

MARIA DEL PILAR BUDESCA LÓPEZ

**DISEÑO DE PUESTOS DE TRABAJO BASADOS EN LA GESTIÓN DE CALIDAD.
IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN DE RRHH.
UN CASO A REVISIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por el Dr. Rafael Böcker

Grau de Relacions Laborals i Ocupació



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2017

RESUMEN

Este estudio se pretende analizar la viabilidad de los diseños de puestos de trabajo realizados por la Dirección de Recursos Humanos tomando de referencia el Centro Hospitalario: Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona y, la productividad que de ellos se deriva desde la perspectiva de la gestión de la calidad. Para ello analizaremos los indicadores de calidad existentes y la efectividad de los mismos en este caso; la correlación que existe entre puestos de trabajo y la persona que lo ocupa y, determinar en la medida que los resultados lo permitan, una propuesta de organigrama funcional óptimo para situaciones deficientes. Para todo ello vamos a emplear la encuesta a través de dos cuestionarios cumplimentados por usuarios y enfermeras del centro. Los cuestionarios están confeccionados en base a unos indicadores que han resultado de las características generales de conos colectivos y, en particular, en relación al usuario se medirá la satisfacción del mismo según el resultado y las expectativas que tiene sobre el servicio que se le ofrece, y al personal del centro interesa la motivación personal en su trabajo a nivel socio-económico y de clima organizacional. Todo ello nos permitirá la interrelación de variables que, desde la Dirección de Recursos Humanos con la capacidad de realizar buenos diseños de trabajo, ayuden a la motivación del personal que las ocupa creando entre este personal un buen clima organizacional y dar un servicio de calidad a un usuario que interacciona satisfactoriamente con el profesional con sentimiento de haber recibido un servicio excelente.

SUMMARY

This study aims to analyze the feasibility of the designs of jobs carried out by the Human Resources reference taking Hospital Center: University Hospital of Tarragona Joan XXIII and productivity derived from them from the perspective of management the quality. We will analyze the existing quality indicators and their effectiveness in this case; the correlation between jobs and the person who occupies it and determine as far as the results allow, a proposal of optimal functional organization for poor situations. For all this we will use the survey through two questionnaires completed by users and nurseries of the center. The questionnaires are made based on indicators that have resulted from the general Characteristics of both groups and in particular, in relation to the same user satisfaction is measured by the result and the expectations you have about the service being offered and center staff interested in personal motivation in their work to socio-economic and organizational climate level. This will allow us the interplay of variables, from the Human Resources Department with the ability to do good work designs, help staff motivation that ranks among the staff creating a good organizational climate and provide a quality service to a user interacts successfully with the professional feeling of having received excellent service.

Contenido

Abreviaturas.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Línea temática.....	4
1.2 Objeto de estudio	5
1.3 Información descriptiva sobre el objeto de estudio	6
1.4 Personal de Enfermería.....	15
1.5 Acceso contractual en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.	19
1.6 Preguntas de investigación	23
1.7 Objetivos de la investigación	23
1.8 Hipótesis de trabajo	24
1.9 Metodología de la investigación	24
2. MARCO TEÓRICO	29
2.1 Introducción del tema de investigación.....	29
2.2 Gestión de calidad y Dirección de Recursos Humanos. Principios Generales	30
2.3 Gestión de Calidad y Dirección de Recursos Humanos en el Sector Sanitario.	40
2.4 Conclusiones teóricas	42
3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	47
3.1 Análisis de los resultados de las encuestas.....	47
3.2 Análisis documental	54
3.3 Discusión	59
4. CONCLUSIONES FINALES	61
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXO I.....	66
ANEXO II	69
ANEXO III	72

Abreviaturas

Art.	Artículo
CIBER	Centro de Investigación Médica en Red
CMA	Cirugía Menor Ambulatoria
CONQUEST	Computerized Needs-oriented Quality Measurement Evaluation System
DPOs	Distribución por Objetivos
DRRHH	Dirección de Recursos Humanos
EBEP	Estatuto Básico del Empleado Público
EIR	Enfermero Interno Residente
EM	Estatuto Marco del Personal Estatutario
EQA	European Quality Assistance
Et al.	Y otros
GC	Gestión de Calidad
ICS	Institut Català de la Salut
IDI	Instituto del Diagnóstico por la Image
IISPV	Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili
OMS	Organización Mundial de la Salud
RD	Real Decreto
RRHH	Recursos Humanos

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Línea temática

El tema de investigación es la problemática de Dirección de Recursos Humanos, el Diseño de los puestos de trabajo y la gestión de calidad. Por separado hablamos de temas sin una interrelación aparente en términos de cultura social. En su conjunto representan el éxito o el fracaso de una empresa o una Administración Pública. Una Dirección de Recursos Humanos efectiva y eficiente realiza una correcta evaluación de los puestos de trabajo y confecciona los perfiles de los candidatos en concordancia a las competencias que se requieren en ese puesto y es capaz de detectar las carencias no sólo del trabajador sino también de sus herramientas de trabajo para alcanzar una actividad satisfactoria que incremente el factor de calidad en el producto final que se pretende.

Al hacer referencia a la calidad, pensamos directamente en un producto tangible. Su encuadre no está definido dentro del Sector de Servicios y sólo es detectable a través de la satisfacción del cliente. La gestión de la calidad desde un inicio ha estado vinculada al ámbito de las empresas manufactureras en las que predominaba el trabajo rutinario y repetitivo y era evaluada en la relación cliente-proveedor del producto final. Cuando se empieza a tener en cuenta el organigrama empresarial y el diseño de puestos de trabajo, surge la duda de implementar un sistema de Gestión de Calidad universal o, tener en cuenta otros indicativos como la naturaleza del trabajo que realiza la persona ocupada. Si la gestión de calidad está implementada en las políticas y objetivos de la organización, se deben planificar y formalizar todas las tareas (diseño de puesto de trabajo) antes de proceder a la descentralización de los derechos de decisión del empresario versus los trabajadores, que según su estado de satisfacción realizarán un servicio de calidad que repercutirá en la asistencia médica recibida. En la decisión de ceder al trabajador esa iniciativa de trabajo, hay que asegurarse que (Beckford, 2004):

1. El trabajador tenga la capacitación adecuada (formación)
2. Se establezcan estándares de resultado según la satisfacción del cliente.

Por todo ello, es importante que las políticas de Recursos Humanos y su Dirección, generen confianza para conseguir los objetivos de la organización. Es un compromiso mutuo entre todos ellos con intereses comunes para obtener un servicio de excelencia.

1.2 Objeto de estudio

El objeto de estudio es la Dirección de Recursos Humanos y la gestión que en ella se realiza; el Diseño de puestos de trabajo y la Gestión de Calidad del Organismo Público “Institut Català de Salut”. Atendiendo a la generalidad de centros y a la autonomía territorial que desarrollan cada una de las provincias catalanas, nos centraremos en el “Camp Territorial de Tarragona i Baix Ebre” i, en particular, en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

Este Hospital es Centro de Referencia de toda la Provincia en algunas especialidades y el estudio pretende averiguar si existe relación entre el diseño de puestos realizado por la Dirección de RRHH, la regulación de ocupación efectiva y la calidad ofrecida como administración pública al servicio del ciudadano. Para poder centrar el trabajo, vamos a analizar al personal de enfermería y nos centraremos en dos servicios concretos del Centro: Medicina Interna como unidad clínica y la 5ª Planta “C” que engloba Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT a partir de ahora), Neurocirugía y Maxilofacial como unidades de cirugía y Neurología como unidad clínica. La elección viene determinada por la diferenciación en la especialización y tareas a realizar por el equipo de enfermería en estos servicios.

Un servicio como el de la 5ª Planta “C” requiere una dedicación más personalizada al paciente. Es un paciente que precisa curas en alguna parte de su cuerpo (pierna, brazo, mano, etc.) y administración de analgesia para el dolor. Suele estar más inmovilizado y ello provoca, en ingresos de larga duración, frustración y desánimo.

El servicio de Medicina Interna se puede definir como un servicio todoterreno ya que sus pacientes suelen ser pacientes de Secciones como Infecciosas, SIDA, Enfermedades Neumológicas y todas aquellas que puedan ser susceptibles de ingreso en dicho servicio. El paciente tiene un perfil más de necesidades de administración de antibióticos y de ansiedad por insuficiencia respiratoria.

1.3 Información descriptiva sobre el objeto de estudio

1.3.1 ¿Qué es el “Institut Català de Salut”(ICS)?¹

El ICS es un Organismo público cuya información institucional está al alcance de toda la población en su web corporativa. Con una plantilla que supera los 38.000 profesionales, el Instituto Catalán de la Salud es la empresa pública de servicios de salud más grande de Cataluña que presta atención sanitaria a casi seis millones de usuarios de todo el territorio.

Actualmente gestiona ocho hospitales (Vall d’Hebron, Bellvitge, Germans Trias, Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona, Josep Trueta de Girona, Verge de la Cinta de Tortosa i Viladecans) y 287 equipos de atención primaria, tres de los cuales son gestionados a través de un consorcio con el Hospital Clínic de Barcelona y un cuarto gestionado en consorcio con el Ayuntamiento de Castelldefels.

Como entidad de referencia dentro del sistema público de salud, el objetivo del ICS es contribuir a la mejora de la salud y de la calidad de vida de las personas a través de la prestación de unos servicios sanitarios innovadores y excelentes, que abastezcan tanto la promoción de la salud como la prevención y el tratamiento de las enfermedades, desde las más prevalentes hasta las más complejas.

A parte de la actividad asistencial, el ICS desarrolla una gran actividad científica a través de los siete institutos de investigación integrados en centros hospitalarios y de atención primaria.

En el campo de la docencia, el ICS da formación en sus centros a 2.300 especialistas de 51 especialidades distintas en ciencias de la salud. Así mismo, acoge a más de 4.500 alumnos de grado de medicina, enfermería, odontología, entre otros. Por otro lado, realiza una intensa actividad en formación continua para todos los colectivos profesionales.

¹ http://www.icscampdetarragona.cat/webg/index.php?page=informacio-corporativa-2&hl=ca_ES

1.3.2 Antecedentes históricos y regulación

En la ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, asistencia y servicios sociales de Cataluña, se creó el ICS como entidad gestora de la Seguridad Social y de los servicios y de prestaciones sanitarias de la Generalitat.

En 1990 con la Ley 15/1990, de 9 de julio, se crea el Servicio Catalán de Salud, que es el responsable de garantizar la atención sanitaria pública y una cobertura pública de calidad a los ciudadanos de Cataluña por medio de una adaptación de la oferta sanitaria a sus necesidades. Así pues, surgen nuevas reformas que propician reestructuraciones de esta Institución con el objetivo de mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.

El 3 de febrero de 2009 se aprueban los Estatutos del ICS por el Gobierno que establecen el funcionamiento interno. Se desarrollan los órganos de gobierno, dirección, participación y gestión del mismo.

La estructura orgánica se fundamenta:

1. El Consejo de Administración y la figura del Director Gerente como órganos superiores de Gobierno y Dirección teniendo como misión principal la planificación estratégica de los medios adscritos a esta entidad, la dirección de las actuaciones y el control de la gestión.
2. La Comisión Ejecutiva
3. Órganos de gestión que están divididos en servicios corporativos, gerencias territoriales y unidades de gestión de los centros.

El Estatuto confiere en cuanto a organización y funcionamiento de los centros una autonomía de gestión enmarcada dentro de los acuerdos del Consejo de Administración. El objetivo es que los centros puedan definir su propia estructura y organización. Esta autonomía es extensiva tanto a la económica, de personal y asistencial mediante acuerdos de gestión. Se da capacidad a los profesionales para elaborar y aplicar sus propias normas de funcionamiento interno, desarrollo y la gestión de sus planes de calidad. Estos deberán ser propuestos a las gerencias territoriales

correspondientes y los equipos directivos de cada unidad de gestión y aprobados por el Consejo de Administración.

Finalmente, los Estatutos también marcan los principios de organización de la gestión de recursos humanos de la organización: organigrama del personal, provisión de plazas y selección y su aspecto económico.

1.3.3 Gerencia Territorial del Camp de Tarragona.

La Gerencia Territorial del “Camp de Tarragona” es el Organismo de Gestión de los servicios que el Instituto Catalán de la Salud ofrece en dicho territorio. El ICS es el primer proveedor de servicios de salud del Camp de Tarragona, así como del resto de Cataluña, que desarrolla unos servicios sanitarios centrados en las personas poniendo al paciente en el eje central de sus proyectos. El ICS en el Camp de Tarragona tiene la misión de ser una empresa con un modelo de atención integrada que incluye la atención primaria y la atención hospitalaria con el objetivo de mejorar continuamente la calidad de los servicios que ofrece. La Gerencia Territorial del ICS en el Camp de Tarragona tiene a su cargo la gestión del Hospital Universitario Joan XXIII y de los centros integrados en los servicios de atención primaria de Tarragona - Valls y Reus – Baix Ebre.

La Región Sanitaria Camp de Tarragona está situada al sudeste de Cataluña y tiene una extensión de 2.989,6 km², con 85 km de costa. Comprende las comarcas de l’Alt Camp, la Conca de Barberà, el Baix Camp, el Baix Penedès, el Tarragonès y el Priorat, con un total de 123 municipios y una población de referencia de unas 600.000 personas, según los datos del Registro Central de personas aseguradas (RCA). Al igual que en el resto de Cataluña, la población se concentra en unos pocos núcleos urbanos: cerca del 40% vive en las ciudades de Reus y Tarragona. Las comarcas del Baix Camp y el Tarragonès concentran las tres cuartas partes del total de la población.

1.3.4 Hospital Universitario Joan XXIII

- Historia

El Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona (HJ23) es un centro sanitario dependiente del Instituto Catalán de la Salud en la ciudad de Tarragona. Es el hospital de referencia para las

comarcas del sur de Cataluña, actualmente la provincia de Tarragona, con una población de casi 800.000 habitantes. Está situado en el extremo oeste de la ciudad, cerca del río Francolí, ocupando una superficie de más de 25.000 metros cuadrados en el que se constituyen el “Parc Sanitari Joan XXIII” que incluye, a parte del Hospital Joan XXIII, el Hospital Sociosanitari Francolí, el Centro de Atención Primaria Tarraco. El edificio del antiguo CAP de especialidades Tarragonés, la Unidad de Docencia de la Facultad de Medicina y otras dependencias auxiliares.

El Hospital se proyectó desde el Instituto Nacional de Previsión del gobierno de la época, dentro del plan de dotación de centros sanitarios de la Seguridad Social a las capitales y ciudades grandes del estado iniciado en los años 60 del pasado siglo, nombrados por el afán eufemístico del régimen político Residencias Sanitarias para diferenciarlos de los antiguos hospitales asistenciales. Las obras se iniciaron en el año 1965 y el hospital entró en funcionamiento el día 16 de octubre de 1967. Fue el primer hospital español concebido como “jerarquizado”, es decir, organizado por servicios y una plantilla médica dedicada a horario completo.

No existe evidencia de quien fue el precursor el nombre de Joan XXIII para el hospital de Tarragona. En el archivo diocesano del Arzobispado de Tarragona, aunque existe una memoria, no existe ningún registro documental sobre este hecho. Un acta de la Comisión Permanente del INP, del 4 de octubre de 1967, acuerda que el nombre de la Residencia Sanitaria fuera “Juan XXIII”.

El hospital está vinculado a la Universidad de Tarragona, Rovira y Virgili, desde 1992, y acoge alumnos de las facultades de Medicina, Letras, Psicología y escuelas de Enfermería, Fisioterapia y Trabajo Social.

Está acreditado para la docencia de especialidades médicas (programa MIR) desde sus comienzos, en el año 1974. Actualmente forma médicos especialistas en Medicina Interna, Alergología, Anatomía Patológica, Cardiología, Digestivo, Farmacia, Medicina Intensiva, Cirugía general, Traumatología, Obstetricia, Pediatría, Hematología, Análisis Clínicos, Radiología, Medicina Familiar, Oftalmología y Otorrinolaringología.

El Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona gestiona su investigación a través del Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili (IISPV). La actividad investigadora se desenvuelve en 8 áreas de investigación, cada una de las cuales está formada por diferentes

grupos, con un total de 11 grupos. Los grupos están integrados en estructuras consolidadas, como pueden ser Redes Temáticas o grupos CIBER y conviven con grupos emergentes con un elevado potencial competitivo. La estructura de investigación del Centro se sustenta por servicios procedentes del propio Hospital (Unidad de Biobanco, Servicios Centrales de Laboratorio, etc.), así como por estructuras centrales del IISPV.

- Equipamiento, personal y asistencia.

La dimensión asistencial del Centro se mide por el equipamiento del cual está dotado, el personal adscrito al mismo y volumen asistencial. Cuando hablamos de equipamiento, hablamos de instalaciones:

- 12 quirófanos
- 3 unidades de reanimación que dispones de 15 puntos de atención
- 1 unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA)
- 2 salas de partos
- 99 consultorios de consultas externas (incluyendo gabinetes)
- 17 puntos de atención de hospital de día
- 36 boxes de urgencias con 65 puntos de atención
- 1 laboratorio clínico territorial
- 11 equipamientos de alta tecnología, incluidos los gestionados por el Instituto de Diagnóstico por Imagen (IDI)
- 336 camas disponibles: 277 camas convencionales, 35 camas de críticos i semicríticos, 24 cunas patológicas.

Así mismo, los recursos humanos de que dispone el hospital según la memoria anual correspondiente al 2014 son:

Tabla 1. Distribución de personal

	Mujeres	Hombres	Total
ATENCIÓN PRIMARIA	838	334	1172
Área funcional sanitaria	588	192	780
Licenciados sanitarios	215	152	367
Facultativos especialistas	208	140	348

Titulados Superiores Sanitarios	7	12	19
Diplomados Sanitarios	317	39	356
Técnicos de grado superior sanitario (técnicos especialistas)	8	1	9
Técnicos de grado medio sanitario (auxiliares de enfermería)	48	0	48
Área funcional de gestión y Servicios	219	112	331
Residentes	31	30	61
HOSPITALES	1118	353	1471
Área funcional sanitaria	889	221	1110
Licenciados sanitarios	128	156	284
Facultativos especialistas	128	156	284
Titulados superiores sanitarios	0	0	0
Diplomados sanitarios	472	50	522
Técnicos de grado superior sanitario (técnicos especialistas)	34	8	42
Técnicos de grado medio sanitario (auxiliares de enfermería)	255	7	262
Área funcional de gestión y Servicios	137	103	240
Residentes	92	29	121
Total profesionales	1956	687	2643

Fuente: Memòria de l'Institut Català de la Salut, Gerència Territorial del Camp de Tarragona 2014

Al ser hospital de referencia de la Provincia, el volumen de asistencia es significativamente alto.

