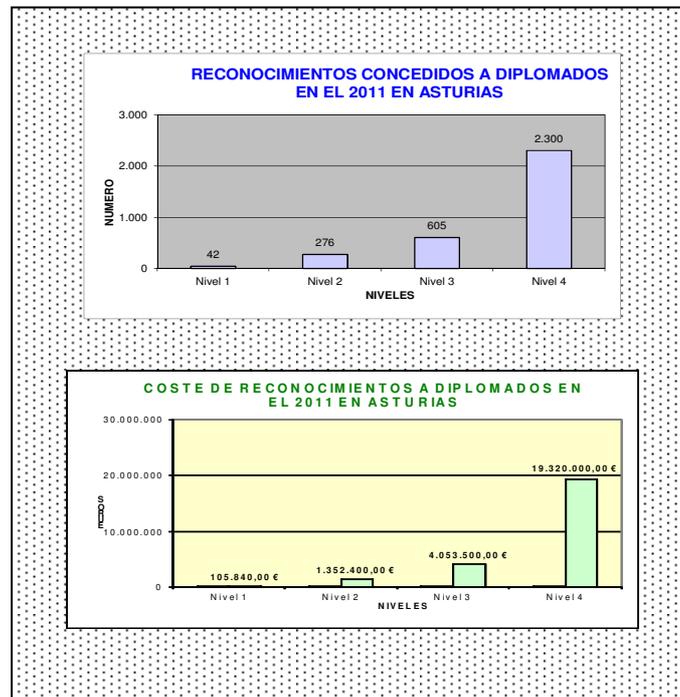


Tabla 34. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en BALEARES.

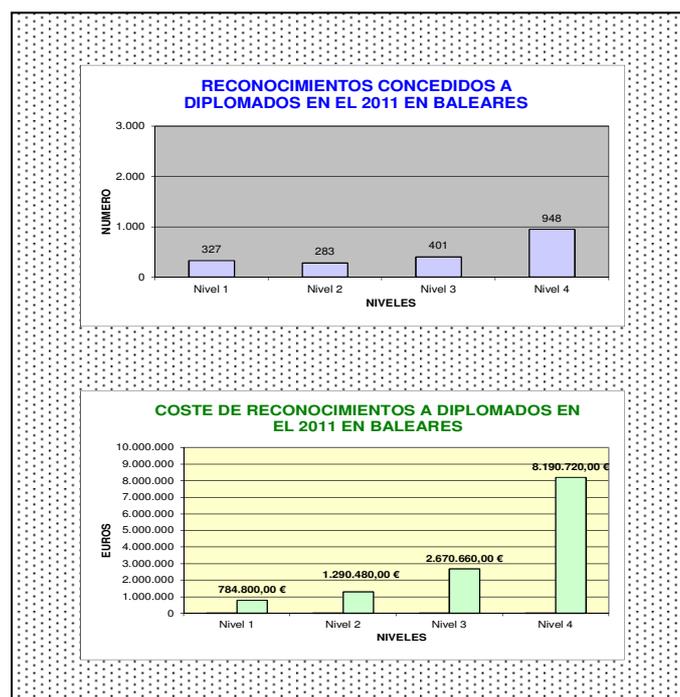


Tabla 35. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CANARIAS.

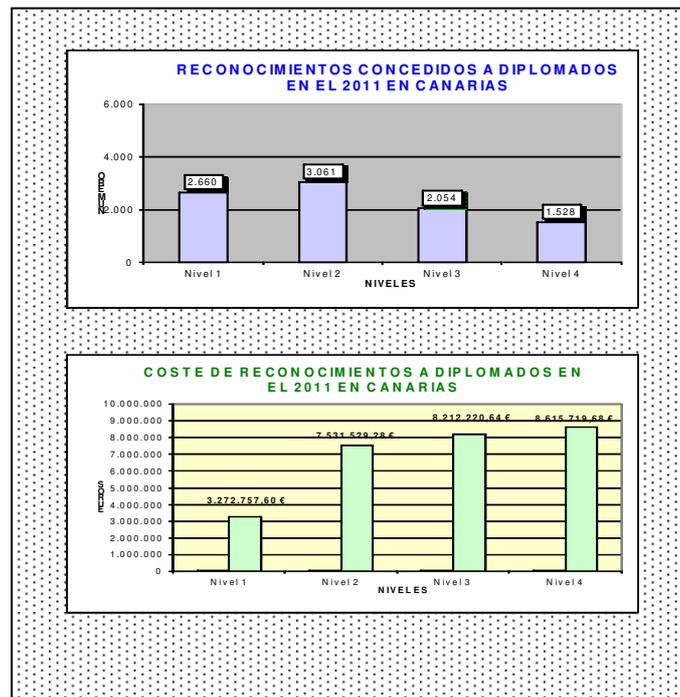


Tabla 36. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CANTABRIA.

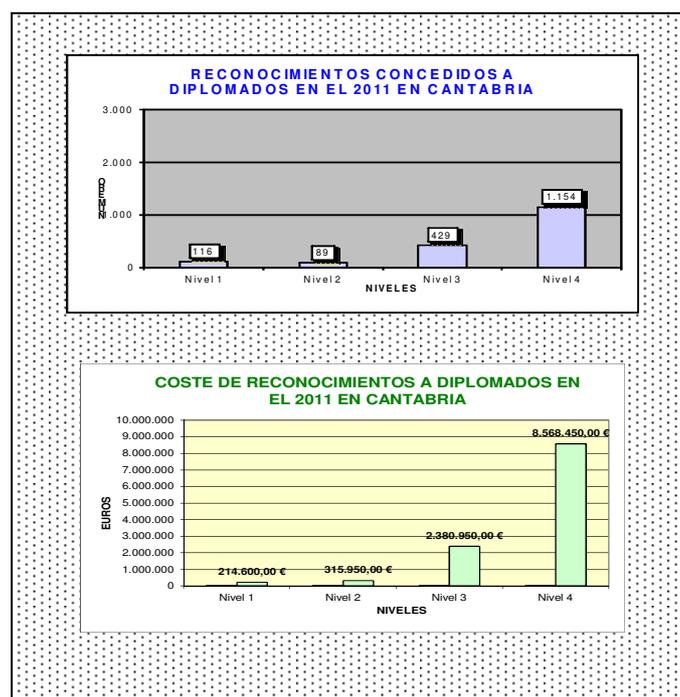


Tabla 37. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LA MANCHA.

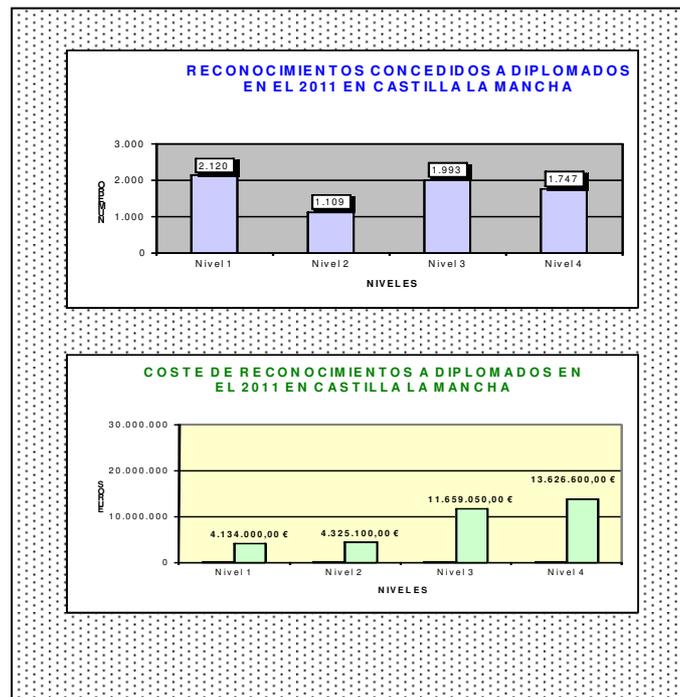


Tabla 38. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LEON.

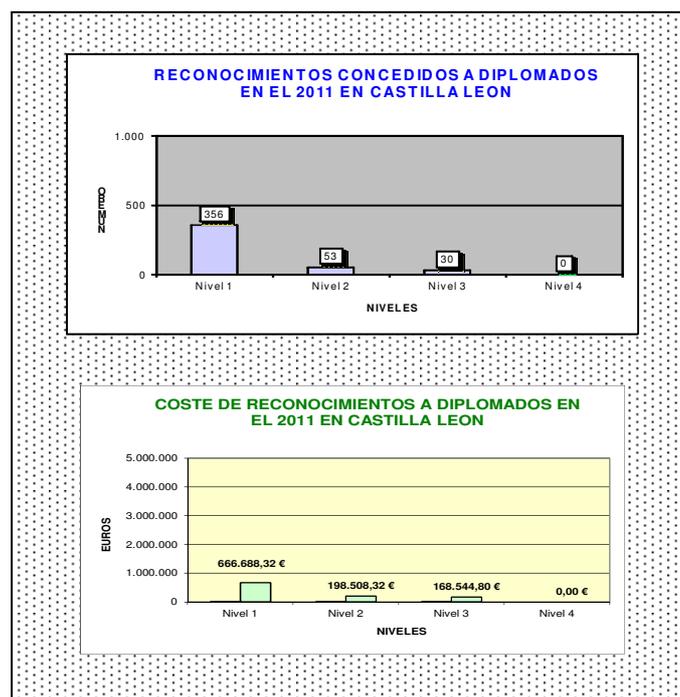


Tabla 39. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CATALUÑA.

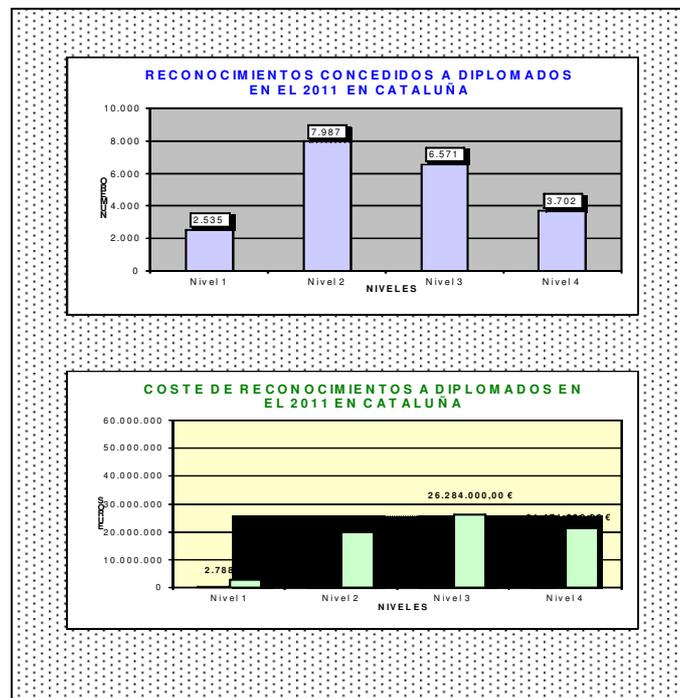


Tabla 40. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en EXTREMADURA.

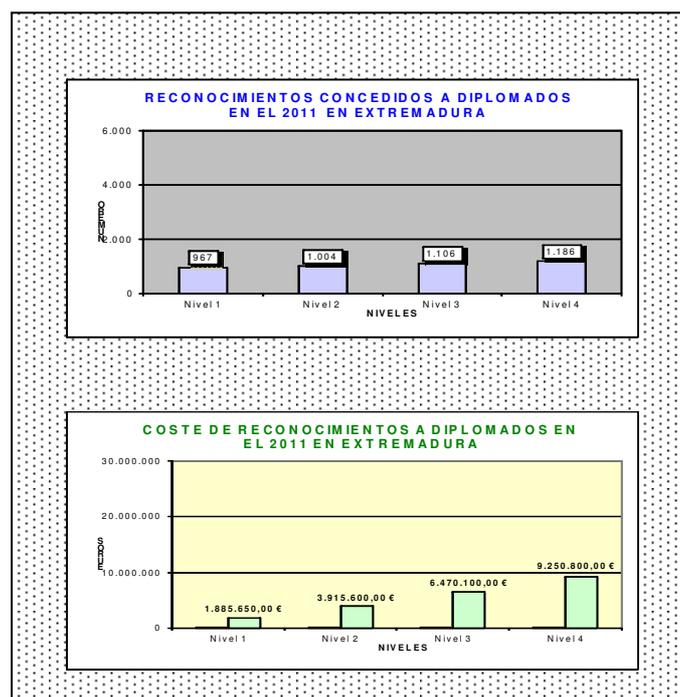


Tabla 41. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en GALICIA.

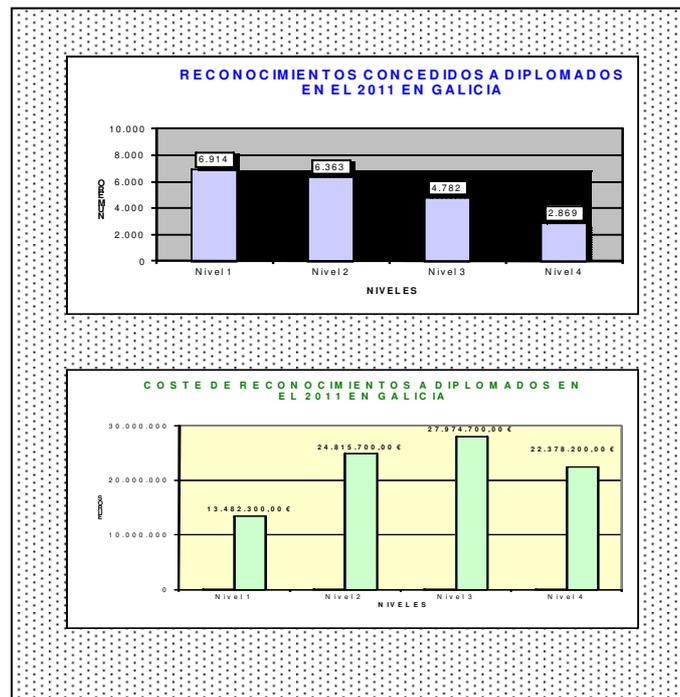


Tabla 42. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en INGESA (CEUTA Y MELILLA).

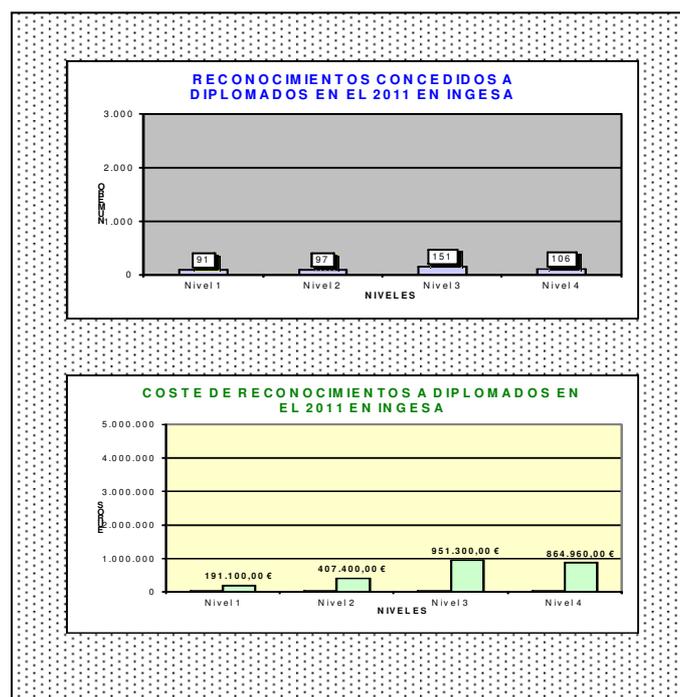


Tabla 43. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en LA RIOJA.

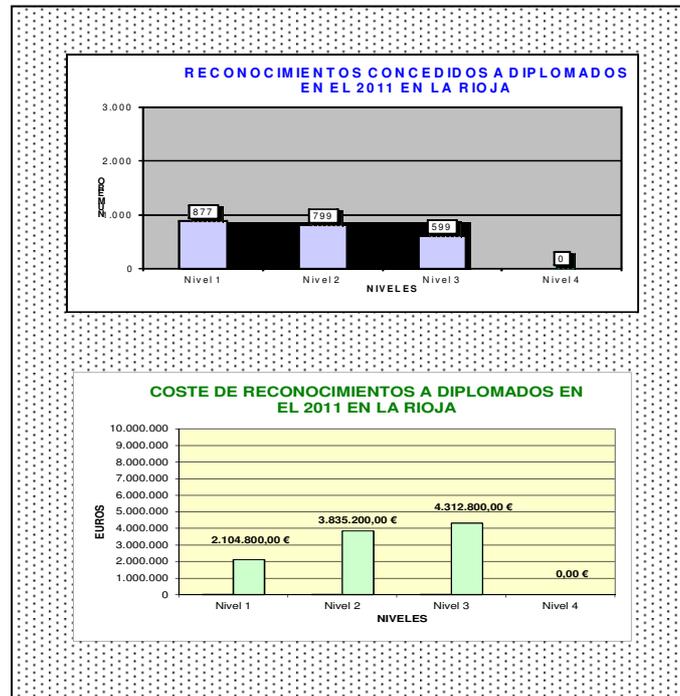


Tabla 44. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en MADRID.

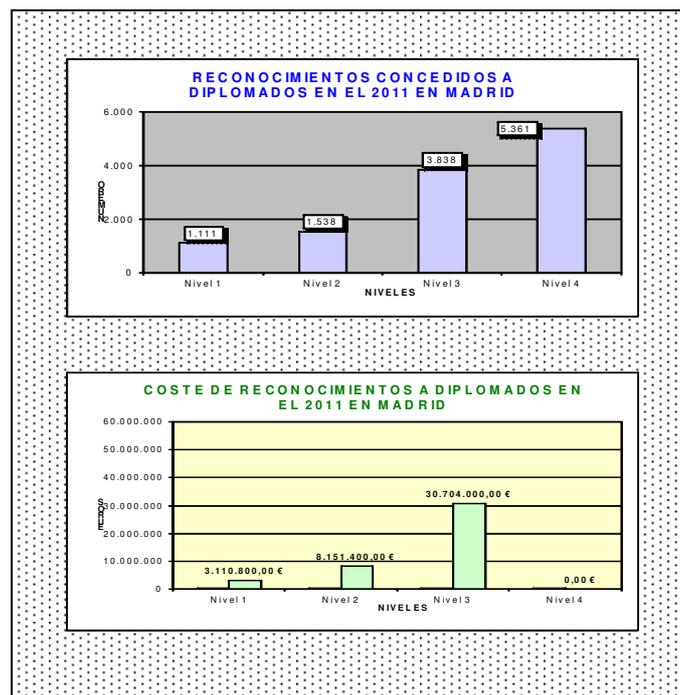


Tabla 45. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en MURCIA.

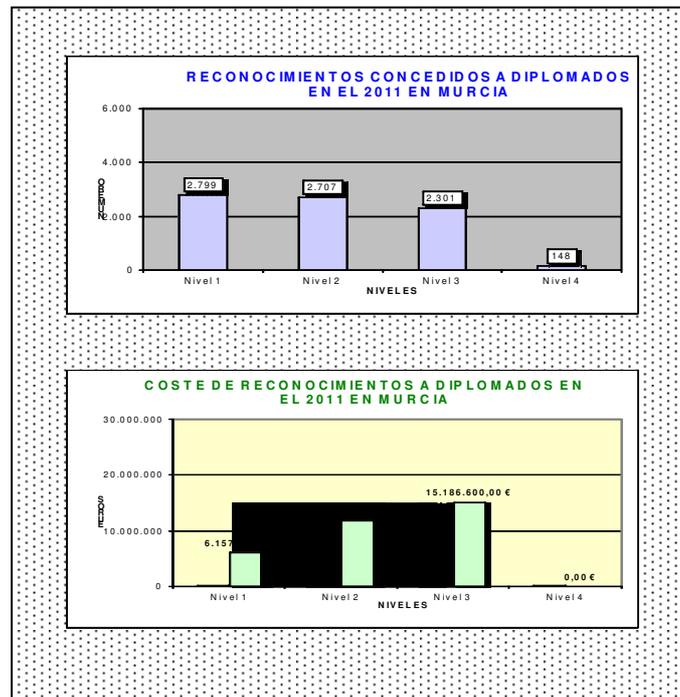


Tabla 46. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en NAVARRA.

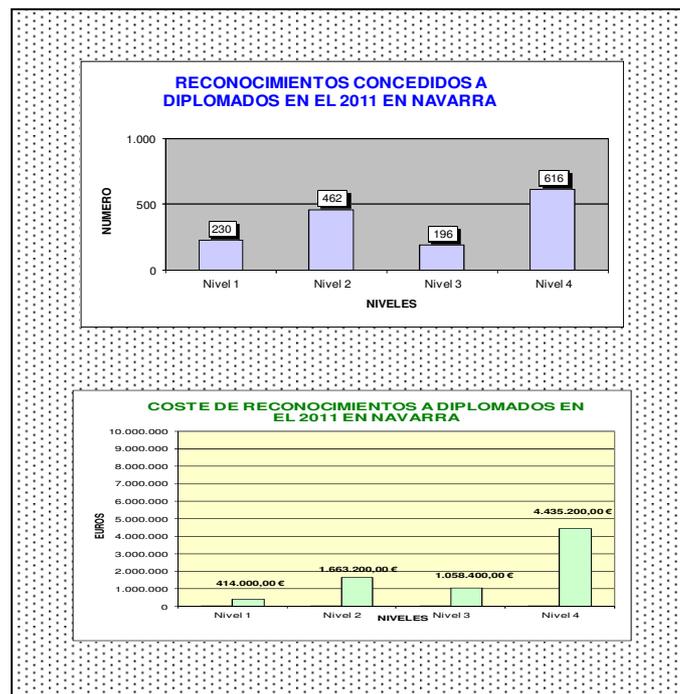


Tabla 47. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en PAIS VASCO.

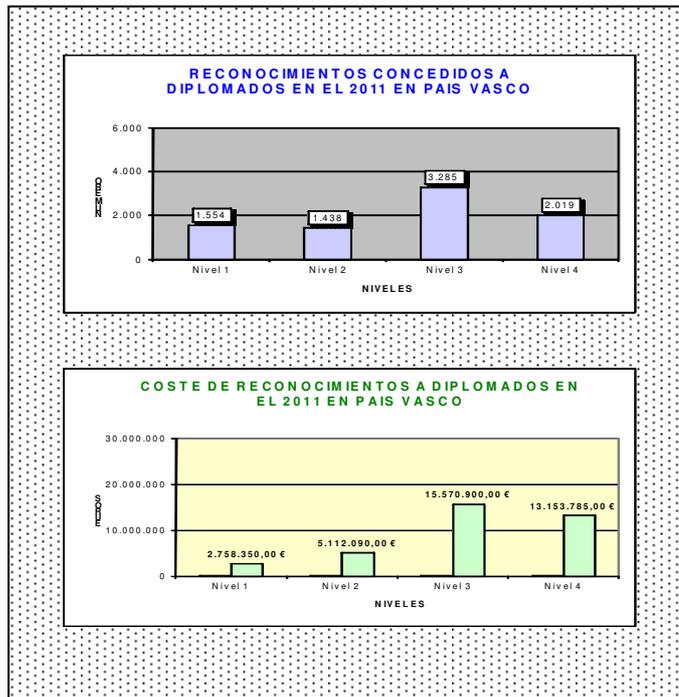
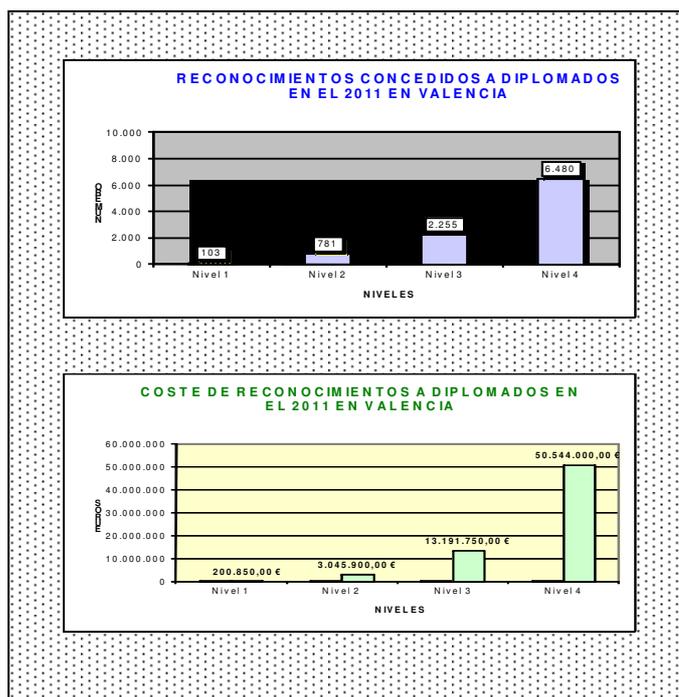


Tabla 48. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en VALENCIA.



Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Las diferentes tablas y gráficos presentados anteriormente para cada CC. AA., nos ofrecen una fotografía del panorama actual de la carrera profesional relativo a reconocimientos y coste económico de la misma. A continuación se realiza un análisis para cada CC. AA. de los datos facilitados hasta el momento.

3.1. Análisis de reconocimientos y coste económico de Licenciados Sanitarios por CC. AA.

En lo que respecta a los licenciados sanitarios en Andalucía con un total de 10.944 reconocimientos, se extraen como conclusiones fundamentales que se trata de profesionales jóvenes, donde el mayor número de reconocimientos se encuentra en el nivel 2, es decir, profesionales que no poseen más de 10 años de experiencia laboral.

El coste económico es un resultado directo del número de profesionales reconocidos y solamente el abono del nivel 2 para licenciados sanitarios en el año 2011, asciende a casi 60 millones de euros en Andalucía.

La comunidad catalana nos ofrece una fotografía muy diferente a la andaluza y con un total de 10.372 reconocimientos de licenciados sanitarios tiene una distribución más homogénea en sus niveles de carrera profesional. El mayor número de reconocimientos lo encontramos en el nivel 2, aunque los niveles 1 y 3 ocupan el 25,4 % y el 25,38 % respectivamente. El nivel 4 dada su dificultad de alcance se sitúa con el 6,3 % de los reconocimientos.

Aragón nos muestra también una foto peculiar ya que con un total de 2.543 reconocimientos de licenciados sanitarios, el 95 % de los mismos corresponden a un nivel 3. La primera conclusión que se puede extraer es que se trata de profesionales de edad madura y con una media de experiencia laboral por encima de los 15 años. En la comunidad aragonesa el nivel 4 de carrera profesional no ha sido evaluado, por lo que no pueden realizarse otras comparaciones.

Extremadura con un total de 3.368 reconocimientos de licenciados ofrece también una distribución muy homogénea de sus reconocimientos con el 27 %, 29 %, 18 % y 25,5

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

% de los niveles 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Se observa también una población de licenciados con tendencia hacia el envejecimiento, ya que el 25,5 % de reconocimientos corresponden al nivel 4. Solamente el coste económico de dicho nivel es igual al coste total de reconocimientos de los niveles 2 y 3.

Galicia con un total de 13.533 reconocimientos de licenciados sanitarios es la comunidad autónoma con mayor número de reconocimientos para dicho colectivo. Sorprende que los niveles 1 y 2, abarquen el 66 % de los reconocimientos, a pesar de que Galicia es una de las CC. AA. con la población más envejecida de todo el territorio nacional. En cuanto al coste económico, también se sitúa como comunidad que mayor gasto le supone la carrera profesional de los licenciados sanitarios, con más de 85 millones de euros anuales.

Asturias es una de las CC. AA. donde el nivel 4 ocupa el 62 % del total de reconocimientos. Sin profundizar en lo que sería un importante elemento de reflexión, esta situación podría conducir a esta CC. AA. a una escasez de profesionales en un horizonte no muy lejano de menos de 10 años.

Las ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla (INGESA) tienen también una distribución muy homogénea de sus reconocimientos con un ligero peso de los de nivel 3, significando el 62 % del total de reconocimientos.

La situación de Baleares es similar a la de Asturias donde el 47 % de los reconocimientos se sitúan en el nivel 4.

Se debe señalar que cuanto más envejecida es la población de licenciados sanitarios, además de acarrear un problema futuro de efectivos, supone un mayor coste económico para la comunidad autónoma de referencia, ya que se trata del nivel de carrera mejor retribuido.

La foto de la Rioja es una foto incompleta, ya que el nivel 4 no se ha reconocido. En el resto de niveles destaca el nivel 1, con el 46 % de los reconocimientos.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Canarias nos muestra la foto contraria a Asturias o Baleares donde los reconocimientos de nivel 1, se sitúan en el 35,4 % frente al 10 % de los reconocimientos de nivel 4. Indica por tanto la existencia de profesionales jóvenes y esto podría tener su explicación en que se trata de un destino elegido por profesionales de reciente salida al mercado laboral, con pocas cargas familiares y como despegue a su carrera en otras comunidades autónomas.

Madrid ofrece una foto diferente al resto de CC. AA., posee un gran número de reconocimientos en total 8.819, en comparación a otras comunidades de mayor extensión como Andalucía con 10.944 reconocimientos. La distribución de los reconocimientos en Madrid se aglutina principalmente en los niveles 3 y 4 donde alcanzan el 68 % del total de reconocimientos frente al nivel 1 y 2, donde alcanza el 32 %. Se observa también una tendencia hacia el envejecimiento de los profesionales y se podría explicar por el fenómeno inverso al que sucede en Canarias, es decir, en Madrid se finalizan las carreras o se establecen los profesionales después de años de actividad laboral en otras CC. AA., buscando en Madrid medios y/o oportunidades que otras comunidades no pueden ofrecer. El nivel 4 en Madrid no ha llegado a abonarse, pero en el caso de que se hiciera, se trataría de la carrera profesional más cara de todas las CC. AA., ascendiendo a un total de 85 millones de euros sólo para el año 2011. En la tabla 9, al ser el nivel 4 no retribuido no se ha tenido en cuenta para calcular el coste real.

Cantabria tiene una situación parecida a la de Asturias. El 75 % de sus profesionales se sitúan en el nivel 3 y 4 frente al 25 % que lo hacen en el nivel 1 y 2. Aunque no tan acusada como en el caso de Asturias, que tenía el 47 % de los reconocimientos con nivel 4, se percibe claramente una tendencia hacia el envejecimiento de los licenciados sanitarios en esta comunidad.

Murcia representa la pirámide inversa, con profesionales más jóvenes, donde el nivel 1 y 2 significan el 66,4 % del total. En la comunidad murciana el nivel 4 tampoco ha sido retribuido.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Castilla la Mancha ofrece un número de reconocimientos muy similar para cada uno de los niveles y en el País Vasco el nivel 3 representa el 44,4 % del total de reconocimientos y el nivel 4 el 57 %. Se infiere al igual que en otras comunidades un envejecimiento de los profesionales licenciados sanitarios.