Tabla 2. Actividad Asistencial

	Total	%variación 2015/2014
Altas ¹	20843	-1.54
Altas totales	19622	-2.40
Altas convencionales	15523	-1.52
Altas de CMA	4099	-5.60
Urgencias de más de 24 horas	1221	14,65
Estancia media	6.29	0.5
Índice de ocupación	95,19%	5.97
Mortalidad (%)	1.88	-1.71
Ingresos	15505	-1.81
Ingresos urgentes	10749	0.66
Ingresos programados	4756	-6.98
Hospitalización domiciliaria	915	-15.28
Sesiones de hospital de día	19055	5.39
Consultas externas ²	257935	3.71
Primeras Visitas	73427	-2.87

Visitas sucesivas	184508	6.58
Índice de reiteración	2.51	9.72
Cirugía Mayor	10556	-3.03
Intervenciones convencionales programadas	4343	-3.19
Intervenciones convencionales urgentes	2197	2.47
Intervenciones de CMA	4016	-5.64
Urgencias de más de 24 horas	1221	14,65
Estancia media	6.29	0.5
Índice de ocupación	95,19%	5.97
Mortalidad (%)	1.88	-1.71
Ingresos	15505	-1.81
Ingresos urgentes	10749	0.66
Ingresos programados	4756	-6.98
Hospitalización domiciliaria	915	-15.28
Sesiones de hospital de día	19055	5.39
Consultas externas ²	257935	3.71
Primeras Visitas	73427	-2.87
Visitas sucesivas	184508	6.58
Índice de reiteración	2.51	9.72

Fuente: Memòria de l'Institut Català de la Salut, Gerència Territorial del Camp de Tarragona 2015

- Calidad del Hospital

En el ICS buscan la excelencia en todas sus actividades. En este sentido se consideran una organización receptiva, que responde, aprende y se desenvuelve continuamente con cultura de la calidad y de la evaluación, y que es especialmente sensible con su entorno social, económico, tecnológico y cultural.

En el TOP 20 que cada año concede la consultora de servicios sanitarios LASIST, concedió en 2015 la distinción a la Gestión Hospitalaria Global, en la categoría de Hospitales con especialidades de referencia (en el área de respiratorio). Los hospitales que han obtenido distinción se destacan por un 26% más de productividad que el resto de centros y muestran mejores resultados de calidad asistencial con un margen menor de mortalidad y complicaciones en los pacientes.

La herramienta utilizada en el Centro para medir la calidad asistencial es el estándar de calidad asistencial (EQA). Esta herramienta consta de 112 indicadores clínicos. De estos 112

indicadores, 29 miden la calidad diagnóstica. La EQA se va mejorando con las propuestas de los profesionales que, año a año, definen los ítems a evaluar. La calidad se mide sobre conceptos de resultados obtenidos en la mejora de enfermedades, adecuación de diagnósticos i reingresos por complicaciones.

La evaluación y la consecución de objetivos por parte de la Institución se basan en la misión, valores y visión de la misma.

- Misión

La misión de la organización es la de proporcionar a los ciudadanos de su área de referencia la mejor atención sanitaria, asegurando la eficacia clínica, rapidez en su respuesta y la más alta calidad, así como ofrecer docencia e investigación con el máximo nivel de excelencia y potenciar el desarrollo de sus profesionales consiguiendo unos resultados económicos que permitan la viabilidad y sostenibilidad de la organización.

- Valores

El comportamiento de las personas que trabajan en la organización ha de regirse por unos valores compartidos por todos, coherentes con la misión y con los principios éticos de la sociedad a la cual sirven.

Por tanto se comprometen a actuar según los siguientes valores:

Competencia: manteniendo el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas a la actividad que desarrollan, aspirando constantemente a la mejora continua.

Respeto: entienden que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo tanto se comprometen a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Responsabilidad e integridad: trabajando con ética y respondiendo a sus decisiones y actos, asumiendo las posibles consecuencias.

Trabajo en equipo: manteniendo un espíritu de colaboración, confianza y solidaridad con sus compañeros de trabajo, teniendo siempre presente el objetivo común de servir al ciudadano.

Calidad: buscando la excelencia en todas sus actuaciones

Confidencialidad: haciendo un uso responsable de la información (que se pueda ver, sentir o bien intuir) de las personas, los datos personales y los datos de empresa. Protegiendo la intimidad de las personas y sus derechos.

En 2017 han variado algunos de estos valores y apuestan por seis conceptos que dan sentido a la misión y la visión de la Institución comprometiéndose a su promoción a través de diferentes acciones que están previstas llevarse a cabo durante los próximos años.

Los valores actuales son:

- Competencia
 - Compromiso
 - Innovación
 - Participación
 - Equidad
 - Transparencia
-
- Visión

La visión es ser una Organización de referencia y líder en el Sistema de Salud Catalán en los ámbitos de asistencia, docencia e investigación. Tres ámbitos que se interrelacionan y se complementan para conseguir el objetivo principal que es un relevo generacional de excelencia.

1.4 Personal de Enfermería

La OMS define al personal de Enfermería como aquel que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a pacientes de cualquier edad, familia, grupo y comunidades, enfermos o no, en cualquier circunstancia. Su actividad engloba la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención al enfermo, discapacitado y personas en situación terminal.

Hasta la implementación del Plan Bolonia, este colectivo accedía a su titulación mediante una Diplomatura de Enfermería de 3 años. En la actualidad, es necesario superar el Grado de Enfermería de 4 años para la obtención de la titulación.

La entrada en vigor del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, es un intento de profesionalizar el sector. La evolución de los conocimientos científicos, los medios técnicos y los cambios en el sistema sanitario, teniendo en cuenta el incremento de población, las mutaciones en los patrones epidemiológicos y las demandas cada vez más específicas, obligan a una regulación para la obtención de titulación de Enfermero Especialista.

Esta norma complementa la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias que determina la necesidad de proceder a una nueva regulación reglamentaria de las especialidades en Ciencias de la Salud, y de los órganos de apoyo a la formación especializada.

Esta nueva regulación ha de tener en cuenta tanto las recomendaciones de la Unión Europea como las previsiones constitucionales relativas a la protección de la salud de los ciudadanos y las competencias que, en materia de asistencia sanitaria, tienen atribuidas las comunidades autónomas. Este sistema de especialización estará incluido en el modelo del Espacio Europeo de Educación Superior surgido de la Declaración de Bolonia, respondiendo al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos, sin que ello suponga anular las aspiraciones de desarrollo profesional y de libre movilidad en el Sistema Nacional de Salud, tanto de los enfermeros especialistas como de los enfermeros responsables de la prestación de cuidados generales, ni las competencias de las comunidades autónomas para la organización y gestión de sus Servicios de Salud.²

² RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

En su artículo 1.1 de dicho Real Decreto se regula que el título de especialista será requisito expreso para ejercer la profesión y ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados.

Así mismo, el artículo 1.2 especifica los requerimientos para su obtención:

- a) Estar en posesión del título de Diplomado en Enfermería o equivalente reconocido u homologado en España
- b) Haber realizado íntegramente la formación en la especialidad correspondiente, con arreglo a lo establecido en el real decreto
- c) Haber superado las evaluaciones que se establezcan y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.

Esta especialización no afecta al resto de Diplomados universitarios de Enfermería como enfermeros de cuidados generales, ni a su acceso a actividades formativas, a su carrera o desarrollo profesional, ni al desempeño de puestos de trabajo que no tengan la denominación de Especialista (art. 1.3 RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería).

Las especialidades de Enfermería son las siguientes:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica

La formación se realiza en Centros Hospitalarios por el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas para esa formación especializada. Deben permanecer en dichas unidades por el tiempo previsto en el programa formativo, tutelado con el objetivo de alcanzar los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de su especialidad.

Para acceder a esta formación los aspirantes deberán superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal, que ordenará a los aspirantes de acuerdo con los principios de

igualdad, mérito y capacidad. Durante el tiempo de formación al aspirante se le denomina EIR (Enfermero Interno Residente)

Para la convocatoria 2016-2017 sólo en Catalunya se ofertan:

Tabla 3. Plazas ofertadas por el Ministerio de Sanidad EIR 2017

Localidad	Centro	Especialidad	Nº plazas
BARCELONA	UDENFSM CONSORCI MAR PARC DE SALUT DE BARCELONA	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	6
BARCELONA	UDENFSM CORPORACIÓN SANITARIA CLÍNIC DE BARCELONA	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	3
TERRASSA	UDENFSM DEL H. UNIVERSITARIO MÚTUA DE TERRASSA	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	2
LLEIDA	UDENFSM H. DE SANTA MARÍA DE LLEIDA	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	2
HOSPITALET DE LLOBREGAT	UDENFSM H. UNIVERSITARI BELLVITGE	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1
PALAMÓS	UDM AFYC SERVEIS SALUT INTEGRATS BAIX EMPORDÀ-SSIBE	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	2
BARCELONA	UDM AFYC ACEBA	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	2
BADALONA	UDM AFYC BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	2
BARCELONA	UDM AFYC BARCELONA CIUTAT I.C.S.	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	6
SANT FRUITÓS DE BAGES	UDM AFYC BARCELONA-CATALUNYA CENTRAL I.C.S.	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	6
BARCELONA	UDM AFYC CLINIC-MATERNITAT	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
TERRASSA	UDM AFYC CONSORCI SANITARI DE TERRASSA	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	6
CORNELLÀ DE LLOBREGAT	UDM AFYC COSTA Ponent I.C.S.	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
GIRONA	UDM AFYC GIRONA I.C.S.	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
LLEIDA	UDM AFYC LLEIDA I.C.S.	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
VALLDORREIX	UDM AFYC MUTUA DE TERRASSA	ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
IGUALADA	UDM GERIATRÍA CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA	ENFERMERÍA GERIÁTRICA	2
BARCELONA	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA CONSORCI MAR PARC DE SALUT DE BARCELONA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
MATARÓ	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA CONSORCI SANITARI DEL MARESME-H. DE MATARÓ	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
HOSPITALET DE LLOBREGAT	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA CONSORCI SANITARI INTEGRAL	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
MANRESA	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA FUNDACIÓ ALTHAIA-XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
BARCELONA	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA H. CLINIC DE BARCELONA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	5
IGUALADA	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA H. D'IGUALADA. CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
BARCELONA	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA H. DE LA SANTA CREU I SAN PAU	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
BADALONA	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA H. UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	4
ESPLUGUES DE LLOBREGAT	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA H. UNIVERSITARI SAN JOAN DE DEU	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	4
BARCELONA	UDM OBSTETRICIA GINECOLOGÍA H. VALL D'HEBRÓN DE BARCELONA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
VIC	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA CONSORCI HOSPITALARI DE VIC	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
TERRASSA	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA CONSORCI SANITARI DE TERRASSA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
SABADELL	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAUÍ	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
FIGUERES	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. DE FIGUERES	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
PALAMÓS	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. DE PALAMÓS	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	1
TORTOSA	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
GRANOLLERS	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. GENERAL DE GRANOLLERS	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3

SALT	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. SANTA CATERINA – PARC H. MARTÍ I JÚLIA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	2
LLEIDA	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
GIRONA	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. UNIVERSITARI DE GIRONA DOCTOR JOSEP TRUETA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
TERRASSA	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
TARRAGONA	UDM OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA H. UNIVERSITARIO DE TARRAGONA JOAN XXIII	ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	3
BARCELONA	UDM PEDIATRÍA CORPORACIO SANITARIA PARC TAULÍ	ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	2
BARCELONA	UDM PEDIATRÍA DEL H. DE LA SANTA CREU Y SANT PAU	ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	2
ESPLUGUES DE LLOBREGAT	UDM PEDIATRÍA H. SANT JOAN DE DÈU D'ESPLUGUES DE LLOBREGAT	ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	5
GIRONA	UDM PEDIATRÍA H. UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA DE GIRONA	ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	1
BARCELONA	UDM PEDIATRÍA H. UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN	ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	5
MATARÓ	UDM SALUD MENTAL CONSORCI SANITARI DE MARESME- H. MATARÓ	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1
TERRASSA	UDM SALUD MENTAL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1
SABADELL	UDM SALUD MENTAL DE LA CORPORACIO SANITARIA PARC TAULÍ	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1
SANT BOI DE LLOBREGAT	UDM SALUD MENTAL DEL CENTRO ASISTENCIAL BENITO MENNI	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1
REUS	UDM SALUD MENTAL DEL H. UNIVERSITARI INSTITUT PERE MATA	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	2
SANT BOI DE LLOBREGAT	UDM SALUD MENTAL DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	3
MANRESA	UDM SALUD MENTAL FUNDACIÓN ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL MANRESA	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1
BARCELONA	UDM SALUD MENTAL H. STA CREU I SANT PAU	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	3
SALT	UDM SALUD MENTAL L'INSTITUT ASSISTÈNCIA SANITARIA-XARXA SM SALT	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	2
MARTORELL	UDM SALUT MENTAL DEL H. SAGRAT COR. SERVEIS DE SALUT MENTAL	ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1

Tabla de plazas ofertadas 2017. Fuente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Como se puede observar, la mayoría de plazas se corresponden a Especialidades de Salud Mental, Pediatría, Matronas y Enfermería de Familia. Así mismo, sólo encontramos una plaza ofertada en el Centro, objeto del estudio, la cual pertenece a la especialidad de Obstétrico-Ginecológica (matrona).

1.5 Acceso contractual en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

El personal del Institut Català de Salut está considerado personal estatutario. Esta denominación sólo se define en la exposición de motivos del Estatuto Marco del Personal Estatutario, EM en adelante (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), que determina que estatutario deriva de los tres estatutos de personal: el de personal médico; el personal sanitario no facultativo y el personal no sanitario, todos ellos de carácter funcionarial. .

Con la entrada en vigor del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), el personal estatutario se ha incluido en el mismo en su articulado 2.3. Fuente de conflicto ya que contiene una regulación distante a la del EM.

Los requisitos para poder acceder a la función pública vienen recogidos en los art. 56 y 57 del EBEP, siendo los que a continuación se detallan:

- a) Tener la nacionalidad española, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo siguiente.
- b) Poseer la capacidad funcional para el desempeño de las tareas.
- c) Tener cumplidos dieciséis años y no exceder, en su caso, de la edad máxima de jubilación forzosa. Sólo por ley podrá establecerse otra edad máxima, distinta de la edad de jubilación forzosa, para el acceso al empleo público.
- d) No haber sido separado mediante expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las Administraciones Públicas o de los órganos constitucionales o estatutarios de las Comunidades Autónomas, ni hallarse en inhabilitación absoluta o especial para empleos o cargos públicos por resolución judicial, para el acceso al cuerpo o escala de funcionario, o para ejercer funciones similares a las que desempeñaban en el caso del personal laboral, en el que hubiese sido separado o inhabilitado. En el caso de ser nacional de otro Estado, no hallarse inhabilitado o en situación equivalente ni haber sido sometido a sanción disciplinaria o equivalente que impida, en su Estado, en los mismos términos el acceso al empleo público.
- e) Poseer la titulación exigida.

En el supuesto de aspirantes de otros Estados se tendrá en cuenta que:

1. Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea podrán acceder, como personal funcionario, en igualdad de condiciones que los españoles a los empleos públicos, con excepción de aquellos que directa o indirectamente impliquen una participación en el ejercicio del poder público o en las funciones que tienen por objeto la salvaguardia de los intereses del Estado o de las Administraciones Públicas.

A tal efecto, los órganos de Gobierno de las Administraciones Públicas determinarán las agrupaciones de funcionarios contempladas en el artículo 76 a las que no puedan acceder los nacionales de otros Estados.

2. Las previsiones del apartado anterior serán de aplicación, cualquiera que sea su nacionalidad, al cónyuge de los españoles y de los nacionales de otros Estados miembros de la Unión Europea, siempre que no estén separados de derecho y a sus descendientes y a los de su cónyuge siempre que no estén separados de derecho, sean menores de veintiún años o mayores de dicha edad dependientes.

3. El acceso al empleo público como personal funcionario, se extenderá igualmente a las personas incluidas en el ámbito de aplicación de los Tratados Internacionales celebrados por la Unión Europea y ratificados por España en los que sea de aplicación la libre circulación de trabajadores, en los términos establecidos en el apartado 1 de este artículo.

4. Los extranjeros a los que se refieren los apartados anteriores, así como los extranjeros con residencia legal en España podrán acceder a las Administraciones Públicas, como personal laboral, en igualdad de condiciones que los españoles.

5. Sólo por ley de las Cortes Generales o de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas podrá eximirse del requisito de la nacionalidad por razones de interés general para el acceso a la condición de personal funcionario.

La adscripción a los Centros del ICS como plantilla, se materializa de las siguientes formas:

a) Trabajo fijo

- Convocatorias de concurso-oposición

El artículo 79 del EBEP regula los concursos de provisión de puesto de trabajo del personal funcionario de carrera y el art. 31 del EM

Consiste en una valoración de los méritos, capacidades y aptitudes valoradas por órganos colegiados de carácter técnico, imparciales y objetivos.

La oposición, a su vez, se compone de una serie de pruebas eliminatorias o no que el aspirante debe ir realizando para obtener una calificación. Esta calificación junto con la valoración del concurso, determinará la priorización de los candidatos.

- Convocatorias de promoción interna

El personal estatutario fijo podrá acceder, mediante esta convocatoria y dentro de su servicio de salud de destino, a nombramientos correspondientes a otra categoría, siempre que el título exigido para el ingreso sea de igual o superior nivel académico que el de la categoría de procedencia, y sin perjuicio del número de niveles existentes entre conos títulos (art. 34.1 EM)

b) Movilidad

- Convocatorias de traslados

Las convocatorias de traslados previas a la convocatoria de turno libre, permite al personal funcionario dentro de la misma empresa, tener oportunidad de movilidad tanto de forma ascendente como de forma horizontal.