La comunidad Navarra sorprende que a pesar de ser una de las comunidades más envejecidas tiene el número de reconocimientos de nivel 1 más alto respecto al resto de niveles.

La comunidad valenciana sorprende en sus cifras de reconocimientos correspondientes a los niveles 3 y 4, donde alcanza con la suma de ambos el 90,03 % de los reconocimientos. Es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de estos niveles y con un coste económico significativo que alcanza los 43 millones de euros sólo para los niveles 3 y 4.

En Castilla León llama la atención el bajo número de reconocimientos de los diferentes niveles y sorprende que el porcentaje más alto se encuentre en el nivel 1. En dicha comunidad el nivel 4 no se ha reconocido y por tanto tampoco abonado.

Como conclusión de todos los datos presentados relativos a licenciados sanitarios, señalamos que el mayor número de reconocimientos de todas las CC. AA. lo encontramos en el nivel 2, el cual aglutina el 34,20 % de los reconocimientos. Los niveles 3 y 4 aglutinan el 44,06 % y el nivel 1 el 21,74 %.

En cuanto al coste económico y teniendo en cuenta que Madrid, Aragón, La Rioja, Castilla León y Murcia no han abonado a 31 de diciembre el nivel 4 de carrera profesional (bien porque no se ha reconocido, bien porque se ha reconocido pero en sus leyes correspondientes de presupuestos se paraliza el pago), dicho nivel alcanza para las comunidades restantes el 25,75 % del gasto total de carrera profesional. El mayor coste lo encontramos en el nivel 3 donde se superan los 179 millones de euros. El nivel 2 y 3 tienen un coste similar con el 31,59 % y el 32,04 % respectivamente, y el más bajo se encuentra en el nivel 1 con el 10,62 %.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Tenemos unos licenciados sanitarios con tendencia clara hacia el envejecimiento, donde el 17,98 % de ellos en un horizonte de cinco años tendrá más de veinte años de experiencia y donde el 25,95 % tendrá más de quince años de experiencia laboral.

El coste económico para el SNS solamente para el colectivo de licenciados sanitarios se sitúa actualmente en más de 559 millones de euros anuales (en el caso de que se pagara el nivel 4 en todas las CC. AA.).

3.2. Análisis de reconocimientos y coste económico de Diplomados Sanitarios por CC. AA.

Realizando el mismo análisis para los diplomados sanitarios la fotografía que encontramos es la siguiente:

En Andalucía los diplomados sanitarios ofrecen una tendencia similar a los facultativos donde el nivel 2 de reconocimientos significa el 97 % del total. Este dato nos permite extraer la conclusión de que dicho colectivo es joven, con no más de diez años de experiencia laboral y que como resultado de la duración de la formación académica (tres años para diplomados sanitarios y dos años más para diplomados sanitarios especialistas) la edad media de dichos profesionales gira en torno a los 35 años.

En Cataluña los diplomados sanitarios tienen una distribución más homogénea entre los distintos niveles, aunque el nivel 2 ocupa el mayor porcentaje de ellos con el 38,4 % del total de reconocimientos.

Aragón muestra en los diplomados sanitarios un panorama bastante diferente al de Andalucía o Cataluña. En esta comunidad el 98 % de los reconocimientos se encuentran en el nivel 3. El nivel 4 al igual que en los licenciados sanitarios, no ha sido reconocido ni abonado.

En Extremadura la primera impresión es que existe una distribución homogénea en sus reconocimientos, pero si pensamos que el 28 % de estos corresponde al nivel 4 y el nivel 1 el 23 %, la lectura podría ser la siguiente: claro envejecimiento sin recambio generacional suficiente.

En Galicia obtenemos un alto número de reconocimientos de diplomados sanitarios que asciende a 20.928. Al igual que con los licenciados sanitarios, los niveles 1 y 2 abarcan el mayor porcentaje, alcanzando un total del 63 % de los reconocimientos. En cuanto al coste económico, Galicia es la comunidad que mayor gasto tiene en el colectivo de diplomados sanitarios, superando los 88 millones de euros. La razón que explica dicho coste es que la carrera profesional de los diplomados sanitarios gallegos

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

es de las mejor retribuidas en comparación a otras comunidades como por ejemplo Cataluña, donde el nivel 2 de diplomados supone 2.500 euros anuales y en Galicia el mismo nivel se sitúa en 3.900 euros anuales.

En Asturias la situación de los diplomados sanitarios es la misma que para los licenciados, el 71,3 % de los reconocimientos son de nivel 4 y solamente el 1,3 % corresponden a reconocimientos de nivel 1.

En Ceuta y Melilla (INGESA) los niveles 3 y 4 ocupan el 58 % frente al 42 % que ocupan los niveles 1 y 2. El fenómeno del envejecimiento también lo encontramos en estas ciudades autonómicas.

Baleares ofrece una foto parecida a Asturias aunque no tan acusada, donde el 48,3 % de los reconocimientos son de nivel 4 y el 20,46 % de nivel 3. Es curiosa la diferencia frente a la comunidad autónoma de Canarias, que siendo al igual que ésta un destino agradable por su clima y atractivo para los jóvenes, no presenta las mismas características. En Canarias la tendencia es inversa, los niveles 1 y 2 significan el 61,4 % y los niveles 3 y 4 el 38,5 %.

En la Rioja, el nivel 4 no ha sido reconocido ni retribuido, por lo que no se puede ofrecer la foto completa, no obstante los niveles 1 y 2 brindan el 74 % del total de reconocimientos.

En Madrid la situación de los diplomados sanitarios es la misma que la de los licenciados, el 78 % de los reconocimientos se aglutinan en los niveles 3 y 4.

Cantabria tiene el 88,5 % de sus reconocimientos en los niveles 3 y 4, pero ofrece una peculiaridad, el número de reconocimientos del nivel 1 es del 6,4 % y el nivel 2 del 4,9 %, lo cual podría llevar a pensar que aunque tímidamente, se incrementa el número de diplomados sanitarios que eligen como lugar de trabajo esta comunidad.

La comunidad murciana representa a una comunidad de diplomados sanitarios jóvenes y con relevo generacional, los niveles 1 y 2 representan el 69,2 %.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Castilla la Mancha al igual que en los licenciados sanitarios ofrece un número de reconocimientos muy similar para los niveles 1, 3 y 4, con el 30,4 %, 28,5 % y 25 % respectivamente. Solamente el nivel 2 con el 16 % de los reconocimientos baja respecto a los otros. Podría ser un caso con peculiaridades específicas: que aglutine a profesionales que son originarios de Madrid pero que no encuentran trabajo en su comunidad y se desplazan a otra comunidad próxima a la de origen.

La comunidad Navarra a diferencia de lo que sucede en los licenciados sanitarios, en el caso de los diplomados el número más alto de reconocimientos lo encontramos en el nivel 4, que representan el 41 % del total de reconocimientos.

El País Vasco también muestra tendencia hacia el envejecimiento, ya que el 64 % de sus diplomados sanitarios corresponden a los niveles 3 y 4.

De Castilla León sorprende el número tan bajo de reconocimientos en todos sus niveles al igual que con los licenciados sanitarios.

Por último, en el caso de Valencia sorprende marcadamente el número de reconocimientos de los niveles 3 y 4 que representan el 91 % de los reconocimientos. Sucede lo mismo que con los licenciados sanitarios y al igual que con estos el coste económico es muy elevado, ya que solamente Valencia supera los 66 millones de euros para el 2011, siendo la segunda comunidad con mayor gasto después de Cataluña con 70 millones, aunque el número de reconocimientos en esta última es muy superior, alcanzando los 20.795 reconocimientos frente a los 9.619 de Valencia, es decir, menos de la mitad de reconocimientos en Valencia que en Cataluña y solamente 4 millones de euros de diferencia.

Realizando un análisis global del total de reconocimientos y coste de la carrera profesional de los diplomados sanitarios, reparamos que el mayor número de reconocimientos se encuentra en el nivel 2 con el 33,98 %, pero los niveles 3 y 4 significan casi la mitad del total de reconocimientos con el 48,80 %.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

En cuanto al coste económico, el mayor peso lo encontramos en el nivel 4 con 181 millones de euros que suponen el 32,34 %, pero los niveles 2 y 3 alcanzan el 60,03 % del total del coste. Las CC. AA. con mayor gasto son Galicia, Valencia, Cataluña, Andalucía y Madrid y las que tienen menos gasto son Castilla León y Ceuta y Melilla (INGESA).

A continuación se refleja el porcentaje de reconocimientos concedidos frente al número total de profesionales por cada CC. AA. Las cifras oficiales relativas al número de profesionales se han obtenido de la página del Ministerio de Sanidad y Consumo (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Indicadores Hospitalarios) y de las diferentes memorias de actividad de los servicios de salud comprendidas entre los años 2009 y 2010 publicados en su páginas web oficiales.

Tabla 49. Porcentaje de reconocimientos concedidos frente a número de profesionales por CC. AA.

	Licenciados Sanitarios	Diplomados Sanitarios	TOTAL
Total reconocimientos en CC. AA.	85.511	134.387	219.898
Total profesionales vinculados	98.643	146.420	245.063
Total media de reconocimientos frente a número total de profesionales	86,69%	91,78%	89,23%

En esta tabla se recoge el número de reconocimientos de las 17 CC. AA. y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. De acuerdo a las cifras oficiales a diciembre de 2009, existen un total de 245.063 profesionales vinculados pertenecientes a las categorías de licenciados y diplomados sanitarios en el SNS y de acuerdo al número de reconocimientos dados por todas las CC. AA. estos alcanzan a 219.898 profesionales, significando el 89,23 %. En el caso de los licenciados, el 86,69 % han obtenido un nivel de carrera y en el de diplomados el 91,78 %.

Del análisis de los resultados por cada una de las CC. AA. se obtienen datos curiosos, como por ejemplo en las comunidades de Extremadura, Galicia, La Rioja o Murcia, donde el número de reconocimientos es superior al número de profesiones existentes en dichas comunidades de acuerdo a las cifras oficiales.

3.3. Conclusiones generales sobre el resultado de la aplicación de la carrera profesional en nuestro país y propuestas para un nuevo modelo

En todas las CC. AA. ha habido una fase denominada de implantación o extraordinaria en la que hubo un encuadramiento inicial de nivel y por una sola vez en la que solamente se exigía experiencia profesional. Finalizado dicho encuadramiento o implantación inicial las diferentes CC. AA. pusieron en marcha sus modelos de carrera profesional en proceso denominado ordinario.⁴⁰

El colectivo médico a través de su representación sindical expresó en la I Conferencia de Consenso sobre Hospitales, donde la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos ponía de manifiesto cómo "la apatía, la dejadez y la falta de perspectivas marcan a muchos médicos españoles de la Sanidad Pública", citando como causas de esa situación la falta de definición de responsabilidades en la estructura sanitaria, la carencia de objetivos sanitarios a nivel nacional, autonómico y local, y la sensación de frustración por falta de posibilidades de promoción. Ante la situación descrita, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) entendía que la carrera profesional era una de últimas posibilidades de la Administración para la solución del "creciente caos sanitario". (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos 1994).

Ahora nos podemos preguntar ¿se ha perdido esta oportunidad o realmente la carrera profesional ha solucionado algún problema?. La carrera profesional ha sido deseada y muy esperada, tanto como un hijo primerizo, como una gran oportunidad para el sistema, como la panacea que resolvería muchos problemas, como el elemento incentivador de los profesionales sanitarios por excelencia, y que ampliaría los horizontes profesionales y por supuesto mejoraría los servicios prestados a los pacientes.

Las perspectivas a partir de la bibliografía analizada de autores como J. Gervás, J.M

⁴⁰ Al cierre de este trabajo (finales de 2011) algunas comunidades como Aragón o Galicia, no han comenzado con la aplicación del procedimiento ordinario.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Iglesias, Joan M. Salmerón y J. Simó, encasillan la carrera profesional como uno de los mayores disparates de la política sanitaria española: por enfoque, por interlocutor, por ámbito y por resultados.

La carrera profesional aunque sea foco de negociación laboral, debería haberse ampliado más allá que con los sindicatos, debería haberse basado en las conclusiones consensuadas de un grupo de expertos (no sólo sanitarios, también de expertos en recursos humanos o en sociología organizacional, por ejemplo) no sólo estaría resultando más fácil, sino que sin duda tendría una mayor potencialidad para conciliar las expectativas sindicales con las necesidades del sistema.

La carrera profesional debería plantearse como un estímulo en la búsqueda de la excelencia profesional y no como un simple componente retributivo, y aunque fuera un mero componente retributivo, éste debería organizarse en una dirección correcta.

En medio de este escenario, se reflejan en forma esquemática, los problemas principales que expertos en la materia citados anteriormente, han expuesto sobre los resultados de la aplicación de la carrera profesional en España. Para ello se parte de un esquema de valores inspirado en la literatura clásica de los valores y la motivación laboral en los individuos (A. Maslow, F. Herzberg, José A. Garmendia, F. Parra Luna). Se trata de unos valores completos; es decir, que están todos los que son. Cualquier otro valor que se nos pudiera ocurrir tendría cabida en este cuadro.

Cuadro 35. Análisis de las áreas de valor y dimensiones que afectan a la Carrera Profesional y su valoración por los expertos en carrera profesional

Áreas de valor y dimensiones que afectan a la carrera profesional		
Áreas de valor	Dimensiones	Valoración por parte de los expertos en carrera profesional
Participación	Comunicación	La carrera profesional no ha supuesto una mejora de la comunicación entre los profesionales.
	Identificación	La carrera profesional no ha generado identificación, lealtad y compromiso con la organización
	Poder (decisiones)	Con la carrera profesional no se ha conseguido que los profesionales participen más en las decisiones que afectan a su trabajo.
	Delegación	La carrera profesional no supone una mayor transmisión o delegación de competencias compartidas.
Autorrealización	Reconocimiento	Se ha discriminado a los interinos. Reconocimiento retributivo más, en vez de un objetivo personal.
	Relaciones interpersonales	Ha hecho más iguales a los desiguales.
	Satisfacción laboral	Meramente extrínseco, reducido a un incremento salarial planificado a cambio de la consecución de una serie de méritos estipulados tipo baremo de oposición. Los criterios empleados en la carrera profesional apenas tienen en cuenta el trabajo del médico de a pie, del médico clínico que encuentra satisfacción en el trabajo diario bien hecho.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

.../...

Áreas de valor y dimensiones que afectan a la carrera profesional		
Áreas de valor	Dimensiones	Valoración por parte de los expertos en carrera profesional
Autorrealización	Autonomía/Responsabilidad	No es suficiente con ascender por haber mejorado su capacidad científico-técnica si el ascenso no lleva aparejada la posibilidad de poner en práctica esta capacidad.
	Contenido del puesto de trabajo	La carrera profesional no va ligada a cambios en el trabajo.
Seguridad	Estabilidad	No genera estabilidad ya que el puesto se tiene asegurado independientemente de la carrera profesional.
	Solidez organizativa	Los modelos de carrera profesional no han seguido homogeneidad de criterios a pesar de tener algunos comunes.
	Flexibilidad	Dificultad en algunas CC. AA. para que reconozcan el nivel adquirido en otra.
	Seguridad en el empleo	Los propietarios disfrutaban de las ventajas, los interinos se han quedado fuera alejándolos de los objetivos de la organización sanitaria.
Eficacia organizativa	Ingresos	Ha supuesto un importante incremento salarial.
	Gastos	Aumento insostenible del gasto sanitario público.

.../...

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

.../...

Áreas de valor y dimensiones que afectan a la carrera profesional		
Áreas de valor	Dimensiones	Valoración por parte de los expertos en carrera profesional
Eficacia organizativa	Valoración eficacia	<p>No tendrá impacto en la salud de la población.</p> <p>Se incrementa la remuneración sin modificar las tareas, lo que produce una grave ineficiencia, ya que la sociedad emplea recursos sin exigir mejoras.</p> <p>La cartera de servicios no debe acabar siendo lo que cada médico o enfermera creen que deben hacer lo les interesa por criterios particulares.</p>
	Valoración institucional	<p>Han incrementado las diferencias autonómicas.</p> <p>Perdida de un poderosísimo incentivo a todos los niveles: institucional, profesional y para la sociedad.</p> <p>Elemento de confrontación política que en algunas ocasiones dejan entrever las preferencias y colores de cada CC. AA.</p>
Conocimiento	Formación	Es una suma de méritos no construida sobre un adecuado desarrollo profesional.
	Competencias profesionales	No existe cultura de competencias en el sector sanitario, por tanto es difícil evaluarlas

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas con expertos relevantes en la materia

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Lo que sí ha conseguido la carrera profesional es medir muy bien las publicaciones, las horas de formación, las horas de docencia, la tutorización de alumnos, la participación en comités, y otros muchos e incontables méritos. Los profesionales a veces se han olvidado del trabajo diario y han convertido el día a día en una búsqueda desesperada de méritos que termina en la consecución de un nivel de carrera.

En los 18 modelos de carrera profesional se identifica el compromiso con la organización con la participación en comités, tutoría de nuevos profesionales, elaboración de protocolos, etc., pero la pregunta que debemos plantearnos como investigadores sociales es la siguiente ¿Por qué la actuación como tutor de un médico residente se considera compromiso con la organización? Sin duda alguna, algo falla en nuestro SNS cuando se premia la dedicación exclusiva a los que serán el relevo para las próximas generaciones, sabiendo que la sanidad es uno de los pilares del estado del bienestar y que estamos dejando una hipoteca impagable a las nuevas generaciones si no se establecen las bases adecuadas.

“Lo lógico es que la carrera profesional fuera tanto una forma de reconocimiento profesional como un estímulo para la competencia en el trabajo clínico. Por ello, debería ligarse el nivel a las capacidades, a las exigencias, a las expectativas de rendimiento. De esta forma, el cambio de categoría debería conllevar el cambio de responsabilidad y el cambio de organización. Por ejemplo, en los niveles altos el médico gozaría de la posibilidad de contar con una auxiliar de clínica en su consulta, y/o tendría derecho a manejar un presupuesto global que le permitiese elegir especialista para sus pacientes incluso en centros privados concertados, y/o se convertiría en miembro de los comités asesores del gerente, y/o se le concederían "privilegios" en las guardias, y/o se esperaría que ampliase su campo de trabajo. Lamentablemente, de ello no se habla cuando se trata de la carrera profesional. Todo ha quedado reducido a una compensación monetaria que no cambia la forma de trabajo en nada” (Juan Gérvas Camacho 2008:170).

El martes 9 de junio de 2009 aparecía publicado en el Diario Médico un artículo en el que se denunciaba que todos los modelos de carrera profesional desde el primero (Navarra) hasta el último (Aragón), habían pervertido la esencia del mecanismo

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

principal para conseguir la excelencia profesional. Pero también abría una puerta a la esperanza, señalando que la carrera profesional surgiría de sus cenizas, aunque fuera con otro nombre y como una herramienta real de motivación.

Siguiendo las mismas áreas de valor y dimensiones utilizadas cuando se han expuesto las valoraciones de algunos expertos sobre la carrera profesional se proponen, una serie de características agrupadas por dichas áreas y dimensiones que todos los modelos deberían poseer o volver a replantearse nuevas directrices en el caso de haber establecido otras diferentes:

Cuadro 36. Propuestas a incluir en un nuevo modelo de carrera Profesional

Propuesta de Áreas de valor y dimensiones que deben aglutinar los diferentes modelos de carrera profesional		
Áreas de valor	Dimensiones	Propuesta a incluir en nuevo modelo de carrera profesional
Participación	Comunicación	Articularse de modo que premie los objetivos generales de la organización: institucionales y de unidad/servicio.
	Identificación	Basada en principios de igualdad, mérito y capacidad con criterios y procedimientos de valoración claros, normativos, explícitos (objetivos) y transparentes.
	Poder (decisiones)	La carrera profesional como sistema de acceso y selección para ocupar determinados puestos de trabajo (tutor de residentes, presidir comisiones, puestos directivos, etc.) Tener un nivel de carrera profesional no da derecho al acceso a una posición concreta, sino que serán las características del puesto de trabajo las que exigirán un nivel de carrera profesional.
	Delegación	Poner en marcha sistemas de delegación de competencias y que sea valorado como mérito en la carrera profesional.
Autorrealización	Reconocimiento	Reconocimiento y pago a fijos e interinos. Separar el reconocimiento del pago. Exposición pública del grado adquirido y reconocimiento del mismo.
	Relaciones interpersonales	Un sistema que discrimine de forma justa sin interferir en las relaciones de trabajo.
	Satisfacción laboral	Generar percepción interna en el profesional de que asiste a un verdadero desarrollo profesional individual.
	Autonomía/Responsabilidad	Posibilidad de poner en marcha cambios en las responsabilidades del puesto de trabajo una vez se acceda de nivel de carrera profesional.
	Contenido del puesto de trabajo	El ascenso de nivel debe llevar asociado algún cambio en el contenido del puesto de trabajo.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Propuesta de Áreas de valor y dimensiones que deben aglutinar los diferentes modelos de carrera profesional		
Áreas de valor	Dimensiones	Propuesta a incluir en nuevo modelo de carrera profesional
Seguridad	Estabilidad	La estabilidad en el puesto está garantizada, pero debe estar organizada por niveles o grados suficientemente discriminativos que requieran un esfuerzo duradero en el tiempo.
	Solidez organizativa	<p>Cambio de nombre: Trayectoria Profesional en vez de carrera profesional.</p> <p>Homogeneidad para todo el SNS, con aspectos diferenciales para cada servicio de salud de las CC. AA. o incluso para distintas redes asistenciales dentro de la misma CC. AA.</p> <p>Esqueleto común, con espíritu armonizador y con aplicación de criterios de calidad y verdaderos méritos.</p> <p>Homologar no es homogeneizar. El papel central de homologación lo debe tener la administración sanitaria central.</p> <p>Creación del Observatorio de carrera profesional al que deberán dirigirse todas las peticiones de homologación de grados, previo reenvío a las Direcciones Generales de RRHH de cada servicio de salud.</p>
	Flexibilidad	<p>Voluntaria</p> <p>Diferenciación entre carrera administrativa o de gestión y/o asistencial aunque pudieran existir criterios que permitieran la interrelación y el trasvase de evaluación de méritos pudiendo contemplar las diferentes vertientes dependiendo de momentos diferentes de la vida laboral de un profesional.</p> <p>Normas comunes generales y considerar aspectos diferenciales entre cada una de ellas. Considerar el aislamiento geográfico o las carencias de la infraestructura y recursos necesarios por las características geográficas, el acceso a méritos de investigación, formación o docencia es muy difícil.</p>
	Seguridad en el empleo	Posibilidad de perder el nivel de carrera profesional conseguido en el caso de no tener una actuación profesional correcta.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Propuesta de Áreas de valor y dimensiones que deben aglutinar los diferentes modelos de carrera profesional		
Áreas de valor	Dimensiones	Propuesta a incluir en nuevo modelo de carrera profesional
Eficacia organizativa	Ingresos	Misma retribución por niveles o grados a nivel nacional.
	Gastos	Asumida por el SNS financiera y organizativamente. El reconocimiento debe ser fácilmente gestionable desde un punto de vista administrativo, sin grandes costes de transacción, tanto en tiempo y recursos humanos como en recursos económicos
	Valoración eficacia	Diferenciación entre vertiente asistencial y administrativa, especializada y de atención primaria. La carrera profesional debe poder alcanzarse siguiendo un ejercicio profesional satisfactorio, continuado y de calidad.
	Valoración institucional	Sistema de carrera profesional semiabierto, es decir con un número limitado de profesionales que accedan a la carrera profesional para todos sus niveles. El número para cada nivel se establece a nivel nacional por la Administración y para cada CC. AA. De aplicación al sector público y a todas las entidades privadas que deseen adscribirse.
Conocimiento	Formación	Basada en la calidad de la atención prestada y complementariamente en la formación continuada, la docencia, la investigación y la gestión clínica. Aplicación a otros sistemas: selección, promoción y movilidad. Que sirva como elemento de detección de necesidades de formación y desarrollo. Utilizar herramientas de evaluación tecnológica.
	Competencias profesionales	La carrera profesional debe suponer un proceso de recertificación profesional, el cual es garantía de la calidad científico-técnica. Evaluación de méritos exclusivamente del plazo a reconocer, es decir de los años objeto de evaluación, no pudiendo admitir ningún mérito obtenido fuera de las fechas establecidas.

Fuente: Elaboración propia

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Los modelos de carrera profesional están acarreado numerosos problemas relativos a sus diferencias entre CC. AA., responden a la descentralización del sistema y no ayudan a la homogeneización de criterios y al movimiento de profesionales entre CC. AA.

Las fronteras entre niveles son difusas en ocasiones, heterogéneas entre autonomías, poco exhaustivas en el análisis de cada profesional y fácilmente pervertibles.

La carrera profesional podía ser una oportunidad de movilidad, de tener la capacidad y la posibilidad de ir a un nuevo puesto de trabajo con más reconocimiento, mejor retribuido o más adecuado a las características personales y profesionales en cada momento, Sin embargo, estas ideas no son compatibles con la cultura existente en el sector, la carrera profesional se entiende exactamente igual pero en el mismo puesto de trabajo, algo difícil de entender, de ahí el fracaso de su implantación hasta el momento actual.

Con los datos estudiados y analizados hasta el momento, se puede aseverar que lo diseñado por las instituciones nada tiene que ver con las expectativas de los profesionales, a los cuales quiere beneficiar. En este punto se encuentra la clave de esta tesis y la pregunta clave que debemos responder es: **¿Cómo diseñar una modelo de carrera profesional viable económicamente y con criterios de organización y promoción rigurosos y profesionales?**

Para dar respuesta a esta pregunta se propone un nuevo modelo de carrera profesional que recoja todas las propuestas señaladas anteriormente para las diferentes dimensiones. Dicho modelo ha sido elaborado siguiendo el esquema de trabajo del modelo EFQM, pero antes de exponer dicha propuesta y siguiendo nuestra metodología de trabajo, se exponen los resultados de la aplicación del modelo de carrera profesional de la Comunidad de Madrid en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. A raíz de dicha aplicación, junto con la revisión bibliográfica y el análisis realizado de la documentación relativa a la aplicación de los diferentes modelos a nivel nacional, se pudo extraer las deficiencias que los modelos presentaban y así poder

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

elaborar un nuevo modelo de carrera profesional que supere dichas carencias, cimentado en la metodología de calidad del modelo EFQM para la Excelencia.

4. Ejemplo de Aplicación práctica del modelo de carrera profesional de la Comunidad de Madrid en el Hospital Universitario de Fuenlabrada

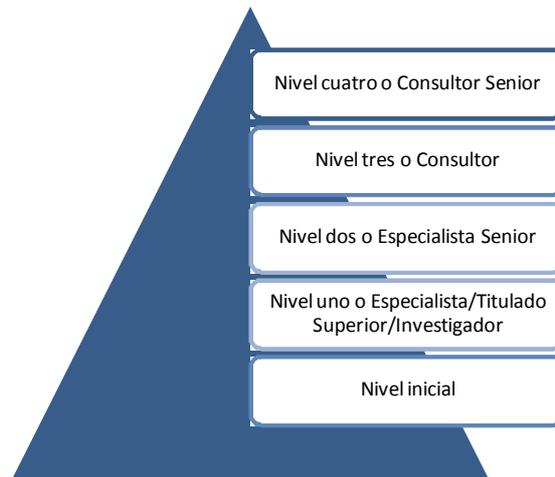
Con objeto de aproximarnos más a los problemas detectados de los modelos de carrera profesional implantados en las diferentes CC. AA., se expone a continuación la aplicación del modelo de carrera profesional de la Comunidad de Madrid (CAM) trasladado al Hospital Universitario de Fuenlabrada. El modelo de la CAM abarca las características principales de los modelos de carrera profesional del resto de las CC. AA. y en su aplicación, se detecta alguno de los problemas intrínsecos de todos los modelos.

Se muestra la aplicación del modelo de carrera profesional de la CAM para licenciados sanitarios (médicos, especialistas, farmacéuticos, etc) en un centro hospitalario determinado: el Hospital Universitario de Fuenlabrada y analizándolo desde las áreas de valor y dimensiones que afectan a la carrera profesional: Participación, Autorrealización, Seguridad, Eficacia Organizativa y Conocimiento.

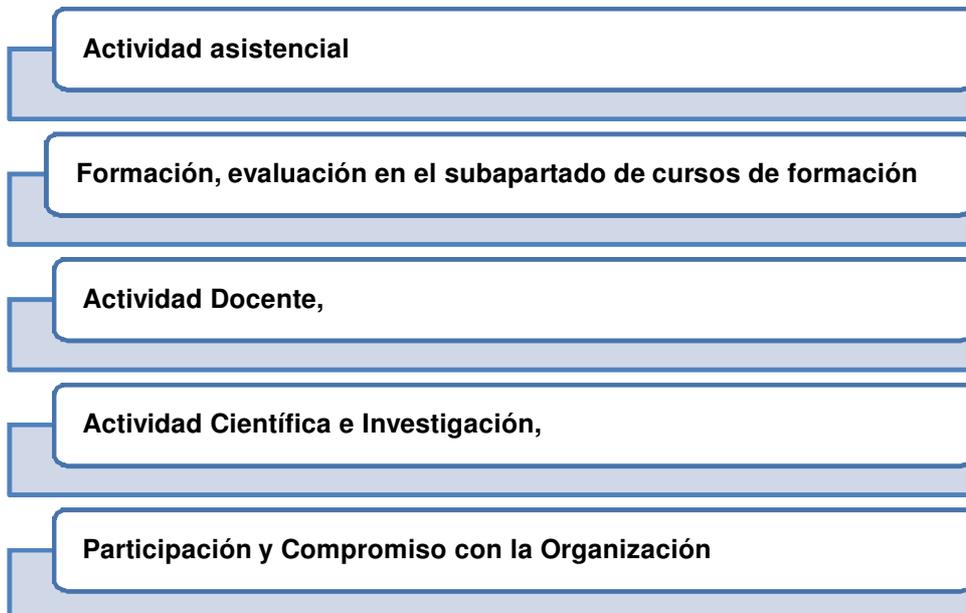
De acuerdo al modelo de carrera profesional de la CAM, la evaluación de la carrera profesional se lleva a cabo por el Comité Evaluador de cada Centro y el resultado de su evaluación se eleva a la Dirección General de Recursos Humanos quién a la vista de la propuesta del Comité Evaluador, dicta resolución integrando en el nivel correspondiente a los médicos o titulados superiores que hayan superado la evaluación

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Las carreras profesionales se estructuran en todas las CC. AA. en 4 ó 5 niveles, pero solamente 4 niveles son retribuidos. En el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid son 5 niveles con un nivel inicial no retribuido:



Los 4 niveles retribuidos son evaluables y se requiere un tiempo de permanencia de cinco años en la misma categoría y especialidad en el nivel inferior, además de acreditar:



Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

La valoración de cada uno de los factores se realiza por créditos, existiendo un número máximo de créditos a obtener en cada factor que en el caso de la CAM es el siguiente:

FACTORES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Actividad asistencial	50 créditos	50 créditos	45 créditos	45 créditos
Formación	15 créditos	15 créditos	10 créditos	10 créditos
Actividad docente	5 créditos	5 créditos	10 créditos	10 créditos
Actividad Científica e investigación	10 créditos	10 créditos	15 créditos	15 créditos
Participación y compromiso con la organización	20 créditos	20 créditos	20 créditos	20 créditos

Para el acceso a cada nivel se requiere un número mínimo de créditos:

Nivel 1	50 créditos
Nivel 2	60 créditos
Nivel 3	70 créditos
Nivel 4	80 créditos

En el caso de obtener una evaluación negativa, el médico o titulado superior sanitario, puede solicitar una nueva evaluación transcurrido un año.