Con el fin de lograr mejor aprovechamiento de los recursos humanos y garantizar la eficacia del servicio a los ciudadanos, el EBEP en su art. 84, crea la movilidad voluntaria entre

Administraciones Públicas. Con ello, cuando surge una vacante en el Centro de Estudio, el personal de otros Centros puede optar a la convocatoria manteniendo respecto de su Administración de origen su situación administrativa.

c) Trabajo temporal

- Bolsa de trabajo :

Se debe realizar una inscripción de forma telemática, a través del aplicativo, que para tal fin, tiene el portal del ICS en “incripció telemàtica a la borsa de treball”. La inscripción se puede realizar en cualquiera de los ámbitos especificados para ello, para una contratación temporal. Se podrá elegir el Hospital y se deberá incluir la disponibilidad de la persona. La información de las especialidades y Centros podrá ser modificada por el ICS según sus necesidades. Así mismo, el aspirante podrá modificar sus datos y darse de baja o modificar su disponibilidad en el momento que se produzca la variación.

La valoración para la incorporación viene determinada por los siguientes conceptos:

- a) Currículum profesional: 40%
- b) Nota de oposición (nota de suficiencia de la fase de oposición en las convocatorias de selección): 40%
- c) Evaluación del cumplimiento a través de cuestionario realizado a los mandos de la prestación de servicios del ICS en períodos superior al del período de prueba establecidos para la categoría

- Convocatorias de trabajo temporal

Dichas convocatorias se rigen por el art. 11 del Pacto de Selección y en las mismas se hará constar, en el caso de ser necesario un proceso de selección específico las bases con la información preceptiva según el EBEP: funciones; competencias; requisitos; proceso de selección según méritos y capacidad; pruebas selectivas y entrevista si fuera preciso.

1.6 Preguntas de investigación

1. ¿Están los puestos de trabajo diseñados correctamente para ofrecer un servicio asistencial de calidad?
2. La gestión de la Dirección de Recursos Humanos, ¿está supeditada a la regulación y la negociación colectiva o tiene autonomía para el diseño de puestos de trabajo y su ocupación?
3. ¿Existe una organización jerárquica suficiente para hacer acciones tanto preventivas como proactivas focalizadas en la satisfacción proveedor-cliente?
4. ¿Podemos hacer una reorganización estructural de personal y medios para mejorar la actual prestación de servicios?
5. ¿Encontramos diferentes estructuras hospitalarias en las que las encuestas de calidad sean óptimas y que se puedan aplicar a nuestro caso?

1.7 Objetivos de la investigación

1. Objetivo Principal

- Analizar la aplicación de los diseños de puesto de trabajo y su productividad desde el punto de vista de la gestión de la calidad.

2. Objetivos Secundarios

- Analizar los indicadores de calidad y su efectividad en la evaluación final
- Analizar la correlación entre puestos de trabajo y empleado: capacidades, competencias, etc. y su incidencia en el resultado final de las tareas encomendadas.
- Determinar un posible organigrama de empresa en Recursos Humanos que palie las deficiencias que se puedan detectar y persiga una optimización de todos los ítems analizados.

1.8 Hipótesis de trabajo

- H1. Un buen diseño de puesto de trabajo favorece la motivación del personal sanitario
- H2. Una significativa motivación laboral crea un buen clima organizacional
- H3. El clima organizacional incide en el servicio prestado
- H4. La interacción satisfactoria entre empleado-usuario crea un servicio de calidad
- H5. La calidad sanitaria está condicionada al buen organigrama funcional de los centros

1.9 Metodología de la investigación

1.9.1 Tipo de estudio

La estrategia metodológica de esta investigación es cuanti-cualitativa, ya que creemos que se trata de la metodología más adecuada para abordar el problema de investigación planteado ya que nos aportan resultados más ajustados a las hipótesis planteadas.

Un estudio cuantitativo es más estricto y formal, en cuanto sus resultados son de análisis estadístico y encuadrado en un marco matemático, siendo un método objetivo científicamente validado. Así mismo, el estudio cualitativo es más específico en el análisis individual de los seres humanos, mediante la comprensión o interpretación de las acciones que realizan cada individuo así como, sus intenciones, impulsos, acciones u opiniones que tienen. Este método se basa en el análisis de las interacciones entre individuos, poniéndole más importancia al lenguaje y aspectos pequeños de la sociedad.

1.9.2 Técnica de recolección de datos primarios

Para el estudio vamos a utilizar como fuente primaria la encuesta. La encuesta puede definirse como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información de una muestra amplia de sujetos. La muestra ha de ser representativa de la población de interés; y, la información se limita a la delineada por las preguntas que componen el cuestionario precodificado. La encuesta permite abarcar un amplio abanico de cuestiones en un mismo estudio, facilita la comparación de resultados (los que pueden generalizarse, dentro de los límites marcados por el diseño muestral efectuado), posibilita la obtención de información significativa y puede obtenerse un volumen importante de información a un mínimo coste (económico y

temporal), aunque podemos encontrarnos que la información se restringe a la proporcionada por el individuo, la presencia del encuestador provoca efectos reactivos en las respuestas y el desarrollo de una encuesta amplia resulta complejo y costoso. Su elaboración y estructuración son ítems con los que se obtendrá un resultado exitoso o no. La adecuación del cuestionario a los objetivos de la investigación y a las características de la población que se analiza tienen que ser prácticas minuciosamente analizadas y respondiendo a la metodología de realización que vayamos a utilizar: cara a cara, telefónico, por correo o web. La recogida de información puede ser costosa dependiendo de cómo optemos por realizarla. En este caso, al tener un presupuesto bajo, seremos los propios componentes del equipo investigador los encargados de realizar esta tarea. Hemos descartado otras metodologías como la entrevista o la discusión de grupo, ya que es muy difícil en un sector como la sanidad obtener datos fiables en una entrevista directa a un usuario o a un trabajador que puede exagerar o retraer sus respuestas en función de una circunstancia en particular y no en conjunto. La determinación de la situación socio-económica actual insta al cuestionario objetivo con respuestas predeterminadas sin opción a una desviación estándar de los indicadores a valorar.

Se han confeccionado 2 cuestionarios de encuesta para las dos áreas a abordar en este estudio: usuarios (Anexo I) y personal de enfermería (Anexo II).

Hemos optado por esta técnica ya que es económica y nos permite relevar gran cantidad de información de una muestra representativa de usuarios atendidos en el Centro y los trabajadores que en él ejercen su actividad. Se ha determinado la población adscrita a este Centro que es centro de referencia de la Provincia, teniendo en cuenta la existencia de otro hospital que tienen delimitada un área territorial incluida dentro de la del centro de referencia para algunos servicios y enfermedades menos complicadas y el número de trabajadores de la plantilla asignados en este hospital que pueden prestar servicios en más de un hospital.

1.9.3 Unidades de observación

Realizada la prospección estadística de la población susceptible de ser usuarios del Centro dónde se va a realizar el estudio, se va a sistematizar la encuesta del siguiente modo:

☞ En relación a los usuarios, vamos a considerar una “n” aproximada de 100 usuarios en 2 meses de recolección de datos.

∞ La encuesta de los trabajadores, y en relación a la plantilla actual, debemos analizar una “n” de ± 40 trabajadores del colectivo de Enfermería. Va a ser un número muy ajustado ya que en el tiempo del trabajo de campo está previsto que sólo realicen trabajos de enfermería una media de 16 trabajadoras por planta, cosa por la cual la “n” puede verse reducida a ± 30

El procedimiento para la realización del estudio se estructura en reuniones y presentación de documentación a los siguientes colectivos y en este orden:

1. Autorización del Comité de Dirección y del Director de Recursos Humanos: Previa a la reunión se presenta el borrador del trabajo y los formularios de encuesta. La Dirección de Recursos Humanos requiere que se realice un consentimiento informado tanto a enfermería como a los pacientes. Tras consulta con la asesoría jurídica y el Comité de Bioética del Hospital, se acuerda pasar por el Comité Ético el Trabajo y que sean ellos los que determinen la necesidad o no de la utilización del Consentimiento Informado.
2. Autorización del Comité de Enfermería: Reunión con Dirección de Enfermería previo envío del borrador del trabajo.
3. Autorización del Comité Ético Médico del Centro (IISPV). Requisito básico para poder realizar las encuestas a pacientes, así como, la correspondiente firma en los consentimientos informados (en caso de ser necesarios): uno para enfermería y otro para el usuario. El propio Comité después de evaluar las encuestas, determinó que no se precisa de consentimiento informado ya que se trata de una encuesta sin datos confidenciales que puedan ser susceptibles de ser custodiados según regulación de Protección de Datos (Anexo III)
4. A los usuarios se les pasará la encuesta durante su estancia en el Centro durante fines de semana alternativos para dar opción a una rotación de pacientes. La rotación de pacientes en la 5ª planta “C” es menor ya que suelen ser pacientes de larga estancia. Se les explica el motivo de la encuesta y la importancia de los resultados de la misma para una posible mejora sanitaria. Se les hará entrega de la encuesta y en un plazo de 45 minutos se pasará a recoger la misma para no influenciar en el trato del colectivo de enfermería susceptible de revisar encuestas respondidas por pacientes.

5. A los empleados, se solicitará a la Dirección del Centro una reunión con todos las/os Supervisores/as de Planta explicándoles el estudio, sus objetivos y la necesidad de información veraz en la encuesta a contestar para observar el clima organizacional del colectivo de enfermería e interrelacionarlo con la calidad asistencial percibida por el paciente. De gran importancia la colaboración de la Dirección del Centro para poder efectuar las encuestas a trabajadores sin que ello implique una interferencia significativa en su actividad laboral. A este colectivo se les informa del objetivo del trabajo, la hipótesis a refutar o consolidar y el método de recogida. En este caso se les entrega la encuesta sólo a las enfermeras con un sobre en blanco y una caja roja para Medicina Interna y otra negra para la 5ª planta “C” ubicada en la sala de trabajo y que será recogida a los dos días de haber entregado la encuesta. Nos personamos en turnos diferentes, es decir, a las 14.30 horas para el turno de mañana, a las 21.30 horas para el turno de tarde y a las 23.30 horas para el turno de noche. Hay una media de 10 enfermeras en una jornada de lunes a viernes y luego en fin de semana repiten o rotan. Se calcula que en total en el período de trabajo de campo se podrán pasar unas 16 encuestas por servicio correspondientes a las 16 enfermeras que harán esos turnos. El problema está en la enfermería de retén que no está siempre en el hospital y no tenemos la información exacta de su incorporación.



Urnas utilizadas para la recolección de encuestas de enfermería

Plan de trabajo



1.9.4 Técnica de recolección de datos secundarios:

La técnica de recolección de datos secundarios va a ser la documental a través de la revisión de documentos institucionales. Se realizará un análisis del contenido de las memorias anuales y documentos estadísticos de calidad emitidos por los propios organismos. Las ventajas es la concreción de la información ya recopilada por la empresa, ahorrándonos realizar los cálculos retrospectivos a los que probablemente no tendríamos en la mayoría de ellos, acceso.

Es constatable que muchos de esos documentos recogen tablas estadísticas que harán de esta técnica de recolección de datos secundaria un mix entre cualitativa y cuantitativa.

Se utilizaran los documentos siguientes:

6. Memoria de la Gerencia Territorial Camp de Tarragona de 2015 confeccionadas por la Gerencia Territorial del ICS que comprenden los resultados de los ejercicios anteriormente citados.
7. Memoria de la actividad asistencial del ICS y de la Gerencia Territorial del año 2015

1.9.5 Dimensiones consideradas

Las Dimensiones consideradas en el estudio como instrumento para la consecución de nuestros objetivos, han sido:

- a) Características generales: Son los aspectos sociales demográficos y culturales de los pacientes estudiados en el Centro Hospitalario y de los trabajadores del mismo con alguna salvedad dativa.
- b) Satisfacción del usuario: Referida a la oportunidad y Eficacia y Resultado de las relaciones interpersonales y criterio de expectativas del paciente al servicio que se le ofrece
- c) Motivación del personal de salud: Son los factores intrínsecos y extrínsecos que modulan el comportamiento de los trabajadores de la salud en el Centro Hospitalario tanto a nivel de factores socio-económicos como de clima organizacional

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción del tema de investigación.

El marco teórico según Merton (1977), debe establecer cinco funciones principales de la teoría en la investigación social: a) formulación de hipótesis; b) encauzar el problema de investigación; c) analizar los conceptos sociológicos; d) sugerir interpretaciones post-factum, y e) generalizar los resultados de la investigación. Todo ello en relación a las « grandes teorías », que ofrecen explicaciones especulativas y poco apoyadas en la evidencia empírica que, en algunos aspectos específicos de las mismas, nos guían en el proceso de investigación y nos proporcionan una explicación a los hallazgos finales y, las « teorías de rango medio », que se limitan a aspectos concretos de la vida social, a relaciones entre variables que pueden medirse empíricamente, aunque siempre precisará de una teoría más general para afianzar los resultados de la teoría de rango medio de la se derivan hipótesis empíricamente comprobadas.

De todo ello, se introduce el tema haciendo referencia al trascurso de la historia donde se han ido implementando diferentes conceptos de gestión de calidad. Se inició con la fabricación artesanal donde el trabajador siempre ha sido el ejecutor y responsable de que el producto fuera de utilidad y de calidad. Con el tiempo se han ido incorporando teorías en relación a la gestión de calidad.

Estas, de las que posteriormente haremos un análisis más detallado, se han dividido en diferentes aspectos como pueden ser el producto, la relación proveedor-cliente, el servicio y finalmente se han ido definiendo teorías que basan sus fundamentos en los puestos de trabajo y a raíz de todo ello, se han diseñado los puestos de trabajo para una mayor efectividad. Este proceso evolutivo ha influido en la gestión de recursos humanos en las empresas hasta el punto de que el Departamento de Recursos Humanos se encuentra en el organigrama jerárquico de la empresa al mismo nivel que los Departamentos de Compras, Economía, etc. El Departamento de Recursos Humanos no sólo gestiona la parte económica de emisión de nóminas, contratación y despidos, este Departamento debe valorar la actividad a realizar en cada unidad de trabajo para incorporar a la persona con capacidad para realizarla finalizando con un diseño de puesto de trabajo que será el óptimo dentro de la cadena de producción de la empresa. Una vez finalizado el diseño, deberá el personal del mismo realizar un reclutamiento y un proceso de selección para la correcta incorporación de la persona idónea para él.

La importancia de introducir la gestión de la calidad en el diseño de los puestos de trabajo convergen en dos ámbitos el diseño organizativo (estructura y procesos) y las políticas de RRHH. El diseño de los puestos tradicionalmente implica la identificación y descripción de las tareas a desempeñar, los métodos técnicos a aplicar, máquinas herramientas y materiales a utilizar así como las personas con las que se relaciona el ocupante a cargo pero esta concepción choca con muchos trabajos actuales en los que son intensivos en conocimiento y se afrontan cambios frecuentes ,en consecuencia el diseño de puestos de trabajo se centran más en papeles que en tareas y actividades, así pues se ha producido un cambio en la unidad de análisis siendo las personas y no los puestos de trabajo el elemento básico. Por tanto, ahora lo relevante es definir los conocimientos, habilidades y actitudes que requiere el desempeño de una responsabilidad.

2.2 Gestión de calidad y Dirección de Recursos Humanos. Principios Generales

La Gestión de la Calidad desafía la organización del trabajo tradicional sobre la base de que el ser humano se siente atraído por la perfección, la belleza y la precisión (Hackman y Wagerman 1995) y que lo que es bueno para la organización debe ser bueno para el trabajador (Evans y Lindsay 2000). Si el puesto permite conocer lo que se debe hacer, disponer de autonomía para realizar el trabajo y está dotado de información para conocer el resultado del mismo, entonces se dan las condiciones necesarias para que el resultado del trabajo tenga calidad y proporcione satisfacción a quien lo realiza (Shirley, 1994; Gryna,1988).

Para el diseño de puesto de trabajo hay que analizar las variables de especialización horizontal para establecer una relación de proveedor-cliente interno para obtener resultados que sean identificados claramente. El trabajador necesita conocimientos en los ámbitos de valores, principios y pautas de comportamiento agregados a sus conocimientos intelectuales con la finalidad de satisfacer al cliente. En términos generales la bibliografía propone la cesión de autonomía progresiva y limitada en un inicio controlando los resultados por parte de la empresa y su ampliación a medida que el trabajador adquiere aptitudes para la organización y planificación de sus tareas. Los trabajadores pueden desempeñar dos papeles: ejecutores y pensadores (Victor, 2000)

Otra variable determinante es la obligatoriedad e intensidad de las interacciones entre los procesos, los procedimientos y el trabajo en equipo. Así mismo, la eliminación de barreras que interponen al trabajador a los flujos de retroalimentación para medir el resultado de sus acciones y las relaciones proveedor-cliente y/o la cesión de supervisión, control y recogida de datos. Este sistema debe atender tanto a los trabajadores con la finalidad de controlar y mejorar su trabajo, como a los directivos para que puedan asignar recursos, coordinar actividades y valorar la eficacia de sus estrategias. Para que todo ello se pueda llegar a término, es necesaria una transparencia y cooperación honesta de todos los miembros de la organización.

En resumen, la implantación de un sistema de G.C supone un incremento en el número y variedad de las tareas asignadas a cada puesto; la ampliación de la base de conocimientos, habilidades, actitudes y valores personales requeridos para su desempeño; cesión de autonomía para decidir el modo de ejecutar el trabajo y controlar los resultados; la intensificación de las interdependencias de equipos y el incremento de la retroalimentación directa e inmediata sobre los resultados del trabajo.

Muchos son los estudios que concluyen en la necesidad de la implantación de políticas de gestión de calidad en las organizaciones desde el departamento de Dirección de Recursos Humanos, dichas políticas deben ir encaminadas a conseguir el compromiso de los empleados para lograr los objetivos y la mejora continua de la organización.

Atendiendo a la consolidación de este compromiso la DRRHH persigue los siguientes objetivos en lo referente al ámbito de calidad (Evans y Lindsay, 2000)

- *Fomentar la cooperación interna y con agentes externos.*
- *Crear un contexto adecuado para el desarrollo del trabajo en equipo.*
- *Delegar autoridad y capacidad de toma de decisiones a los empleados para que apliquen su conocimiento al desempeño de las tareas.*
- *Generar el sentimiento de responsabilidad y de propiedad del trabajo que se realiza.*
- *Comunicar la importancia para la empresa del esfuerzo y las aportaciones de cada individuo.*
- *Impulsar el aprendizaje y el desarrollo personal.*

Para fomentar el compromiso y la implicación de cada uno de los empleados de la empresa la DRRHH deberá formular cambios en la organización que fomenten entornos de trabajo más cooperativos y productivos, flexibles e innovadores, reconociendo a las personas como factor clave de valoración.

Muchos son los técnicos e ingenieros (gurús de la calidad), que han teorizado sobre este tema, de los cuales se pueden destacar los siguientes:

- ✚ *DEMING(1982) cuyo enfoque se centra en los procesos de fabricación, este autor afirma la necesidad de la organización de romper barreras interdepartamentales, eliminar la Dirección por Objetivos, usó como la evaluación del rendimiento e incentivos ligados al desempeño.*
- ✚ *JURAN (1991) centrado en los proceso de fabricación y el diseño, defiende el trabajo por proyectos, estructurando la plantilla en equipos, mejora de la comunicación, e apuesta por la formación y el liderazgo, institucionalizando la conveniencia de supervisión.*
- ✚ *FEIGENBAUM (1983). A. centra sus teorías en el control de calidad. Las organizaciones deben centrarse sobre el enfoque de sistemas, coordinación interdepartamental, mejora de la formación en principios y prácticas de calidad.*
- ✚ *CROSBY (1979) enfoca sus teorías en el ámbito directivo. Aboga por la implantación de equipos multidisciplinares, sistemas de objetivos y de medición, así como la necesidad de conexión entre los trabajadores.*
- ✚ *OAKLAND (1993). centra sus estudios en la función de gestión en el ámbito de la empresa. Defiende la organización por procesos, coordinación por equipos, relación entre cliente y proveedor, fomentar la formación, así como la supervisión y eliminación de objetivos cuantitativos.*
- ✚ *ISHIKAWA (1985) centrado en el control de calidad, sus estudios determinan la necesidad de participación de todos los niveles jerárquicos, y defiende la estructura de equipos (círculos de calidad)*
- ✚ *SHINGO (1987) centrado en la planta de fabricación, considerado el padre de la reingeniería.*
- ✚ *TAGUCHI (1986) sus estudios se basan en el diseño del producto, este autor no tienen en consideración cuestiones organizativas ni humanas.*

- ✚ *HUNTER (2000) determina que la naturaleza del trabajo que realiza la organización condiciona las prácticas de RRHH que podrían ser adecuadas.*
- ✚ *WALDMAN (1994), en su opinión es conveniente adoptar un enfoque de síntesis entre criterios individuales y colectivos.*

Para el diseño de puestos de trabajo es importante la categorización de los diferentes tipos de trabajo según su separabilidad del trabajo (Williamson, 1985) que pretende identificar la productividad marginal de cada empleado según sus capacidades, la frecuencia de los cambios (Perrow, 1967) donde se toma en cuenta las diferentes tareas para la realización del trabajo, la ambigüedad del trabajo (March y Simon, 1958; Perrow, 1967) por los cambios de una pobre identificación de las tareas a realizar y, finalmente, el tipo de conocimiento necesario para realizar ese trabajo (Hayek, 1945; Jensen y Meckling, 1992; Polany, 1962).

Tomando en cuenta todo ello, la bibliografía identifica los tipos de trabajo en trabajos repetitivos de baja calificación y poco especializado; el trabajo a medida según las necesidades del puesto rectificando aquellas necesidades que surgen durante el proceso; el trabajo artesano con un gran grado de ambigüedad pero con requerimientos técnicos altos y el trabajo de innovación con necesidades continuas de adaptación a los cambios tecnológicos que presenta la actividad. Para todo ello los teorizadores intentan dar solución en la búsqueda de indicadores de calidad para poder evaluar la calidad en el servicio prestado.

La bibliografía hace una descripción detallada de las políticas realizadas en el Departamento de Recursos Humanos. Estas se inician en el proceso del reclutamiento definido como un conjunto de procesos orientados a identificar y atraer a personas con los conocimientos y aptitudes necesarios para poder desarrollar una actividad (Chiavenato, 1983; Gomez y Mejía et al., 1997, 2001), en él se tiene en cuenta si el candidato pertenece a la empresa, es decir, el reclutamiento interno que nos ofrece las ventajas del conocimiento sobre la cultura de la empresa por parte del trabajador y que permite por una lado, preservar la fuerza de trabajo que ha sido formada mediante formación y experiencia en la misma (Aoki, 1988; Baron y Kreps, 1999) o reclutamiento externo utilizado mayormente para la captación de talento externo allá donde se encuentre (Pfeffer, 2001); sus conocimientos y habilidades y los canales de reclutamiento al que optamos para el éxito de nuestra elección (Baron y Kreps, 1999).

La segunda parte de ese proceso es la selección dividida en dos fases que se basan en las técnicas de selección como períodos de prueba, pruebas de idoneidad y entrevistas (Werther y Davis, 1991) y los criterios de la misma en los que se tiene en cuenta el coste, los conocimientos acreditados, la experiencia, la afinidad con la cultura de la empresa. Cuando hablamos de que el sistema de calidad implantado incide en el servicio al cliente, las actitudes del candidato y la buena interrelación con el resto del equipo es la valoración más fuerte para su selección (Baron y Kreps, 1999). Finalmente se analiza la capacitación y el desarrollo profesional a través de la evaluación de las necesidades de formación (Werther y Davis, 1991); contenido de las acciones formativas; elección de los métodos de capacitación que las empresas eligen realizadas en grupos y combinando la formación fuera del puesto de trabajo con la realizada en el mismo.

Son significativos los sistemas de evaluación que los distintos autores hacen coincidir como un sistema de evaluación participativo implicando supervisores, compañeros, subordinados, clientes, etc. Y un sistema de incentivos y recompensas, herramienta fundamental para fomentar la necesidad de cambio organizativo, la flexibilidad y el aprendizaje que se requieren, a la vez que resulta útil para atraer y retener a trabajadores claves para la empresa. Existe diversidad de variables que se deben tener en cuenta para determinar el sistema de incentivos como por rendimiento, tarea, puesto, conocimientos, habilidades, etc. Estas variables se contemplan como instrumentos que definen y ordenan las aportaciones de trabajadores y unidades, y por otro, su influencia sobre actitudes, valores y creencias de los individuos, que a su vez explican el comportamiento espontáneo y las aportaciones discrecionales que realizan en la organización (Barnard, 1938; March y Simon, 1958).

Dada la importancia que tiene el compromiso de los trabajadores en el ámbito de la Gestión de Calidad en las distintas organizaciones, algunos autores señalan la importancia de la implantación de un Sistema de Trabajo de Alto Compromiso (STAC) – (Wilkinson et al, 1998; Lindsay y Evans, 2000). Atendiendo a esta teoría podemos señalar una serie de similitudes y diferencias trascendentales de este sistema (STAC), frente al establecido con anterioridad (GCT).

En cuanto a similitudes podemos señalar las siguientes:

- *Importancia del compromiso organizativo*
- *Formación para la resolución de problemas*
- *Relaciones de empleo estable*

- *Difusión de la información*
- *Descentralización, equipos autodirigidos*
- *Operario responsable de su trabajo y de la mejora continua.*
- *Contacto directo con el cliente.*

Y en lo que hace referencia a las diferencias en el caso de STAC

- *No considera el rediseño del trabajo*
- *Formación vs capacitación*
- *Información sobre el desempeño del puesto /proceso vs información sobre el desempeño organizativo*
- *No considera las políticas de contratación selectiva*
- *Rechaza sistemas de evaluación y sistemas de incentivos basados en el desempeño.*

Analizadas las teorías sobre diseño de puestos de trabajo y que de su importancia se trabaja en las políticas de recursos humanos, tenemos que observar también las teorías sobre gestión de calidad.

Podemos definir el concepto de Gestión de Calidad, denominada también sistema, como un conjunto de normas adecuadas a una organización, que constituye el punto de partida en un enfoque teórico-metodológico, y donde su misión estará enfocada hacia la mejora continua de la calidad.

Otra definición de Gestión de la Calidad Total “*parte de una concepción unitaria, orientada a lograr el compromiso de los empleados con los objetivos de la organización, y asume que aquellos están interesados en participar activamente en la mejora de la calidad*” Castro (2001:91).

Según la propuesta de Garvin (1988), como la propiedad simple y no analizable que aprendemos a reconocer sólo a través de la experiencia. Sugirió que puede tener cinco enfoques básicos de la calidad:

Enfoque Transcendente: Considera la Calidad como sinónimo de superioridad o excelencia. Es un significado utilizado con frecuencia por los consumidores. La calidad sería reconocible, pero no definible de forma precisa, debido a que el significado de los estándares de excelencia, pueden variar entre las personas y en el tiempo.

Enfoque basado en el producto: La calidad viene definida por la cantidad en la que un atributo deseable está presente en un producto o servicio. El consumidor, generalmente, entiende que cuanto más caro es el producto, más cantidad de atributo está presente en el producto; por ello, a veces, se confunde calidad con precio. La definición del atributo al que nos referimos, puede no depender de un estándar externo, al ser diferente la valoración que hacen las personas acerca de dicho atributo.

Enfoque basado en el usuario: La calidad viene determinada por lo que el consumidor desea. En este contexto la calidad se define como “lo que mejor se ajusta al uso que se pretende dar con el producto o servicio”. Distintas personas pueden tener diferentes deseos y necesidades y, por tanto, distintos estándares de calidad.

Enfoque basado en la producción: La calidad se define conforme a las especificaciones determinadas para la realización de un producto o servicio. En este enfoque la calidad se define como “el grado de conformidad a las especificaciones”. Aunque dichas especificaciones pueden no tener un significado evidente para el consumidor.

Enfoque basado en el valor: La calidad viene mencionada como relación entre la utilidad o satisfacción con el producto o servicio y su precio. Bajo esta perspectiva, un producto es de más calidad con respecto a sus competidores, si tiene un precio más bajo, o si por el mismo precio nos ofrece mayor utilidad o satisfacción. Este enfoque necesita que el gestor establezca un equilibrio entre las características del producto o servicio y el coste de su producción.

También es conocido por establecer lo que se conoce como las ocho dimensiones de la calidad: prestaciones o actuaciones, peculiaridades o características, conformidad con las especificaciones, fiabilidad, durabilidad, disposición del servicio o utilidad, estética y calidad percibida. Se entiende que indican la amplitud que ha llegado a englobar la calidad y sugieren múltiples dimensiones para obtener de localización los significados más fundamentales. Otra propuesta, es sugerir que un producto de calidad es aquel que es tan útil como los productos de la

competencia, que ofrece mayor calidad a igual precio, ofreciendo mayor beneficio o una satisfacción superior.

En segundo lugar, Reeves y Bednar (1994), aunque existen muchas concepciones de la calidad, traslada el concepto en términos de excelencia, de valor, de conformidad con las especificaciones o de satisfacción que tiene en cuenta las expectativas de los clientes, según afirma Garvin (1988).

En tercer lugar, es la de Benavides & Quintana (2003), que basándose en Moreno-Luzón (2001), y continuando con las teorías de Garvin (1988), introduce variables que no contempla Garvin en su origen para denominar sociedad de la información y sociedad del conocimientos, y dar mayor definición al concepto de calidad y sus correspondientes enfoques.

De igual manera, añade que la calidad ideal se obtiene cuando coinciden dos conjuntos de variables más a la base teórica. Éste planteamiento buscan que dependiendo del enfoque, se analice la eficiencia, o bien la eficacia; y la perspectiva interna o externa. Es en este punto en el que Benavides y Quintana (2003), pueden plantear un enfoque global.

El cuarto autor es la de Gale (1996), identifica cuatro etapas que permiten alcanzar un modo de Gestión de la Calidad altamente avanzado, dejando de lado los enfoques de Garvin (1988) para clasificarla en etapas:

- a) Etapa de Calidad de Conformidad.
- b) Etapa de Satisfacción del Cliente.
- c) Etapa de Calidad Percibida por el Mercado en comparación con la Competencia.
- d) Etapa de la Administración de Valor para el Cliente.

La visión de este autor, diverge de la de Garvin (1988), en que tiene en cuenta la investigación sobre los gustos y satisfacciones del cliente. Es más, indaga en el hecho de que esta satisfacción puede ser específica o acumulativa. Esto es así debido al control de la calidad y su aseguramiento.

Brugué, Amorós y Gomà (1994), citando a OCDE (1991:9) en relación a la calidad de los servicios en las administraciones públicas los autores especifican que: *“La necesidad de mejorar las relaciones entre los ciudadanos y la Administración se considera hoy, en todos los países*

como una obligación inexcusable. Por esta causa, los gobiernos vienen acometiendo desde hace varios años actuaciones de reforma de sus Administraciones públicas, presididas por la idea de que la creencia clásica en unas relaciones descompensadas entre Administración y administrados debe dejar paso a una nueva concepción de carácter igualitario en la que la Administración no es sino un servicio y el público, su clientela.”

En este artículo los autores hacen un reflexión sobre la forma de plantear las funciones de las administraciones públicas, bien como un servicio protegido y social al alcance de todos, fomentado por gobiernos de países de políticas más socialdemócratas, o bien considerarla como un servicio que podría asemejarse a cualquier empresa privada, considerando a los usuarios de las Administraciones como clientes, este sistema sería más propio de países cuyos gobernantes apliquen políticas de índole más neoliberal.

Según Belzunegui y Brunet, la calidad del servicio en la Administración Pública se sitúa en las presiones derivadas de los recursos o presupuesto, poniendo el foco de atención en la mejora de la calidad de servicios que se consideren una reducción de costes. También se observa un público más demandante de quiere mejores servicios y más injerencia sobre los servicios que se les proporcionan y del modo de proporcionarlos. Reconocen el hecho que un sector público con más capacidad de respuesta y más eficiente mejora sustancialmente el rendimiento económico globalmente. Las presiones para incrementar la legitimidad y transparencia de las acciones del gobierno donde se tienen en cuenta los derechos de los ciudadanos a los servicios y referencia la igualdad en su uso, la innovación tecnológica como mejora de la calidad de los servicios y las nuevas teorías de cambio de público a privada en la creencia de una mejora de calidad. Todo ello explica los cambios que sufre la Administración Pública hacia una descentralización para reducir costos y resultados aprovechando el capital humano y modificando los sistemas de contratación.

Los autores nos resumen dos modelos conceptuales de calidad de servicio al que hace referencia la bibliografía de marketing de servicios: La teoría de Grönroos (1984) y el modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993)

El modelo de Grönroos(1984) son los consumidores los que evalúan la calidad del servicio esperado con el recibido en función del marketing, relaciones informales entre clientes, imagen corporativa de la empresa, necesidades del cliente, etc.

En el modelo de Parasuraman et al. La forma de evaluar la calidad del servicio se basa en elementos tangibles como la imagen de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de comunicación; la fiabilidad del servicio con profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad en su trabajo, comunicación entre cliente-proveedor, comprensión del cliente a través del conocimiento del mismo y de sus necesidades.

Para Zeithahml et al. (1988) las deficiencias que detectan los clientes están relacionadas con las deficiencias internas de la empresa que dichos autores agrupan en no tener conciencia de las necesidades del cliente, no establecer normas de calidad sobre las expectativas esperadas, la mala ejecución de las tareas con la consecuente discrepancia entre lo que se da y lo que se espera recibir.

Belzunegui y Brunet continúan su análisis desde la perspectiva del ciudadano como ente con derechos y el poder de hacer valer los mismos. Si partimos de la concepción de los defensores de la gestión de calidad sobre la Administración Pública como un servicio visto como producto, es lógica la idea de que *“el ciudadano no recibe gratuitamente un servicio sino que accede porque lo paga, ya sea en forma de prestación económica directa, ya sea indirectamente, a través de los impuestos. Desde esta perspectiva el cliente tiene derecho a exigir al prestador del servicio, sea ente público o privado concertado, una atención y un producto de calidad. La organización se orienta a responder a las necesidades de los clientes que tiene sus derechos y pueden hacerlos valer, rechazando al prestador del servicio. Desde esta perspectiva se entiende, por ejemplo, la evaluación como accountability o la participación del cliente (familias y alumnos, familias y pacientes en la evaluación de los servicios públicos, escuelas o hospitales)”*(Álvarez 1998:21).

2.3 Gestión de Calidad y Dirección de Recursos Humanos en el Sector Sanitario.

Para definir la gestión de calidad asistencial, debemos remitirnos a la que la Organización Mundial de la Salud nos especifica:

“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite”.

La evaluación de la calidad según los conceptos descritos, se estructuran en tres aspectos a tener en cuenta (García Navarro, José Augusto; Martínez Almazán, Esther; Muñoz Romero, Cristina; Margalef Benaiges, Pau; Domínguez López 2016):

- a) Los recursos humanos: Tanto materiales como de infraestructuras. No siempre tener recursos de calidad se traducen en servicios de calidad. Son muchas las variables que pueden distorsionar ese servicio.
- b) Los conocimientos científicos: La formación teórico-práctica es indispensable para ofrecer un buen servicio. La formación en este colectivo es y debe ser un pilar fundamental y, por ello, el colectivo sanitario está es continua formación.
- c) Aproximación global. La valoración de la calidad asistencial tiene que englobar todos los aspectos que intervienen en la prestación del servicio, desde la formación sanitaria hasta el mantenimiento de infraestructura, así como la consideración de las variables sociales, mentales y clínicas.

En el ámbito asistencial se toma de referencia para medir la calidad, sobretodo, el procedimiento o el diagnóstico. Los resultados son difíciles de medir si tomamos como referencia la situación final en que se ha producido una actuación médica. Los diferentes estudios realizados muestran que es más fácil valorar un resultado negativo, la complicación surge en el momento de valorar una enfermedad crónica o de larga evolución.

En cada especialidad médica los indicadores varían ya que se establecen según el procedimiento diagnóstico y tratamiento plasmado en las guías de prácticas clínicas consensuadas según clínicos experimentados y líderes de opinión en cada una de las materias.