Una vez obtenido un nivel, éste queda consolidado automáticamente y es de aplicación en todos los centros de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en caso de traslado. En ningún caso se podrán perder los complementos retributivos alcanzados.⁴¹

Uno de los problemas del modelo de la CAM; al igual que los de otras CC. AA. , es que no especifican cómo valorar determinados méritos establecidos en los modelos.

⁴¹ Para un conocimiento más exhaustivo sobre la aplicación de la carrera profesional en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, consultar (Raquel Pérez García 2010) y (Raquel Pérez García 2010).

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

A partir de las áreas de valor especificadas anteriormente, se enumeran alguno de los problemas detectados en la aplicación de los modelos de carrera profesional. A continuación se señalan algunas propuestas para la superación de los problemas detectados y por último, se detalla si dicha propuesta ha sido llevada a cabo en la aplicación del modelo de carrera profesional del Hospital Universitario de Fuenlabrada. (Cuadro 37)

Hay que señalar que muchas de las propuestas para superación de los problemas detectados no tienen una posible aplicación en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, ya que su aplicación o puesta en marcha depende de instancias superiores, voluntad política y consenso entre diferentes interlocutores.

Cuadro 37. Aplicación práctica del modelo de Carrera Profesional de la CAM en el Hospital Universitario de Fuenlabrada a partir de la propuesta de superación de problemas detectados en el modelo

Investigación desde Áreas de valor	Dimensiones	Problemas detectados	Propuestas para superación de los problemas detectados	Aplicación en el Hospital de Fuenlabrada como respuesta a los problemas detectados
Participación	Comunicación	Falta de información a los profesionales.	Información detallada a los profesionales de qué se evalúa y cómo. Apertura de convocatorias. Que la carrera profesional no esté abierta permanentemente.	Plazos específicos para solicitud de carrera profesional.
	Identificación	Inexistencia de compromiso con el significado verdadero de la carrera profesional.	Interiorizar la carrera profesional como un elemento de desarrollo profesional continuo.	Se utilizaron herramientas de gestión de recursos humanos habituales en el Hospital: dirección por objetivos, evaluación de competencias, grupos de trabajo, etc
	Poder (decisiones)	La consecución de un nivel de carrera profesional no significa mayor participación en el contenido del puesto de trabajo.	Utilizar la carrera profesional como valor para conseguir otros beneficios.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Delegación	La carrera profesional no implica una mayor transmisión o delegación de competencias compartidas.	Poner en marcha sistemas de delegación de competencias y que sea valorado como mérito en la carrera profesional.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
Autorrealización	Reconocimiento	Inexistencia de reconocimiento social. Discriminación de los interinos.	Exposición pública del grado adquirido y reconocimiento del mismo. Valorar a los interinos	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Relaciones interpersonales	Posibilidad de generar mal clima	Confidencialidad en lo relativo a la	Evaluaciones de los responsables y/o

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Investigación desde Áreas de valor	Dimensiones	Problemas detectados	Propuestas para superación de los problemas detectados	Aplicación en el Hospital de Fuenlabrada como respuesta a los problemas detectados
		laboral	evaluación.	de los compañeros se centralizaban en el Área de Planificación y Desarrollo de RRHH garantizando así la confidencialidad.
	Satisfacción laboral	Inexistente. Un nivel de carrera profesional no genera mayor satisfacción.	Generar percepción interna en el profesional de que asiste a un verdadero desarrollo profesional individual.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Autonomía/Responsabilidad	La consecución de un nivel de carrera profesional no implica mayor responsabilidad en el puesto.	Posibilidad de poner en marcha cambios en las responsabilidades del puesto de trabajo una vez se acceda de nivel de carrera profesional.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Contenido del puesto de trabajo	La carrera profesional no va ligada a cambios en el trabajo.	El ascenso de nivel debe llevar asociado algún cambio en el contenido del puesto de trabajo.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
Seguridad	Estabilidad	No existe relación.	Establecer niveles o grados discriminativos que requieran un esfuerzo duradero en el tiempo. Números clausus para la consecución de carrera profesional	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Solidez organizativa	Falta de homogeneidad de criterios en la evaluación interna y externamente.	Homogeneidad para toda la Comunidad de Madrid. Aplicación de criterios de calidad y verdaderos méritos. Creación de organismo central que realice evaluaciones y homologaciones de niveles.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Investigación desde Áreas de valor	Dimensiones	Problemas detectados	Propuestas para superación de los problemas detectados	Aplicación en el Hospital de Fuenlabrada como respuesta a los problemas detectados
	Flexibilidad	Problemas entre CC. AA. de homologación.	Conseguir el reconocimiento de carrera profesional debe implicar homologación automática en otra CC. AA. Considerar diferencias entre carrera administrativa o de gestión y/o asistencial	Pago directo a profesionales que proviniesen de otra CC. AA. o de otro centro de la CC. AA. Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Seguridad en el empleo	No existe relación.	Posibilidad de perder el nivel de carrera profesional conseguido en el caso de no tener una actuación profesional correcta.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
Eficacia organizativa	Ingresos	Incremento salarial importante para los profesionales fijos con la consiguiente discriminación hacia los interinos y temporales.	Misma retribución por niveles o grados a nivel nacional.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Gastos	Importante incremento de los presupuestos del gasto sanitario público. Varias CC. AA. han suspendido el pago por Ley.	Sostenida por el SNS financiera y organizativamente.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Valoración eficacia	Muy limitadas. Difícilmente valorable a día de hoy.	Diferenciación entre vertiente asistencial y administrativa.	Sin aplicación por superar las competencias dentro del Hospital.
	Valoración institucional	Diferencias entre CC. AA. Elemento de confrontación política.	Criterios comunes para todo el sector público. Adscripción por parte de entidades privadas si así lo desean.	Adaptación de las políticas de gestión de recursos humanos establecidas en el Hospital al modelo de carrera profesional: gestión por competencias o la dirección por objetivos se utilizaron para valorar el apartado de

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Investigación desde Áreas de valor	Dimensiones	Problemas detectados	Propuestas para superación de los problemas detectados	Aplicación en el Hospital de Fuenlabrada como respuesta a los problemas detectados
				<p>actividad asistencial.</p> <p>La gestión por competencias es uno de los objetivos de la formación continuada en el Hospital. Una vez detectadas las necesidades de formación y trasladadas a acciones formativas concretas, los objetivos de dichas acciones responden a competencias de tipo aptitudinal o actitudinal.</p>
<p>Conocimiento</p>	<p>Formación</p>	<p>Es una suma de méritos no construida sobre un adecuado desarrollo profesional.</p>	<p>Basada en la calidad de la atención prestada y complementariamente en la formación continuada, la docencia, la investigación y la gestión clínica.</p> <p>Aplicación a otros sistemas: selección, promoción y movilidad.</p> <p>Que sirva como elemento de detección de necesidades de formación y desarrollo.</p> <p>Utilizar herramientas de evaluación tecnológica.</p>	<p>Dada la confusión actual entre créditos académicos, lectivos y de formación continuada, se estableció una equivalencia para la baremación de los cursos.</p>
	<p>Competencias profesionales</p>	<p>No existe cultura de competencias en el sector sanitario, por tanto es difícil evaluarlas.</p>	<p>La carrera profesional como proceso de recertificación profesional.</p> <p>Evaluar méritos exclusivamente de los años de evaluación.</p>	<p>Se solicitó a todos los profesionales que elaborasen una memoria de actividad, en la que relacionasen las evidencias y pruebas obtenidas en su desempeño profesional, de acuerdo a las competencias requeridas en el modelo de carrera profesional. La</p>

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Investigación desde Áreas de valor	Dimensiones	Problemas detectados	Propuestas para superación de los problemas detectados	Aplicación en el Hospital de Fuenlabrada como respuesta a los problemas detectados
				<p>elaboración de la Memoria permitió a los profesionales realizar una autoevaluación de su desempeño habitual trasladado a aspectos actitudinales y aptitudinales.</p>
	<p>Otros méritos valorados en la carrera profesional: publicaciones, aportaciones científicas, etc</p>	<p>Falta de definición de criterios en la valoración de algunos méritos.</p>	<p>Definiciones claras y objetivas de los méritos a evaluar.</p>	<p>Para considerar una publicación como libro, tenía que adaptarse a la definición de la norma UNE 50-113-92 (tener una extensión igual o superior a 50 páginas). Imprescindible que tuviese Depósito Legal e ISBN. Sólo se admitían hasta un máximo de tres autores por capítulo y de tres capítulos por libro para cada autor, considerándose en cualquier caso la combinación más favorable.</p> <p>Las publicaciones on-line fueron valoradas si cumplían los requisitos anteriormente señalados.</p> <p>En los casos en que un certificado correspondiese a docencia universitaria y careciese del número de horas lectivas o créditos académicos, se realizó una conversión a razón de 100 horas lectivas por año académico.</p> <p>Se definieron como grupos de expertos para preparación de proyectos, protocolos o guías clínicas, aquellos grupos con objeto, miembros definidos y formalmente constituidos</p>

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Investigación desde Áreas de valor	Dimensiones	Problemas detectados	Propuestas para superación de los problemas detectados	Aplicación en el Hospital de Fuenlabrada como respuesta a los problemas detectados
				<p>(con el visto bueno de la Dirección). Son ejemplos de este tipo de grupos, los grupos de proceso y de programa, los grupos de mejora y de trabajos.</p> <p>Para la evaluación de la elaboración de un protocolo en un grupo de expertos, debían aportarse evidencias documentales del resultado, de la autoría y del periodo, que por defecto debía ser un tiempo mínimo de un mes.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación del modelo de la CAM en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

A partir del análisis del cuadro anterior puede observarse que la intervención en el modelo de carrera profesional tiene numerosas limitaciones, ya que realizar otro tipo de intervenciones significaría aplicar o poner en marcha un modelo diferente al establecido. Este es el siguiente y último paso que se formula en esta tesis doctoral: **se propone como análisis contemplado desde la óptica de la sociología de las organizaciones, formular un nuevo marco teórico general de carrera profesional, basado en uno de los modelos de calidad total y de excelencia en la gestión, el Modelo EFQM de Excelencia, donde desarrollar los objetivos de una organización a través de la unidad de acción que proporcionan los conceptos comunes, estrategias, procesos, formación y motivación.** Este es por tanto, el objetivo último de la investigación y trabajo que se presenta: realizar un modelo de propuesta de carrera profesional que supere los problemas encontrados en el actual modelo, contemplado desde la óptica de la sociología de las organizaciones complejas y que sirva como elemento de superación, compromiso y motivación para todos los implicados.

5. Propuesta de un nuevo modelo de carrera profesional desde la perspectiva del modelo EFQM

La propuesta de modelo que se realiza en este trabajo significa la carrera hacia la excelencia en el modelo de carrera profesional y la metodología seguida para la propuesta de dicho modelo ha sido la siguiente:

1º En el punto anterior se han identificado los problemas detectados en la aplicación del modelo de carrera profesional de la CAM y se especifican propuestas concretas para superar dichos problemas (Cuadro 37).

2º A continuación, en el Cuadro 38, partiendo de las características del Modelo EFQM de Excelencia como marco de trabajo no-prescriptivo y basándonos en sus criterios “Agentes Facilitadores” de Liderazgo, Personas, Política y Estrategia y Alianzas y Recursos se realiza un ejercicio tipo esquema REDER :

1. Definición de Subcriterios determinando los resultados a los que se quiere llegar.
2. Definir el enfoque dado desde el modelo de carrera profesional a dichos subcriterios.
3. Despliegue sistemático de los enfoques que se han realizado en la carrera profesional de la CAM de los enfoques anteriores.
4. Propuesta de medidas de eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional.

3º Finalizado el ejercicio anterior recogemos de nuevo las propuestas concretas para superar los problemas detectados en la aplicación de la carrera profesional y los contrastamos con las medidas de eficacia trasladables a un nuevo modelo especificadas anteriormente, analizando si éstas han dado respuesta a los problemas detectados. En este punto relacionaremos cada una de esas propuestas con las hipótesis iniciales de nuestra tesis (Cuadro 39).

4º Por último, se realizan varios cuadros resumen en los que se responde a las siguientes preguntas:

- 1) Puntos fuertes que hemos identificado del modelo actual de carrera profesional y que puedan mantenerse y aprovecharse al máximo (Cuadro 40).
- 2) Puntos fuertes que necesitan más desarrollo (Cuadro 41).
- 3) Áreas susceptibles de mejora que reconocemos pero consideramos no esenciales o prioritarias (Cuadro 42).
- 4) Áreas susceptibles de mejora que son de máxima importancia por su criticidad o potencial (Cuadro 43).

Cuadro 38. Nuevo modelo de carrera profesional bajo la óptica del modelo europeo de calidad EFQM

CRITERIO 1: LIDERAZGO			
Definición: Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas			
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 1 A</p> <p>Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.</p>	<p>Actividad asistencial</p> <p>En el apartado de actividad asistencial de carrera profesional se valora la dedicación a la actividad clínica a través de los conocimientos y las competencias profesionales, de los resultados de la actividad clínico-asistencial del interesado, de la calidad de la misma y, del cumplimiento de los indicadores que se hayan establecido en el Centro en que haya desarrollado su trabajo.</p> <p>Competencia profesional.</p> <p>En este apartado las competencias objeto de evaluación son las habilidades de comunicación, la relación con el paciente, la relación interprofesional, trabajo en equipo, compromiso con la organización, protocolo y guías clínicas y dominio en</p>	<p>El modelo de carrera profesional no establece cómo realizar el despliegue de la actividad asistencial o de la evaluación de las competencias.</p> <p>Los diferentes Servicios de Salud han seguido diferentes criterios para valorar ambos enfoques.</p> <p>El modelo de carrera profesional no establece una definición de cada una de las competencias a evaluar y tampoco define cómo realizar el despliegue de dichas competencias.</p> <p>Al igual que en el apartado de actividad asistencial los diferentes Servicios de Salud han seguido diferentes criterios para valorar ambos enfoques.</p>	<p>En este punto debería hacerse una separación entre profesionales con responsabilidad sobre otras personas y profesionales sin responsabilidad sobre otros.</p> <p>Para los profesionales sin responsabilidad sobre otros, se proponen como medidas de Eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en la elaboración de planes anuales de objetivos. • Cumplimiento de objetivos individuales y del servicio. • Participación en la elaboración de planes estratégicos. • Resultados de las encuestas de clima laboral de la unidad o servicio. <p>Para los profesionales con responsabilidad sobre otros, se proponen como medidas de Eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puesta en marcha de Planes Anuales

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 1: LIDERAZGO</p>	<p>Definición: Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
<p>Subcriterio 1 A</p> <p>Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.</p>	<p>la adquisición de competencias técnicas.</p>		<p>de Objetivos unidad/servicio e individuales y Evaluación de los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de objetivos asociados a retribución. • Puesta en marcha de planes estratégicos. • Resultados de encuestas de clima con presentación de resultados en nivel superior. • Sistema de evaluación por competencias para todos los mandos medios. • Sistema de evaluación externo y por organismo independiente para los Directores, exigiendo el máximo nivel de resultados por parte de los Servicios de Salud a los directivos y gestores, siendo uno de los indicadores a evaluar las medidas que se hayan puesto en marcha para los profesionales trasladables a la carrera profesional. • Proceso de selección específico para

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 1: LIDERAZGO</p> <p>Definición: Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas</p>			
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 1 A</p> <p>Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.</p>			<p>responsables que establece la definición y la evaluación de competencias del líder como: capacidad gestora de organización, para motivar equipos / liderazgo, negociación, flexibilidad, comunicación, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de organismo independiente como la ANECA en el sector universitario o a través de organismos autónomos como la Agencia de Calidad (Andalucía) o la Fundación para la Calidad (Castilla y León), encargados de acreditar la competencia profesional.
<p>Subcriterio 1 B</p> <p>Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.</p>	<p>Participación y compromiso con la organización.</p>	<p>El modelo de carrera profesional valora este factor a través de la participación en Comités o Comisiones Clínicas, Comités de Evaluación o Grupos de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de figuras de responsabilidad como propietarios / equipos de proceso o el concepto de “Área Clínica”: Unidades organizativas multidisciplinares. • Puesta en marcha de gestión por procesos de acuerdo a mapa.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 1: LIDERAZGO</p> <p>Definición: Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas</p>			
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 1 C</p> <p>Los líderes interactúan con clientes, Partners y representantes de la sociedad.</p>	<p>Dentro del apartado de Competencia profesional se valoran las Habilidades de Comunicación, la relación interprofesional, trabajo en equipo, compromiso con la organización.</p>	<p>El modelo de carrera profesional no establece una definición de cada una de las competencias a evaluar y tampoco define cómo realizar el despliegue de dichas competencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de mejora de Calidad Percibida. Ver subcriterio 5 E. • Realización y análisis de encuestas a alianzas y colaboraciones. Comunicación a los aliados de los resultados. • Participación en programas de intercambio de profesionales y de experiencias a nivel asistencial.
<p>Subcriterio 1 D</p> <p>Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.</p>	<p>Participación y compromiso con la organización.</p>	<p>El modelo de carrera profesional valora este factor a través de la participación en Comités o Comisiones Clínicas, Comités de Evaluación o Grupos de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de trabajo, de desarrollo de estrategias y de análisis. • Puesta en marcha de Planes Anuales de Objetivos y evaluación de los mismos. • Puesta en marcha de gestión por procesos de acuerdo a mapa. • Potenciar autonomía de las Unidades de responsabilidad. • Creación y utilización (que pueda evaluarse) de mecanismos de comunicación descendentes operativos.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 1: LIDERAZGO</p>	<p>Definición: Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
<p>Subcriterio 1 E Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.</p>	<p>El enfoque de la carrera profesional a este subcriterio es escaso y de difícil evaluación. Salvo en el factor de actividad científica e investigadora en donde se valoran la participación en proyectos de investigación o en el factor de participación y compromiso con la organización en donde se valoran las actividades de gestión clínica.</p>	<p>Al tener un enfoque escaso, su despliegue también lo es y por tanto escaso peso en cuanto a su valoración se refiere. El despliegue de este enfoque está muy condicionado a decisiones de tipo político.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y puesta en marcha de servicios no incluidos en la cartera inicial del Plan de Empresa, siempre justificada por demanda y viable financieramente. • Participación en los planes de desarrollo tecnológico con implicación medible en la puesta en marcha de cambios que impliquen aplicación de tecnología.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

.../... (Cont.) Nuevo modelo de carrera profesional bajo la óptica del modelo europeo de calidad EFQM

CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA	Definición: Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.		
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 2 A</p> <p>La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.</p>	<p>El enfoque de la carrera profesional en este subcriterio es escaso. Encontramos en el apartado de actividad asistencial la dedicación a la actividad clínica a través de los conocimientos y las competencias profesionales, pero en ningún momento se tiene en cuenta la participación en detectar necesidades y expectativas de los clientes.</p> <p>En cuanto a la competencia profesional solo hay una que tiene relación directa con el paciente y se denomina "relación con el paciente."</p>	<p>El modelo de carrera profesional no establece una definición de cada una de las competencias a evaluar y tampoco define cómo realizar el despliegue de dichas competencias.</p> <p>Al igual que en el apartado de actividad asistencial los diferentes Servicios de Salud han seguido diferentes criterios para valorar ambos enfoques.</p> <p>En el apartado de participación y compromiso: Participación en otras responsabilidades o cometidos reconocidos por el Servicio de Salud correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de profesionales en grupos de trabajo del Servicio de Salud. • Participación de profesionales en actividades con asociaciones locales. • Encuesta de satisfacción de aliados y colaboradores.
<p>Subcriterio 2 B</p> <p>La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y</p>	<p>No se encuentra enfoque de la carrera profesional en este subcriterio.</p>	<p>Al tener un enfoque escaso, su despliegue también lo es y por tanto, breve peso en cuanto a su valoración se refiere.</p> <p>Se podría encontrar algún atisbo en</p>	<p>Introducir medidas de eficacia referidas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de actividad (rendimiento) en relación con planes y programas estratégicos y con políticas del centro. • Indicadores de investigación en

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA</p>	<p>Definición: Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
<p>las actividades externas.</p>			
<p>Subcriterio 2 C La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.</p>	<p>No se encuentra enfoque de la carrera profesional en este subcriterio.</p>	<p>el apartado de participación en Comités o Comisiones Clínicas, Comités de Evaluación o Grupos de mejora, pero con un enfoque claramente individual.</p>	<p>programas institucionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de participación en proyectos intercentros. • Informes de cada una de las autoevaluaciones realizadas.
<p>Subcriterio 2 D La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.</p>	<p>No se encuentra enfoque de la carrera profesional en este subcriterio.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Documentos que demuestren la utilización de benchmarking.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

.../... (Cont.) Nuevo modelo de carrera profesional bajo la óptica del modelo europeo de calidad EFQM

<p>CRITERIO 3 : PERSONAS</p>	<p>Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
<p>Subcriterio 3 A Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.</p>	<p>El enfoque de la carrera profesional a este subcriterio es escaso. Solamente los profesionales que ocupan determinados puestos en la organización pueden participar en tareas que favorezcan este subcriterio como por ejemplo ser miembro de Tribunales de Selección o Provisión, participar en funciones de organización y gestión de actividades de Residentes o en alguna actividad de gestión clínica.</p>	<p>El despliegue de este enfoque está muy condicionado por la normativa rígida que caracteriza a las organizaciones sanitarias, es por ello un subcriterio necesitado de medidas de eficacia importantes.</p>	<p>Se trata de un subcriterio muy enfocada a los líderes formales y con medidas de eficacia no todas trasladables a todos los profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos. • Flexibilidad en la gestión de los recursos humanos. • Cambios estructuras organizativas: ir hacia organizaciones planas e introducir concepto de "unidad de responsabilidad". • Procesos de selección con baremo de méritos, pruebas psicotécnicas y entrevista personal. • Creación de Direcciones de RRHH con Área de Gestión y Área de Desarrollo.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 3 : PERSONAS</p>	<p>Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
<p>Subcriterio 3 B Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.</p>	<p>El enfoque dado por la carrera profesional a este subcriterio es amplio. La formación, la docencia y las aportaciones científicas son la pieza clave del modelo de carrera profesional.</p>	<p>Se trata de un subcriterio que tiene un importante despliegue en el modelo de carrera profesional:</p> <p>El despliegue se realiza a través la formación posgraduada y continua: Master de más de 300 horas, Diplomatura de más de 150 horas, Cursos de formación, Estancias de formación en Centros acreditados para la docencia nacional e internacional.</p> <p>En cuanto a la docencia se valora ser docente en cursos de formación pregrado, postgrado o formación continuada debidamente acreditada, ponente en sesiones clínicas en el Hospital, tutor principal con residente o alumno pregrado a cargo, tutor delegado o asociado o colaborador docente, director de tesis doctorales.</p> <p>La actividad científica e investigación se valora a través de publicaciones en revistas, artículos, libros, proyectos de investigación, coordinador de libro,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en el diseño de valoración diferente para la actividad en centros de Atención Primaria o rurales. • Establecer criterios de valoración diferentes en este apartado para la opción de seguir una carrera en la Gestión. • Puesta en marcha de Planes Individuales de Formación. • Puesta en marcha de Planes Grupales de formación ajustados con necesidades de la empresa. • Incentivar la participación en actividades científicas. • Favorecer la realización de tesis doctorales: periodos de permiso retribuido, recursos disponibles, etc. • Sistemas de gestión del conocimiento a través de aplicación de TIC.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 3 : PERSONAS</p>	<p>Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
		<p>comunicaciones y pósters a congresos, tesis doctorales, etc.</p>	
<p>Subcriterio 3 C Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.</p>	<p>El enfoque de la carrera profesional a este subcriterio es escaso. Solamente los profesionales que ocupan determinados puestos en la organización pueden participar en tareas que favorezcan este subcriterio como por ejemplo en actividades de gestión clínica o participación en algunos grupos de trabajo.</p>	<p>El despliegue en el modelo de carrera profesional de este subcriterio se encuentra muy limitado a puestos de responsabilidad y no a todos los profesionales: actividades de gestión clínica, participación en Comités o Comisiones Clínicas, Comités de Evaluación, grupos de Expertos, Participación en otras responsabilidades o cometidos reconocidos por el Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la comunicación interna y las oportunidades de aprendizaje y participación a través de reuniones, presentaciones. • Participación en programas innovadores que utilicen las TIC: Correo electrónico, Manuales, Intranet, nuevas TIC, etc. que supongan un verdadero canal de participación. • Desarrollo de sistemas y procedimientos de calidad y creación de equipos de proceso, de mejora y de proyecto. • Participación de los profesionales a través de la impartición de formación continuada, en la docencia y en la investigación. • Participación en el Sistema de fijación de objetivos. • Participación en las peticiones de

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 3 : PERSONAS</p>	<p>Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
			<p>recursos, innovaciones, equipamientos, nuevos servicios, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación de los profesionales en foros y grupos de trabajo externos. • Participación en autoevaluaciones y planes de mejora derivados.
<p>Subcriterio 3 D Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.</p>	<p>No se encuentra un enfoque amplio en el modelo de carrera profesional para este subcriterio, salvo alguna relación en el apartado de Competencia profesional en donde se valoran las Habilidades de Comunicación y la relación interpersonal.</p>	<p>El modelo de carrera profesional no establece una definición de cada una de las competencias a evaluar y tampoco define cómo realizar el despliegue de dichas competencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en la toma de decisiones del servicio (actas de reuniones). • Indicadores de uso de la utilización de herramientas para la comunicación interna: intranet, correo electrónico, carpetas compartidas, Web institucional, etc. • Indicadores de participación en foros para el desarrollo corporativo a través de acuerdos para estándares de práctica clínica (elaboración de protocolos, vías clínicas, etc). • Indicadores de participación en las líneas de I+D+i a través de los equipos de los proyectos de investigación y de calidad.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 3 : PERSONAS</p>	<p>Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
<p>Subcriterio 3 E Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.</p>	<p>El modelo de carrera profesional es de por sí un sistema de reconocimiento y recompensa a los profesionales, pero en su enfoque debería estar planteado como un elemento de motivación intrínseco y extrínseco.</p>	<p>El despliegue se centra excesivamente en las motivaciones extrínsecas, no prestando atención a las intrínsecas o trascendentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores/evidencias del reconocimiento público del nivel alcanzado (notas de prensa, participación en programas de radio y TV, etc). • El nivel de carrera profesional como requisito para ocupar determinados puestos de trabajo como por ejemplo tutor de residentes, presidir comisiones, puestos directivos, etc.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

.../... (Cont.) Nuevo modelo de carrera profesional bajo la óptica del modelo europeo de calidad EFQM

<p>CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS</p> <p>Definición: Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.</p>			
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 4 A</p> <p>Gestión de las alianzas externas.</p>	<p>Existe algún enfoque en el modelo de carrera profesional aunque escaso y poco desarrollado, como por ejemplo ser tutor de residentes, participación en comisiones, etc.</p>	<p>El despliegue lo podemos encontrar en el apartado de docencia donde se evalúa la transmisión de conocimiento entre profesionales, a través de la figura de tutor principal con residente o alumno pregrado a cargo o tutor delegado o asociado o colaborador docente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de participación de los profesionales en las labores de formación continuada y especializada, grados universitarios, investigación, evaluación de tecnologías, no solamente a través de figuras de responsabilidad como las tutorías. • Indicadores de participación de los profesionales en otros Hospitales, crear grupos intercentros que compartan conocimientos. • Indicadores de participación de los profesionales con empresas y proveedores privados.
<p>Subcriterio 4 B</p> <p>Gestión de los recursos económicos y financieros.</p>	<p>No existe enfoque en el modelo de carrera profesional sobre este subcriterio.</p>	<p>El despliegue es inexistente y la implicación de los profesionales en la gestión del gasto es muy escasa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de los profesionales en los indicadores del gasto. • Participación en la creación de unidades clínicas con presupuesto y evaluación a través del

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS</p>	<p>Definición: Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
<p>Subcriterio 4 B Gestión de los recursos económicos y financieros.</p>	<p>Algunos centros han utilizado a la hora de evaluar la actividad asistencial los sistemas de evaluación de objetivos de unidad e individuales ya que dichos objetivos en ocasiones están asociados a un no incremento del gasto.</p>		<p>cumplimiento de objetivos de gasto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de objetivos institucionales, de unidad y servicio en los que se penalice la desviación en el gasto y que dichos objetivos sean trasladables a la evaluación de la actividad asistencial en el modelo de carrera profesional. • Establecimiento de incentivos no solo por el ahorro, sino por los ingresos que se proporcionen a la institución: proyectos de investigación, alumnos de pregrado y postgrado, etc <p>El establecimiento de objetivos se refiere a decisiones de tipo estratégico, es por ello que este tipo de medidas podrán trasladarse a los modelos de carrera profesional definidas como el % de los incentivos relacionados con la disminución de los gastos de funcionamiento de la unidad o servicio o el % de los incentivos relacionados con</p>

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS</p>	<p>Definición: Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
			<p>la participación en proyectos de investigación, número de alumnos tutorizados de grado y postgrado, especialistas etc.</p>
<p>Subcriterio 4 C Gestión de los edificios, equipos y materiales.</p>	<p>No existe enfoque en el modelo de carrera profesional sobre este subcriterio.</p> <p>Algunos centros han utilizado a la hora de evaluar la actividad asistencial los sistemas de evaluación de objetivos de unidad e individuales ya que dichos objetivos en ocasiones están asociados a la gestión de equipos y materiales.</p>	<p>El despliegue es inexistente y la implicación de los profesionales en la gestión de los equipos y materiales es muy escasa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en el establecimiento de incentivos por ahorro energético. % de consecución de los objetivos pactados. • Participación en el establecimiento de incentivos por reducción de residuos. % de consecución de los objetivos pactados. • Participación en el establecimiento de incentivos por reducción de gasto farmacéutico (sólo médicos). % de consecución de los objetivos pactados. • Participación en el establecimiento de incentivos por reducción del consumo de material fungible (enfermeras y auxiliares). % de consecución de los objetivos pactados. • Informes de auditorias sobre el

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS</p> <p>Definición: Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.</p>			
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 4 C</p> <p>Gestión de los edificios, equipos y materiales.</p>			<p>cumplimiento de la norma en aquellos equipos que puedan presentar riesgos para la seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier tipo de incentivo que se establezca debe estar ligado al apartado de actividad asistencial y poder ser valorado a través del modelo que se establezca de carrera profesional.
<p>Subcriterio 4 D</p> <p>Gestión de la tecnología.</p>	<p>La docencia y la investigación en el enfoque del modelo de carrera profesional son líneas de actuación que pueden apoyar el desarrollo de tecnología e innovación</p>	<p>El despliegue de ambos subcriterios lo podemos encontrar en el factor: Actividad Científica e Investigación donde se evalúan las actuaciones profesionales encaminadas a la producción y difusión de conocimiento en el ámbito de la salud. Se valora toda la actividad investigadora relacionada con el ámbito profesional sanitario en sus distintas vertientes, como investigación básica, clínica o epidemiológica.</p> <p>En el factor Docencia: donde se evalúa la transmisión de conocimiento entre profesionales y por último en el factor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en programas innovadores que utilicen las TIC: Correo electrónico, Manuales, Intranet, nuevas TIC etc que supongan un verdadero canal de participación. Indicadores de uso de las TIC nombradas. • Utilización de sistemas de valoración asistencial que faciliten la coordinación entre niveles asistenciales, como la utilización de la historia clínica electrónica, sesiones clínicas virtuales, etc. • Indicadores que puedan valorar la

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

<p>CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS</p>	<p>Definición: Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.</p>		
<p>Definición de Subcriterios del modelo EFQM</p>	<p>Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM</p>	<p>Despliegue</p>	<p>Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional</p>
		<p>Participación y compromiso con la organización, donde se valoraron las implicaciones del interesado en la gestión interna del servicio, unidad o equipo para la mejora de la calidad y el compromiso de los profesionales con la organización en la que presta sus servicios.</p>	<p>innovación de técnicas y herramientas de excelencia en la gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de integración de los sistemas de información, así como de su utilización. • Indicadores de financiación obtenida en proyectos de investigación.
<p>Subcriterio 4 E Gestión de la información y del conocimiento.</p>	<p>La docencia, actividad científica e investigación en el enfoque del modelo de carrera profesional son líneas de actuación que apoyan la gestión de la información y del conocimiento.</p>		<p>Existen muchas medidas de eficacia en los modelos de carrera profesional actuales, de todas formas se proponen como mejoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar las publicaciones con impacto, no cualquier publicación como las cartas al director o las notas clínicas. • Elaboración de material docente de suficiente calidad. • Participación en congresos como moderador u organizador (no sólo de asistente).