De hecho, los mismos autores cuando intentan dar valor a la satisfacción del paciente como resultado de la atención, observan que esta variable es una medida imperfecta ya que va vinculada a las expectativas que tiene el paciente en cuanto a su recuperación: *“Los pacientes pueden sentirse satisfechos con la atención sanitaria, aunque la práctica clínica sea de mala calidad, si tienen pocas expectativas”*(García Navarro, José Augusto; Martínez Almazán, Esther; Muñoz Romero, Cristina; Margalef Benaiges, Pau; Domínguez López 2016)

El proyecto CONQUEST (Computerized Needs-oriented Quality Measurement Evaluation System) es un modelo de medición de calidad asistencial basada en resultados. Este modelo consiste en la evaluación de variables de proceso y resultado vinculadas a diferentes enfermedades o problemas de salud. Es un proyecto llevado a cabo conjuntamente por la Agencia de Investigación y Política Sanitaria americana, la Escuela de Salud Pública de Harvard, el Grupo Medstat y el Centro de Estudios en Políticas Sanitarias, el cual cuenta con 1197 indicadores asociados a 57 enfermedades.

Cuando hablamos de calidad tomando como variable la satisfacción, lo primero que debemos tener en cuenta es la relación directa del resultado con las expectativas del paciente. Para ello, no podemos poner limitaciones a las medidas de evaluación de la calidad en el servicio prestado, es necesario que la evaluación sea global en todos aquellos aspectos que intervienen en el servicio: infraestructuras, atención clínica médica, enfermería, limpieza, etc.

Otra variable, en este caso sociodemográfica que se controla en este tipo de estudios, dada su influencia en los resultados, es la edad(Santiñá et al. 2004). Estudios realizados en países anglosajones ha demostrado la diferencia en la respuesta entre jóvenes, adultos y ancianos. Para los jóvenes es un factor negativo mientras que al ir incrementando la edad, el nivel de satisfacción es mayor. Por ello, los autores precisan la necesidad de realizar una encuesta por grupos de edad planificando el servicio sanitario en función de las diferentes percepciones de cada grupo.

2.4 Conclusiones teóricas

La salud es uno de los derechos fundamentales para todo ser humano y es considerado como un derecho en el bienestar social, desarrollo, economía y educación de los pueblos (Malagón, Galán y Pontón, 2008), factores que obligan a los hospitales a ofrecer una atención médica de calidad. Esta atención hace que el sistema sanitario tenga su mayor reto en la mejora de la ineficiencia, listas de espera y falta de recursos para atender las necesidades sociales. Se habla siempre de un trato inadecuado, información deficiente en todos los ámbitos (administración y médicos), falta de recursos materiales y espacios ineficientes, es decir, un cúmulo de variables que finalizan en una insatisfacción de los usuarios y de los propios profesionales del ámbito de la sanidad.

La gestión de calidad se puede entender en el objeto del estudio como una calidad mercantilista, donde se valora únicamente el producto final, es decir, el servicio que recibe el paciente y su percepción del mismo. Para esta acepción podríamos tener en cuenta la teoría de Garvin(1988) en cuanto la evaluación de la calidad estaría basada en el producto comparado con otro servicio aún la dificultad para su valoración por las diferentes variables intervinientes creyendo que su servicio es el mejor sin tener en cuenta las necesidades de los pacientes y con prediseño de cómo debe realizarse el servicio sin personalizarlo e intentando dar una calidad a bajo costo.

Si lo que pretendemos es considerar la calidad una acepción más avanzada, tenderemos a constatar las especificaciones que nos detallan Benavides & Quintana (2003) en las que a diferencia de Garvin, se empieza a tener en cuenta al usuario y sus necesidades reales y existe una relación entre la calidad-precio.

La teoría que más se aproxima al motivo del estudio actual para valorar la gestión de calidad es el modelo de Gale(1996) que nos aporta:

- a) En su etapa de conformidad se deberá estudiar el servicio enfocado a las necesidades de los usuarios del servicio para realizarlo con excelencia y no ser necesario la duplicidad de tareas en un mismo aspecto.
- b) La satisfacción del cliente debe ser anticipada a sus expectativas y necesidades de forma que las tareas fluyan con eficacia y eficiencia
- c) La comparación de los servicios prestados versus la sanidad privada, debería no existir diferencias en el servicio prestado y la satisfacción del usuario.

- d) Es la Dirección que desde su gestión provee de herramientas (diseño puesto de trabajo, incentivos, infraestructuras, etc.) para un mejor funcionamiento.

Alternativamente, una teoría que fundamentaría esta idea sería la de evaluación del clima organizacional y la relación que tiene con la calidad de los servicios públicos de salud.

Son Bernal, Pedraza y Sánchez (2015) los que hacen una propuesta de modelo teórico. Los autores mediante el análisis de 83 investigaciones teóricas se plantean el estudio de las variables de clima organizacional y calidad en los servicios de salud para llegar a un diseño de un modelo teórico que explique la interrelación de las dos variables.

Los resultados y la calidad de la atención médica dependen en muchos casos de la satisfacción de los empleados (Salinas, Laguna y Mendoza, 1994) y el estudio del cociente de trabajo da idea a la Dirección de Recursos Humanos de la oportunidad de crecimiento y desarrollo de los centros de salud obteniendo información que mejoran las condiciones laborales y con ella, la calidad (Segredo, 2013)

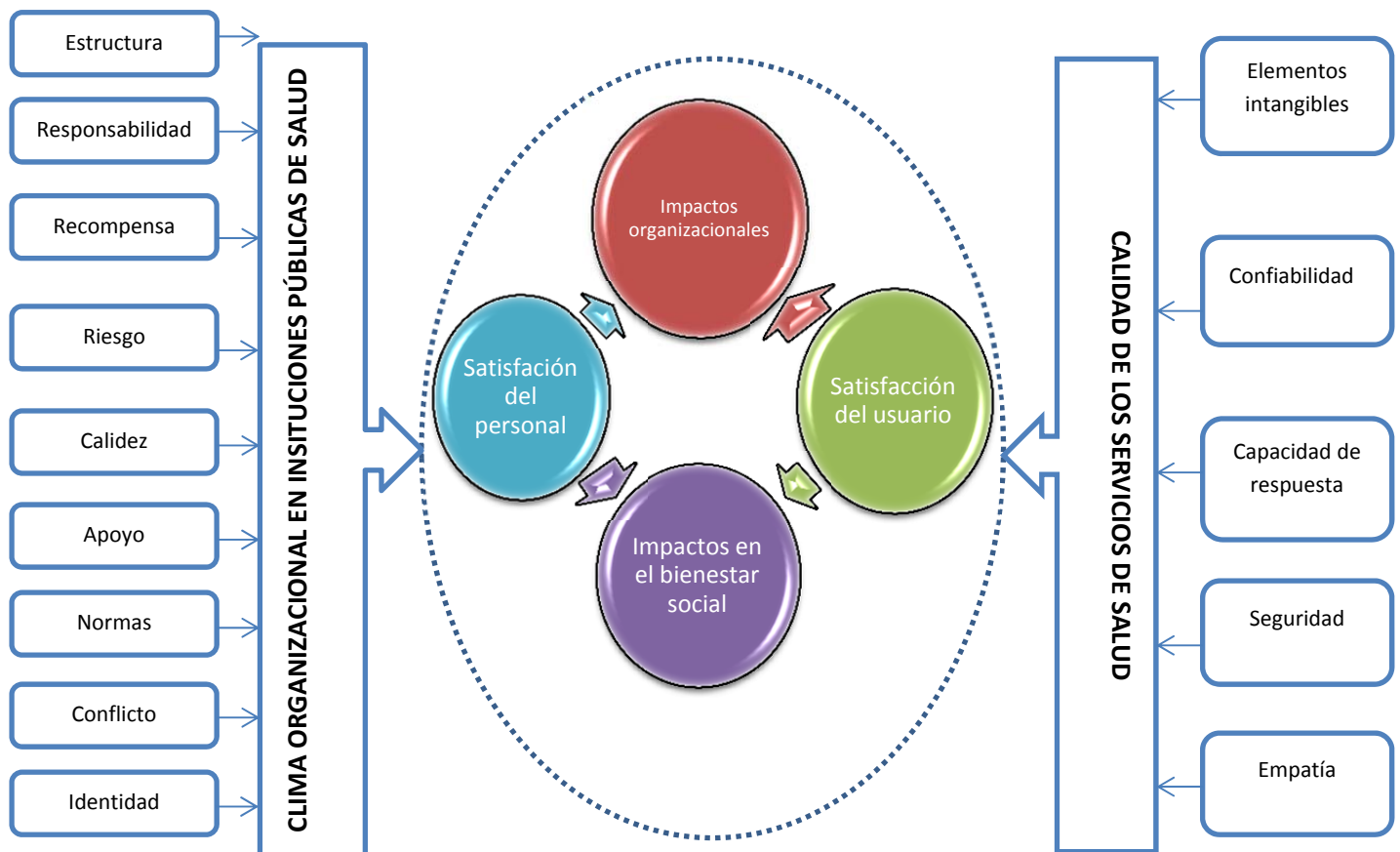


Figura 1. Modelo relacional del clima organizacional y la calidad de los servicios públicos de salud.

Fuente: Bernal Gonzalez et al. *Estudios Gerenciales*, 31(2015): 8-19

Los recortes presupuestarios, laborales y procesos de regulación que sufren constantemente las instituciones del ámbito de la salud pública, implican una necesidad de estructuras y procesos flexibles y dinámicos en los que la calidad estará centrada en la atención al usuario y la excelencia del servicio. Serán los retos a los que se enfrentan en su objetivo de lograr eficiencia, eficacia, calidad y equidad en la prestación de servicios, la implementación de mejoras continuas, la gestión de procesos, asistencia centrada en el paciente, regular la formación y recualificación para poder llegar a una plena competitividad, fuerza a estas instituciones a crear sistemas administrativos que puedan demandar todos estos requerimientos.

Son Ruelas y Vidal(1990) quiénes nos definen la calidad en sanidad como aquel aspecto indispensable para que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y bajo coste posible a través de la atención técnica, el buen manejo de las relaciones interpersonales y la ergonomía en el puesto de trabajo.

Brunet(2007) apunta que fue Gellerman(1960) quién introdujo el concepto de clima organizacional, pero fueron dos escuelas anteriores, la Gestalt i la funcionalista, las que consideraron que el comportamiento de los individuos se ven afectados por el medio que los rodea, siendo ello la consecuencia de su actuación, su percepción, sus relaciones y finalmente el servicio prestado.

De todo ello se desprende la necesidad de interrelacionar las diferentes teorías en el objeto del estudio e interrelacionar las variables implicadas según las teorías comentadas. Hablamos del diseño de puesto de trabajo desde la perspectiva de la idoneidad del candidato, su integración y su ergonomía para su satisfacción personal, la necesidad de un Departamento de Recursos Humanos con una gestión estructurada basada en el resultado final y optimizando recursos y realizando un análisis exhaustivo de esos puestos de trabajo y, finalmente una fórmula de cálculo de índice de calidad según aquellos aspectos que la bibliografía nos plantea como la satisfacción no solo del usuario sino también del prestador del servicio.

Para analizar todas esas variables y poder poner freno, se plantea la necesidad de conocer los factores organizacionales productores de las deficiencias desde el punto de vista del usuario, pero también desde la visión del profesional de salud y del organigrama de puestos de trabajo dentro de los centros sanitarios.

Los modelos más utilizados para evaluar la gestión de calidad en el ámbito de la salud se definen a continuación:

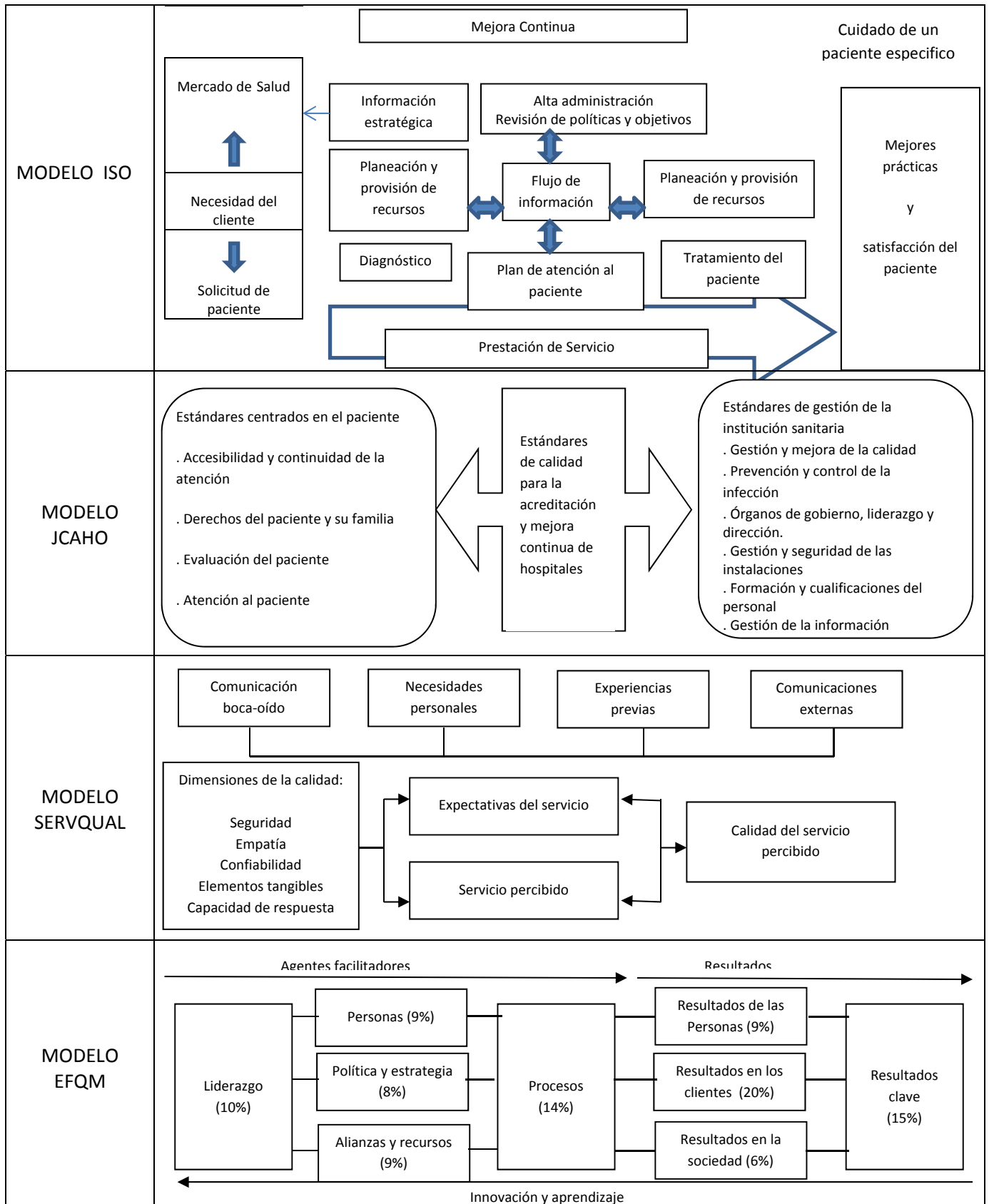


Figura 2. Modelos para evaluar la calidad de los servicios de salud. Fuente: elaborado a partir de Saturno (2005); Losada y Rodríguez (2007); García (2007); Torres (2011)

Estos esquemas nos marcan las pautas a seguir en la metodología y el diseño a efectos de obtener unos resultados más cercanos a la realidad actual, determinando, en su caso, el modelo que se utiliza actualmente en España para Hospitales que es el ISO y hacer una comparativa con Centros Hospitalarios de otras Comunidades Autónomas e incluso Europeos para diferenciar el organigrama funcional de los mismos y determinar qué modelo es el más apropiado para una calidad asistencial óptima.

3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.1 Análisis de los resultados de las encuestas

Analizaremos los resultados de las dos encuestas realizadas.

A) Encuesta de clima organizacional de enfermería.

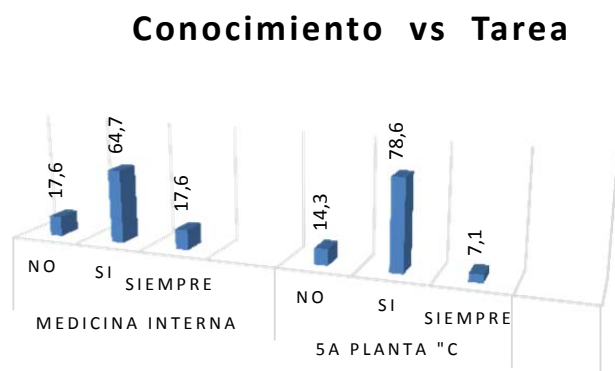
Se han obtenido 17 encuestas del colectivo de enfermería en el Servicio de Medicina Interna y 14 encuestas en la 5a planta “C”. Esta “n” para el período en qué se ha realizado el estudio es el máximo óptimo ya que cubre la plantilla en los tres turnos con una desviación mínima a la baja.

Destacar que en un 85%, el sexo de este colectivo son del sexo femenino en ambos Servicios frente un 15% del sexo masculino, hecho que afirma la idea de que enfermería ha sido y es una profesión de identificación femenina. Se ha establecido durante siglos que las féminas tienen un perfil de cuidadoras maternalistas que se transforma en la incorporación de este colectivo a la Formación Universitaria de Enfermería. Aunque este dato ha ido variando en favor del sexo masculino, sigue siendo significativamente un trabajo realizado por mujeres.

La edad predominante en las encuestas han sido personas de mediana edad entre 23 y 41 años con una antigüedad en el puesto de más de 5 años con contratos en su mayoría temporales. Sólo en las encuestas de Medicina Interna tiene un 31 % de personal estatutario frente a un 50 % de personal eventual.

Analizaremos ahora toda la encuesta pregunta a pregunta en comparativa entre Servicios. Son 22 preguntas que determinaran el clima organizacional de ambos entes de Estudio.

A la pregunta. ¿Considera su trabajo en concordancia con sus conocimientos?

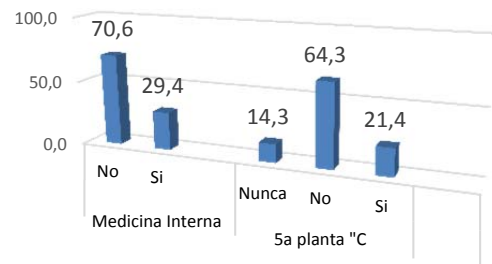


En ambos Servicios consideran, en su mayoría, que su trabajo está en concordancia con los conocimientos ya sean por la experiencia adquirida con los años, ya sea por los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante su formación.

En los supuestos del “No”, su respuesta está encaminada a indicar que su trabajo requiere más conocimientos o, en contra, realizan tareas de rango inferior a los conocimientos adquiridos. Las respuestas reflejan la conformidad a la relación laboral-profesión por su correlación positiva. Las respuestas negativas merecen un análisis para determinar la necesidad de formación o una distribución de tareas más adecuadas a su perfil profesional.

En la pregunta si el sueldo se corresponde a su actividad, los indicadores son negativos en un alto índice. El descontento es mayor en el Servicio de Medicina Interna donde el personal mantiene una vinculación laboral permanente en mayor incidencia que la temporal. En la 5a planta "C" son aún más negativos y solo un 21% cree justo el salario percibido. Si es cierto que el personal de las Administraciones Públicas no ha recuperado

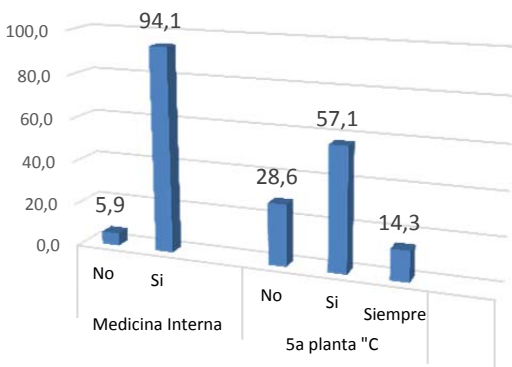
Sueldo vs Actividad



en su totalidad los recortes salariales producidos con las revisiones en período de crisis y los bombardeos constantes de los Sindicatos para que se reclamen los derechos perdidos, ha provocado con el tiempo que la gente condicione su trabajo a su retribución "justa",

En relación a la comunicación y relación con los superiores, primero tenemos que determinar que la jerarquía de este colectivo pasa por los supervisores de planta. Enfermeros/as que tienen un cargo de gestión de recursos y personal en los Servicios excepto del colectivo de administrativas y médicos.

Comunicación con superior

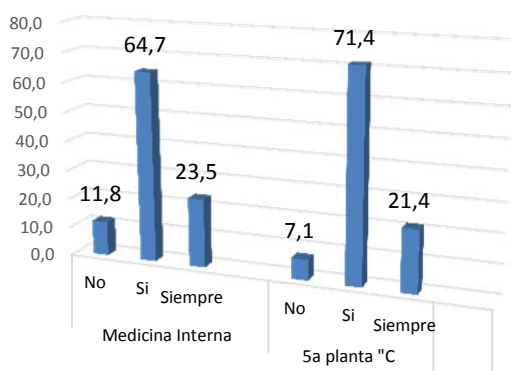


En Medicina Interna existe muy buena comunicación con sus superiores, cosa que no ocurre en la 5a planta "C". En cambio, la comunicación con el superior en caso de problemas es mayor en la 5a planta "C". También se detecta una identidad autoritaria percibida por los empleados aunque con una vía comunicativa abierta en la planta 5ª "C" frente a una identidad prácticamente no autoritaria con la misma frecuencia en el modelo comunicativo en

Medicina Interna.

Estos resultados plasman una necesidad por parte del personal de una mayor ratificación de sus tareas por parte de su superior al no sentirse apoyado, perdiendo iniciativa en su trabajo. El porcentaje negativo de Medicina Interna es respuesta a personas con experiencia que conocen sus tareas y tienen un perfil de resolución de problemas que les hace sentirse autosuficientes interrelacionado con la buena comunicación con su superior que les hace sentir más seguros ante cualquier problemática.

Confirmación tareas

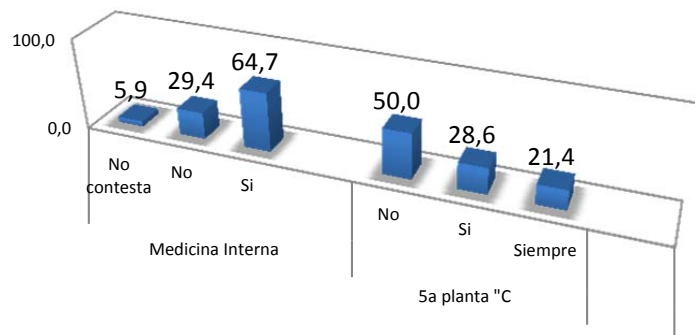


Las respuestas al compromiso con el trabajo, la motivación, la capacitación y la integración en el equipo de trabajo son positivas en ambos casos. Es decir, les gusta su profesión hasta el punto de reconocer que se necesita un compromiso para poder llevarlo a cabo. Del mismo modo, es un trabajo que debe realizarse en un equipo

asistencial, por ello, deben integrarse con el resto de compañeros. La afiliación al equipo permite una mayor autonomía jerárquica y apoyo en requerimientos profesionales en el que, la persona implicada, pueda tener falta de conocimientos o dudas para hacer frente a una tarea. En relación a este aspecto, se detecta una mayor integración en la dinámica de trabajo del Servicio de Medicina Interna frente a una minoría de la 5ª planta "C" que no cree estar integrado. Una de las tareas de la Dirección de Recursos Humanos mediante la escala organizativa es detectar estos problemas para minimizar el impacto de inclusión de personas en equipos, las cuales expresan su inquietud en este aspecto. La gestión de Recursos Humanos evoluciona a una política de inserción laboral mediante cursos o sesiones de cultura organizacional para que la integración del personal a su puesto de trabajo sea lo menos traumático posible y garantice la motivación y, por tanto, la eficacia de esa persona en la ejecución de sus tareas.

Las perspectivas sobre las funciones de enfermería son negativas en las respuestas ofrecidas por el personal de la 5ª planta "C" significativamente. Un 50% frente a un 29,4 % es prácticamente la mitad de encuestados. Debemos tener en cuenta que en Medicina Interna, un 5,9 % ha obviado responder la pregunta. Por tanto, o no se está

Objetivo de profesión



ofreciendo una salida profesional acorde a las salidas ofrecidas durante la realización de los estudios universitarios de este colectivo, o bien las tareas asignadas no se corresponden a los conocimientos adquiridos. Los empleados de enfermería debaten que en Medicina Interna su trabajo es rutinario en un 50%, en la 5ª planta "C" predomina la opinión que la tareas ejecutadas no son rutinarias en un 65% teniendo en cuenta que consideran que su tipo de actividad tiene una responsabilidad muy alta que no siempre es reconocida por sus superiores, como en reiteradas ocasiones más reafirmado en la 5ª planta "C" que en Medicina Interna con el agravante que, en ocasiones, deben tomar decisiones que no les corresponden en ambos servicios.

Realmente, como fruto del análisis si se puede afirmar que después de tratar a un paciente, se sienten realizada/os profesional y socialmente. Se confirma la formación continua en avances tecnológicos en su campo que no sólo les proporciona esos conocimientos aplicados a este Centro, es una formación amortizable a otros organismos o empresas privadas que pueden aprovechar las personas que tienen una contratación temporal. La Dirección de Recursos Humanos del ICS valora la formación en forma de méritos puntuables en la bolsa de trabajo. A mayor número de cursos, más puntuación. Es por ello, que la mayoría de cursos son aprovechados por el personal temporal y no por el personal estatutario ya que creen que no pueden promocionar dentro de la empresa. Este colectivo estatutario sólo cree en los incentivos que la empresa les proporciona a través de la Carrera Profesional o las DPOs. Si no estuvieran incluidos estos conceptos en esta metodología de incentivos, probablemente las personas

estatutarias con más de 5 años de antigüedad no realizarían más formación que la necesaria para ejecutar sus tareas del día a día sin pensar en el crecimiento profesional.

B) Encuesta de satisfacción de pacientes.

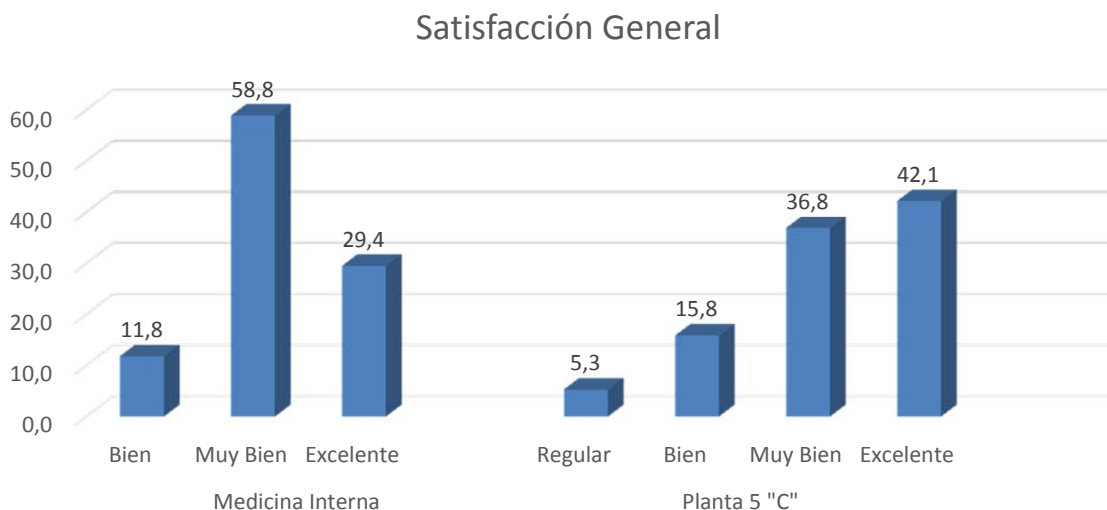
No se ha conseguido la “n” propuesta por el sesgo sufrido en las encuestas. De las 135 pasadas entre los dos servicios, se han dado por válidas 33 en el servicio de Medicina Interna y 38 en la planta 5ª “C”.

El sesgo viene determinado por dos motivos:

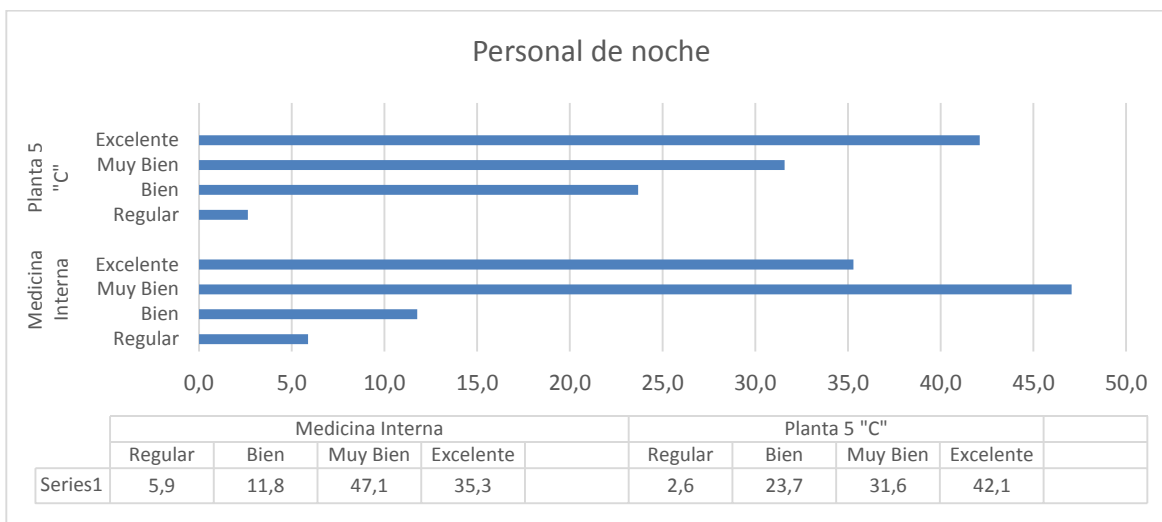
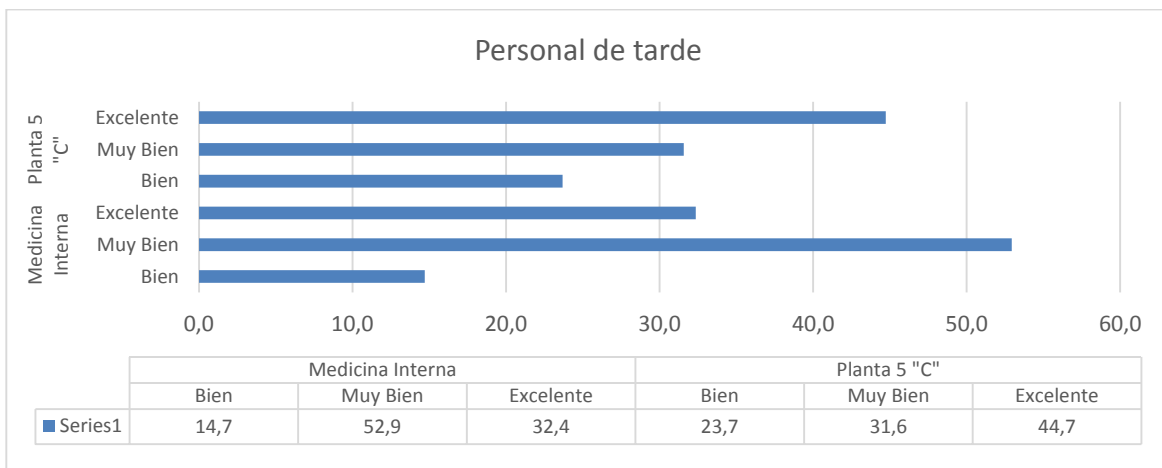
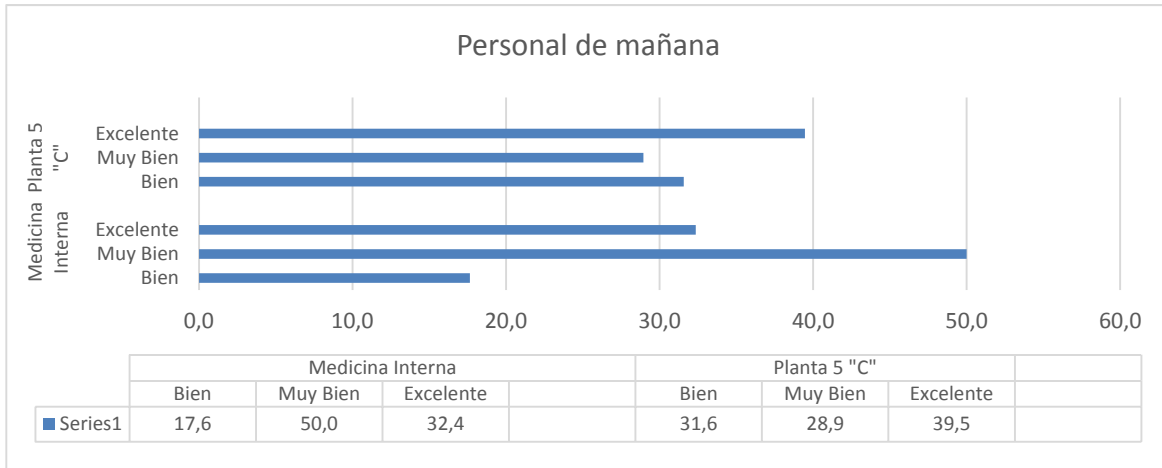
- a) Responder en la pregunta de diferenciación entre Enfermería y Auxiliar de Enfermería, que no se pueden distinguir motivo por el cual la encuesta no es válida ya que no podemos diferenciar a quién va dirigida la evaluación. Esta opción no ha sido la más generalizada.
- b) Dejar las encuestas en blanco por no querer realizar la encuesta

La percepción de la Dirección de Enfermería y del propio colectivo es que los pacientes no hacen distinción entre los dos grupos profesionales. Para corroborar que las respuestas no eran fruto de una casualidad o mera intención de evaluar positivamente a enfermería, preguntábamos aleatoriamente los motivos de dicha distinción. Las respuestas eran diferentes pero coherentes. Ya sea por la identificación, fuese por la cinta azul con la tarjeta de acceso a los aplicativos informáticos, por el tipo de tareas que realizaba, todos los métodos de identificación eran viables. Lo cierto es que realmente sabían distinguir ambos colectivos.

La media de edad en ambos servicios está encuadrada entre los 60-70 años. Resultados que avalan las cifras y análisis realizados por el Centro en cuanto al tipo de paciente que ingresan allí. La gran parte de los pacientes encuestados tienen estudios básicos o, simplemente, no tienen. Son personas jubiladas las que encontramos ingresadas en el servicio de Medicina Interna y, en cambio, encontramos algunos pacientes de edad inferior ingresados por traumatismos en la planta 5ª “C”.