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

.../... (Cont.) Nuevo modelo de carrera profesional bajo la óptica del modelo europeo de calidad EFQM

CRITERIO 5: PROCESOS		Definición: Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.	
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 5 A</p> <p>Diseño y gestión sistemática de los procesos.</p>	<p>No existe un enfoque claro de este subcriterio, salvo en el factor: Participación y compromiso con la organización en su apartado de pertenencia a Grupos de Expertos para preparación de proyectos, protocolos o guías clínicas.</p>	<p>No se define qué se entiende por grupos de expertos para preparación de proyectos, protocolos o guías clínicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Participación en el diseño del mapa de procesos y estructuración de los mismos en macroprocesos/procesos y subproceso. Aportar evidencias documentales del resultado, de la autoría y del periodo, con un tiempo mínimo de un mes.
<p>Subcriterio 5 B</p> <p>Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.</p>			<ul style="list-style-type: none"> Participación en Grupos, Comisiones, con revisión sistemática de sus resultados y estableciendo acciones de mejora que puedan documentarse. Incentivar la participación en proyectos de innovación internos con financiación externa.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CRITERIO 5: PROCESOS			
Definición: Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.			
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
<p>Subcriterio 5 C</p> <p>Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.</p>	<p>No existe un enfoque claro de este subcriterio, salvo en el factor: Participación y compromiso con la organización en su apartado de pertenencia a Grupos de Expertos para preparación de proyectos, protocolos o guías clínicas.</p>	<p>No se define qué se entiende por grupos de expertos para preparación de proyectos, protocolos o guías clínicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en el diseño y desarrollo de proyectos de estrategias de salud. • Participación en proyectos relacionados con la seguridad de los pacientes. Porcentaje de reducción de errores/eventos no deseados. • Creación de grupos de revisión de la actuación clínica para valorar la evidencia científica en la actividad asistencial de médicos y enfermeras.
<p>Subcriterio 5 D</p> <p>Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.</p>	<p>No existe un enfoque claro de este subcriterio en el modelo de carrera profesional, salvo en el factor: Participación y compromiso con la organización en su apartado donde se valoran las implicaciones del interesado en la gestión interna del servicio, unidad o equipo para la mejora de la calidad y el compromiso de los profesionales con la</p>	<p>El despliegue que se da a este subcriterio está muy centrado en profesionales con responsabilidad dentro de la organización, en donde se valoran las jefaturas asistenciales, coordinación de equipos asistenciales, responsables docentes, jefe de unidad de responsabilidad y encomiendas, jefes de estudios, propietarios de procesos y responsables de programas.</p>	<p>Se deben establecer indicadores de medida que permitan abarcar a un mayor número de profesionales. Sirvan como ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de mejora de los procesos asistenciales derivados de la innovación tecnológica. • Indicadores de mejora de los procesos asistenciales derivados

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

CRITERIO 5: PROCESOS		Definición: Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.	
Definición de Subcriterios del modelo EFQM	Enfoque desde el modelo de Carrera profesional de la CAM	Despliegue	Medidas de Eficacia trasladables a un nuevo modelo de carrera profesional
	organización en la que presta sus servicios y se define el concepto como Actividades de gestión clínica.		<p>de la gestión de la cartera de servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicadores de mejora de los procesos asistenciales derivados de la mejora organizativa, la protocolización, etc
<p>Subcriterio 5 E</p> <p>Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.</p>			<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de un plan de mejora de la calidad percibida en función de las aportaciones de los usuarios: encuestas, reclamaciones, sugerencias etc.

Fuente: Elaboración propia

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

En el tercer paso, se recogen de nuevo las propuestas concretas para superar los problemas detectados en la aplicación de la carrera profesional y los contrastamos con las medidas de eficacia trasladables a un nuevo modelo especificadas anteriormente, analizando si éstas han dado respuesta a los problemas detectados. En este punto relacionaremos cada una de esas propuestas con las hipótesis iniciales de nuestra tesis.

Cuadro 39. Resumen de medidas del nuevo modelo de carrera profesional y su relación con las hipótesis planteadas.

Relación con Hipótesis	Propuestas para superación de los problemas detectados	Medidas del nuevo modelo de carrera profesional que dan solución a los problemas detectados
Estratégico. Sin relación directa con Hipótesis	Información detallada a los profesionales de qué se evalúa y cómo. Apertura de convocatorias. Que la carrera profesional no esté abierta permanentemente.	El subcriterio 3A recoge medidas de eficacia trasladables a esta propuesta como por ejemplo la existencia de Direcciones de RRHH que piloten la información y los procesos de carrera profesional.
Hipótesis 1 Hipótesis 11	Interiorizar la carrera profesional como un elemento de desarrollo profesional continuo.	Medidas propuestas en el subcriterio 1A, subcriterio 2A, subcriterio 3D y todas aquellas que tienen relación con participación de la organización pueden incluirse en este punto, diferenciando entre profesionales con y sin responsabilidad como por ejemplo: cumplimiento de objetivos, resultados de evaluaciones personales u organizacionales, participación en la toma de decisiones del servicio, indicadores de participación en foros para el desarrollo corporativo, participación en las líneas de I+D, etc.
Hipótesis 6	Utilizar la carrera profesional como valor para conseguir otros beneficios.	Medidas propuestas en subcriterio 3C: El nivel de carrera profesional como requisito para ocupar determinados puestos de trabajo como por ejemplo tutor de residentes, presidir comisiones, puestos directivos, etc.
Hipótesis 6	Poner en marcha sistemas de delegación de competencias y que sea valorado como mérito en la carrera profesional.	Medidas propuestas en subcriterio 1C sobre participación en programas de intercambio de profesionales.

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Relación con Hipótesis	Propuestas para superación de los problemas detectados	Medidas del nuevo modelo de carrera profesional que dan solución a los problemas detectados
Hipótesis 12	Exposición pública del grado adquirido y reconocimiento del mismo. Valorar a los interinos	Medidas propuestas en subcriterio 3C: Indicadores/evidencias del reconocimiento público del nivel alcanzado (notas de prensa, participación en programas de radio y TV, etc)
	Confidencialidad en lo relativo a la evaluación.	Medidas propuestas en subcriterio 1 A: Evaluación de la carrera profesional centralizada a través de un organismo independiente (como la ANECA en la Universidad) o a través de organismos autónomos como la Agencia de Calidad (Andalucía) o la Fundación para la Calidad (Castilla y León), encargados de acreditar la competencia profesional. Externalizar el proceso de evaluación.
Hipótesis 1 Hipótesis 11	Generar percepción interna en el profesional de que asiste a un verdadero desarrollo profesional individual.	Medidas propuestas en el subcriterio 1A o subcriterio 1D relativos a participación en Comités, Comisiones clínicas o grupos de mejora.
Hipótesis 6	Posibilidad de poner en marcha cambios en las responsabilidades del puesto de trabajo una vez se acceda de nivel de carrera profesional.	Numerosas medidas propuestas en el modelo pueden incluirse como mejora de esta propuesta. Sirva como ejemplo medidas del subcriterio 1D o subcriterio 1E como por ejemplo: Grupos de trabajo, de desarrollo de estrategias y de análisis. Puesta en marcha de gestión por procesos de acuerdo a mapa. Potenciar autonomía de las unidades de responsabilidad o creación y utilización (que pueda evaluarse) de mecanismos de comunicación descendente operativos o desarrollo y puesta en marcha de servicios no incluidos en la cartera inicial del Plan de Empresa, siempre justificada por demanda y viable financieramente.
Hipótesis 6	El ascenso de nivel debe llevar asociado algún cambio en el contenido del puesto de trabajo.	Medidas ya propuestas en subcriterio 3C. Medidas propuestas en subcriterio 1B como creación de figuras de responsabilidad como propietarios/equipos de proceso o el concepto de "Área Clínica": Unidades organizativas multidisciplinares. Puesta en marcha de gestión por procesos de acuerdo a mapa.
Hipótesis 2 Hipótesis 4	Establecer niveles o grados discriminativos que requieran un	Al externalizar la evaluación y ser realizada por organismo independiente se consigue

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Relación con Hipótesis	Propuestas para superación de los problemas detectados	Medidas del nuevo modelo de carrera profesional que dan solución a los problemas detectados
	<p>esfuerzo duradero en el tiempo.</p> <p>Números clausus para la consecución de carrera profesional.</p>	<p>crear una cultura de verdadero esfuerzo.</p> <p>Establecer números clausus para la consecución de la carrera profesional sobrepasa las propuestas de nuestro modelo al ser una cuestión de voluntad y acuerdo político. De todas formas se considera imprescindible para el éxito del modelo de carrera profesional.</p>
<p>Hipótesis 14</p> <p>Hipótesis 7</p>	<p>Homogeneidad para todas las CC. AA.</p> <p>Aplicación de criterios de calidad y verdaderos méritos.</p>	<p>Los criterios que se proponen en el modelo deben ser aplicables a todo el territorio nacional.</p> <p>Los criterios que se proponen en el modelo responden a criterios de calidad y consecución real de méritos.</p>
<p>Hipótesis 3</p> <p>Hipótesis 4</p>	<p>Conseguir el reconocimiento de carrera profesional debe implicar homologación automática en otra CC. AA.</p> <p>Considerar diferencias entre carrera administrativa o de gestión y/o asistencial.</p>	<p>Los criterios que se proponen en el modelo deben ser aplicables a todo el territorio nacional. Establecimiento por Ley que así lo establezca.</p> <p>Medidas propuestas en el subcriterio 3B responden a esta propuesta: los indicadores pueden ser similares pero estableciendo criterios de valoración diferentes en el caso de seguir una carrera en la gestión o en centros de Atención Primaria o Especializada.</p>
<p>Hipótesis 4</p>	<p>Posibilidad de perder el nivel de carrera profesional conseguido en el caso de no tener una actuación profesional correcta.</p>	<p>Medidas del subcriterio 4B o del subcriterio 4C como por ejemplo: Participación de los profesionales en los indicadores del gasto. Participación en la creación de unidades clínicas con presupuesto y evaluación a través del cumplimiento de objetivos de gasto. Establecimiento de objetivos institucionales, de unidad y servicio en los que se penalice la desviación en el gasto y que dichos objetivos sean trasladables a la evaluación de la actividad asistencial en el modelo de carrera profesional. Establecimiento de incentivos no solo por el ahorro, sino por los ingresos que se proporcionen a la institución: proyectos de investigación, alumnos de pregrado y postgrado, etc</p> <p>Cualquier tipo de incentivo que se establezca debe estar ligado al apartado de actividad asistencial y poder ser valorado a</p>

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Relación con Hipótesis	Propuestas para superación de los problemas detectados	Medidas del nuevo modelo de carrera profesional que dan solución a los problemas detectados
		través del modelo de carrera profesional.
Hipótesis 14	Misma retribución por niveles o grados a nivel nacional.	Esta es una propuesta que sobrepasa nuestro modelo pero imprescindible para la justa aplicación del mismo. Establecer Ley que así lo establezca. No pueden existir las diferencias retributivas que existen con los actuales modelos.
Hipótesis 2	Sostenida por el SNS financiera y organizativamente.	La propuesta de creación de organismo central da respuesta al sostenimiento organizativo y la propuesta de numeros clausus al sostenimiento financiero. La carrera profesional debe ser exclusiva para licenciados y diplomados sanitarios, excluir al resto de categorías o no denominarlo carrera profesional.
Hipótesis 3	Diferenciación entre vertiente asistencial y administrativa.	Medidas especificadas subcriterio 3B.
Hipótesis 14	Criterios comunes para todo el sector público. Adscripción por parte de entidades privadas si así lo desean.	El modelo que se presenta es de aplicación a todo el sector público sanitario. También se abre a posibles adhesiones del sector privado, siempre que se comprometan al mismo sistema de evaluación creando así una alianza con el sector público.
Hipótesis 13	Basada en la calidad de la atención prestada y complementariamente en la formación continuada, la docencia, la investigación y la gestión clínica. Aplicación a otros sistemas: selección, promoción y movilidad. Que sirva como elemento de detección de necesidades de formación y desarrollo. Utilizar herramientas de evaluación tecnológica.	Medidas del subcriterio 3B como por ejemplo; Puesta en marcha de Planes Individuales de Formación. Puesta en marcha de Planes. Grupales de formación ajustados con necesidades de la empresa. Incentivar la participación en actividades científicas. Favorecer la realización de tesis doctorales: periodos de permiso retribuido, recursos disponibles, etc. Sistemas de gestión del conocimiento a través de aplicación de TIC. Medidas propuestas en subcriterio 3C: Participación en programas innovadores que utilicen las TIC: Correo electrónico, Manuales, Intranet, nuevas TIC etc que supongan un verdadero canal de participación. Participación de los profesionales a través de la impartición de formación continuada, en la docencia y en la investigación.
Hipótesis7	La carrera profesional como proceso	El organismo externo de evaluación es el

Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Relación con Hipótesis	Propuestas para superación de los problemas detectados	Medidas del nuevo modelo de carrera profesional que dan solución a los problemas detectados
<p>Hipótesis 8 Hipótesis 9</p>	<p>de recertificación profesional. Evaluar méritos exclusivamente de los años de evaluación.</p>	<p>encargado de evaluar la competencia profesional, proceso que sirve como recertificación respondiendo así a una demanda de la sociedad y garantía de buen hacer profesional.</p>
<p>Hipótesis 10</p>	<p>Definiciones claras y objetivas de los méritos a evaluar.</p>	<p>Medidas recogidas en el subcriterio 4E, 2B, 2C y todas aquellas relacionados con indicadores pueden incluirse como mejora de esta propuesta. Sirvan como ejemplo:</p> <p>Valorar las publicaciones con impacto, no cualquier publicación como las cartas al director o las notas clínicas. Elaboración de material docente de suficiente calidad. Participación en congresos como moderador u organizador (no sólo de asistente).</p>

Fuente: Elaboración propia

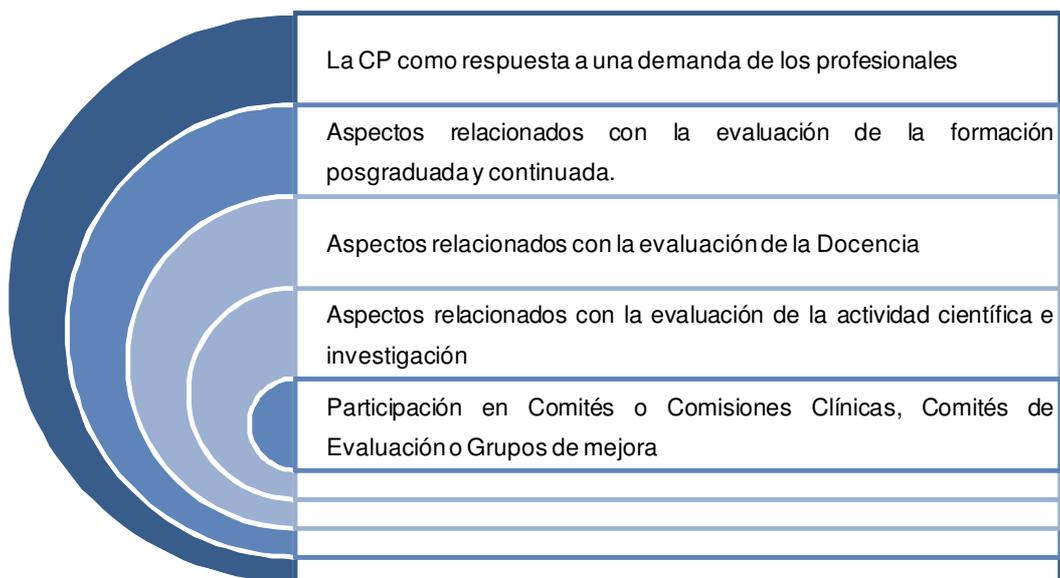
Parte V: La Carrera profesional sanitaria en España; aplicación, resultados y propuesta de nuevo modelo.

Por último, y realizada la nueva propuesta de modelo de carrera profesional, se plantean diferentes cuestiones a responder siguiendo el esquema REDER de calidad del modelo EFQM:

- Puntos fuertes que hemos identificado del modelo actual de carrera profesional y que puedan mantenerse y aprovecharse al máximo. (Cuadro 40)
- Puntos fuertes que necesitan más desarrollo (Cuadro 41)
- Áreas susceptibles de mejora que reconocemos pero consideramos no esenciales o prioritarias (Cuadro 42)
- Áreas susceptibles de mejora que son de máxima importancia por su criticidad o potencial (Cuadro 43).

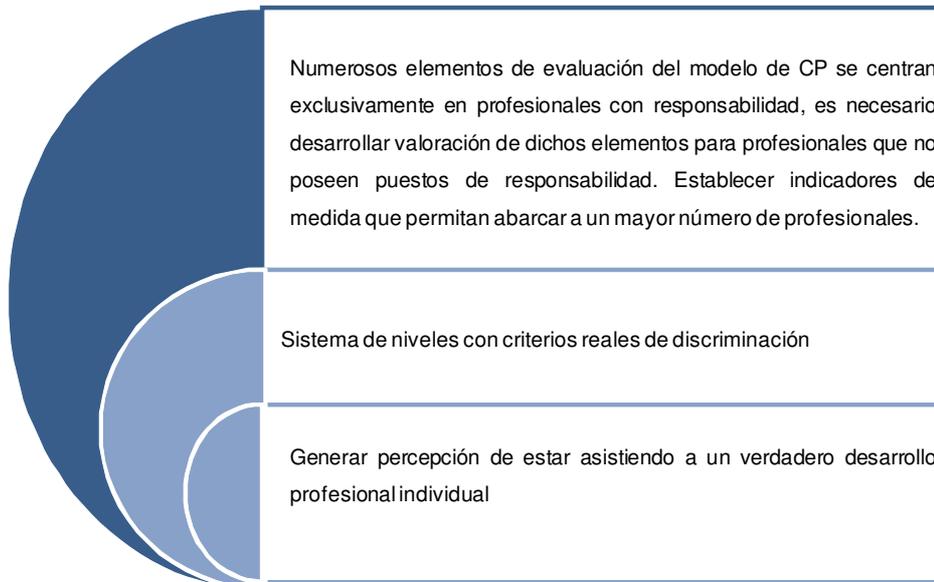
Las respuestas a estas preguntas se exponen a continuación:

Cuadro 40. Puntos fuertes del modelo actual de carrera profesional y que puedan mantenerse y aprovecharse al máximo.

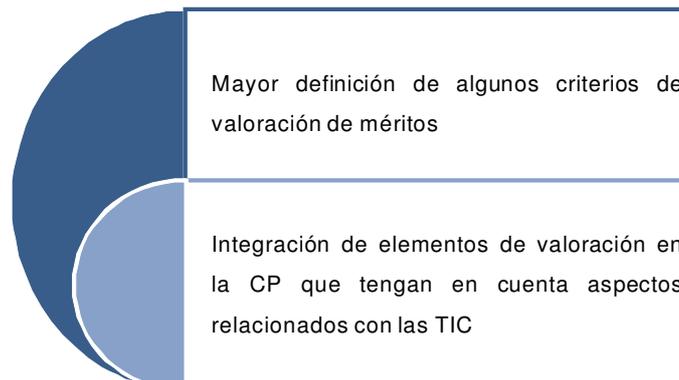


La CP como respuesta a una demanda de los profesionales
Aspectos relacionados con la evaluación de la formación posgraduada y continuada.
Aspectos relacionados con la evaluación de la Docencia
Aspectos relacionados con la evaluación de la actividad científica e investigación
Participación en Comités o Comisiones Clínicas, Comités de Evaluación o Grupos de mejora

Cuadro 41. Puntos fuertes del modelo actual de carrera profesional que necesitan más desarrollo



Cuadro 42. Áreas susceptibles de mejora no esencial o prioritaria



Cuadro 43. Áreas susceptibles de mejora que son de máxima importancia por su criticidad o potencial

• Ligar objetivos institucionales a objetivos individuales
• Definición clara de las competencias a evaluar
• Definición clara sobre cómo realizar la evaluación de la actividad asistencial
• Reconocimiento social explícito
• Implicación de los profesionales en el gasto, gestión de equipos y materiales
• Creación organismo externo de evaluación
• Establecimiento números clausus
• Homogeneidad y homologar por Real Decreto de puntos clave centralizadores
• La CP como incentivo a otros méritos.
• Diferenciar entre carrera administrativa y de gestión

Fuente: Elaboración propia

Tanto los puntos fuertes identificados en los modelos actuales de carrera profesional y que por tanto, pueden mantenerse y aprovecharse al máximo, como los puntos fuertes que necesitan más desarrollo, las áreas susceptibles de mejora examinadas, aunque no esenciales o prioritarias y las que son de máxima importancia por su criticidad o potencial han sido recogidas en el cuadro 38 donde se recoge el nuevo modelo de carrera profesional para licenciados (y para diplomados sanitarios aunque con alguna pequeña modificación) bajo la óptica del modelo europeo de calidad EFQM.

Conclusiones Parte V

Se ha realizado un análisis exhaustivo de los aspectos que comprende y engloba la carrera profesional en España. Hace más de diez años que se empezó a hablar de carrera profesional en el sistema sanitario público español. A lo largo de estos años, todas las comunidades autónomas han ido desarrollando sus modelos de carrera profesional tal y como se ha reflejado en este trabajo. Modelos distintos y en muchos casos distantes que responden al modelo de descentralización de la sanidad española.

En esta última parte de nuestro trabajo, se han expuesto las argumentaciones y discursos que deben formar los elementos clave, prioritarios y esenciales de un modelo óptimo y viable de carrera profesional. Pero, no solamente se ha realizado una nueva propuesta de modelo de carrera profesional elaborado a partir de la metodología de calidad del modelo EFQM para la Excelencia, si no que se ha dado respuesta a las hipótesis centrales planteadas en esta tesis doctoral.

Los resultados obtenidos de nuestros análisis configuran el núcleo duro de nuestras conclusiones y permiten responder a las incógnitas planteadas al principio de nuestra investigación. En la introducción de nuestra tesis se expresó que las hipótesis planteadas no tenían un objetivo predictivo, más bien un valor orientativo y de guía. Gracias al análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, las opiniones de los expertos entrevistados en la materia y la revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema objeto de estudio, se han explicado los resultados obtenidos en la aplicación de los modelos de carrera profesional en las comunidades autónomas, dando respuesta a las hipótesis planteadas en este trabajo.

Ampliaremos estas reflexiones en las conclusiones finales y resultados de las hipótesis de esta tesis.

Parte VI

Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

RESULTADOS EN CUANTO A LAS HIPÓTESIS FORMULADAS

Para poner a prueba las hipótesis planteadas en esta tesis, se realiza un análisis de cada una de éstas aglutinadas en las dimensiones tratadas en la investigación y presentadas en la introducción de nuestro trabajo.

Los resultados en cuanto a las hipótesis formuladas son resultado de la triangulación entre teorías, análisis de los datos cuantitativos e investigación cualitativa y cuyo fin, ha sido la descripción y explicación de los datos obtenidos sobre la aplicación de los modelos de carrera profesional en las comunidades autónomas, conciliando las opiniones de los expertos entrevistados en la materia y la revisión sistemática de la bibliografía sobre el objeto de estudio.

En cada una de las hipótesis se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a la metodología seguida en este trabajo y algún punto para la interpretación-discusión que éstos nos han fomentado.

HIPÓTESIS VINCULADAS A LA RELACIÓN ENTRE CARRERA PROFESIONAL Y LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS, LA MOTIVACIÓN Y LA RETRIBUCIÓN.

H1 Se espera que los modelos de carrera profesional de las diferentes CC. AA. nos predigan su utilidad para dar un impulso motivador a los profesionales.

Resultados:

Los resultados de nuestra primera hipótesis nos remiten a Amartya Sen (2010) quien señala que las instituciones deben promover la justicia, en lugar de tratar a las instituciones como manifestaciones directas de la justicia, lo cual reflejaría un cierto fundamentalismo institucional. La carrera profesional aplicada por las CC. AA. nos confirma que “a priori” ha significado un elemento motivador, pero una vez finalizada su aplicación, el resultado de la carrera ha sido en palabras de los expertos “café para todos”.

De todas formas, es justo señalar que en encuestas de clima laboral realizadas a los profesionales, como por ejemplo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, se valora muy positivamente el haber puesto en marcha la carrera profesional en las organizaciones sanitarias.

La aplicación de los modelos de carrera profesional responde a una reivindicación y demanda histórica, pretendiendo ser una herramienta de política de personal para conseguir la motivación de nuestros profesionales. Supone reconocer el mayor esfuerzo del trabajador, valorando sus conocimientos, su formación continuada, experiencia e implicación en los proyectos de la organización.

La realidad constata que la carrera profesional no ha ido ligada a ningún impacto de rendimiento clínico, ni de calidad asistencial, es decir, se ha premiado en opinión de los expertos una carrera profesional que no ha tenido previsión alguna de impacto.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Los modelos de carrera han discriminado en su conjunto al personal temporal e interino, con el consiguiente malestar que ello ha producido entre dichos profesionales.

Como resultado del análisis de los datos, de lo publicado y de lo no publicado hasta la fecha, se demuestra que los modelos de carrera profesional no se traducen en un verdadero impulso motivador a los profesionales, es más, algunos de los factores evaluables en la carrera profesional, pueden derivar en efectos desmotivadores y desincentivadores desde el punto de vista personal y profesional. Ahondaremos en esta reflexión a lo largo de los resultados planteados en estas conclusiones.

Interpretación-discusión:

Se han aprobado modelos de carrera profesional como manifestación directa de la justicia, pero probablemente poco motivadores e incentivadores del esfuerzo para los profesionales del SNS.

La fase transitoria o extraordinaria fue un “invento” que no estaba en ninguna de las leyes que dan cobertura legal a la carrera. El hecho de discutirse de forma descentralizada con los agentes sociales no favoreció una implantación adecuada, ya que las diferentes organizaciones sindicales pedían en cada mesa de diálogo lo último y más ventajoso conseguido en la última mesa negociadora, tanto en lo retributivo como en la rebaja de exigencias de los modelos.

H2 Se espera que los resultados en la aplicación de los modelos de carrera profesional de las diferentes CC. AA. nos predigan el impacto económico para el SNS

Resultados:

De acuerdo a los datos recopilados en las diferentes CC. AA. relativos al número de reconocimientos y multiplicado por lo que cuesta cada nivel, supondría un coste

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

teórico anual de 1.121.666.688 euros, en el caso de que ninguna CC. AA. hubiera congelado el abono de todos los niveles de Carrera.

A 31 de diciembre de 2010 las CC. AA. de Asturias, Baleares, Valencia, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Galicia y Madrid han suspendido todo tipo de reconocimiento y/o pago, otras CC. AA. como Murcia, La Rioja, o el País Vasco no han congelado la carrera profesional, pero el nivel 4 no se abona o no ha llegado a reconocerse. Se aprecia que la publicación de convocatorias ordinarias en otras CC. AA. están siendo dilatas en el tiempo.

Señalar que en los reconocimientos del País Vasco se incluye a los interinos o no fijos. Al no poder diferenciar entre ambos reconocimientos, se ha calculado sobre el total, justificándolo como previsión futura de profesionales que se convertirán en fijos y por tanto percibirán dicho concepto.

En el año 2009 el gasto en remuneración del personal de sanidad se sitúa en 31.351.746 millones de euros. La carrera profesional de los licenciados y diplomados sanitarios del SNS para el año 2011, significa el 3,57 % de la remuneración total del personal de sanidad.

La carrera profesional ha supuesto un incremento de sueldo importante, pero sin contrapartidas para las organizaciones y la sociedad en su conjunto.

Para responder a la hipótesis de partida, nos hemos preguntado si el 3,57 % que supone la carrera profesional de la partida total destinada a remuneración de los profesionales, es una cantidad elevada o baja y la interpretación a la que llegamos es que no podemos valorar dicho porcentaje ya que la carrera profesional no ha tenido impacto alguno en el rendimiento clínico o la calidad de los servicios, por lo que resulta difícil realizar una valoración o interpretación de dicho porcentaje.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Interpretación-discusión:

El hecho de que diferentes CC. AA. hayan congelado el pago o el reconocimiento de sus niveles de carrera profesional, responde a la situación actual de crisis económica española y a la inexistencia de una planificación razonable y razonada, respecto a lo que la carrera profesional podía suponer para los presupuestos autonómicos.

H3 Cabe esperar que el hecho de que de cada CC. AA. haya desarrollado su modelo de carrera profesional prediga las posibles ventajas o desventajas comparativas para el sistema y los profesionales.

Resultados:

Los resultados obtenidos nos confirman que la mayor ventaja para los profesionales es el incremento salarial mensual que han experimentado en sus nóminas, pero la gran desventaja señalada por los expertos es que se ha perdido el más poderoso incentivo a todos los niveles: institucional, profesional y para la sociedad.

De las cifras oficiales obtenidas de licenciados sanitarios vinculados al SNS frente al número de reconocimientos obtenidos en toda España, el 86,69 % han obtenido un nivel de carrera. Respecto a los diplomados sanitarios, la cifra se sitúa en el 91,78 %. La media de ambos colectivos es el 89,23 %. Se trata de un porcentaje muy elevado, por lo que no se puede demostrar que discrimine los mejores desempeños.

Llama la atención que en comunidades como Canarias, Galicia, la Rioja o Murcia, el número de reconocimientos es superior a la cifra oficial de licenciados o diplomados sanitarios existentes en dichas comunidades por lo que resultan datos imposibles de analizar pero que facilitan una evidencia clara de la falta de planificación sanitaria existente en el SNS.

Esta situación es apuntada por los expertos como una de las consecuencias de no poseer un registro de profesionales sanitarios a nivel nacional, demanda que se ha

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

señalado como uno de los problemas a resolver de los recursos humanos de nuestro SNS.

Los primeros problemas de implantación de las carreras profesionales y principalmente de homologación, se resolvieron en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio en el que participaron todas las CC. AA. Dicha Comisión creó el Observatorio de carrera profesional, que al inicio tuvo virtualidad, se celebraron reuniones y se consiguió unificar la homologación en el procedimiento extraordinario. Pero en el procedimiento ordinario, las CC. AA. de Andalucía y Cataluña, no homologaron el nivel reconocido a los profesionales de otros Servicios de Salud, cuando sí lo hacían en los procedimientos extraordinarios.

Este hecho supuso a muchos profesionales no poder acceder o continuar con la carrera profesional en dichas CC. AA., creando problemas a los Servicios de Salud de destino. Situaciones similares no fueron resueltas desde la Comisión de Recursos Humanos del SNS.

Otro caso relevante es el de la Comunidad de Madrid en donde se ha congelado el reconocimiento y el pago de carrera profesional y al trasladarse profesionales de otras CC. AA. a dicha comunidad, no perciben retribución alguna al no aplicarse la normativa estatal sobre homologación. Otras CC. AA. que sí han paralizado la carrera están homologando a los pocos profesionales que se incorporan a su Servicio de Salud (por ejemplo Murcia).

La aplicación de los modelos de Carrera no ha demostrado íntegramente ser una herramienta de desarrollo profesional, no implica mayor competencia profesional (o sus efectos no son a día de hoy evaluables), no existe un mayor prestigio y reconocimiento público una vez alcanzado un nivel de carrera y por supuesto, no se asocia como un certificado de excelencia independientemente del ámbito donde se ejerza, para así constituirse en un mérito incuestionable en oposiciones, traslados o acceso a docencia pregrado y posgrado.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Interpretación-discusión:

Se han señalado ventajas e inconvenientes, desde el punto de vista teórico, de establecer modelos adecuados de carrera profesional, así como las desventajas o inconvenientes de no hacerlo. Esta hipótesis confirma que la gran ventaja de los modelos de carrera instaurados ha sido el importante incremento salarial mensual, pero las grandes desventajas son los elementos que podrían haberse constituido como ventajas y al final del camino, no se ha logrado o no se ha sabido aprovechar dicha oportunidad.

H4 Cabe esperar poder responder a si con la aplicación de los modelos de carrera profesional se logra diferenciar a los profesionales con mejores desempeños, garantizar la objetividad de las evaluaciones y lograr un mayor compromiso de los profesionales.

Resultados:

Esta hipótesis encierra varios elementos de comprobación y análisis. El primero, el referido a los mejores desempeños. A la vista del número de reconocimientos dados por CC. AA. se demuestra que los modelos de carrera profesional no han diferenciado a los profesionales con mejores desempeños. La media de reconocimientos de licenciados y diplomados en todas las CC. AA. es del 89,23%, por lo que al ser un porcentaje tan elevado es difícil que realmente pueda discriminar a los profesionales con mejores desempeños. Hay que señalar además que los reconocimientos de los procesos extraordinarios (también denominados transitorios), tenían en cuenta exclusivamente la antigüedad en el SNS, por lo que no se valoraban méritos u otro tipo de aportación, pudiendo obtener un nivel de carrera exclusivamente con años de prestación de servicios.

En el modelo de Aragón se señala que “los méritos a valorar en el ascenso a cada nivel serán aquellos obtenidos en el espacio de tiempo entre la consecución del nivel anterior y al que ahora se opte y no aquellos acumulados en el total de la carrera

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

profesional a excepción de aquéllos adquiridos en el momento de la puesta en marcha de la carrera profesional y los correspondientes a la formación reglada, los cuales sí son acumulables. No obstante, si los méritos del aspirante en los factores de formación, docencia e investigación exceden de los necesarios para acceder al nivel correspondiente, dicho excedente podrá ser utilizado para el acceso al siguiente nivel” (Acuerdo alcanzado en la mesa sectorial de sanidad sobre carrera profesional, retribuciones, políticas de empleo y tiempo de trabajo, jornada y horario de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. Boletín Oficial de Aragón, 144, 7 de diciembre de 2007).

En Asturias se señala en el Suplemento al BOPA nº 56 sobre carrera profesional punto 4 que: “El ámbito de puntuación será el bloque, de tal forma que se requerirá una puntuación mínima en cada uno de los bloques establecidos para adquirir el grado correspondiente. En todo caso, cuando por causas ajenas al facultativo le fuera imposible acceder a actividades científicas, de formación y/o de compromiso con la organización, este epígrafe no será evaluado descontándose el porcentaje total de la puntuación requerida para el acceso al grado, la parte correspondiente al mismo”. (Resolución de 14 de febrero de 2007, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se dispone la publicación del acuerdo de 27 de diciembre de 2006, sobre la carrera y desarrollo profesional de los empleados públicos del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias, 56, 8 de marzo de 2007).

Se puede apreciar que los propios modelos establecen posibles vías de escape cuando por diferentes motivos no se puedan alcanzar los resultados, resultando difícil comprobar y/o demostrar que se diferencie a los profesionales con mejores desempeños, además de no garantizar la objetividad en las evaluaciones ya que se introducen variables subjetivas fuera del marco de la evaluación. Todos estos factores son apuntados por los expertos como una de las dificultades en aras a lograr un mayor compromiso de los profesionales.

Interpretación-Discusión:

Con los ejemplos señalados de Aragón y Asturias, ¿Podemos afirmar que se trata de un modelo objetivo y motivador? o por el contrario ¿se trata de un modelo desincentivador y desmotivador? Un profesional del servicio aragonés de salud, puede tomarse años “sabáticos” si sabe que lo acumulado en méritos lo podrá incluir en el próximo nivel de carrera aunque hayan transcurrido cinco años.

En el caso de Asturias, la pregunta sería ¿Cuáles son las causas ajenas? ¿Dónde están definidas? ¿Es lo mismo una enfermedad que impide una actividad normal que interrumpir la actividad asistencial en el SNS dos años para poner en marcha una empresa privada de ecografías?

Existen numerosos elementos de discusión e interpretación en esta hipótesis, los cuales podrían conducirnos a explicar la falta de satisfacción y compromiso, pero nos aventuramos a predecir que la mayoría de los elementos de interpretación estarán relacionados con la falta de comprensión del significado verdadero de la carrera profesional.

RESULTADOS DE HIPÓTESIS VINCULADAS A LA RELACIÓN ENTRE CARRERA PROFESIONAL, LA FORMACIÓN Y LAS COMPETENCIAS.

H5 Se espera demostrar si la evaluación de la práctica clínica y la actividad asistencial supone una medida que garantice la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales.

Resultados:

En los diferentes modelos de carrera profesional los aspectos relacionados con la práctica y la actividad clínica se valoran a través de la actividad y la competencia asistencial. La definición dada en la carrera profesional de Aragón define textualmente: “Los criterios de evaluación contemplan **en la medida de lo posible** los resultados individuales o, en su caso, la contribución del profesional al cumplimiento de los objetivos del Servicio, EAP o Unidad al que esté adscrito, en lo referente al volumen de actividad desarrollada y a mejora continua de la prestación del servicio”(Acuerdo alcanzado en la mesa sectorial de sanidad sobre carrera profesional, retribuciones, políticas de empleo y tiempo de trabajo, jornada y horario de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. Boletín Oficial de Aragón, 144, 7 de diciembre de 2007).

Resulta curiosa la definición de “en la medida de lo posible”, parece que el propio sistema duda de que dicha evaluación pueda realizarse satisfactoriamente, pero además estamos valorando dos veces los mismos méritos, es decir, si un profesional ha conseguido sus objetivos individuales, de Servicio o Unidad y ha sido retribuido por ello a través de la productividad variable u otros sistemas de incentivos, por segunda vez y gracias al modelo de carrera profesional se premia dos veces la misma consecución.

Otros modelos como el de Castilla la Mancha definen el mismo apartado como “la valoración de los siguientes méritos: en cuanto a la actividad asistencial, se valorará la participación individual en el logro de los objetivos previamente fijados, la eficiencia en la gestión de recursos, la introducción de innovaciones técnicas que mejoren la calidad asistencial, actualización y mejora de métodos de trabajo y procesos”(Decreto

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

117/2006 de 28 de noviembre por el que se regula la Carrera Profesional de Licenciados y Diplomados Sanitarios del Servicio de Salud de Castilla- la Mancha, 250, 1 de diciembre de 2006). Esta evaluación se realiza a través de dos herramientas principales: una autoevaluación por parte del solicitante y un cuestionario estandarizado por parte del superior jerárquico.

Se trata de una valoración que busca la objetividad pero no establece un mínimo de méritos o ponderación por cada una de las cuestiones valoradas. Por ejemplo, si un licenciado sanitario demuestra una gran eficiencia en la gestión de recursos pero ninguna evidencia de introducción de innovaciones técnicas que mejoren la calidad asistencial ¿cómo se le puntúa?, ¿obtiene el máximo en dicho apartado?. Debemos pensar que la evaluación de los mismos méritos ha estado descentralizada en cientos de hospitales o centros de atención primaria ¿cómo ha sido posible conseguir la uniformidad de criterios por CC. AA.? Es difícil imaginar dicha uniformidad de criterios a nivel nacional. Pensemos que si en España existen alrededor de 353 hospitales del SNS, existe en cada uno de ellos un Comité de Evaluación de Licenciados y otro de Diplomados Sanitarios. ¿Creemos que los criterios de evaluación han sido homogéneos en todos los comités sin haber establecido normas mínimas de evaluación generales?

En Madrid, por ejemplo donde existe un elevado número de hospitales o centros de salud, la Dirección General de RRHH de la Consejería de Sanidad no ha elaborado unas instrucciones básicas, aclarando la confusión existente en la evaluación de determinados criterios del modelo de carrera profesional de la CAM. La misma situación se ha producido en la mayoría de las CC. AA.

Independientemente de los criterios que se hayan seguido en la evaluación de la práctica clínica y la actividad asistencial, no se puede concluir que ésta sea una medida que garantice la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Interpretación-Discusión:

Se observa a la vista de los resultados anteriores desigualdad de criterios a la hora de valorar los méritos establecidos en la carrera profesional con la consiguiente falta de objetividad. Por otro lado, se puede inferir falta de consistencia interna dentro de una misma CC. AA., cuando no existen instrucciones de evaluación claras al respecto como en el caso de Madrid.

La desinformación o la falta de información detallada a los profesionales de qué y cómo se evalúa, ha sido también una de las constantes en la aplicación de los modelos de carrera, generando confusión y falta de criterios homogéneos en la evaluación.

H6 Se espera demostrar si la carrera profesional permite una participación mayor en los contenidos propios del puesto de trabajo, favoreciendo un nuevo reparto de competencias delegadas y compartidas con otros niveles profesionales.

Resultados:

En esta hipótesis se ha podido comprobar que la carrera profesional no se ha acompañado de nuevas actividades o responsabilidades profesionales. Prácticamente ningún modelo contempla la promoción real, incluso los modelos canarios y catalanes establecen que la carrera profesional no supondrá ningún cambio en la actividad profesional. El modelo canario en artículo 2.3 señala que: “el encuadramiento en un determinado nivel de carrera profesional, o el cambio del mismo, no implica un cambio del puesto de trabajo ni en la actividad que desarrolla el profesional. La carrera profesional es independiente del nivel de responsabilidad jerárquico en la institución, siendo ambos compatibles” (Decreto 278/2003 de 13 de noviembre por el que se aprueba y desarrollo el modelo el modelo de Carrera Profesional del Personal Facultativo del Servicio Canario de Salud, 223, 14 de noviembre de 2003).

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

En el caso catalán en el punto 4.1.4 se señala textualmente que “el cambio de nivel de carrera profesional no implica un cambio de lugar de trabajo ni un cambio en la actividad que desarrolla el profesional”(Resolución 2809/2003 de 15 de mayo de Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre las condiciones de trabajo del personal de las Instituciones Sanitarias del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Diario Oficial Generalitat de Catalunya, 3972, 22 de septiembre de 2003).

Si bien es cierto, la carrera profesional no ha sido diseñada con dicho objetivo, sino como un reconocimiento general que no lleva aparejado otro tipo de recompensa o consecuencia organizativa.

Al no existir la posibilidad de enriquecer un mínimo el contenido del puesto de trabajo, sin voluntad institucional por un nuevo reparto de competencias delegadas y compartidas con otras categorías profesionales, donde el trabajo en equipo sea una constante del día a día, los hechos nos indican que esta hipótesis no se cumple.

Interpretación-discusión:

Resulta desesperanzador que los propios modelos no contemplen ningún cambio de funciones, contenido del puesto de trabajo, asunción de nuevas responsabilidades o cualquier otro cambio que pudiera implicar mayor desarrollo profesional dentro de la actividad laboral propia de cada categoría profesional.

Los modelos de carrera deben contemplar la posibilidad de poner en marcha cambios en las responsabilidades o contenidos del puesto de trabajo una vez se acceda de nivel de carrera profesional.

H7 Se espera demostrar si la exigencia de formación continuada en los diferentes modelos de carrera profesional puede correr el riesgo de convertirse en un proceso de “burocratización” o de “cumplir expediente” y no de mejora del conocimiento pudiendo convertirse en una acumulación de méritos curriculares de dudosa utilidad para los profesionales

Resultados:

Los departamentos de formación continuada deben de “estar satisfechos” por las continuas peticiones de formación que han recibido en los últimos años. El modelo de Madrid exige un crédito de carrera anual de formación continuada, lo que equivale a 26 horas de formación anuales, pero no especifica si esas 26 horas tienen que ser de una sola acción formativa o se pueden acumular las horas de varias acciones.

En el Hospital Universitario de Fuenlabrada se realizó una interpretación de dicha cuestión y se permitió sumar las horas de asistencia a sesiones clínicas internas del servicio, por lo que se motivó indirectamente la asistencia a las mismas de forma asidua durante todo el año.

El modelo de la Rioja valora la formación continuada acreditada directamente relacionada con el contenido de la plaza desempeñada, establece un máximo de créditos por año en este apartado y da una salida a la formación continuada no acreditada. En esta comunidad, sí se indica que los méritos a valorar en el ascenso a cada grado serán aquellos obtenidos en el espacio de tiempo entre la consecución del grado anterior y el momento en el que se opte al siguiente. Aclaración que en el modelo de Madrid no aparece, además de no dar salida a la formación continuada no acreditada.

En esta misma comunidad, méritos como el Doctorado, Experto, Master, Licenciaturas, Diplomaturas u otras especialidades podrán hacerse valer en cualquier grado por una única vez. Algo que no está definido en el modelo de Madrid, lo que acarreó notables problemas a la hora de valorar a los profesionales en los procedimientos ordinarios del año 2007 y 2008.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

De las entrevistas realizadas y el análisis de la bibliografía relacionada con la formación continuada, se comprueban relaciones que se pueden definir como “hacer para cumplir”, es decir, se realizan determinadas acciones formativas porque serán objeto de valoración en la carrera profesional, independientemente del interés o contenido de dichas acciones. Aunque los modelos de carrera especifican que la formación continuada debe estar relacionada con el puesto que se desempeña, es cierto que la formación responde a una especie de “cajón de sastre” donde todo cabe. Expertos entrevistados que formaron parte de Comités evaluadores de carrera profesional, han señalado que las acciones formativas más diversas en temática y contenido eran evaluadas sin obstáculo alguno.

Lograr la satisfacción de los profesionales en lo que a formación se refiere, depende de muchos factores previos a la propia impartición de cada acción de formación: detección de necesidades, elaboración del plan de formación, priorización de actividades, programación de actividades, selección de participantes y evaluación del impacto de la formación. Habitualmente la evaluación que se realiza de las acciones formativas es una evaluación de la satisfacción inmediata pero no una evaluación de impacto de dichas acciones y de transmisión de conocimientos y habilidades al puesto de trabajo. Llegados a este punto es difícil demostrar que la formación continuada en los modelos de carrera profesional, sea una verdadera herramienta de mejora de conocimiento y no una acumulación de diplomas y certificados varios.

Interpretación-discusión:

La formación continuada valorada en cada nivel de carrera, debe referirse al periodo al que se solicita el reconocimiento de la carrera profesional y siempre, deberá tener relación con el puesto de trabajo que ocupe el profesional en el momento de solicitar el reconocimiento del nivel.

La formación continuada debería estar integrada como parte de la actividad cotidiana y considerar su preparación y desarrollo como tiempo de trabajo efectivo, dotando de recursos técnicos y económicos suficientes que garanticen su acceso a todos los

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

profesionales. Hecho que claramente no se ha recogido en ninguno de los modelos de la carrera profesional, significando una suma de méritos no construida sobre un adecuado desarrollo profesional y realmente de dudosa utilidad para los profesionales.

“En un modelo de intervención pública, basado en la protección de los intereses comunes por parte del Estado, las actuaciones dirigidas a incrementar la cualificación de la población activa refuerzan sus resultados cuando las acciones de formación previstas se enmarcan en una concepción integradora de la cualificación laboral, se formalizan nuevas modalidades de reconocimiento y se otorga un significado social al término conceptual de competencia”(de la Torre Prados, Isabel 2000:268). No se puede apreciar que esto haya sucedido con los modelos de carrera profesional puestos en marcha, lo correcto habría sido diseñar y aplicar una política de formación que contemplara una acción directa de formación y una acción complementaria orientada al reconocimiento de la acción formativa, apoyada en los actores económicos y los protagonistas del sistema de cualificación y planificada en el tiempo.

Sin duda alguna, esta premisa tampoco ha podido cumplirse por falta de tiempo y planificación de las acciones formativas. Por ello, es importante el desarrollo de esta línea de trabajo; la formación continuada debe ser planificada acorde al desempeño y al puesto de trabajo, bien organizada y que responda a las necesidades y a las competencias puestas en marcha en el desempeño diario. Para ello, será necesaria una definición previa de dichas competencias, así como una detección de carencias de las mismas de forma individualizada para todos los profesionales, de lo contrario los méritos relativos a formación continuada pueden convertirse en una acumulación de méritos curriculares de dudosa utilidad para los profesionales. Cuando los incentivos de un sistema, cualquiera que sea, están mal diseñados, se convierten en algo vano o vacío, sin querer entrar en otras cuestiones que podrían denominarse de “hipocresía profesional”.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

H8 Se espera demostrar si los modelos de carrera profesional pueden ayudar a facilitar a los profesionales el uso de las Nuevas Tecnologías para acceder a las fuentes de conocimiento, formación, etc.

Resultados:

La palabra tecnología en el factor o apartado de formación se encuentra exclusivamente en los modelos de Aragón y de Cataluña. En el modelo de Aragón en el punto 9.3 se señala textualmente: “se valora la formación recibida por el profesional, con el objetivo de adecuar sus conocimientos y habilidades a la realización de nuevos procesos, procedimientos o técnicas con el objetivo de incorporar los avances científicos y tecnológicos a su actividad asistencial y/o de gestión”(Acuerdo alcanzado en la mesa sectorial de sanidad sobre carrera profesional, retribuciones, políticas de empleo y tiempo de trabajo, jornada y horario de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. Boletín Oficial de Aragón , 144, 7 de diciembre de 2007).

En el modelo de Cataluña en el apartado de formación se valoran los “cursos de perfeccionamiento autorizados y/u organizados por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, el departamento correspondiente de las comunidades autónomas, universidades, escuelas universitarias, entidades gestoras de instituciones sanitarias de la seguridad social, organismos autónomos docentes dependientes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social...” (Resolución 2809/2003 de 15 de mayo de Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre las condiciones de trabajo del personal de las Instituciones Sanitarias del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Diario Oficial Generalitat de Catalunya, 3972, 22 de septiembre de 2003)

En esta hipótesis se comprueba que los modelos de carrera profesional, no valoran en ninguno de sus apartados la participación en programas innovadores que utilicen las nuevas tecnologías de la comunicación: Correo electrónico, Intranet. Nuevas tecnologías en general que supongan un verdadero canal de participación o la contribución en programas intercentros donde se propicie el uso de las TIC.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Los modelos de carrera tampoco demuestran que faciliten a los profesionales el uso de las nuevas tecnologías para acceder a las fuentes de conocimiento, formación, etc. En el modelo de la Rioja, la formación continuada a distancia u on-line se valora la mitad que la formación presencial. En el resto de CC. AA. no se han encontrado evidencias sobre este tema. Si bien es cierto que existe incontable formación on-line de baja calidad, debería favorecerse dicha metodología en las organizaciones sanitarias, determinando para qué temática en concreto, como por ejemplo para informática o idiomas y descartarla para conocimientos específicos del puesto de trabajo.

Interpretación-discusión:

Las nuevas tecnologías están transformando los modelos organizativos asistenciales, la actividad clínica, docente e investigadora, la enseñanza y el aprendizaje en la formación de los profesionales. Las organizaciones sanitarias deben saber aprovechar las ventajas que la tecnología les ofrece ya que éstas permiten crear organizaciones basadas en el conocimiento. Por último, se deben crear mecanismos que permitan la evaluación del impacto de las tecnologías en los cambios que se están experimentando en las organizaciones sanitarias.

RESULTADOS DE HIPÓTESIS VINCULADAS A LA RELACIÓN ENTRE CARRERA PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA.

H9 Se espera demostrar si la carrera profesional ha permitido el incremento de actividades de investigación y docencia de calidad

Los modelos de carrera profesional no demuestran que hayan permitido el incremento de actividades de investigación ni de la docencia de mayor calidad hasta la fecha actual. Expertos gestores señalan que a veces, los profesionales que se dedican a este tipo de actividades son los que más tiempo libre poseen porque se dedican menos a la actividad asistencial. Existe unanimidad en que deben crearse líneas de investigación estables, con claros objetivos. Se señala de forma repetida por parte de los expertos entrevistados y por el análisis de la bibliografía, que a los profesionales que por el entorno en que trabajan sea complicada la tarea de investigar (por ejemplo medio rural), o simplemente que no deseen investigar, se les debe permitir el acceso a niveles superiores de carrera profesional mediante la valoración de otros méritos.

Interpretación-discusión:

Es paradójico que por criterios de tiempo y espacio, profesionales con la especialidad recién terminada sean tutores de residentes, mientras que otros con amplio bagaje profesional no tengan acceso, bien por falta de tiempo o porque son “tan competentes” que no se puede perder su conocimiento en la actividad asistencial diaria.

El nivel de carrera profesional obtenido no tiene la importancia a la hora de obtener otro tipo de ventajas o privilegios que otros factores arbitrarios se tienen en cuenta en la actualidad. Ser tutor de residentes o participar en un proyecto FIS de investigación debería ser planteado como un premio, asociado a la consecución de un nivel de carrera profesional.

Por último, no se puede olvidar que el objetivo de un clínico no es la investigación, existiendo en este punto una confusión, ya que la carrera profesional no debería profesionalizar la investigación o la docencia, salvo que dicha profesionalización mejorase la actividad clínica diaria.

RESULTADOS DE HIPÓTESIS VINCULADAS A LA RELACIÓN ENTRE CARRERA PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS CORPORATIVOS DE GESTIÓN.

H10 Se espera demostrar si las competencias evaluadas en el modelo de carrera profesional se ponen verdaderamente al servicio de la organización sanitaria.

Resultados:

No se puede comprobar en su totalidad que las competencias evaluadas en los modelos de carrera estén al servicio de la organización y la población. Los expertos coinciden en que el elemento fundamental a valorar en la carrera profesional debería haber sido la calidad de la atención prestada en el trabajo diario, teniendo en cuenta que la calidad es realizar la mejor atención con los medios disponibles y, en segundo lugar el conjunto de actividades relacionadas con ésta (formación continuada, docencia, investigación y gestión), estableciendo un equilibrio que respete la proporción de cada una de ellas, priorizando la tarea asistencial diaria y teniendo en cuenta el lugar donde se ejerce, por ejemplo diferenciando entre medio rural y urbano, o entre centro de salud y hospital universitario. Se deben establecer medidas que compensen las desventajas de determinados entornos en el acceso a los distintos niveles de carrera profesional. En este punto la carrera profesional no demuestra haber servido para poner al servicio de la organización las competencias evaluadas.

Los modelos de carrera profesional valoran competencias como el trabajo en equipo, el compromiso con la organización o la comunicación. El resultado de esta valoración en los modelos de carrera ha sido una evaluación paralela con la actividad asistencial y el cumplimiento de productividad variable, dando por hecho que dichas competencias se poseían en los profesionales evaluados.

Es difícil evaluar competencias actitudinales en el SNS cuando no existe cultura de competencias y además, no se establece una definición de las mismas con comportamientos y evidencias asociados a cada una de ellas. Solamente el modelo de Andalucía ha evaluado los logros alcanzados por los profesionales en su práctica real

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

y diaria, a través de su programa de acreditación de competencias profesionales y que pretende promover el desarrollo profesional y la mejora continua. Este programa toma como fundamento metodológico y marco conceptual la gestión por competencias, como modelo integral que permite configurar, además, los procesos de selección, evaluación del desempeño, gestión de la formación, promoción e incentivación.

En el resto de CC. AA. no se encuentran evidencias de evaluaciones similares. Los resultados derivados de esta hipótesis nos hacen llegar a la conclusión que es difícil que las competencias evaluadas en los modelos de carrera profesional se pongan al servicio de la organización/población, cuando se desconocen por parte de los profesionales las evidencias asociadas a cada una de las competencias evaluadas.

Interpretación-discusión:

La adquisición de competencias debería ser un proceso dinámico y continuo que brindase a los profesionales la oportunidad de establecer nuevas rutas de desarrollo profesional continuo, permitiendo a su vez otros beneficios como el acceso a la carrera profesional. Los procesos de recertificación profesional deberían formar parte de los modelos de carrera profesional.

H11 Se espera demostrar si la carrera profesional supone un modo de conseguir una mayor retribución asociada a un mejor y mayor desarrollo profesional.

Resultados:

Se ha podido demostrar que la consecución de un nivel o grado de carrera profesional supone una mayor retribución mensual aunque si bien es cierto, se ha encontrado una gran heterogeneidad en la retribución de las diferentes CC. AA.

No se ha podido demostrar que dicha retribución esté asociada a un mejor y mayor desarrollo profesional. Las propias características del modelo al exigir un número de años de experiencia para poder acceder a un nivel de carrera, delimitan que a mayor

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

nivel se trata de profesionales con mayor experiencia y conocimientos, pero no por ello a un mayor desarrollo y satisfacción personal.

Interpretación-discusión:

Por tanto, se puede interpretar que la consecución de nivel lleva asociada una motivación extrínseca (incremento retribución) pero no se puede explicar que lleve asociada una motivación intrínseca, motivación que se asocia a un mayor desarrollo profesional que a fecha actual no lo es. Esta debería ser la discusión fundamental de los modelos de carrera, generar percepción interna en el profesional de que asiste a un verdadero desarrollo profesional individual.

H12 Se espera demostrar si la consecución de un nivel de carrera profesional está ligada a un reconocimiento de la comunidad profesional

Resultados:

Se puede confirmar casi totalmente que el nivel de carrera profesional no está ligado a un reconocimiento de la comunidad profesional, ni implícito ni explícito.

En el desarrollo de nuestro trabajo se ha podido demostrar que los profesionales no sólo desean ver reconocidos sus méritos mediante recompensas extrínsecas (recompensas económicas), sino que son más importantes las recompensas intrínsecas, como la satisfacción por avanzar en el conocimiento y las habilidades de la profesión, la percepción de sentirse experto y la percepción de que los esfuerzos por alcanzar la excelencia son apreciados y valorados por las entidades para las que trabaja.

La Carrera profesional ha tenido un “nulo impacto organizacional”, es decir, los colegas, sociedad y los usuarios en general, no han percibido cambio alguno con la puesta en marcha de los modelos de carrera profesional, con impacto nulo en la imagen pública pero con un coste de más de mil millones de euros anuales.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Interpretación-discusión:

La consecución de un nivel de carrera profesional debería haber sido algo realmente motivador y de reconocimiento público. Alguna solución que se ha planteado es reflejar en la tarjeta identificativa de los profesionales e informar a los usuarios del significado de un N1, N2, N3 ó N4, de su trascendencia y de su relevancia. Poseer un N3, será muestra de la experiencia del profesional y de otros elementos que garantizan el compromiso, la eficiencia y la calidad. Otros expertos señalan que esta solución no es buena, ya que podría interferir en la relación médico-paciente.

El SNS debe informar públicamente de la trascendencia de la carrera profesional; colegas, usuarios, pacientes y sociedad en general deben conocer la razón de ser de dicha herramienta.

H13 Se espera demostrar si los diferentes modelos de carrera profesional puestos en marcha son capaces de alinear los objetivos individuales con los objetivos de la organización

Resultados:

Se trata de una hipótesis que podría tener dos resultados diferentes. El primero cuando se evalúa la actividad asistencial. Si la actividad asistencial se valora de acuerdo al cumplimiento de objetivos, se puede demostrar que la carrera profesional ha sido capaz de alinear objetivos individuales con los objetivos de la organización. Otro argumento sería que se está retribuyendo dos veces el mismo concepto.

Pero en el caso de la obtención de otros fines puntuales como las horas de formación o la realización de un master, en numerosos casos se realizan acciones de formación que no tienen ninguna relación con los objetivos de la organización y por tanto, objetivos individuales y organizacionales no están alineados. La formación se recibe en horario de trabajo, debiendo cubrir a dicho profesional o dejando de realizar actividad asistencial como consecuencia de su ausencia, y en la carrera profesional se

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

le vuelve a gratificar. Una vez más, se paga dos veces el mismo concepto.