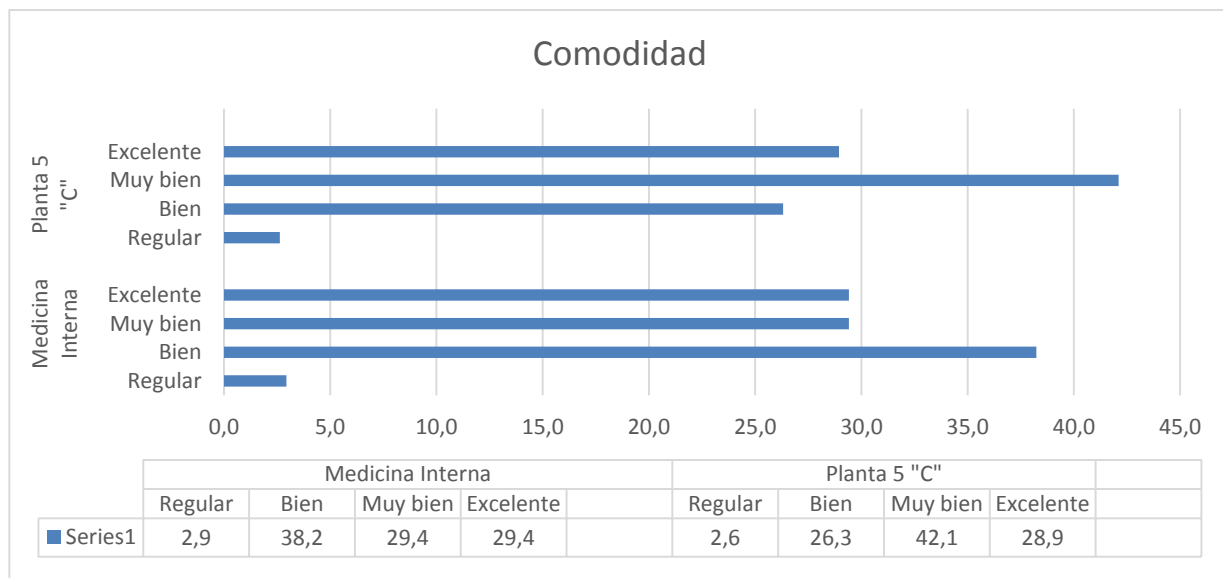
Los pacientes valoran el servicio prestado por enfermería positivamente en ambos servicios a excepción de un 5,3 % de ingresos de la planta 5 "C". Por el contrario, la excelencia se la conceden al cuerpo de enfermería en esa misma planta, mientras que en Medicina Interna se les concede una valoración positiva en general. Las características de los pacientes de la planta 5 "C" también establecen unos parámetros de valoración condicionados a su estado de ánimo y su grado de dolor. Que valoren con excelencia la dedicación, trabajo y sociabilidad, demuestra una vez más que la percepción sin empatía no refleja la realidad.



Al comparar la atención recibida por el paciente en los diferentes turnos, vemos que en turno de noche hay un porcentaje, aunque bajo, de baja satisfacción en relación a los turnos de mañana y tarde. También podemos determinar que la excelencia es mayor en la planta 5ª “C” mientras que en el servicio de Medicina Interna aunque la evaluación es positiva no alcanza la excelencia pero se mantiene en la media de 4/5 empeorando significativamente en relación al otro servicio analizado casi en un 50% en el turno de noche en baja satisfacción.

Es el turno de tarde, quizás por ser el más tranquilo, es el que merece la consideración de óptimo sobre los demás. La rotación sufrida por el personal no determina que sea el personal el condicionante de esa evaluación sino las características de dicho turno. Es el turno después de la comida con sobremesa televisiva y donde los pacientes reciben más visitas. Bien es sabido que el dolor tiene un componente psicossomático que con el entretenimiento parece sobrellevarse mejor eso nos hace pensar que en ese turno con las distracciones que envuelven el entorno del paciente, le haga percibir una situación de confort.

Los pacientes resuelven que entienden las indicaciones de las enfermeras en ambos servicios en igualdad de condiciones y que las empleadas empatizan y les entienden cuando requieren de sus servicios, sobretodo en la planta 5ª “C” que los pacientes por su patología solicitan la prestación de servicios más continuamente y con más exigencia, valorando con diferencia a las respuestas de los ingresos de Medicina Interna que son positivos pero no de excelencia



La comodidad del paciente en un indicador de calidad asistencial muy importante por ser uno de los ítems que nos permiten obtener la percepción de un buen servicio que define dicha calidad. Al igual que cuando evaluamos un hotel, una de las principales preguntas es la comodidad del mismo, en el hospital si el paciente se ha sentido cómodo aun teniendo problemas médicos, hemos conseguido uno de los objetivos previstos en la misión del Centro.

Tal y como muestra la gráfica de Comodidad, son los pacientes de la 5ª planta “C” los que conceden los valores más altos en comodidad. Este servicio también tiene los niveles más altos en interrelación con el paciente a un nivel más personal.

El resto de análisis de las diferentes preguntas realizadas a los pacientes confirman los resultados comentados anteriormente.

3.2 Análisis documental

Para poder comprender algunos de los resultados obtenidos en las encuestas, hay que analizar las diferencias entre el tipo de patología a tratar en planta. Si bien en el Servicio de Medicina Interna se tratan patologías médicas de corta/media estancia por su tipología ya que sólo se realizan ingresos que no pueden hacerse seguimiento domiciliario por su gravedad, en el servicio que presta la 5ª planta C del Hospital engloba: Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Neurocirugía, Neurología y Nefrología. Excepto neurología y nefrología que son especialidades clínicas, el resto son quirúrgicas que en algunos casos requieren estancias de media/larga duración por su lenta recuperación o requerimiento de curas especializadas “in situ” en el Centro.

En la memoria del Centro del año 2015 detallan las enfermedades más complejas que requieren de más tiempo y recursos para su recuperación.

Tabla 4. Ratio estancia de pacientes por especialidades³

ENFERMEDAD (Médicas)	Altas
Septicemia e infecciones diseminadas	22
Accidente cardiovascular y oclusiones precerebrales con infarto	13
Insuficiencia cardíaca	15
Otra neumonía	14
Cateterismo cardíaco con trastornos circulatorios excepto cardiopatía isquémica	15
Hemorragia intracraneal	21
Traumatismo craneal con coma >1 h o hemorragia	10
Neoplasias respiratorias	22
Accidente cardiovascular i oclusiones precerebrales con infarto	37
Diagnósticos mayores hematológicos/inmunológicos excepto crisis por células falciformes i coagulación	10
Embolismo pulmonar	12
Septicemia e infecciones diseminadas	42
Neoplasia maligna digestiva	18
Neoplasia maligna del sistema hepatobiliar o de páncreas	11
Cateterismo cardíaco con trastornos circulatorios excepto cardiopatía isquémica	21
ENFERMEDAD (Quirúrgica)	Altas
Procedimientos quirúrgicos mayores del intestino delgado y grueso	12

³ Toda la información mencionada en los párrafos siguientes ha sido suministrada por informantes calificados del Centro Hospitalario

Procedimientos quirúrgicos mayores del intestino delgado y grueso	23
Procedimientos de fusión dorsal y lumbar excepto por escoliosis	31
Sustitución de la articulación de cadera	14
Procedimientos cardiovasculares percutáneos con infarto agudo de miocardio	45
Procedimientos quirúrgicos de cadera y fémur excepto articulación mayor por trauma	10
Procedimientos cardiovasculares percutáneos sin infarto agudo de miocardio	14
Procedimientos cardiovasculares percutáneos con infarto agudo de miocardio	47
Implante marcapasos cardíaco permanente sin infarto agudo de miocardio, fallo cardíaco o xoc	40
Procedimientos cardiovasculares percutáneos sin infarto agudo de miocardio	30
Sustitución de la articulación de cadera	35
Procedimientos quirúrgicos mayores del intestino delgado y grueso	50
Sustitución de la articulación de rodilla	82
Sustitución de la articulación de cadera	79
Implante marcapasos cardíaco permanente sin infarto agudo de miocardio, fallo cardíaco o xoc	44

Fuente. Departamento de Análisis del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Como observamos en las filas de color púrpura, se da más número de pacientes con patologías complejas en pacientes ingresados en la planta 5ª C que en el Servicio de Medicina Interna de color verde, sobretodo en la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.

El aumento de la media de supervivencia y el incremento de circulación automovilística provoca mayor número de problemas óseos, accidentes traumáticos, problemas neurológicos derivados de la edad, etc., que determina el tipo de personal que interactúa diariamente con los pacientes y la especialización requerida.

Los pacientes de Medicina Interna en su mayoría, son pacientes de corta estancia y hay más rotación. Son pacientes con enfermedades que les permiten movilidad y, por tanto, también han sido más sociables en el momento de hacer las encuestas. En cambio en la 5ª planta, los pacientes están cansados de estar inmovilizados o, simplemente, no tienen claro ni dónde están. En estos casos, son los familiares o acompañantes quienes requieren más la atención de las enfermeras.

La bolsa de trabajo de l'ICS no hace distinción para la incorporación del colectivo de enfermería ni el perfil necesario para una buena ejecución de sus tareas. Todo ello derivado de la rígida normativa y los acuerdos en la negociación colectiva con los representantes de la empresa que no permiten una incorporación por perfil sino por orden numérico según méritos.

Del mismo modo, es la gestión hospitalaria quién determina el número de enfermeras asignadas a servicio por turno y pacientes teniendo en cuenta un punto de vista más funcional que

profesional. No hemos podido comparar el número de personal existente antes de la reforma laboral por situación económica y analizar la repercusión en el servicio prestado en la actualidad al que hacen referencia constantemente el colectivo de enfermería en intervenciones orales o manifestaciones realizadas en el Centro desde la puesta en marcha de las medidas correctoras por crisis.

Los servicios están cubiertos por el colectivo de enfermería según un esquema que se facilita al trabajador con antelación. El turno de mañana cubierto por 4 enfermeras y los turnos de tarde/noche por 3 enfermeras de lunes a viernes. El fin de semana se cubre con 3 enfermeras en todos los turnos. Su funcionamiento es rotatorio para poder cumplir con la regulación de descansos. No así, según manifestación de algunas personas, en personal rotatorio de contratos temporales por horas a las que se avisa con poca antelación y no pueden negarse a hacer ese turno por pérdida de posición en la bolsa de trabajo.

Analizamos el número de camas y el número de enfermeras asignados a esas camas.

8. Servicio de Medicina Interna
45 habitaciones con 2 camas por habitación
9. Servicio de la 5ª Planta “C”
45 habitaciones con 2 camas por habitación

En la planta 5ª C, durante el período de 2016, se realizaron un total de 1.896 altas mientras que en el Servicio de Medicina Interna finalizó el período con un total de 1.710 altas hospitalarias. De todos estos ingresos, la media de estancia hospitalaria es superior de un servicio a otro en un 2 % aplicable a la planta 5ª C, de la cual ya hemos ido analizando la patología del paciente que requiere de mayor hospitalización.

En los momentos que trabajan 4 enfermeras tienen asignadas en ambos servicios entre 8 y 9 camas que se corresponden a un total de 16 a 18 pacientes durante 8 horas.

En el turno de mañana sus tareas se enfocan a atender los requerimientos del colectivo de médicos mientras se realiza el pase de planta además de las tareas correspondientes a la atención del paciente. En el caso de los supervisores, se les tiene que añadir las tareas de gestión hospitalaria: gestión de personal, reuniones con Dirección y control y supervisión de planta.

Al disminuir la actividad asistencial a partir de las 15.00 horas es cuando se reduce en una persona el colectivo objeto del estudio.

Si revisamos la atención requerida en ambos servicios y la intensidad, excepto las tareas de interrelación con el equipo médico o las extracciones sanguíneas que se realizan, son equivalentes en todos los turnos. Este equipo de enfermería se apoya en los auxiliares de enfermería que realizan tareas más de atención personal al paciente como cambiar de posición, limpieza y aquellas que no requieren alta especialización.

Los protocolos que se han ido implementando y las quejas motivadas por una mala actuación de enfermería, hacen que este colectivo se tenga que apoyar continuamente en el equipo médico. Los errores de administración de medicación no son asumibles por este colectivo si se ha realizado una buena anotación en la historia del paciente por parte del médico. Así pues, hay un margen de error menor al soportado cuando no existían las nuevas tecnologías ya que en papel se podía extraviar la pauta de medicación, ser inteligible la letra del facultativo o, incluso, no estar registrada dicha pauta. Hoy en día, cada médico prescribe mediante el aplicativo SAP y enfermería puede ver la administración correcta para cada paciente.

El Instituto Catalán de Salud pone a disposición de su personal sanitario una formación continuada para incrementar los conocimientos teóricos, prácticos y en nuevas tecnologías para hacer frente a su trabajo. Así mismo, los Colegios Profesionales facilitan a sus colectivos herramientas para aumentar sus competencias y hacer frente a los conflictos y necesidades que puedan tener durante la ejecución de sus tareas.

El colectivo de enfermería según la planificación de Formación Continua no sólo se forma en aspectos técnicos de enfermería. También complementa su técnica con aspectos como saber hablar en público, comunicar malas noticias, redacción y búsquedas bibliográficas. Todo ello para incorporar dicho colectivo a la investigación, área que hasta hace muy poco, enfermería no realizaba.

La necesidad de acreditaciones para poder acceder a plazas de docentes universitarios y el protocolo cada vez más específico donde regulan que los Hospitales Universitarios precisan de profesionales acreditados para la docencia universitaria, y el hecho, que para acreditarse se requiera estar en posesión del título de Doctorado, cada vez más el personal de Enfermería se adscribe a grupos de investigación para poder realizar su Tesis Doctoral y, a su vez, acreditarse.

En la mención a la calidad obtenida por el Centro, valoran aspectos asistenciales sin valorar la percepción por parte del paciente. Como en la norma ISO, se valora el resultado final, es decir, el índice de éxito en la superación de enfermedades e índice de reincidencias, el número de altas y

períodos de estancia, todo ello también condicionado a los objetivos incentivados de la Institución a su personal para reducir costos y tiempos. Hablamos de las llamadas DPOs, método de incentivos económicos si se llegan a unos objetivos marcados por la Dirección de Centro que prioriza la eficiencia y la eficacia desde el punto de vista económico dejando, en ocasiones, de lado los aspectos personales y humanos.

3.3 Discusión

Los autores como Gale(1996), el cual nos planteaba que la calidad debe ser estudiada según las necesidades de los pacientes sin duplicar tareas y anticipando sus expectativas, así como la necesidad de una buena gestión directiva de personal para un servicio eficiente y eficaz, se complementa con los resultados obtenidos sólo en su dos primeros aspectos. En cuanto a la gestión directiva de personal esta se ve afectada por la rigidez de la norma y la negociación colectiva. Esta situación afecta a la estabilidad laboral y a que, si se establece un acceso por méritos y capacitación, reglas de la Administración Pública, el personal que se incorpora al Centro puede no tener el perfil requerido en el Servicio asignado (ver **preguntas de investigación 1 y 2**).

Se está iniciando una primera prospección con respecto a unidades muy específicas, como quirófanos, para hacer la contratación en relación al perfil del candidato. No así en el resto de incorporaciones (ver **pregunta investigación 4**)

Las necesidades del paciente y la gestión de las tareas están bien establecidas y el protocolo de actuación modificado según los parámetros de calidad establecidos por el centro garantizando año tras año la consecución del Top 20 en calidad de este Centro.

De los modelos de calidad establecidos por el Centro, el centrarse en el diagnóstico y el tratamiento para paliar las enfermedades en períodos breves y con una reducción de recursos económicos y materiales, demuestra la efectividad de la gestión realizada por la Dirección del Centro.

La ausencia, en la obtención de ese premio, de la percepción del paciente en la prestación de ese servicio resulta incompleta la valoración de resultados. En los Estudios tomados de base para este trabajo, se han abordado todos los aspectos que afectan a un servicio asistencial: limpieza, orden, personal administrativo, telefonistas, recepcionistas, médicos, enfermeras, celadores, auxiliares de enfermería... Nosotros, al realizar un trabajo con un período muy limitado para el trabajo de campo, nos hemos centrado en un colectivo y en dos servicios asistenciales de todos los que existen en el Centro. Pero sí hemos observados resultados similares en los Hospitales analizados y nuestro centro (ver **pregunta de investigación 5**).

Es con la investigación realizada por Bernal, Pedraza y Sánchez (2015) que interrelaciona las variables de este estudio que refutamos su modelo teórico. En nuestro estudio dicha interrelación no se corresponde.

Si el clima organizacional en servicios con una metodología de trabajo rutinaria es más satisfactorio, en servicios como el de la 5ª planta “C” muestran un mayor desencanto con su trabajo e incluso en la rotación de contratos temporales, una situación de incerteza laboral y una pérdida de vocación inicial frente a, simplemente, un trabajo estable. La jerarquía organizativa establecida es suficiente en la actualidad aunque se debería tener en cuenta el perfil de la persona que lo ocupa. No siempre un mando rígido es identidad de mejor actividad laboral (ver **pregunta de investigación 3**).

Las respuestas obtenidas en clima organizacional en el Servicio de Medicina Interna han dado una correlación con la satisfacción del paciente que apoya la teoría de Bernal, Pedraza y Sánchez (2015) de que a buen clima organizacional, el paciente percibe mejor el servicio prestado por el personal de enfermería.

En la 5ª planta “C” no hemos podido realizar un análisis exhaustivo por el número de personas que han contestado la encuesta, pero con las obtenidas, existen preguntas a las que prefieren no contestar que son preguntas relevantes para determinar la integración en el equipo asistencial y su relación jerárquica, dos de las variables más importantes para controlar el clima organizacional, indicativos de la existencia de miedo a contestar preguntas comprometidas que pudieran afectar a su relación laboral. Si algunas de las variables son indicativas de un clima organizacional no satisfactorio, no se refleja en la respuesta de los pacientes. Si bien, las respuestas tienen un índice menor que el servicio de Medicina Interna, el paciente sigue pensando que el servicio que presta el colectivo de enfermería es satisfactorio. Este análisis nos refuta la teoría de interrelación entre las variables. No necesariamente un clima organizacional no satisfactorio afecta al servicio prestado.

Todos los autores referenciados interrelacionan dichas variables. En nuestro estudio estas variables son condicionantes pero no concluyentes. La percepción de calidad desde el punto de vista del paciente no es tan específica como la expresada por los autores. Los pacientes entrevistados han valorado la estancia no el resultado final objeto de todos los métodos de calidad. Si la calidad es percibida como un producto final, este estudio plasma la satisfacción sin llegar a un producto final sino a un servicio “in situ” que no ha finalizado. Cuando valoramos un viaje de tren, analizamos la comodidad y el tiempo de ejecución, en el servicio asistencial se valora la dedicación, empatía y sociabilidad. El paciente no puede valorar el resultado final ya que para ello hay otras variables implicadas: médicos, limpieza y demás que los teóricos han especificado anteriormente.

4. CONCLUSIONES FINALES

En primer lugar, podemos decir que se han alcanzado cada uno de los **objetivos** planteados al inicio de la investigación.

De las **hipótesis** planteadas podemos determinar, que en las Administraciones públicas, debido a su rigidez normativa para la selección de personal, no es posible una adscripción por perfil. Ello significa que se debe intentar adecuar la normativa a las necesidades de cada una de las especificidades que requiere cada puesto de trabajo en los centros hospitalarios. Se podría optar por una bolsa de trabajo dual, una bolsa por perfiles que, en caso de no poder cubrir la vacante, se cubriría con la bolsa de trabajo de base general. Con ello se conseguiría que el colectivo de enfermería se motivara a especializarse en un campo en concreto que le permita crecer personal y profesionalmente, es decir, poder optar a aquel puesto que le complementa y, por tanto, sentirse realizada y motivada realizando sus tareas eficaz y eficientemente. Así, se confirma la **primera hipótesis (H1)**.

Al sentirse bien consigo mismo/a, se obtiene un buen clima organizacional y, a su vez, un equilibrio en el trabajo en equipo que ayuda a la consecución de las tareas que repercute a su vez en el servicio prestado. La suma de los factores anteriores provoca una interacción con el paciente que, a pesar de los problemas de recursos que puedan existir, la percepción del paciente será totalmente positiva cosa por la cual, se confirman la **segunda y tercera hipótesis (H2;H3)**

Si la Gerencia del ICS y los representantes de los trabajadores tuvieran como objetivo una calidad asistencial basada en la interacción de los componentes analizados constantemente en este estudio: el clima organizacional vs satisfacción del paciente, se podría conseguir una consecución de la misión y los valores que la Organización tiene previstos confirmando nuestra **cuarta hipótesis (H4)**.

Por tanto, se confirman las hipótesis planteadas en su totalidad excepto en el caso de la planta 5ª C del Centro Hospitalario que en base a un clima organizacional no satisfactorio sabe cumplir con sus obligaciones y demostrar, una vez más, que la motivación a través del trabajo bien hecho (realización personal a través de la satisfacción del paciente) es un incentivo superior al que la Organización ofrece a sus empleados y con ello, la **quinta (H5) y última hipótesis** queda también confirmada.

En relación a los pacientes, la valoración de las encuestas está muy condicionada a la patología del paciente. Agradece mejor una persona inmovilizada y con dolor el hecho que se les

administre la medicación en su momento para paliar dicho dolor o una palabra amable ante un momento de desesperación o ansiedad por el estado de salud que en ese momento profesa. De ahí, que los resultados obtenidos en la 5ª planta “C” de la que ya hemos definido es una planta con este tipo de patología, las evaluaciones sean más positivas que en Medicina Interna.

También, el hecho de que la mayoría de encuestas se hayan realizado a personas de mediana y edad avanzada, personas con pocos estudios y que valoran el esfuerzo que se realiza en el trabajo porque ellos también han trabajado duro y en unas condiciones represivas, hacen que entiendan si en algunas circunstancias, el personal pueda ser menos receptivo.

Me gustaría poder ampliar el trabajo a todos los ámbitos y áreas hospitalarias para realizar un organigrama de puestos de trabajo por competencias. De este modo, ni tendríamos personas que por méritos tiene más puntuación pero quizás no tenga el perfil para estar realizando las funciones asignadas al puesto de trabajo asignado, ni habría personas válidas que por motivos personales no pueda realizar constantemente cursos de formación y, por tanto, está en puestos muy bajos de la bolsa de trabajo.

Otra opción y válida legalmente, sería una bolsa de trabajo por concurso-oposición donde la mayor puntuación se conceda por la especialización requerida en el puesto.

BIBLIOGRAFÍA

- Aoki, M (1988) "A State Space Time Series Modeling Method Without Prior Detrending," UCLA Economics Working Papers 465, UCLA Department of Economics.
- Baron, J y David, M. (1999). "Strategic Human Resources: Frameworks for General Managers" John Wiley & Sons, Inc. New York
- Beltrán, M. (2000) "El problema de la calidad en los servicios públicos", en A. Trinidad (coord.), Evaluación y calidad en las organizaciones públicas, INAP, Madrid
- Belzunegui, A. & Brunet, I. (2006) Gestió de la qualitat: teoria i pràctica, Publicacions URV, Tarragona
- Benavides, C. y Quintana, C(2003) "Gestión del conocimiento y calidad total". Diaz de Santos.
- Bernal, I; Pedraza, N.; Sánchez, M. "El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico" *Estudios Gerenciales* 31:8-19
- Brugué, Q.; Amorós, M.; Gomà, R. (1994) "La Administración pública y sus clientes: ¿moda organizativa u opción ideológica?", *Gestión y Analisis Públicos*, nº1.
- Brunet, L. (2007). "El clima de trabajo en las organizaciones". México: Trillas.
- Camisón, C. (2007) Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas, Pearson Educación, Madrid
- Chiavenato, I (1983) "Introdução à teoria geral da administração" . McGraw-Hill. Brasil.
- Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42:1085-93.
- Crosby, P (1979) "Quality is free: The art of making quality certain" McGraw-Hill. New York.
- Deming, W (1982) "Quality, Productivity, and Competitive Position". Cconride, MA MIT. Institute of Technology, Center for Adanced Engineering Study
- Evans, JR. y Lindsay, W (2000); "Administración y control de la calidad" Cuarta Edición. Thomson. México.
- Feigenbaum, A (1983). "Total quality control" Mc.Graw-Hill. New York
- Garvin, D. (1988). "Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge Hardcover". Simon & Shuster Inc.
- Gellerman, S. (1960). "People, Problems and Profits". New York: McGraw Hill
- Gómez-Mejía, LR.; Balkin, DB.; Ycardy, RL (2001): "Dirección y gestión de recursos humanos", Madrid, Ed. Prentice-Hall.
- Grönroos, C. (1984). "A service quality model and its marketing implications". *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Hackman, R y Wagerman, R.; "Total Quality Management: Empirical, Conceptual an Practices Issues". *Administrative Science Quarterly*. 1995, 40
- Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990;30:811-8.

- Hayek, FA (1945) “The Use of Knowledge in Society” *The American Economic Review*.35: 519-530 Tokyo: Asian Productivity Organization
- Hunter, LW(2000). “The adoption of innovative work practices in service establishments” *International Journal of Human Resource Management*, 11: 477-496
- Ishikawa, K (1985) “Guide to Quality Control”. Second Revised English Edition,
- Jensen, M y Meckling, W (1992) “Specific and General Knowledge and Organization Structure”, en JENSEN (ed.), *Foundations of Organizational Strategy*, Cconridge: Harvard University Press, 1998, 103-125.
- Juran, KM y Gryna, FM. (1988) “Juran’s Quality Control Handbook” McGraw-Hill. New York.
- Juran, JM (1991) “Juran y la planificación para la calidad”. Ediciones Díaz de Santos
- Malagón, G., Galán, R. y Pontón, G. (2008). “Administración hospitalaria”. Bogotá:Medica Panamericana.
- March JG, Simon HA. (1958). “Organizations”. Wiley: New York
- Merton, RK. (1977) “The Sociology of science. An episodic memoir.” Carbondale and Edwardsville: Southern Illinois University Press
- Millar M. Patient satisfaction with general practice in Ireland.*Ir Med J* 2001;94:106,108-
- Oakland, JS (1993). “Total Quality Management” Butterworth-Heinemann. Oxford
- Perrow, C. “A framework for the comparative analysis of organizations”. *American Sociological Review*. 1967; 32: 194-208
- Pfeffer, J. (2001) “The Human Equation: Building Profits by Puttin People First” Harvard Business School Press. Boston
- Polanyi, M. (1962):*Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*, Nueva York: Harper and Row.
- Reeves, C. y Bernard, D. (1994). “Defining Quality Alternatives and Implications”. *The Academy of Management Review* , 19(3), 419-445
- Ruelas, E. y Vidal, L. (1990). “Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica”. *Salud Pública de México*,32(2), 225–231
- Salinas, C., Laguna, J. y Mendoza, M. (1994). “La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica”. *Salud Pública de México*, 36(1),22–29
- Segredo, A. (2013). “Clima organizacional en la gestión del cconio para el desarrollo de la organización”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 383–393.
- Shirley, D. y Reitsperger, WD; “Strategic Control Systems for Quality: An Empirical Comparison of the Japanese ans US Electronics Industry”. *Journal of International Business Studies*. 1994: 275-294
- Shingo, S (1987). “The Sayings of Shigeo Shingo: Key Strategies for Plant Imporvement”. Portland, OR: Productivity Press, 145
- Taguchi, G (1986) “Introduction to Quality Engineering. Designing Quality into products and Processes” Asian Productivity Organization
- Waldman, D (1994). “The Contributions of Total Quality Management to a Theory of Work Performance” *The Academy of Management Review*. 19: 510-536.
- Werther y Davis (1991). “Administración de Personal y Recursos Humanos”. Ed. Mc Graw-Hill.

- Williamson, OE.(1985) “The Economic Institutions of Capitalism”. Collier Macmillan. London.
- WHO working group. The principles of quality assurance. *Qual Assur Health Care* 1989; 1: 79-95.
- Zeithaml, VA; Parasuraman, A y Berry, LL (1993). “Calidad Total en la Gestión de Servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores” Ediciones Díaz de Santos, SA. España

WEBGRAFIA

- Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Institut Català de la Salut. <http://ics.gencat.cat/ca/lics/treball-eu-a-lics/treball-temporal/borsa-de-treball/funcionament/>

ANEXO I

ENCUESTA DE SATISFACCION EN RELACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Sexo:	Hombre		Mujer		Edad:		Días de Ingreso:		Servicio:
--------------	--------	--	-------	--	--------------	--	-------------------------	--	------------------

Estudios:	Sin Estudios		ESO		Bachiller		Formación profesional		Universidad
------------------	--------------	--	-----	--	-----------	--	-----------------------	--	-------------

Ocupación:	Estudiante		Jubilado		En paro		Ama de casa		Trabajando
-------------------	------------	--	----------	--	---------	--	-------------	--	------------

En cada una de las preguntas siguientes, rodee con un círculo el número que mejor se adecúe a su opinión sobre la importancia del asunto en cuestión. La escala que aparece encima de los números refleja las diferentes opiniones.

Pregunta	Escala de importancia				
	Mal	Regular	Bien	Muy Bien	Excelente
1. Valore el trato recibido	1	2	3	4	5
2. Nivel de confianza entre el personal y usted	1	2	3	4	5
3. ¿Se ha sentido cómodo durante su estancia?	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo ha entendido las indicaciones de la enfermera?	1	2	3	4	5
5. Valore el tiempo de respuesta entre la llamada y la atención de la enfermera	1	2	3	4	5
6. Las enfermeras ¿me ayudan y me entienden?	1	2	3	4	5
7. ¿Cómo cree que hacen su trabajo las enfermeras?	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo valora el trabajo y dedicación de enfermería?	1	2	3	4	5
9. Y si usted fuera enfermera/o ¿cómo lo valoraría?	1	2	3	4	5
10. ¿Puede diferenciar entre enfermería y auxiliar de enfermería?	1	2	3	4	5
11. Durante su estancia se han portado con usted					
a) Enfermería de día	1	2	3	4	5
b) Enfermería de tarde	1	2	3	4	5
c) Enfermería de noche	1	2	3	4	5
12. Opinión general de enfermeras/os	1	2	3	4	5
13. Cuando salgo del hospital me siento	1	2	3	4	5

Muchas gracias por haber dedicado un momento a esta encuesta. Para mantener el anonimato, se recogerá la encuesta en unos 30 minutos desde su entrega.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

La Sra. Pilar Budesca López, con DNI, 39694262B, y en calidad de estudiante del Grado de Relaciones Laborales y Ocupación de la Universitat Rovira i Virgili, solicita su participación en el Trabajo de Fin de Grado que la misma está realizando. El objetivo es analizar la calidad asistencial desde el punto de vista del personal de enfermería y del paciente. Esta encuesta pretende así mismo determinar la calidad asistencial derivada de la atención recibida por parte del colectivo de enfermeras/os de este Centro.

La participación es voluntaria y, si usted accede a ello, se le pedirá responder una encuesta a la que le dedicará 10 minutos de su tiempo.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea el estudio actual, como tampoco se tomarán ningún tipo de medidas en contra de las personas que participan en esta encuesta ya que el propósito es determinar la satisfacción como paciente por el trato recibido.

Sus respuestas al cuestionario serán anónimas, ya que usted no debe marcar o identificar con su nombre o documento de identidad el formulario de respuestas.

Si tiene alguna duda sobre ésta encuesta, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la aplicación de la misma; igualmente puede desistir cuando usted lo considere sin que esto lo perjudique en alguna forma.

Con el fin anterior le agradecemos se tome el tiempo necesario para expresar su opinión y sentimientos personales con respecto a cada una de las frases que conforman el formulario; de forma absolutamente sincera, ya que la encuesta es ANÓNIMA y la puede aplicar con toda seguridad y tranquilidad.

Le agradecemos su participación.

Pilar Budesca

ANEXO II

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN CLIMA ORGANIZACIONAL

Aquí tenemos una serie de preguntas que os gustaría que contestase que servirán para un estudio sobre su papel dentro del Hospital donde presta servicios.

Tendrá una duración máxima de 10 minutos. Le agradecemos mucho su colaboración

Edad:		Sexo:	Hombre	Mujer	Tipo contrato	Funcionario	Laboral	Fijo	Eventual	
--------------	--	--------------	--------	-------	----------------------	-------------	---------	------	----------	--

Antigüedad:	0-2 años		2-5 años		5-10 años	Más 10 años	
--------------------	----------	--	----------	--	-----------	-------------	--

Titulación:	Diplomada		Grado		Máster		Especialidad:
--------------------	-----------	--	-------	--	--------	--	---------------

	NC	Nunca	No	Si	Siempre
1. Considera su trabajo en concordancia con sus conocimientos	1	2	3	4	5
2. Su sueldo se corresponde a su actividad	1	2	3	4	5
3. Está integrado en la dinámica de trabajo del Centro	1	2	3	4	5
4. Mis superiores reconocen mi trabajo	1	2	3	4	5
5. Estoy capacitado para el trabajo que debo hacer	1	2	3	4	5
6. Recibo incentivos por mi trabajo	1	2	3	4	5
7. Mi trabajo es rutinario y prefijado	1	2	3	4	5
8. Tengo libertad para variar mi rutina	1	2	3	4	5
9. Cuando tengo un problema hablo con mi superior	1	2	3	4	5
10. Cuando hablo con mi superior tengo la impresión de que me escucha y empatiza conmigo	1	2	3	4	5
11. Mi jefe es comunicativo	1	2	3	4	5
12. Mi jefe es autoritario	1	2	3	4	5
13. Tengo los medios adecuados para poder realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
14. Tengo oportunidad de promocionarme	1	2	3	4	5
15. Mi trabajo representa mucha responsabilidad	1	2	3	4	5
16. Me siento realizado después de tratar a un paciente	1	2	3	4	5
17. Hago formación continua según los avances tecnológicos y de salud evolucionan	1	2	3	4	5
18. Pienso que en ocasiones tomo decisiones que no me corresponden	1	2	3	4	5
19. Mi trabajo me hace feliz	1	2	3	4	5
20. Me siento seguro en mi trabajo	1	2	3	4	5
21. Estoy comprometido con mi trabajo	1	2	3	4	5
22. El objetivo que tenía cuando quería ser enfermera, es el que cumplo en la actualidad	1	2	3	4	5

Muchas gracias por haber dedicado un momento a esta encuesta. Para mantener el anonimato, puede dejarla en sobre facilitado y cerrado en las urnas ubicadas en la sala de descanso.

HOJA DE INFORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTA CLIMA ORGANIZACIONAL

La Sra. Pilar Budesca López, con DNI, 39694262B, y en calidad de estudiante del Grado de Relaciones Laborales y Ocupación de la Universitat Rovira i Virgili, solicita su participación en el Trabajo de Fin de Grado, cuyo objetivo es analizar la calidad asistencial desde el punto de vista del personal de enfermería y del paciente. Esta encuesta pretende así mismo determinar el clima organizacional que puede ser determinante en el servicio ofrecido por su parte, así como conocer los factores que afectan directamente la actitud, motivación y el desempeño de su actividad.

La participación es voluntaria y, si usted accede a ello, se le pedirá responder una encuesta a la que le dedicará 15 minutos de su tiempo. Informar así mismo, que para poder obtener los resultados pretendidos, se le pasará una encuesta de satisfacción al paciente de forma anónima y que no implicará ninguna información enfocada a ninguna persona en particular, ya que lo que se pretende, no es analizar a la persona, sino al colectivo en general.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea el estudio actual, como tampoco se tomarán ningún tipo de medidas en contra de las personas que participan en esta encuesta ya que el propósito es determinar si el clima organizacional afecta a la calidad asistencial prestada a los pacientes.

Sus respuestas al cuestionario serán anónimas, ya que usted no debe marcar o identificar con su nombre o documento de identidad el formulario de respuestas.

Si tiene alguna duda sobre ésta encuesta, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la aplicación de la misma; igualmente puede retirarse de la aplicación cuando usted lo considere sin que esto lo perjudique en alguna forma.

Con el fin anterior, le agradecemos se tome el tiempo necesario para expresar su opinión y sentimientos personales con respecto a cada una de las frases que conforman el formulario; de forma absolutamente sincera, ya que la encuesta es ANÓNIMA y la puede aplicar con toda seguridad y tranquilidad.

Le agradecemos su participación.

Pilar Budesca López

ANEXO III

5009 / 12 ENE 2017

DE: DRA. M^a TERESA AUGUET QUINTILLA - **PRESIDENTA DEL CEIm**
A: SRA. PILAR BUDESCA LÓPEZ - **UD HJOAN XXIII**

Assumpte: TREBALL FÍ DE GRAU
Ref. CEIm : 1/2017

Benvolguda Sra. Budesca ,

Li comunico que amb data 12 de gener de 2017, el CEIm ha revisat el projecte d'investigació titulat "Diseño de puestos de trabajo basados en la gestión de calidad. Importancia de la gestión de la Dirección de Recursos Humanos. 1 caso a revisión. Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona" , del qual ets investigadora principal.

Aquest CEIm considera que aquest estudi no requereix de la seva aprovació per portar-se a terme, donat que no es tracta d'un projecte d'investigació clínica amb persones.

Cordialment,



Dra. M^a Teresa Auguet Quintilla
Presidenta Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments
Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili

Reus, 12 de gener de 2017