La carrera profesional posee de acuerdo a los modelos teóricos dos perspectivas: por un lado la persona y por otro la organización en la que se participa. Se comprueba en esta hipótesis que no todos los factores de evaluación de los modelos de carrera ofrecen una alineación entre objetivos individuales y objetivos organizacionales.

Interpretación-discusión:

Entre lo que hacen los sanitarios y lo que podrían hacer existe un gran abismo y la carrera profesional no ha servido para estrecharlo.

La carrera profesional en su esencia, debe tener como objetivo e intención principal la de mejorar las competencias profesionales individuales, la satisfacción de los profesionales y de forma indirecta, la de los pacientes, propiciando la orientación al logro de los profesionales a través de la mejora de su trabajo diario y transmitiendo el concepto de que la carrera profesional es independiente de la promoción interna u otro tipo de incentivos existentes en las organizaciones sanitarias.

H14 Se espera demostrar si los modelos de carrera profesional puestos en marcha suponen una aplicación en el sector sanitario de las técnicas de gestión empresarial.

Resultados

La carrera profesional ha demostrado ser un modelo teórico cercano a otros modelos propios de la gestión empresarial, bien modelos burocráticos o de carreras más profesionalizadas o de desarrollo. El inconveniente han sido los criterios derivados de su aplicación, primero, no han sido criterios aplicables a todo el territorio nacional, segundo, no responden a verdaderos criterios de calidad y consecución real de méritos y tercero, no han sido criterios homogéneos, lo cual no tiene que estar reñido con una aplicación de las técnicas de gestión empresarial en el mundo sanitario.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Si la finalidad inmediata de la carrera profesional desde el punto de vista de gestión empresarial, es conseguir una competencia sana entre los profesionales y un premio a sus méritos: asistenciales, científicos y docentes, siendo consecuencias directas derivadas de lo anterior, contar con profesionales más competentes, mejorar la gestión de los servicios sanitarios y perfeccionar el sistema sanitario, no podemos demostrar en su totalidad que la carrera profesional haya conseguido dicha finalidad, aunque parcialmente sí podemos demostrar que la carrera profesional ha evaluado y medido y por tanto premiado, la consecución de méritos profesionales de diversa índole.

Interpretación-discusión:

En el transcurso del tiempo los diferentes servicios de salud han ido negociando y unificando criterios. No obstante, muchas de las distorsiones podrían haberse solventado con el ejercicio de la función de coordinación y garante que le corresponde al Consejo Interterritorial del SNS y a la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio.

Desde este trabajo se ha propuesto la necesidad de crear un Observatorio de carrera profesional, operativo y eficiente, homologador, conciliador y homogeneizador de criterios. Un organismo centralizado que no sólo de respuesta a posibles dudas sino que tenga carácter de control y supervisión en la aplicación de los modelos de carrera profesional. Por último, dicho organismo debería ser el propulsor e innovador de cualquier técnica de gestión empresarial en las organizaciones, asesorando y potenciando su utilización, caminando juntos hacia una verdadera modernización del SNS.

SÍNTESIS Y REFLEXIÓN FINAL

Basándonos en los modelos de carrera profesional de las diferentes CC. AA. y que actualmente están en vigor, se puede concluir que el fenómeno de la carrera profesional en España es en realidad un proceso muy joven. Fue a partir de 2006, cuando comenzaron los procesos de negociación con las Mesas Sectoriales de las diferentes CC. AA. para poner en marcha la implantación de la carrera profesional y a 31 de diciembre de 2010, alguna comunidad como Galicia, no ha desarrollado su modelo de carrera profesional ordinario. Otras como Aragón si lo han desarrollado pero no la han puesto en marcha.

El conjunto de leyes que definen y aglutinan los conceptos de carrera profesional (Ley de cohesión y calidad, Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias y Estatuto marco) dejan el protagonismo a las CC. AA., reservando al Estado una función de cohesión y armonización, pero la realidad ha demostrado que ambos papeles son difíciles y que los resultados no son todo lo acertados que se hubiera deseado, en especial por las diferentes exigencias entre CC. AA. para acceder a los niveles de carrera profesional, lo que bajo el prisma del ciudadano resulta injusto e incluso, se ha llegado a señalar que los modelos de carrera profesional no respetan la igualdad consagrada en nuestra Constitución.

Independiente que las CC. AA. puedan mantener su idiosincrasia, urge homogeneizar criterios e ir hacia un modelo de carrera profesional basado en criterios profesionales donde las diferencias autonómicas sean mínimas.

Desde esta reflexión todavía queda mucho por ver y desarrollar sobre carrera profesional.

La carrera profesional todavía está a tiempo de ser una excelente herramienta de desarrollo profesional, siempre y cuando mantenga su propósito de ser la herramienta por excelencia que preserve los valores y actitudes de mantenimiento y desarrollo de la competencia.

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

Las profesiones sanitarias, en especial los médicos, necesitan un largo proceso de formación académica, son profesionales bien formados y motivados y se encuentran al finalizar su formación, una carrera profesional larga y monótona. Si las organizaciones sanitarias pretenden mantener la motivación, deberán ser capaces de ofrecer un futuro atractivo frente a cambios organizativos y tecnológicos. Es una obligación “casi moral” de un sistema público, facilitar a sus integrantes el derecho a una progresión profesional reglada; es decir, a una carrera profesional.

La carrera profesional debe ser un elemento incentivador que haga frente a los elementos desmotivadores que tiene el sistema, pero sobre todo que discrimine los mejores desempeños, y que al igual que los buenos objetivos, sea difícil alcanzarlos pero no imposible. Un objetivo mal diseñado es un objetivo vano y vacío.

El profesional también tiene una gran responsabilidad en su desarrollo profesional. La revisión y la reflexión deben ser las constantes en la actuación profesional sanitaria, ya que este proceso, es lo que nos lleva a desarrollarnos profesionalmente.

Las organizaciones sanitarias deben ser capaces de generar y multiplicar el talento con el que cuentan para alcanzar mayores objetivos de capacidad, compromiso y resultados.

Ambas responsabilidades; de los profesionales y de las organizaciones, pretenden ser abarcados en el modelo de carrera profesional que se presenta en este trabajo.

Para finalizar y en aras de evitar las perversiones que han tenido hasta ahora todos los sistemas de reconocimiento, el o los modelos de Carrera profesional que se apliquen definitivamente deben tratar de converger el interés individual de logro con el interés de la organización y los elementos de desarrollo de la gestión clínica, con los de desarrollo de la gestión organizacional. Para ello, tienen que ser muy evidentes aquellos resultados que tienen que ver con los valores centrales del sistema sanitario público o con otros considerados actualmente clave y que son los siguientes: la accesibilidad, la equidad, el paciente como centro de la decisión clínica, informando y respetando su autonomía, el trabajo en equipo multidisciplinar “de verdad”, la gestión

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

por procesos, la coordinación de niveles asistenciales y continuidad del tratamiento, el ahorro en servicios y prestaciones, la seguridad clínica, las competencias para la gestión clínica; conocimiento y aplicación de ese conocimiento y por último, la evidencia científica para la toma de decisiones clínicas.

LIMITACIONES DEL TRABAJO Y RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Desde el primer momento que se decidió el objetivo de nuestra investigación y su metodología descriptiva y exploratoria, fuimos conscientes de los riesgos que suponía. Sabemos que el tema escogido ha sido poco estudiado hasta el momento, no existiendo sobre el mismo, modelos prácticos de referencia o amplitud de bibliografía sobre carrera profesional como se hubiera deseado. Pero dichas dificultades han supuesto también un reto para la investigación, siendo conscientes del elemento creativo que en esta tesis se aporta al proponer un nuevo modelo de carrera profesional siguiendo la metodología del modelo de calidad EFQM.

Nuestra investigación ha girado en torno a una descripción de hechos a partir de los modelos teóricos definidos y dicha descripción aspira a servir de base a otros investigadores que deseen continuar o indagar en el conocimiento de los modelos de carrera profesional. Una buena descripción solo se puede hacer si se domina el marco teórico que permita integrar los datos y a la vez que éstos tengan el suficiente rigor para ser confiables y completos. Con la descripción se aspira haber sedimentado conocimientos que sean de provecho para otros profesionales, de tal modo que la utilidad de nuestro trabajo se proyecte más allá de sus límites estrictos. Esperamos que nuestro esfuerzo resulte de interés para muchos y que sea posteriormente utilizado.

Gracias al análisis de los datos se ha pretendido ofrecer algo más que una simple visión panorámica, se ha pretendido llegar a una explicación de la carrera profesional en España y de las consecuencias que esta ha supuesto. Aunque también somos conscientes de las limitaciones que el trabajo ha tenido en relación a los datos obtenidos: los procedimientos ordinarios de carrera profesional son recientes y sus resultados y consecuencias no tienen la suficiente perspectiva histórica para poder ser analizados, de ahí que esta sea una línea de investigación futura a desarrollar y continuar. La bibliografía analizada no aporta resultados clave sobre la aplicación de los modelos de carrera profesional. Las cifras relativas a los licenciados y diplomados vinculados del SNS no ofrecen una comparación adecuada respecto al número total de reconocimientos, ya que en comunidades como Canarias o Galicia el número de

Parte VI: Resultados hipótesis, reflexiones finales, limitaciones y recomendaciones para la intervención

reconocimientos de licenciados y diplomados sanitarios, es superior al número de profesionales que ofrecen los datos oficiales para dichas comunidades. La reticencia por parte de algunas CC. AA. a la hora de facilitar los datos sobre reconocimientos, cuando éstos deberían ser públicos y notorios.

A pesar de todas las limitaciones existentes en este trabajo, desde el punto de vista aplicado y como consecuencia de los resultados obtenidos en las diferentes hipótesis estudiadas, queremos finalizar este trabajo de tesis doctoral, con las tres recomendaciones más inmediatas que se deben afrontar en futuras investigaciones relacionadas con el tema:

1. Explorar y analizar las consecuencias derivadas de la aplicación de los modelos con suficiente perspectiva histórica desde tres prismas diferentes: económicas para el conjunto del SNS, sociales para la población y usuarios en su conjunto, e individuales para todos los profesionales sanitarios.
2. Poner en marcha planes estratégicos en todas las organizaciones, donde la formación continuada forme parte de un proceso planificado, que responda a una detección previa de necesidades y palie las carencias encontradas en el desempeño del puesto de trabajo, respondiendo así a un verdadero desarrollo profesional individual.
3. Estudiar el impacto de diferentes tecnologías en el incremento de conocimiento y habilidades de los profesionales sanitarios del SNS, así como su posterior relación con la carrera profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- “El Capital Humano, eje vertebrador de nuevos escenarios de salud: XII Congreso RRHH en la sanidad”. 2009. *Actualidad del Derecho Sanitario* III, 157: 85-100.
- “360 grados de información. El feedback múltiple como herramienta para potenciar la mejora personal”. 2005. *Qualitas Hodie*, 105: 43-45.
- “El conflicto de normas estatutarias abre un nuevo frente de litigios: XI Congreso RRHH en la Sanidad”. 2008. *Actualidad del Derecho Sanitario*, 146: 105-120.
- Adams, J. S. 1965. "Inequity in Social Exchange". Pp. 267-299 en *L. Berkowitz advances in experimental social psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2008. "Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (Indicadores Hospitalarios)". Madrid: Instituto de Información Sanitaria.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2008. "Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Indicadores Hospitalarios. Evolución 2000-2008 (Informe Resumen)". Madrid: Instituto de Información Sanitaria.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2009. "Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (Indicadores Hospitalarios)". Madrid: Instituto de Información Sanitaria.
- Alarcón García, M. J. 2006. "Desarrollo de la Carrera Profesional". Pp. 39-64 en *Competencias y habilidades profesionales para universitarios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Alcover, C. M. y Gil, F. 2002. "Crear conocimiento colectivamente: aprendizaje organizacional y grupal". *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 18: 259-301.
- Alles, M. 2008. *Desarrollo del talento humano basado en competencias*. Buenos Aires: Granica.
- Almeida Souza, A. M. 2008. "El permanente desafío para mantener las competencias profesionales". *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 6(4):681-690.
- Alonso, E. 2002. "El Discurso de la sociedad de la información y el declive de la reforma social. Del management del caos al caos del Management". Pp. 471-501 en *¿Más allá de la modernidad? Las dimensiones de la Información, la comunicación y sus nuevas tecnologías*. Madrid: CIS.

- Arnalich Fernández, F. 2010. "Adaptación del nuevo grado en medicina al espacio europeo de educación superior. ¿Cuál ha sido la aportación de Bolonia?". *Revista Clínica Española*, doi:10.1016/j.rce.2010.07.001
- Arnold, M. y Epstein, M. D. 2006. "Paying for performance in the United States and abroad". *The New England Journal of Medicine*, 355: 406-408.
- Arribas Águila, D. y Benavides, T. "Como soy y como me ven los demás. Ser directivo desde la perspectiva 360º". *T & DD*: 11-15.
- Bandura, A. 1982. "Determinismo recíproco". Pp. 226-249 en *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. 1986. "Incentive motivators". Pp. 228-282 en *Dovils foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: prentice hall.
- Barquero González A., González Losada, S. y León López, R. 2006. "El perfil profesional del directivo de enfermería como gestor organizativo y los nuevos retos del espacio europeo de educación superior". *Revista de Educación*, 8: 107-118.
- Barquero González, A. 2001. "Evaluación de las necesidades de formación relacionadas con la gestión y la calidad asistencial de los profesionales de enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía". Universidad de Huelva: Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Educación.
- Barranco, F. J. 1993. *Planificación estratégica de Recursos Humanos del marketing Interno a la planificación*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Beck, U. 2000. *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bengoa, R. 1996. "Los primeros pasos para una reforma sanitaria: incorporar a los profesionales de la salud". *Boletín de Estudios Económicos*, 51: 517-529.
- Blouin, S. y McDonagh K.J. 2006. "Leading tomorrow's healthcare organizations". *The Journal of Nursing Administration*, 36 (6): 325-330.
- Bohígas, L. 2003. "La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud". *Gaceta Sanitaria*, 17 (4): 316-318.
- Bosch, N. y Espasa M. 2009. "La financiación del gasto social local en la Unión Europea de los quince". Pp. 137-162 en *La situación social en España*. Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bourdieu, P. 2000. "Las Formas del capital: capital económico, capital cultural y capital social". Pp. 131-164 en *Poder, Derecho y Clases Sociales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Bravo González, I. y López Romito F.S. 2003. "Formación y Gestión de Competencias". *Herramientas: Revista de Formación y Empleo*, 71: 36-41.

- Bruguera Cortada, M. y Pardell Alenta, H. 2006. "El desarrollo profesional continuo desde la perspectiva de los colegios médicos". *Jano: Medicina y humanidades*, 1626: 60-65.
- Brunet, I. y Belzunegui A. 2003. *Flexibilidad y formación. Una crítica sociológica al discurso de las competencias*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Burack, E. H. 1990. *Planificación y aplicaciones creativas de Recursos Humanos. Una orientación estratégica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Bureau, V. y Karsten, V. 2006. "Institutions and the dynamics of governance: Pathways of Medical Governance in Europe". Abstract presentado en el Congreso *Det sundhedspolitiske område i komparativ perspektiv*, Aalborg University.
- Caballero, J. J. 1999. Interaccionismo simbólico: Escuela de Chicago (Blumer) y Escuela de Iowa (Kuhn). *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 14: 51-66.
- Calderón, J. Á. y López Calle, P. 2010. "Transformaciones del trabajo e individualización de las relaciones laborales. La emergencia de nuevas formas de resistencia en el trabajo". *Revista Sociología del Trabajo*, 68: 3-26.
- Campion, M. y Lord, R. G. 1982. "A control systems conceptualization of the goal-setting and changing process". *Organizational behavior and human performance*, 30: 265-287.
- Campos, P. M. 1994. "Estructuras político-administrativas y salud pública en España". *Revista Sanitaria Higiene Pública*, 68: 57-64.
- Carazo Muriel, J. A. 2003. "La filosofía de aprender para crear valor en Caja Madrid". *Revista Capital Humano*, 168: 30-39.
- Carnoy, M. 1983. "Economía y Educación". *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, 12: 17-57.
- Carnoy, M. 1999. "Una Definición de la globalización". *Leviatán: Revista de Hechos e Ideas*, 77-78: 59-62.
- Carnoy, M. 2005. "La Búsqueda de la igualdad a través de las políticas educativas: alcances y límites". *Revista Electrónica Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3 (2): 1-14.
- Carrasquer Oto, P. y Martín Artilles, A. 2005. "La política de conciliación de la vida laboral y familiar en la negociación colectiva. Un aspecto de la estrategia europea de empleo". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(1), 131-150.
- Casabona, R. 2002. "Gestión del conocimiento en los hospitales". *Revista Todo Hospital*, 184:106-110.
- Castel, R. ed. 1997. *La Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Castillo, J. J. 1998. "El significado del trabajo hoy". *Revista REIS*, 82: 215-229.
- Castón Boyer Pedro. 1996. "La sociología de Pierre Bourdieu". *Revista REIS*, 76: 75-97.
- Catalá Villanueva, F. J. y de Manuel Keenoy, E. 1998. *La salud pública y el futuro del estado del bienestar: Informe SESPAS 1998*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Cejas, M. "La formación basada en competencia laboral".2002. *Revista Faces. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*.
- Cervera Soto, S. 1999. "La Sanidad en un siglo de la historia de España 1898-1998. Cien años después". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22: 141-154.
- Chang, P., Chou, Y. y Cheng, F. 2006. "Designing career development programs through understanding of nurses career needs". *Journal for nurses in staff development*, 22(5): 246-253.
- Charrier, F., Herrera J. y López J. 2008. "Presente y futuro de la formación en habilidades en las empresas del IBEX 35 (I)". *Capital Humano XXI*, 221: 68-72.
- Clark, P., Stewart J. y Clark D. 2006. "Globalización del Mercado Laboral de los profesionales de la sanidad". *Revista Internacional del Trabajo*, 125 (1-2): 41-70.
- Clúa Espuny, J.L y Aguilar Martín, C. 1998. "La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta". *Atención Primaria: publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 22 (5): 308-313.
- Conde Olasagasti, J. L. 2000. "El desarrollo de la ordenación de prestaciones en el Sistema Nacional de Salud (SNS)". *Revista de Administración Sanitaria*, 4: 89-103.
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). 1994. "Crisis Hospitalaria: presente y futuro de los Hospitales Españoles."I Conferencia de Consenso sobre hospitales. Escuela Nacional de Sanidad Madrid, Ediciones Madrid.
- Consultoría i Gestió, S.A. y Sanofi Aventis. 2007. *Proyecto de Investigación sobre reinvencción del Hospital*. Barcelona: Consultoría i Gestió; Sanofi Aventis.
- Coriat, B. ed.1979. *El Taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cuenca Solanas, M. 2002. "Formación continuada y autoevaluación. Revisión de conocimientos sobre situaciones que afectan al bienestar del paciente: Competencias en la práctica profesional". *Revista Enfermería Intensiva*, 13 (2): 85-90.

- Culyer, T. 2006. "Paying for performance: neither the end of the beginning nor the beginning of the end ". *Healthcare Papers*, 6 (4): 34-38.
- Daniels, N., Bryant, J.; Castano, R.A.; Dantes, O.G.; Khan, K.S. y Pannarunothai, S. 2000. "Benchmarks of fairness for Health Care Reform: A Policy tool for developing countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6): 740-749.
- Danvila del Valle, I. y Sastre Castillo, M. A. 2005. "Problemas y propuestas de medición de la formación en la empresa". *Cuadernos de Estudios Empresariales*, 15:27-45.
- de Andrés Rivero, M. A. y de Andrés Rivero, E. 2006. *La pirámide hueca. Conciliación de la vida profesional y personal*. 1ª ed. España: ESIC.
- de la Loma Segarra Cañamares, M. y Montoya Miguel, I. 2002. "Feedback 360 °: evaluación a la supervisión". *Revista de Gestión Hospitalaria*, 13(3): 111-116.
- de la Peña, R. 1991. *Cómo acercarse a la Sociología*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Gobierno del Estado de Querétano: Limusa.
- de la Torre Prados, I. 2000. "La dimensión social del capital humano. Formación ocupacional y formación continua". *Papeles de Economía Española*, 86: 266-279.
- de la Torre Prados, I. 2000. "La dimensión social del capital humano. Formación ocupacional y formación continuada". *Papeles de Economía Española*, 86: 266-279.
- de la Torre Prados, I. 2009. "Fundamentos de la Responsabilidad Social de la Empresa". *Revista de Responsabilidad Social de la empresa*, 1: 71-86.
- de Sancho Martín, J. L. 2005. "El Sistema Nacional de Salud y las políticas de recursos humanos: Análisis (crítico) y perspectivas de futuro". *Revistas Arbor*, CLXXX, 710: 411-416.
- de Sande, M.J. 2011. *Calidad educativa desde el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) en la educación secundaria obligatoria*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Deci, E. L. y Vroom V. H.1992. *Management and motivation: selected readings*. 2nd ed. Londres: Penguin Books.
- del Llano, J., Martínez-Cantarero, J., Gol, J. y Raigada, F. 2002. "Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles". *Revista Gaceta Sanitaria*, 16(5): 408-416.
- Departamento de Recursos Humanos de Necso. 2005. "El proyecto Necso hace cantera". *Revista Capital Humano*,18: 96-99.
- Devillard, M. J. 1990. "La construcción de la salud y de la enfermedad". *Revista REIS*, 51:79-89.
- Díaz Fernández, J.L. 1997. "Algunos tópicos sobre la gestión hospitalaria". *Revista de Administración Sanitaria*,1, 2: 117-131.

- Díaz, J. A. 1994. "Dos décadas de evaluación de tecnologías: del enfoque tecnocrático al diseño actual". *Revista Sistema*, 123: 95-123.
- Diví Tormo, A. 2003. "Un plan de formación basado en competencias vinculadas a la visión, misión y valores de la empresa". *Aedipe: Revista de la Asociación Española de Dirección de Personal*, 28: 48-51.
- Duarte Nunes, E. 1994. "La importancia del estudio de la Sociología Médica: un texto del siglo XIX". *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 17: 313-323.
- Eraut, M. 2003. *Developing Professional Knowledge and Competence*. Philadelphia: Taylor & Francis e-Library.
- Escribano Collado, P. 2003. "La Cohesión del Sistema Nacional de Salud: las Funciones del Consejo Interterritorial". *Revista Andaluza de Administración Pública*, 52: 11-34.
- España 1978. *Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado 311: 29313-29424, 29 de diciembre de 1978.
- España. 1823. "Decreto de Fernando VII". *Gaceta de Madrid* 93: 843, martes 7 de octubre de 1823.
- España. 1849. "Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849". Ministerio de la Gobernación del Reino. *Gaceta de Madrid* 5398:1-3, 20 de junio de 1849.
- España. 1855. "Ley de Sanidad de 1855". *Gaceta de Madrid* 1068, 7 de diciembre de 1855.
- España. 1873. "Ley de 24 de julio sobre el trabajo de menores y mujeres". *Gaceta de Madrid* 209: 1193, 28 de julio de 1873.
- España. 1898. "Real Decreto para el régimen de los Colegios Médicos y Farmacéuticos". *Gaceta de Madrid* 105: 195-200, 15 de abril de 1898.
- España. 1900. "Ley de accidentes de trabajo de 1900". *Gaceta de Madrid* 31: 363-364, 31 de enero de 1900.
- España. 1917. "Real Decreto por el que se celebrará en Madrid del 24 al 31 de octubre de 1917 una Conferencia técnico social encargada de proponer los medios más adecuados para la implantación de seguros sociales obligatorios". *Gaceta de Madrid* 212: 306-308, 31 de julio de 1917.
- España. 1919. "Real Decreto sobre paro forzoso de 1919". Boletín Oficial del Estado 78: 1049-1050, 19 de marzo de 1919.
- España. 1921. "Reglamento General para el Régimen Obligatorio del Retiro Obrero". Instituto Nacional de Previsión, 23: 1-39, 21 de enero de 1921.
- España. 1926. "Real Orden sobre permiso de maternidad". *Gaceta de Madrid* 259:1626-1627, 16 de septiembre de 1926.
- España. 1929. "Real Decreto- Ley sobre Seguro de Maternidad con carácter obligatorio". Boletín Oficial del Estado 83: 2202-2206, 24 de marzo de 1929.

- España. 1931. “*Constitución de la Segunda República Española*”. Gaceta de Madrid 344: 1-24, 10 de diciembre de 1931.
- España. 1932. “Ley de accidentes de trabajo”. Gaceta de Madrid 189: 179-180, 7 de julio 1932.
- España. 1938. “Fuero del Trabajo del 9 de marzo de 1938”. Boletín Oficial del Estado 505: 6173-6181, 10 de marzo de 1938.
- España. 1939. “Ley de 1 de septiembre de 1939, sustituyendo el régimen de capitalización en el Retiro Obrero por el de pensión fija, aumentando la pensión actual y convirtiendo las cajas colaboradoras en delegaciones del Instituto Nacional de Previsión”. Boletín Oficial del Estado 252, 9 de septiembre de 1939.
- España. 1940. “Ley de 26 de enero de 1940 sobre Unidad Sindical”. Boletín Oficial del Estado 31: 772-773, 31 de enero de 1940.
- España. 1942. “Ley 14 de diciembre de 1942 por el que se crea el seguro obligatorio de enfermedad”. Boletín Oficial del Estado 361:10592-10597, 27 de diciembre de 1942.
- España. 1944. “Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional”. Boletín Oficial del Estado 331: 8908-8936, 26 de noviembre de 1944.
- España. 1944. “Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)”. Boletín Oficial del Estado 361:10592-10597, 14 de diciembre de 1942.
- España. 1945. “Fuero de los Españoles”. Boletín Oficial del Estado 199: 358-360, 18 de julio de 1945.
- España. 1945. “Orden 8 de septiembre de 1945 por el que se aprueba el Reglamento de la Organización Médica Colegial”. Boletín Oficial del Estado 257: 1729-1743, 14 de septiembre de 1945.
- España. 1947. “Decreto de 10 de enero de 1947 por el que se crea el Seguro de Enfermedades Profesionales”. Boletín Oficial del Estado 21: 486-490, 21 de enero de 1947.
- España. 1947. “Decreto de 18 de abril de 1947 por el que se crea la Caja Nacional del Seguro de Vejez e Invalidez y preparando un sistema de protección para este último riesgo”. Boletín Oficial del Estado 125, 5 de mayo de 1947.
- España. 1947. “Orden de 18 de junio de 1947 por la que se establecen normas para la aplicación del Decreto de 18 de abril de 1947 que regula los beneficios del Seguro de Vejez e Invalidez”. Boletín Oficial del Estado 171, 20 de junio de 1947.
- España. 1955. “Decreto-Ley de 2 de septiembre de 1955 por el que se eleva la prestación del Seguro de Vejez e Invalidez”. Boletín Oficial del Estado 296: 6371-6372, 23 de octubre de 1955.

- España. 1958. "Ley fundamental de 17 de mayo de 1958 por la que se promulgan los principios del movimiento nacional". Boletín Oficial del Estado 119: 4511-4512, 19 de mayo de 1958.
- España. 1961. "Ley 62/1961 de 22 de julio por la que se implanta el Seguro Nacional de Desempleo". Boletín Oficial del Estado 175: 11006-11009, 24 de julio de 1961.
- España. 1963. "Ley 193/1963 de 28 de diciembre sobre Bases de la Seguridad Social". Boletín Oficial del Estado 312: 18181-18190, 30 de diciembre de 1963.
- España. 1966. "Decreto 2959/1966 de 24 de noviembre por el que aprueba con carácter provisional el Reglamento sobre colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo". Boletín Oficial del Estado 285: 14985-14992, 29 de noviembre de 1966.
- España. 1974. "Orden de 26 de diciembre de 1974 por la que se crea la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria". Boletín Oficial del Estado 311: 26336-26337, 28 de diciembre de 1974.
- España. 1978. "Real Decreto Ley 36/1978 sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo". Boletín Oficial del Estado 276: 26246-26249, 16 de noviembre de 1978.
- España. 1986. "Ley 14/1986 Ley General de Sanidad". Boletín Oficial del Estado 102: 15207-15224, 29 de abril de 1986.
- España. 1989. "Real Decreto 1088/1989 de 8 de septiembre por el que se extiende la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes". Boletín Oficial del Estado 216: 28657-28658, 9 de septiembre de 1989.
- España. 1995. "Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud". Boletín Oficial del Estado 35: 4538-4543, 10 de febrero de 1995.
- España. 1996. "Real Decreto-Ley 10/1996 de 17 de junio sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD". Boletín Oficial del Estado 147: 19950-19951, 18 de junio de 1996.
- España. 1997. "Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud". Boletín Oficial del Estado 100: 13449-13450, 26 abril 1997.
- España. 1998. "Acuerdo del Consejo de Gobierno de Madrid por el que se establece la Carrera Profesional para Facultativos Especialistas en el Hospital Gregorio Marañón", 4 de junio de 1998.
- España. 1998. "Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad al Convenio Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias". Boletín Oficial del Estado 38: 5344-5345, 13 de febrero 1998.

- España. 1999. "Ley foral 11/99 del sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea". Boletín Oficial de Navarra 43: 2704, 9 de abril de 1999.
- España. 2000. "Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social". Boletín Oficial del Estado: 1139-1150, 11 de enero de 2000.
- España. 2000. "Real Decreto 29/2000 sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado 21: 3134-3148, 14 de enero.
- España. 2003. "Decreto 278/2003 de 13 de noviembre por el que se aprueba y desarrolla el modelo de Carrera Profesional del Personal Facultativo del Servicio Canario de Salud". Boletín Oficial de Canarias 223: 18668, 14 de noviembre de 2003.
- España. 2003. "Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias". Boletín Oficial del Estado 280: 41442-41458, 22 de noviembre de 2003.
- España. 2003. "Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud". Boletín Oficial del Estado 301: 44742-44763, 17 de diciembre de 2003.
- España. 2003. "Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud". Boletín Oficial del Estado 128: 20567, 29 de mayo 2003.
- España. 2003. "Resolución 2809/2003 de 15 de mayo de Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre las condiciones de trabajo del personal de las Instituciones Sanitarias del Instituto Catalán de la Salud (ICS)". Diario Oficial Generalitat de Catalunya 3972: 18209, 22 de septiembre de 2003.
- España. 2005. "Decreto 155/2005 de 9 de junio de Régimen extraordinario de reconocimiento del desarrollo profesional del personal estatutario de las categorías de licenciados sanitarios del Servicio Gallego de Salud previo a la implantación del régimen de desarrollo profesional al que se refiere la ley 44/2003, de 21-11-2003 de RCL 203/2724 de ordenación de las profesiones sanitarias". Diario Oficial de Galicia 112: 10212, 13 de junio de 2005.
- España. 2005. "Moción del grupo parlamentario popular por la que se insta al Gobierno a la adopción de diversas medidas para el establecimiento de principios y criterios de carrera profesional aplicados en los Servicios Regionales de Salud, con el consenso de todas las CC. AA.". Boletín Oficial de las Cortes Generales 202: 1-20, 4 de abril de 2005.
- España. 2006. "Acuerdo de 12 de diciembre de 2006 de la Mesa Sectorial de Sanidad por el que se establecen las bases del sistema de Carrera Profesional para los médicos y otros licenciados sanitarios especialistas y no especialistas; enfermeras y otros diplomados sanitarios; y la promoción profesional para el personal sanitario de los grupos C y D y del personal no sanitario de los grupos A,B,C,D y E del Servicio Murciano de Salud". Pp. 1-14.

- España. 2006. "Acuerdo de 24 de octubre de 2005 sobre Carrera y Desarrollo Profesional en el Servicio Extremeño de Salud". Diario Oficial de Extremadura 19: 2114-2118, 14 de febrero de 2006.
- España. 2006. "Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad sobre sistema de promoción, desarrollo profesional y carrera profesional del personal dependiente del Servicio de Salud Islas Baleares". Boletín Oficial Islas Baleares 189: 57, 30 de diciembre de 2006.
- España. 2006. "Acuerdo entre el Servicio de Salud Andaluz y los Sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de política de personal para el periodo 2006-2008". Boletín Oficial Junta de Andalucía 146: 32-46, 31 de julio 2006.
- España. 2006. "Acuerdo por el que se regula el modelo de Carrera Profesional y los criterios generales para el Desarrollo Profesional del personal estatutario de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud". Boletín Oficial de Cantabria 170: 10819-10828, 4 de septiembre de 2006.
- España. 2006. "Decreto 117/2006 de 28 de noviembre por el que se regula la Carrera Profesional de Licenciados y Diplomados Sanitarios del Servicio de Salud de Castilla la Mancha". Diario Oficial de Castilla-la Mancha 250: 26245, 1 de diciembre de 2006.
- España. 2006. "Resolución 17/2006 de 19 de enero, de la Directora General de Osakidetza-Servicio vasco de Salud, por la que se regula el reconocimiento de nivel de desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo de nivel de licenciados sanitarios con relación de empleo de carácter fijo y prestar servicios en las organizaciones de servicios dependientes de Osakidetza-Servicio vasco de Salud". Boletín Oficial País Vasco 25: 1960-1976, 6 de febrero de 2006.
- España. 2006. "Resolución de 23 de enero de 2006, por la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la publicación del Acuerdo suscrito entre el Servicio Extremeño de salud y las organizaciones sindicales. Diario Oficial de Extremadura 19: 2114-2118, 14 de febrero de 2006
- España. 2006. "Resolución de 28 de julio de 2006 por la que se ordena la publicación del acuerdo suscrito por la Administración Sanitaria y las organizaciones sindicales que regula el acceso extraordinario a la Carrera Profesional del personal diplomado sanitario con vínculo estatutario fijo en las instituciones sanitarias del Sergas y las bases de negociación del régimen definitivo de carrera profesional publicada el 11 de agosto de 2006". Boletín Oficial de Galicia 155: 12773.
- España. 2006. "Sistema de Carrera Profesional en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Consellería de Sanidad". Diario Oficial Comunidad Valencia 5259: 17289, 16 de mayo de 2006.
- España. 2007. "Acuerdo alcanzado en la mesa sectorial de sanidad sobre carrera profesional, retribuciones, políticas de empleo y tiempo de trabajo, jornada y horario de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud". Boletín Oficial de Aragón 144: 16922, 7 de

diciembre de 2007.

- España. 2007. "Acuerdo de 25 de enero de 2007, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid por el que se aprueba el acuerdo de 5 de diciembre de 2006 alcanzado en la Mesa Sectorial de Sanidad entre la Consejería de Sanidad y Consumo y las organizaciones sindicales presentes en la misma sobre carrera profesional de licenciados sanitarios y diplomados sanitarios". Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid 32: 16-32, 7 de febrero de 2007.
- España. 2007. "Acuerdo en materia de carrera y desarrollo profesional del Convenio Colectivo de trabajo de aplicación en la Fundación Hospital Calahorra para los años 2005, 2006 y 2007". Boletín Oficial de la Rioja 102: 11122, 12 de abril de 2007.
- España. 2007. "Decreto 18/2007 de 23 de enero por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Público de Andalucía". Boletín Oficial Junta de Andalucía 21: 13-15, 29 de enero de 2007.
- España. 2007. "Ley 7/2007, de 12 de abril del Estatuto Básico del Empleado Público". Boletín Oficial del Estado 89: 16270-16299, 13 de abril de 2007.
- España. 2007. "Resolución 506/2007 de 31 de mayo, de la Directora General de Osakidetza-Servicio vasco de Salud, por la que se regula el reconocimiento de nivel de desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo profesional B.1 del Ente público de Derecho Privado de Osakidetza-Servicio vasco de Salud" Boletín Oficial del País Vasco 115: 14441-14459 15 de junio 2007.
- España. 2007. "Resolución de 14 de febrero de 2007, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se dispone la publicación del acuerdo de 27 de diciembre de 2006, sobre la carrera y desarrollo profesional de los empleados públicos del Principado de Asturias". Boletín Oficial del Principado de Asturias 56: 2-15, 8 de marzo de 2007.
- España. 2007. "Resolución de 25 de septiembre de 2007 del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el suscrito entre la Administración Sanitaria-INGESA y las organizaciones sindicales por el que se define e implanta la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario que presta sus servicios en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y por el que se establece el marco de negociación de la carrera profesional para el resto de los profesionales de los artículos 6.2 b) y 7 del Estatuto Marco". Boletín Oficial del Estado 220, 6 de octubre de 2007.
- España. 2008. "Ley Foral 8/2008, de 30 de mayo que establece el sistema de carrera profesional del personal diplomado sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y aprueba un suplemento de crédito para su financiación". Boletín Oficial de Navarra 81: 8267, 6 de junio de 2008.

- España. 2008. "Orden de 28 de octubre de 2008 por el que se establece el acceso a la carrera profesional del personal laboral del sector sanitario público gestionado por entidades adscritas a la Consellería de Sanidad e integrado en el régimen estatutario por los procesos previstos en el Decreto 91/2007, de 264-2007 (LG 2007/196)". Diario Oficial de Galicia 213: 19991, 3 de noviembre de 2008.
- España. 2008. "Resolución de 21 de enero de 2008 por el que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el suscrito entre la Administración sanitaria- INGESA y las organizaciones sindicales, por el que se define e implanta la Carrera Profesional y del personal de gestión y servicios que desarrolla su actividad en los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria". Boletín Oficial del Estado 31: 6391, 5 de febrero de 2008.
- España. 2008. "Resolución de 29 de octubre de 2008, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, por la que se convoca, con carácter abierto y permanente, proceso de acceso al modelo de carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud y de promoción y mantenimiento de niveles de Carrera Profesional reconocidos para Licenciados y Diplomados sanitarios". Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 240: 46-51, 3 de diciembre de 2008.
- España. 2009. "Decreto 43/2009 por el que se regula la Carrera Profesional del Personal Estatutario de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla León". Boletín Oficial de Castilla León 125: 20084, 3 de julio de 2009.
- España. 2009. "Ley 6/2009, de 16 de noviembre de libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid". Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid 274, miércoles 18 de noviembre de 2009.
- España. 2009. "Resolución de 30 de julio de 2009, del Presidente del Servicio Riojano de Salud, por la que se regula el procedimiento del reconocimiento del grado I, II y III correspondiente al periodo ordinario, de la carrera profesional para el personal Licenciado y Diplomado de los Centros e Instituciones Sanitarias del Servicio Riojano de Salud". Boletín Oficial de la Rioja 105: 4851, 11 de agosto de 2009.
- España. 2010. "Real Decreto 459/2010, de 16 de abril de 2010 por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea". Boletín Oficial del Estado 107: 39032-39056, 3 de mayo de 2010.
- España. 2010. "Decreto 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid". Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid 189, lunes 9 de agosto de 2010.

- España. 2010. "Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario". Pleno del Congreso de 20 de octubre de 2010: 1-157.
- España. 2011. "Borrador Estatuto del Personal Docente e Investigador de las Universidades Públicas Españolas". Madrid: Ministerio de Educación. Secretaria General de Universidades, 24 de mayo 2011.
- España. 2011. "Real Decreto 1147/2011, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo". Boletín Oficial del Estado 182: 86766-86800, 30 de julio de 2011.
- España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. *Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud: (Acuerdo Parlamentario de 18 de diciembre de 1997)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Esping-Andersen, G. 1998. "El Estado de Bienestar" Pp. 27-36. en *El Estado de Bienestar. Perspectivas y límites*. España: Universidad de Castilla la Mancha.
- Esping-Andersen, G. 2000. "Estados de Bienestar y Familia". Pp.731-744 en *Las estructuras del bienestar en Europa*. Madrid: Editorial Civitas.
- Estévez-Lucas, J. y Ruiz, D. A. 2004. "Carrera profesional y formación continuada". *Revista de Calidad Asistencial*, 19, 431-431.
- Evans, R. 2009. "Satisfaction guaranteed: The future of payment by results?". *Health Service Journal*, 12-13.
- Eymann, A. M., Maxit, C., Cacchiarelli, N., Imach, E. y Wahren, C. 2005. "La vestimenta del médico pediatra en el consultorio hospitalario". *Arch. argentina pediatría*, 103(3):212-217.
- Ferrández Serrano, V. y Trigueros Pina, J. A. 2003. "Dirección por objetivos y retribución variable: indicadores de gestión". *Partida Doble*: 34-45.
- Flanney, T. P., Hofrichter, D. A y Paul E. Platten. 1997. *Personas, desempeño y pago. Compensación dinámica para el nuevo entorno de negocios*. 1 th ed. Buenos Aires: Paidós.
- Freidson, E. "Viewpoint: Sociology and medicine: a polemic". University of London special lecture series: 208-219.
- Freidson, E. 1978. *La profesión médica. Un estudio de Sociología del conocimiento aplicado*. España: Ediciones Península.
- Freidson, E. 1990. "The centrality of professionalism to Health Care". *Jurimetrics Journal*: 431-445.
- Freire, J. M., Repullo Labrador, J. R., Oteo Ochoa, L. A. y Oñorbe, M. 2011. *Libro Blanco de la sanidad de Madrid*. Madrid: Licencia Creative Commons.

- Fresneda Fuentes, M. S. 1998. "La reorientación en la gestión hospitalaria: estudios de caso". *Revista Administración Sanitaria*, 2, 7: 99-114.
- Galván Ruiz, A. y Méndez Ferrer, J. B. 2009. "Gestión por competencias: acreditación y carrera profesional". *Rehabilitación*, 43: 96-100.
- Gálvez Zaloña, R. 1997. "Algunas reflexiones sobre las perspectivas de cambio en la gestión hospitalaria". *Revista de Administración Sanitaria*, 1 (2): 87-95.
- Gans, David N. 2009. "What you reward, you get-and lots of it". *Medical Group Management Association*: 17-18.
- García Armesto, S., Abadía, B., Durán, A. y Bernal, E. 2010. "Análisis del sistema sanitario. Resumen y Conclusiones". Observatorio Europeo de políticas y sistemas de salud. Abstract: 1-35.
- García Ferrando, M., Alvira, F. y Ibáñez J. 2007. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. 3th ed. Madrid: Alianza Editorial.
- García Pérez, M. A. y Amaya Pombo, C. 2007. "Una sanidad necesitada de liderazgo profesional". *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2): 275-282.
- García Zaldívar, L., Caralps Masramon M., Arribas Cunillera R., Gurdiel Fernández C. y Morón Bermejo P. 2006. "Competencias: construyendo desde la práctica". *Revista Rol de Enfermería*, 29 (12): 832-837.
- García-Goñi, M. 2006. "Diferencias y similitudes entre los procesos de adopción de innovaciones tecnológicas y organizacionales en los hospitales". *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl 2), 51-62.
- Garmendia, J. A. 1995. "Modelos organizativos. Tres casos empíricos de empresas". *Revista REIS*, 69: 89-104.
- Garmendia, J. A. 2004. "The impact of corporate culture on company performance". *Current Sociology*, 52 (6): 1020-1039.
- Garmendia, J. A. 2010. "Responsabilidad social corporativa: una nueva cultura para la excelencia". *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 35: 141-158.
- Gattiker, U. E. y Larwood, L. 1988. "Predictors for managers career mobility, success and satisfaction". *Human Relations*, 41 (8): 569-591.
- Generalitat de Catalunya and ESADE Business School. 2010. "Estratègies per a la planificació de les professions sanitàries. Síntesi de reflexions estratègiques". Barcelona: Generalitat de Catalunya and ESADE Business School.
- Generalitat de Catalunya. 2003. *Libro Blanco De Las Profesionales Sanitarias de Cataluña*. 1th ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

- Generalitat de Catalunya. Institut d'estudis de la Salut. 2010. *El futur de les professions sanitàries a Catalunya. Tendències i propostes*. Barcelona: Generalitat de Catalunya
- Gérvas Camacho, J. 2008. "La Carrera Profesional desde el punto de vista de un Médico Clínico". *Revista Clínica Medicina Familiar*, 2(4):167-170.
- Gérvas Camacho, J. 2008. "Salud y política, una relación sin inocencia". *Atención Primaria*, 40(6): 277-284.
- Gestal Otero, J. J., Aboal Viñas, J. L. y Farjas Abadía, P. 1998. "Desafíos actuales de la salud pública en España". *Revista de Administración Sanitaria*, 2: 33-43.
- Giddens, A. y. Sutton, P.W. 2010. *Sociología*. 6th ed. Madrid: Alianza.
- Gispert, R., Torné, M. y Arán Barés, M. 2006. "La efectividad del sistema sanitario en España". *Gaceta Sanitaria*, 20: 117-117.
- Golden, Brian R. 2006. "The cost of pay-for-performance in Healthcare: An alternativa view". *Healthcare Papers*, 6 (4): 39-46.
- Gómez Arbolea, E.1998. "Sociología de los grupos profesionales". *Revista REIS*, 83: 313-320.
- Gómez, Y. y Redondo, Y. 2007. "Dirección por objetivos: del cómo al cuánto". *Observatorio de recursos humanos y relaciones laborales*, 9:68-69.
- González López-Valcárcel, B. 2000. "Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios". *Gaceta Sanitaria*, 14 (3): 237-246.
- González Radio, V. 1995. "El interaccionismo simbólico". *Revista de Ciencias Sociales*, 6: 59-76.
- González Rodríguez, B. "Apuntes para una sociología de los recursos sanitarios". *Revista de Seguridad Social*, 7:29-38.
- González Temprano, A., et al. 2003. *La consolidación del estado del bienestar en España*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- González-Ripoll Garzón, J. J. 2003. "La carrera profesional del médico de familia". *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 1(2): 235-273.
- Gordon, Judith R. 1997. *Comportamiento Organizacional*. Méjico: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Gorz, A. 1991. *Metamorfosis del trabajo*. Madrid: Fundación Sistemas e Iniciativas Editoriales.
- Grant, S., et al. 2009. "The Impact of pay-for-perfomance on progressional boundaries in UK General Practice: an ethnographic Study". *Sociology of Health and Illness*, 31 (2): 229-245.
- Grupo de trabajo. 2004". La carrera profesional del médico de familia II". *Atención Primaria*, 34: 306-312.

- Guillén Rodríguez, A. M. 1996. *Políticas de reforma sanitaria en España: de la Restauración a la democracia*. Madrid: Ediciones Peninsular.
- Hernández Yáñez, J. F. 2005. "Políticas de personal en el Sistema Sanitario Público". *Instituto de Estudios Fiscales*: 287-307.
- Hernández Yáñez, J. F. 2007. "Propuesta de organización corporativa de la profesión médica ". Madrid: Fundación Alternativas.
- Hernández Yáñez, J. F. 2009. "Administración y gestión del sistema sanitario público. El marco institucional (apuntes)". *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(01): 99.
- Herrera Gómez, J. 1994. *La estrategia de dirección de Carreras Profesionales. Tesis Doctoral*. Universidad de Valencia.
- Herreros, F. y Criado, H. 2001. "El problema de la formación del capital social. Estado, asociaciones voluntarias y confianza generalizada". *Zona Abierta*, 94/95: 201-229.
- Holland, J. L. 1959. "A theory of vocational choice". *Journal of Counseling Psychology*, 6(1): 35-45.
- Hospital Universitario de Fuenlabrada. 2010. *Memoria Solicitud Del Sello De Excelencia Europea 400 +*.
- Ibáñez, J. L. 1996. "La Sanidad Pública: ¿Qué Es y Cómo Funciona?". *Respuestas Médicas*, 11. Barcelona: Colimbo.
- Iglesias Clemente, J. M. 2004. "La carrera profesional en el marco de un sistema de incentivos. Siete años después: los riesgos de un modelo burocrático". *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 34(5): 219-221.
- Iglesias Clemente, J. M. y Moliner Prada, C. 2005. "La carrera profesional en Atención Primaria ¿la solución?". *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 3(1):131-142.
- Iglesias Guerra, J. A., et al. 2006. "Implicaciones Para La Formación en enfermería: enfoque basado en competencias profesionales (II)". *Revista Rol de Enfermería*, 29 (9): 593-596.
- Inclán Iríbar, G. M. 2008. "Perspectivas de futuro; el nuevo papel de los profesionales sanitarios en el marco de la organización sanitaria compleja". *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 6 (3): 371-376
- Infestas Gil, A. 2001. *Sociología de la empresa*. 3th ed. Salamanca: Amarú Ediciones.
- IX Congreso de Recursos Humanos en la sanidad: Conciliación vida laboral y familiar. 2006. *Actualidad Del Derecho Sanitario*, 123:1-14.
- Izquierdo Collado, J. y Torres Kumbrían, R. D. 2010. *Estado y Sistemas De Bienestar*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Jakubik, L. D. "Jump starting your nursing career: toolbox for success". *Pennsylvania Nurse*, 4-7.

- Japón Ruiz, D. 2005. *La Formación Continuada en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Tesis Doctoral*. Universidad de Sevilla. Departamento de Didáctica y Organización Educativa.
- Jaráis Gulías, E. 2011. *La gestión sanitaria orientada al ciudadano: factores explicativos de la satisfacción ciudadana en la Sanidad Gallega. Tesis Doctoral*. Facultade de Ciencias Políticas e Sociais. Universidade de Santiago de Compostela.
- Jiménez Fernández, A. 2009. "La Seguridad Social en España. evolución y situación actual". Pp.213-260 en *La Situación Social en España/III*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Jiménez, R. 2010. "El talento en las organizaciones y las organizaciones de talento". *Revista Capital Humano*, 248: 70-77.
- Jurado, M. G. 2008. "La coordinación sanitaria territorial. Situación actual y propuestas de futuro". *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 6(1): 119.
- Kanter, R. M. 1988. "Variaciones de las estructuras de las carreras de dirección en las empresas de Alta Tecnología: La Influencia de las características organizativas en las pautas de los mercados internos de trabajo". Pp.129-154 en *Los Mercados internos de trabajo/compilación De Paul Osterman*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Kanter, R. M. 1989. "Careers and the wealth of nations: a Macro-Perspective on the structure and implications of career forms". Pp. 506-521 en *Handbook of Career Theory en Arthur M.B, Hall, D.T y Lawrence B.S*. Cambridge: University Press.
- Katz, D. y R. L. Kahn. 1978. *The social psychology of organization*. 2th ed. Nueva York: Willey.
- Kaufmann, A. E. 1998. "Participación y liderazgo transformador " Pp.274-284 en *Formación y participación: las organizaciones en el siglo XXI*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Kaufmann, A.E.; Prado García, Marta de. 2003 "Inteligencia emocional en los procesos de formación ". Pp.79-88 en *Construir equipos de trabajo: en la era de la conexión*. Madrid: Universidad de Alcalá.
- Latour, B. 1992. *Ciencia en Acción*. 1th ed. Barcelona: Labor.
- Lawrence, P. R. y Lorsch J. W. 1987. *La empresa y su entorno* Barcelona: Plaza & Janes Editores.
- Le Boterf, G. 2000. *Construire Les compétences individuelles et collectives*. Paris: Éditions d,organisation.
- Liñán Alcalde, F. y Santos Cumplido F. J. 2006. "La influencia del capital social sobre los empresarios potenciales". *Estudios de Economía Aplicada* 24 (2): 459-489.

- Locke, E. y Lathman G.P. 1990. "Goal Setting Theory". Pp. 1-26 en *A Theory of goal setting and task performance*. Englewood cliffs: Prentice hall.
- López Araujo, B. 2008. *Factores psicosociales implicados en la salud y accidentabilidad laboral en la construcción y la agricultura. Tesis Doctoral*. Departamento de Psicología Social y de las organizaciones. Facultad de Psicología. Madrid: Universidad Nacional a Distancia (UNED).
- López Calle, P. 2000. "Fin y progresión del trabajo". *Política y Sociedad*, 34:131-153.
- López Domínguez, O. 2004. "El cuaderno de gestión como elemento para la transformación de datos en Información". *Gestión Hospitalaria*, 15: 31-36.
- López Peláez, A. y Fernández García, T. 2009. "Ciudadanía, democracia y política social: Historia y horizonte ético del estado del bienestar". Pp. 77-104 en *Política Social y Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial
- López Peláez, A. y González de la Fe, T. 2011. "Hacia una Sociología Ibérica de la ciencia y la tecnología: Introducción" Pp. 7-18 en *Innovación, Conocimiento Científico y Cambio Social*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- López Ruiz, J. 2000. "Propuestas para el desarrollo profesional I". *Enfermería clínica*, 10 (3):114-118.
- López-Casasnovas, G. 1991. El informe "Abril" de Reforma de la Asistencia Sanitaria. *Papeles de Economía Española*: 99-104.
- López-Casasnovas, G. y Rico, A. 2003. "La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?". *Revista Gaceta Sanitaria*: 319-326.
- López-Casasnovas, G., Ortún Rubio, V. y Murillo Fort, C. 1997. *El sistema sanitario español: informe de una década*. Madrid: Fundación BBV.
- Lucas Marín, A. y García Ruiz, P. 2002. *Sociología de las organizaciones*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Lucas Marín, A. y García Ruiz, P. 2001. *La construcción de las organizaciones: la cultura de la empresa*. 1th ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Madorrán García, C. 2002. "La gestión estratégica de los Recursos Humanos en los hospitales españoles". *Administración Sanitaria*: 89-105.
- Maldonado Rojas, M. 2007. "Valoración de la formación recibida usando un perfil de referencia basado en competencias profesionales". *Educación médica*, 10: 233-243.

- Mansilla Izquierdo, F. 2009. "La ruptura del contrato psicológico como riesgo psicosocial en la Administración Pública". *Prevention World Magazine: Prevención De Riesgos, Seguridad y Salud Laboral*, 24: 16-19.
- Marrero, A. 2006. "La Teoría Del Capital Social. Una Crítica En Perspectiva Latinoamericana". *Arxius de Ciències Socials*,14: 73-89.
- Martín J.J. 2003. "Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias". Fundación Alternativas:1-68.
- Martín Zurro, A. 2006. "Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español". *Jano: Medicina y humanidades*, 1626: 66-71.
- Martínez Quintana, V. y Lucas Marín, A. 2001. *La construcción de las organizaciones. La cultura de la empresa*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Martínez Tur, V., Peiró, J. y Ramos, J. 2001. "Utilitarismo, hedonismo y otros conceptos clave". Pp. 26-47 en *Calidad de servicio y satisfacción del Cliente*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Mayntz, R. 1990. "La sociedad organizada". Pp.11-34 en *Sociología de la Organización*. Madrid: Madrid Alianza.
- McKelvey, B. y Sekaran, U. 1977. "Toward a career-based theory of job involvement: a study of scientists and engineers". *Administrative Science Quarterly*, 22: 281-305.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Instituto de Información Sanitaria.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. *Sistema Nacional de Salud. España 2010. Principales datos y cifras de la sanidad en España*. Madrid: Instituto de Información Sanitaria.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. *Sistema Nacional de Salud de España. 2010*. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Mintzberg, H. 1984. *La estructuración de las organizaciones*. 6th ed. Barcelona: Ariel.
- Mintzberg, H. 1988. "Como Modelar La Estrategia". *Harvard Deusto Business Review*: 73-84.
- Mintzberg, H. y Van der Heyden, L. 2006. "Revisando el concepto de organización". *Harvard Deusto Business Review*: 4-12.
- Mohn, R. 2000. *El triunfo del factor humano. Estrategias para el progreso y la evolución de la gestión*. 1th ed. Barcelona: Galaxia Gutenberg. Circulo de Lectores.
- Montoro Romero, R. 1997. "La reforma del Estado de Bienestar: derechos, deberes e igualdad de oportunidades". *Revista REIS*, 79: 9-41.

- Morales Lozano, J. A. 1996. *Planificación del Desarrollo profesional del personal de Administración y Servicios de la Universidad de Sevilla. Tesis Doctoral*. Universidad de Sevilla. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Didáctica y Organización Escolar y Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación.
- Moreiro González, J. A. 2004. "Nuevas competencias profesionales para nuevas funciones bibliotecarias". *Boletín de la ANABAD*: 821-830.
- Morgan, A., Cullinane, J. y Pye, M. 2008. "Continuing professional development: rhetoric and practice in the NHS". *Journal of Education and work*, 21(3): 233-248.
- Morin, E. 1995. "De la reflexión sociológica", "De la naturaleza de la sociedad". Pp. 23-131 en *Sociología*. Madrid: Tecnos.
- Moyano Estrada, E. 2001. "El concepto de capital social y su utilidad para el análisis de las dinámicas del desarrollo". *Revista de Fomento Social*, 56: 35-63.
- Muñoz Bravo, J., Llano Señaris, J. E. y Millán Núñez-Cortés, J. 2003. "Médicos, incentivos y desarrollo profesional". *Gestión hospitalaria*, 14(2): 63-68.
- Muñoz Castellanos, R. y Nevado Peña, D. 2007. *El Desarrollo de las organizaciones del Siglo XXI*. Madrid: Especial Directivos.
- Muñoz, J. 2009. "Servicios Sociales de Atención Primaria en España". Pp. 503-542 en *La situación social en España /III*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Nájera Morrondo, R. 2006. "El Instituto de Salud Carlos III y la sanidad española: origen de la medicina de laboratorio, de los institutos de salud pública y de la investigación sanitaria". *Revista española de salud pública*, 80: 585-604.
- Navarro, V. 1998. *Neoliberalismo y estado del bienestar*. Barcelona: Ariel.
- Navarro, V. y Reynolds, J. 2009. "La inversión en protección social en España en el contexto de la Unión Europea. El reto del déficit social". Pp. 31-136 en *La Situación Social En España /III*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Ochando Claramunt, C. 1995. "Reformas institucionales en la sanidad". *QPE-Revista Electrónica* 9, 52-69.
- Oleaga Usategui, J. I. y Martín Martín, J. 1996. "Presente y futuro del sistema de salud". *Revesco Estudios Cooperativos*, 62: 17-36.
- Oliveros Martín-Varés, L. 2006. "Identificación de competencias: una estrategia para la formación en el espacio europeo de educación superior". *Revista Complutense de Educación*, 17(1): 101-118.
- Ortega Ruiz, C. y López Ríos, F. 2004. "El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4: 137-160.

- Ortega, R. 2003. "La retribución en la empresa española: un análisis por puestos". *Revista de Gestión Pública y Privada*, 8: 187-207.
- Ortún Rubio, V. 2007. "Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud". *Revista de Calidad Asistencia*, 22(1): 1-6.
- Oscá Segovia, A. 2004. *Psicología De Las Organizaciones*. Madrid: Sanz y Torres, S.L.
- Pacetta, F. y Gittines. R. 1994. *No los despida, motívelos*. 1th ed. Barcelona: Paidós.
- Palacio Morena, J. I. 1988. *La Institucionalización de la reforma social en España, 1883-1924: La Comisión y el Instituto de Reformas Sociales*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Palomo, L., Márquez-Calderón, S., Ortún Rubio, V. y García Benavides, F. 2006. "Modelos de enfermedad en el mundo desarrollado". *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl 1): 2-9.
- Palomo, Luis, et al. 2006. "La Salud Pública frente a los efectos secundarios del progreso". *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl 1): 209-221.
- Panizo Robles, J. A. 2011. "Dos décadas de reformas de la Seguridad Social: del Pacto de Toledo de 1995 al Acuerdo social y económico de 2011". *Revista de Trabajo y Seguridad Social. Estudios Financieros*, 336: 5-122.
- Pardell Alenta, H. 2005. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España? *Revista de Medicina Clínica*, 124(9): 344-347.
- Parsons, T. 1966. *El Sistema Social*. Madrid: Revista de Occidente.
- Pastor Julián, A. 2010. "Necesidades de la Sanidad Española". *Jornada de reflexión: Presente y Futuro de los Sistemas Universales de Salud. (Presentación del Proyecto y del Grupo de Expertos)*. Fundación Bamberg.
- Patricio Jiménez, D., et al. 2008. "Urge la aprobación de criterios básicos de evaluación de competencias. XII Congreso de Recursos Humanos en la Sanidad". *Revista de Actualidad Del Derecho Sanitario*, 155: 840-849.
- Pedraza López, B. 2005. *Desarrollo del Capital Humano: reto para los sistemas de formación y cualificación profesional en el Siglo XXI. Tesis Doctoral*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Educación. Departamento de Historia de la Educación y Educación Comparada.
- Peiró Posadas, M. 2007. *Lleialtats Contraposades? El Compromís Dels Metges Amb l'hospital i Amb La Professi6. Tesis Doctoral*. Universidad Ram6n Llul. Departament de Pol6tica d'empresa, Recursos humans i Sistemes d'Informaci6n

- Pellegrino, M. D. 2000. "Medical Professionalism: Can it, should it Survive?". *Journal of the American Board of Family Medicine*, 13: 1-3.
- Pérez García, R. 2010. "La Carrera profesional en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (I)". *Revista Observatorio de RRHH*, 43: 64-72.
- Pérez García, R. 2010. "La Carrera profesional en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (II)". *Revista Observatorio de RRHH*, 44: 58-64.
- Pérez Rubio, J. A. 1997. "Motivación y satisfacción laboral: Retrospectiva sobre sus formas de análisis". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 80: 133-167.
- Pfeffer, J. y Salancik. G. 1978. *The External Control of Organizations*. New York: Harper & Row.
- Phillips, E.M. y Pugh, D.S. 2008. *La Tesis Doctoral. Un manual para estudiantes y sus directores*. Barcelona: T.G _Vigor, S.A.
- Pinedo Herrero, P. 2007. "La formación continua en España: balance y retos de futuro". *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*, 13(1): 43-65.
- Pizarro, N. 1997. "Sociología de las organizaciones". Pp. 316-326 en *Tratado Metodología de las Ciencias Sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Pla Poveda, C. 2003. "Esquema de la carrera profesional en el Institut Català de la Salut". *Cuadernos de Gestión*, 9: 211-216.
- Plaza Mayor, G. 2000. "Incentivación del médico hospitalario. de la peonada al premio". *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 15: 65-87.
- Pleno del Senado. 2010. *Informe de la ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional De Salud*. Madrid: Pleno del Senado
- Pollit, C. ed. lit. 1992".Evaluating Health Services: from value for money to the valuing of health". Pp. 59-71 en *Handbook of Public Services Management*. Oxford: Blackwell.
- Pollitt, C. 1994. "Beyond Taylorims? the coming of quality". Pp. 177-187 en *Managerialism and the public services cuts or cultural change in the 1990s?*. Oxford: Blackwell
- Portes, A. 1998. "Social capital: Its origins and applications in modern Sociology". *Annual Review of Sociology*, 24: 1-24.
- Prior, D. y Surroca, J. 2004. "Eficiencia y sector público: cómo mejorar el control de la gestión pública". *Revista Asturiana de Economía*, 31: 51-68.

- Ramírez Puerta, D., González Béjar, M., Zarco Rodríguez, J., Gilbert, I. y Gual Sala, A. 2006. "Competencia clínica de los médicos de familia en 14 comunidades autónomas españolas". *Educación Médica*, 9(4b): 234-244.
- Ramos, J. y Ballell P. 2009. "Globalización, nuevas Tecnologías (TIC) y segmentación Laboral: Retos para la economía europea y española". Pp. 261-288 en *La Situación Social en España/III*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Reich, R. 1993. *El trabajo de las naciones*. Madrid: Vergara Editor, S.A.
- Repullo Labrador, J. R. y Freire, J. M. 2008. "Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de descentralización. Informe SESPAS 2008". *Gaceta Sanitaria*, 22: 118-125.
- Ribera, J., Gutiérrez Fuentes, J. A. y Rosenmöller, M. 2005. *Gestión en el sector de la salud*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Rico, A., Freire, J.M. y Gervas, J. 2007. "El Sistema Sanitario Español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada". Pp. 401-444 en *estado del bienestar y competitividad. La experiencia europea*. Madrid: Fundación Carolina. Siglo XXI.
- Riviere, A. 1982. "Determinismo Recíproco". Pp. 226-249 en *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe, S.A.
- Robledo, M. 2011. "La Ley General de Sanidad, retos por abordar 25 años después". *Revista El Médico*, 1120: 22-23.
- Robles García, M., et al. 2005. "Variables Relacionadas con La satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del Modelo EFQM". *Gaceta Sanitaria*, 19 (2): 127-134.
- Rocher, G. 1973. *Introducción a La Sociología General*. Barcelona: Herder.
- Rodríguez, J. A. 1981. "El poder médico desde la Sociología". *Revista REIS*, 14: 95-112.
- Rodríguez-Arana, J. 2002. "La Formación Continua en España. su papel en la mejora de las competencias y cualificaciones de los empleados públicos". *Revista Aragonesa De Administración Pública*, 20: 377-384.
- Rodríguez-Sanz, M., et al. 2009. "Desigualdades Socioeconómicas en salud en el Estado Español". Pp. 333-352 en *La Situación Social en España /III*. Madrid: Biblioteca Nueva S.L.
- Rojo Pérez, N. y García González, R. 2000. "Sociología y Salud. Reflexiones para la acción". *Revista Cubana Salud Pública*, 24(2): 91-100.
- Roma Millán, J. 2006. "La reflexión como eje central del Desarrollo Profesional". *Revista Educación Médica*, 9 (3): 30-36.

- Romano, R. J. 1993. "El personal del Sistema Nacional de Salud. Una reflexión sobre su evolución, situación actual y perspectivas de futuro. El personal del sistema nacional de salud. Una reflexión sobre su evolución, situación actual y perspectivas de futuro". *Revista Sanitaria Higiene Pública*, 67: 335-342.
- Rosanas Martín, JM. 2006. "Indicadores de gestión, incentivos, motivación y ética en el control de gestión". *Revista de contabilidad y dirección*, 3: 129-150.
- Royal College of General Practitioners. 2009. "CPD Guide - Section by Section". Consulta 21 de mayo de 2011. (http://www.rcgp.org.uk/professional_development/continuing_professional_devt/cpd_key_documents/cpd_guide_section_by_section.aspx)
- Rubia Vila, F. J. 2011. *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*. Madrid: Academia Europea de Ciencias y Artes.
- Ruiz Iglesias, L. 2004. *Claves para la Gestión Clínica*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Salmerón, J. 2003. "La carrera profesional del médico de hospital". *Gastroenterología y Hepatología Continuada*, 2: 285-289.
- Salmerón, J. M., Benarroch, G., Piqué, J. M. y Rodés, J. 2008. "Carrera profesional del personal médico: Un sistema incentivador útil cuando se mantienen sus principios de aplicación". *Medicina clínica*, 130 (10), 393-398.
- Salmerón, J.M. 2000. "Sistema de promoción profesional del estamento médico. Experiencia tras 5 años de aplicación en el Hospital Clinic de Barcelona". *Medicina Clínica*, 115: 463-467.
- Sánchez Bayle, M. y Martín García, M. 2004. "Nuevas formas de gestión: las Fundaciones Sanitarias en Galicia". *Fundación Alternativas*, 1-46.
- Sánchez, V. y Zamarrón, M. A. 1990. *Nuevas Tecnologías Sociedad y Trabajo*. 1th ed. Madrid: Fundesco. Unión de Técnicos y Cuadros de UGT.
- Sancho, J. L. 1998. "Planificación estratégica y nuevas formas de gestión hospitalaria: reflexiones de un gestor sanitario". *Administración Sanitaria*, 105-108.
- SATSE. 2004. *Nueva legislación del Sistema Sanitario. Análisis y comentarios*. Madrid: Sindicato de Enfermería SATSE.
- Schein, E. H. 1988. *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Plaza & Janes.
- Sellarés Sallas, J.; Bosch Gras, C.; Florensa Claramunt, E.; de Serdio, E.; Gorroñoigoitia, A.; Medina Ferrer, E. y Medina Peralta, M. "Evaluación de la competencia. Reto o necesidad". 2002. Madrid: *Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria*.

- Sen, A. 2000. "La importancia de la democracia". Pp.183-198 en *Desarrollo y Libertad*. Barcelona: Editorial Planeta
- Sen, A. 2010. *La Idea de la justicia*. Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Sevilla Pérez, F. 2005. "Políticas y estrategias de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud. Sostenibilidad vinculada a agentes sociales". Pp.183-198 en *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. Barcelona: Ariel.
- Sevilla Pérez, F. 2006. "La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social". *Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*.
- Simó Miñana, J. y Casado Vicente, V. 2006. "Carreras profesionales: ¿algo más que reconocimiento?" *Atención Primaria*, 38: 405-408.
- Simó Miñana, J., Campos González, J., Sanfélix Genovés, J. y Chinchilla Albiol, N. 2004. "Carrera profesional, motivación y compromiso con la organización". *Cuadernos de Gestión*, 10: 217-219.
- Simon, H. 1949. "Rationality in Administrative Behavior". Pp.72-87 en *Administrative Behavior*. Nueva York: Macmillan.
- Sobremonte de Mendicuti, E. 2006. "El problema de las desigualdades sociales en la salud: contribución del trabajo social". *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 6: 10-17.
- Soria, B. 2011. "Informe Bernat Soria". Madrid: Laboratorios Abbott.
- Spencer, H.1932. *El origen de las profesiones*. Madrid: Ediciones Populares Iberia.
- Steers, R.M. y Porter L. W. 1991. *Motivation and work behavior*. Madrid: Mc Graw- Hill.
- Storey, S., et al. 2007. "Creation of a career enhancement program for a hospital-based education and development department ". *Journal for Nurses in Staff Development*, 23 (2): 55-61.
- Subirats Humet, J., et al. 2007. *Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Subirats, J. 2001. "El análisis de las políticas públicas". *Gaceta Sanitaria*, 15, 259-264.
- Sullivan, Willian M. 2000. "Medicine under threat: Professionalism and Professional Identity ". *Canadian Medical Association Journal*, 162 (5): 673-675.
- Super, D.E. 1953. "A Theory of Vocational Development". *American Psychologist*, 8 (5): 185-190.

- Tezanos, J. F. 2003. "La libertad de los iguales". Madrid: Editorial Sistema, 173: 3-15.
- Tezanos, J. F. 2008. "Nuevos retos y desarrollos de la democracia en el siglo XXI". *Revista de Ciencias Sociales*, 203-204: 3-20.
- Tolman, E.C. 1967. "Behaviorism- Wherefore and what Sort ". Pp. 290-302: 414-432 en *Purposive Behavior in Animals and Men*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Tristán Fernández, J. M., Ruiz Santiago, F., Villaverde Gutiérrez, C., Maroto Benavides, M. R., Jiménez Brobeil, S. y Tristán Tercedor, M. R. 2007. "Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos". *Antropo*, 14: 37-45.
- Tronson, J. 1967. *Le Développement de la carrière des cadres dans la grande entreprise*. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- Úbeda García, M. *La Dirección de Recursos Humanos y la política de formación en la empresa alicantina. Tesis doctoral*. Universidad De Alicante.
- Unión Europea. 2007. *Tratado De Lisboa*. Diario Oficial de la Unión Europea.
- Urigoitia Saudino, K. 2008. "Los Sindicatos y la coordinación de políticas de Recursos Humanos". *Revista De Administración Sanitaria*, 6 (3): 473-482.
- Vera Ruiz, C., Cortés Sanz, M. y Baraona Barrios, R. 2003. "El proceso de Selección del Hospital de Fuenlabrada". *Revista Capital humano*, 16(171): 14-20.
- Vera, J.M. 1992. "Democratización de las organizaciones". Pp. 55-61 en *Organización y Dominación*. Madrid: Revista Espacios.
- Vera, J. M. 1992. "De Máquinas, organismos e instituciones". *Iniciativa Socialista*, 19: 57-63.
- Verdú Rotellar, J. M. 2010. "Carrera profesional: docencia e investigación". *FMC*, 17:19-21.
- Villa Andrada, J. M., Garvía García, M., García Retamar, S., Galindo Casero, A., Merchan Felipe, M. N. y Rojo Durán, R. M.2004. "La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias". *Enfermería Global*, 5: 1-8.
- Watson, T. 1995. *Trabajo y Sociedad. Manual introductorio a la Sociología del trabajo, Industrial y de la empresa*. 1th ed. Barcelona: Hacer, S.L.
- Williams, JS. 2008. "Competency Assessments Help Strengthen Promotion System, Develop Staff Skills". *Biomedical Instrumentation and Technology* , 42 (2): 127-128.

- Wolf, G. A., Bradle, J. y Greenhouse, P. 2006. "Investment in the future. A3-Level approach for developing the Healthcare leaders of tomorrow". *The Journal of Nursing Administration*, 36 (6): 331-336.
- Wright, P. L. 1990. "Teller Job Satisfaction and Organization Commitment as the relate to career orientations". *Human Relations*, 43(4): 369-381.
- Young, A. 2006. "Making your development portfolio work for you". *Nursing Times*: 36-37.

WEBS CONSULTADAS

Junta de Andalucía. 2006."Programas de acreditación". Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consulta 5 de mayo de 2010.
(www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programasdeacreditación/)

Servicio Andaluz de Salud (SAS).2006. "Carrera Profesional". Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consulta 6 del Mayo de 2010.
(www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_carreraprof)

Ib-Salut. 2009 "professionals". Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Servei de Salut de les Iles Balears. Consulta 9 de junio de 2010.
(www.ibsalut.es:8080/ca/professionals/inici.aspx)

Ib-salut. 2009. "Recursos Humanos". Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Servei de Salut de les Iles Balears. Consulta 9 de junio del 2010.
(www.ibsalut.es:8080/ca/Processes/Pagines/rrhh.aspx)

Gobierno de Navarra. 2006. "Portal de la Salud/Profesionales". Pamplona: Gobierno de Navarra. Consulta 3 de junio del 2010.
(www.navarra.es/home_es/temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales)

Murcia Salud. 2007. "Carrera y promoción". Murcia: Murcia Salud. Consulta 16 de Junio del 2010.(www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=1533)

Servicio Aragonés de Salud. 2010. "Carrera profesional". Zaragoza: Gobierno de Aragón. Consulta 6 de noviembre del 2010.
(www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionProfesional/RecursosHumanos/ci.03_carrera_profesional.detalleDepartamento)

Servicio Canario de la Salud. 2010. "Carrera profesional". Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias. Consulta 15 de Octubre del 2010.(www.2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocu)

ment=0514d0c5993511de9b27a11881690695&idCarpeta=38014291-aa5d-11dd-b41b-89eb02602ac7)

Generalitat de Catalunya. 1998. "Desarrollo profesional". Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consulta 21 de abril 2010. (www.gencat.cat/temes/cat/salut.htm)

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 1996. "Recursos Humanos". Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Consulta 28 de junio del 2010. (www.ingesa.msc.es/profesionales/recursos/humanos/home.htm)

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria- Área Salud Melilla. 2007. "Desarrollo Profesional". Madrid: Área Salud Melilla. Consulta 23 de junio del 2010. (www.areasaludmelilla.es/asm/index.php)

Servizo Galego de Saúde. 2006. "El desarrollo profesional". A Coruña: Departamento de Salud de la Xunta de Galicia". Consulta 17 de Julio 2010. (www.sergas.es/MostrarContenidos_N2_T01.asp?IDPaxina=60003)

Astur Salud. Portal de Salud del Principado de Asturias. 2006. "Profesionales". Oviedo: Administración del Principado de Asturias. Consulta 2 de Mayo de 2010. (www.asturias.es/portal/site/astursalud)

Rioja Salud. 2009. "Carrera y desarrollo". La Rioja: Rioja salud. Consulta 25 de mayo del 2010. (https://balrog.riojasalud.es/carrera_profesional)

SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. 2007. "Carrera Profesional". Toledo: SESCAM. Consulta 5 de septiembre de 2010. (sescam.jccm.es/web1/profHome.do?main=/profesionales/RecursosHumanos/recursoshumanosEnlaces.html)

Portal de Salud Castilla y León. 1999. "Carrera profesional". Valladolid: Junta de Castilla y León. Consulta 11 de noviembre de 2010. (www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursoshumanos/carreraprofesional)

Osakidetza. Orain, el portal de la Sanidad Pública Vasca. 1999. "Desarrollo profesional". Bilbao: Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Consulta 18 de noviembre de 2010.

(www.osakidetza.euskadi.net/r85pkrrhh03/es/contenidos/informacion/desarrollo_profesional_osk/es_dp/desarrollo.html)

Servicio Cántabro de Salud. 2006. "Carrera profesional". Santander: Servicio Cántabro de Salud. Consulta 21 de noviembre de 2010. (www.scsalud.es/carrera_profesional/index.php)

Gabinete de Estudios y Análisis. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 2006. "Carrera profesional". Mérida (Badajoz): Gabinete de Estudios y Análisis. Consulta 25 de noviembre de 2010. (www.gabinete.saludextremadura.com/cprof.htm)

Portal de la Conselleria de Sanitat. 2000. "Profesionales". Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Consulta 3 de diciembre del 2010. (www.san.gva.es/val/prof/homeprof.html)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 1996. "Prevención y Promoción". Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Consulta 1 de diciembre de 2010. (www.msc.es/profesionales/SaludPublica/PrevPromocion/home.htm)

Royal College of General Practitioners. 1996. "Desarrollo Profesional". Londres: Royal College of General Practitioners. Consulta 12 de diciembre de 2010. (www.rcgp.org.uk/professional_development.aspx)

Educational Commission for Foreign Medical Graduates. 2001. "programs". EE.UU: Educational Commission for Foreign Medical Graduates. Consulta 16 de diciembre del 2010. (www.ecfmg.org/programs/index.html)

NBME. National Board of Medical Examiners. 2010. "Health Profession organizations". Philadelphia: National Board of Medical Examiners. Consulta 19 de diciembre de 2010. (www.nbme.org/health-profession-services/index.html)

Centre d'évaluation des sciences de la santé. 2005. "Formations et evaluations". Québec: Département de Médecine familiale de L'université de Laval. Consulta 21 de diciembre de 2010. (<http://w3.fmed.ulaval.ca/cessul/index.php?id=481>)

Comisión Europea Salud Pública. 2007. "Personal sanitario". Bruselas: Comisión Europea. Dirección General de Salud y Consumo. Consulta 13 de octubre de 2010. (http://ec.europa.eu/Elath/wokforce/mobility/index_es.htm)

Ministry of Health Welfare and Sport. 2005. "Profesionales en el cuidado de la salud". Amsterdam: Ministry of Health Welfare and Sport. Consulta 27 de septiembre de 2010. (<http://english.minvws.nl/en/themes/professionals-in-health-care/default.asp>)

Osakidetza. Desarrollo Profesional en Osakidetza. 2010. "Implantación del Sistema de Desarrollo Profesional en Osakidetza". Bilbao: Subdirección de Gestión, Organización y Desarrollo de RRHH. Organización Central de Osakidetza. Consulta 8 de agosto 2010. (www.euskalit.net/CongresoQEPEA/ponencias2010/Osakidetza.pdf)

Osakidetza. Desarrollo Profesional en Osakidetza. 2010. "Evaluación del Desarrollo Profesional en Osakidetza: una experiencia de implantación". Bilbao: Subdirección de Gestión, Organización y Desarrollo de RRHH. Organización Central de Osakidetza. Consulta 10 de agosto 2010. (www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/33010)

Portal Mayores IMSERSO. 2001."Pacto de Toledo". Madrid: Consejo Superior de Investigaciones científicas y de IMSERSO. Consulta 10 de agosto de 2010. (www.imsersomayores.csic.es/senileg/pactodetoledo.html#documentos)

Ministerio de trabajo e inmigración. 2010. "Afiliados Ocupados a la Seguridad Social Marzo 2010." Madrid: Ministerio de trabajo e inmigración. Consulta 2 de septiembre de 2010. (www.tt.mtin.es/periodico/seguridadsocial/201004/afi_marzo_2010.pdf)

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AISNA	Administración Institucional de la Sanidad Nacional
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
BOA	Boletín Oficial de Aragón
BOC	Boletín Oficial Cantabria
BOCAIB	Boletín Oficial Comunidad Autónoma Islas Baleares
BOCAN	Boletín Oficial Canarias
BOCM	Boletín Oficial Comunidad de Madrid
BOE	Boletín Oficial del Estado
BOJA	Boletín Oficial Junta de Andalucía
BON	Boletín Oficial de Navarra
BOPA	Boletín Oficial Principado de Asturias
BOPV	Boletín Oficial País Vasco
CAM	Comunidad Autónoma de Madrid
CC. AA.	comunidades autónomas
CDS	Centro Democrático y Social
CESCA	Grupo multidisciplinar de investigación y docencia
CNT	Confederación Nacional del Trabajo
CP	Carrera Profesional
CRM	Customer Relationship Management
CRS	Comisión de Reformas Sociales
DIALNET	Difusión de Alertas en Red. Plataforma de recursos y servicios documentales. Principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana.
DOCM	Diario Oficial de Castilla la Mancha
DOCV	Diario Oficial Comunidad Valenciana
DOE	Diario Oficial de Extremadura
DOGC	Diario Oficial Generalitat Catalana
DPC	Desarrollo profesional continuado
EBAP	Estatuto Básico de Atención Primaria
ECT	Teoría de los costes de transacción
ECTS	European Credit Transfer System
EDC	Evaluación del Desempeño de la Competencia

EFQM	European Foundation for Quality Management
EIS	Executive Information System
EMBASE	Base de datos bibliográfica de Biomedicina y Farmacología de la empresa Elsevier.
ERIC	Education Resources Information Center
ERP	Enterprise Resource Planning
FC	Formación Continuada
FET	Falange Española Tradicional
FQS	Fundación para la Calidad Sanitaria
GRDs	Grupos de diagnóstico relacionados
ICS	Instituto Catalán de Salud
IMAS	Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria
IME	Índice Médico Español. Base de datos del CSIC en su parte de Biomedicina.
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEM	Instituto Nacional de Empleo
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ISO	Organización Internacional de Normalización
ISOC	Base de datos del CSIC en su parte de Ciencias Sociales y Humanidades
J.O.N.S	Juventudes de Ofensiva Nacional Sindicalista
LBSS	Ley de Bases de la Seguridad Social
LCC	Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
LEM	Ley de Estatuto Marco
LGS	Ley General de Sanidad
LOPS	Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
LPF	Ley de Financiación y Perfeccionamiento
MESTOS	Médicos Especialistas sin título oficial
Osakidetza	Servicio Vasco de Salud
Osasunbidea	Servicio Navarro de Salud

PsycINFO	Base de datos elaborada por la American Psychological Association (APA) con cobertura internacional sobre Psicología y disciplinas afines como Psiquiatría, Educación, Sociología, Derecho, Farmacología, etc.
PUBMED	Portal de bases de datos de la National Library of Medicine (EE.UU.). Permite realizar búsquedas bibliográficas en MEDLINE, OLDMEDLINE, PREMEDLINE y artículos suministrados por editores, de forma simultánea.
REBIUN	Red de Bibliotecas Universitarias
RSE	Responsabilidad Social Empresarial
SACYL	Servicio de Salud de Castilla León
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SCS	Servicio de Salud Canario
SCS	Servicio de Salud de Cantabria
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SES	Servicio de Salud de Extremadura
SESCAM	Servicio de Salud de Castilla la Mancha
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
SOVI	Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
SRS	Servicio de Salud de la Rioja
TESEO	Base datos de Tesis Doctorales
TIC	Tecnologías de la información y comunicación
UGT	Unión General de Trabajadores
XHUP	Red Hospitalaria de Utilización Pública

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Modelos sanitarios como resultado de la combinación de financiación y forma de pago.	31
Cuadro 2.	Evolución en las estructuras de las organizaciones sanitarias..	43
Cuadro 3.	Características de las diferentes Configuraciones estructurales según H. Mintzberg.	47
Cuadro 4.	Peligros de la burocracia profesional según H. Mintzberg y sus consecuencias para las organizaciones sanitarias.	48
Cuadro 5.	Problemas principales de los recursos humanos sanitarios y propuestas de solución (1ª parte).	54
Cuadro 6.	Problemas principales de los recursos humanos sanitarios y propuestas de solución (2ª parte).	55
Cuadro 7.	Problemas principales de los recursos humanos sanitarios y propuestas de solución (3ª parte).	56
Cuadro 8.	Principales características de las teorías de la organización analizadas.	91
Cuadro 9.	Aspectos clave de las principales Teorías de la organización y su correlación en las organizaciones sanitarias.	93
Cuadro 10.	Criterios del modelo EFQM y propuestas para las organizaciones sanitarias a partir de dichos criterios.	101
Cuadro 11.	Principios fundamentales de de la LBSS	124
Cuadro 12.	Principales leyes españolas hasta la democracia en el avance hacia la protección social.	126
Cuadro 13.	Principales características del Informe Abril 1991	132
Cuadro 14.	Nuevas fórmulas de gestión sanitaria. Definición y experiencias	137
Cuadro 15.	Condicionantes extrínsecos y intrínsecos de la atención especializada.	158
Cuadro 16.	Tipos de recetas sanitarias	159

Cuadro 17.	Herramientas para la gestión de personas	175
Cuadro 18.	Diferentes áreas de impacto en la sanidad debidas a las nuevas tecnologías.....	177
Cuadro 19.	Ventajas del uso de la tecnología en la sanidad.....	179
Cuadro 20.	Resumen de las principales características de las Teorías clásicas o de las necesidades.....	193
Cuadro 21.	Fases de implantación de un programa de intervención en el sector sanitario basado en algunas de las Teorías sobre motivación laboral (1ª parte)	204
Cuadro 22.	Fases de implantación de un programa de intervención en el sector sanitario basado en algunas de las Teorías sobre motivación laboral (2ª parte).	205
Cuadro 23.	Resumen de intereses y necesidades de los profesionales sanitarios y su satisfacción a través de diferentes herramientas de gestión.	210
Cuadro 24.	Resumen de efectos motivadores inducidos por un sistema de carrera profesional.	221
Cuadro 25.	Efectos negativos inducidos por un sistema de carrera profesional desacertado.....	223
Cuadro 26.	Comparación entre modelo tradicional de carrera y modelo de carrera actual.	226
Cuadro 27.	Consecuencias personales entre un buen diseño de carrera profesional o la inexistencia del mismo.....	231
Cuadro 28.	Principales dimensiones de los cuatro modelos de carrera profesional.....	246
Cuadro 29.	Herramientas para el desarrollo de los profesionales en las organizaciones.....	252
Cuadro 30.	Diferencias y similitudes entre Formación Continua, desarrollo profesional continuo y carrera profesional.	256
Cuadro 31.	Experiencias internacionales relacionadas con la certificación o recertificación de competencias basadas en la práctica clínica.	260

Cuadro 32.	Características básica del modelo de CP del Reino Unido	265
Cuadro 33.	Criterios básicos para la evaluación de la carrera horizontal académica de los docentes e investigadores universitarios....	266
Cuadro 34.	Características analizadas en los 18 modelos de carrera profesional	284
Cuadro 35.	Análisis de las áreas de valor y dimensiones que afectan a la Carrera Profesional y su valoración por los expertos en carrera profesional.....	348
Cuadro 36.	Propuestas a incluir en un nuevo modelo de carrera Profesional	353
Cuadro 37.	Aplicación práctica del modelo de Carrera Profesional de la CAM en el Hospital Universitario de Fuenlabrada a partir de la propuesta de superación de problemas detectados en el modelo..	362
Cuadro 38.	Nuevo modelo de carrera profesional bajo la óptica del modelo europeo de calidad EFQM	370
Cuadro 39.	Resumen de medidas del nuevo modelo de carrera profesional y su relación con las hipótesis planteadas.	390
Cuadro 40.	Puntos fuertes del modelo actual de carrera profesional y que puedan mantenerse y aprovecharse al máximo.....	395
Cuadro 41.	Puntos fuertes del modelo actual de carrera profesional que necesitan más desarrollo	396
Cuadro 42.	Áreas susceptibles de mejora no esenciales o prioritarias.....	396
Cuadro 43.	Áreas susceptibles de mejora que son de máxima importancia por su criticidad o potencial.....	397

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Influencias en las organizaciones desde la Teoría Sistémica.	81
Figura 2.	El Modelo EFQM de Excelencia.....	98
Figura 3.	Esquema básico de la estructura del SNS	153
Figura 4.	Representación esquemática de las relaciones entre comportamiento (behavior), factores cognitivos y personales (personals) y entorno (enviroment).....	203

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Representación gráfica de las Teorías sobre la motivación en función de su relación en donde se desarrolla la actividad laboral.	206
Gráfico 2.	Resumen de incentivos de tipo económico en las organizaciones sanitarias.....	215
Gráfico 3.	Total reconocimientos concedidos licenciados sanitarios a 31 de diciembre de 2010.....	311
Gráfico 4.	Coste Total de carrera profesional para el año 2011 de licenciados sanitarios.....	312
Gráfico 5.	Total de reconocimientos de carrera profesional para Diplomados Sanitarios	325
Gráfico 6.	Coste total de carrera profesional para el año 2011 de Diplomados Sanitarios.	326

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Gasto sanitario público 2002-2009.....	160
Tabla 2.	Remuneración del personal.....	162
Tabla 3.	Personal vinculado de establecimientos sanitarios por categorías según dependencia 1985-1994.....	166
Tabla 4.	Personal vinculado de establecimientos sanitarios por categorías según dependencia 2000-2009.....	167
Tabla 5.	Evolución del número de médicos y enfermeros colegiados 2006-2010.	169
Tabla 6.	Evolución del número de Médicos Colegiados según grupo de edad y sexo 2006-2010.....	170
Tabla 7.	Reconocimientos concedidos por niveles de Licenciados Sanitarios por CC. AA. y coste de la carrera profesional para el año 2011..	308
Tabla 8.	Total reconocimientos concedidos licenciados sanitarios a 31 de diciembre de 2010.....	311
Tabla 9.	Coste Total de carrera profesional para el año 2011 de licenciados sanitarios.....	312
Tabla 10.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en ANDALUCÍA.....	313
Tabla 11.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en ARAGON.....	313
Tabla 12.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en ASTURIAS.	314
Tabla 13.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en BALEARES.	314
Tabla 14.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CANARIAS.....	315
Tabla 15.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CANTABRIA.....	315

Tabla 16.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LA MANCHA.....	316
Tabla 17.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LEON.....	316
Tabla 18.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en CATALUÑA.....	317
Tabla 19.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en EXTREMADURA.....	317
Tabla 20.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en GALICIA.....	318
Tabla 21.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en INGESA (CEUTA Y MELILLA).....	318
Tabla 22.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en LA RIOJA.....	319
Tabla 23.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en MADRID.....	319
Tabla 24.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en MURCIA.....	320
Tabla 25.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en NAVARRA.....	320
Tabla 26.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en PAIS VASCO.....	321
Tabla 27.	Reconocimientos de licenciados sanitarios y coste por niveles en VALENCIA.....	321
Tabla 28.	Reconocimientos concedidos por niveles de Diplomados Sanitarios por CC. AA. y coste de la carrera profesional para el año 2011..	322
Tabla 29.	Total de reconocimientos de carrera profesional para Diplomados Sanitarios	325
Tabla 30.	Coste total de carrera profesional para el año 2011 de Diplomados Sanitarios.....	326
Tabla 31.	Reconocimientos diplomados sanitarios y coste profesional por niveles en ANDALUCIA.....	327

Tabla 32.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en ARAGON.....	327
Tabla 33.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en ASTURIAS.	328
Tabla 34.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en BALEARES.	328
Tabla 35.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CANARIAS.....	329
Tabla 36.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CANTABRIA.....	329
Tabla 37.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LA MANCHA.....	330
Tabla 38.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CASTILLA LEON.....	330
Tabla 39.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en CATALUÑA.	331
Tabla 40.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en EXTREMADURA.....	331
Tabla 41.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en GALICIA.	332
Tabla 42.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en INGESA (CEUTA Y MELILLA).	332
Tabla 43.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en LA RIOJA.	333
Tabla 44.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en MADRID.	333
Tabla 45.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en MURCIA.	334
Tabla 46.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en NAVARRA.....	334
Tabla 47.	Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en PAIS VASCO.....	335

Tabla 48. Reconocimientos de diplomados sanitarios y coste por niveles en VALENCIA.....	335
Tabla 49. Porcentaje de reconocimientos concedidos frente a número de profesionales por CC. AA.....	345