

**IV JORNADAS NACIONALES DE
JEFES DE PERSONAL SUBALTERNO**

**8, 9 y 10 de octubre de 2002
Avilés (Asturias)**

Martín G. Blanco García

Economista

**Director de Servicios Generales del Hospital Universitario
Virgen de las Nieves de Granada**

ÍNDICE

1.- EL ENTORNO: ALGUNOS INDICADORES

1.1.- Indicadores de económicos

1.2.- Indicadores de equidad

1.3.- Indicadores de salud

1.4.- Indicadores de satisfacción

2.- EL CAMBIO DERIVADO DE LAS EXPECTATIVAS

3.- EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS

4.- EL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO COMO GESTOR DE RECURSOS

4.1.- El ojo del usuario

5.- A MODO DE CONCLUSIÓN

1.- ALGUNOS INDICADORES

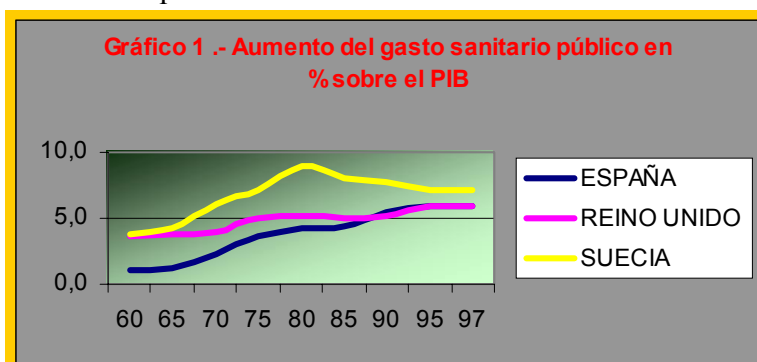
1.1.- Indicadores económicos

Si hacemos una comparativa entre el gasto sanitario de los países de la Unión Europea con Sistema Nacional de Salud y España, se puede concluir que nuestro país se encuentra entorno a la media, habiéndose producido en los últimos 20 años un fuerte acortamiento de la distancia que nos separaba de los países con mayor gasto sanitario, aunque nos mantenemos en posiciones ligeramente inferiores a la media. En la Tabla 1 se puede apreciar esta afirmación.

| Tabla 1.- Comparativa entre España y países de la UE con SNS¹ | SNS | España |
|---|------------|---------------|
| % gasto sanitario/PIB | 7,5 | 7,4 |
| Crecimiento del peso del gasto sanitario sobre el PIB en los últimos 20 años | 0,6 | 1,8 |
| % gasto sanitario público sobre gasto sanitario total | 79 | 76,1 |
| % gasto sanitario público sobre PIB | 5,9 | 5,6 |

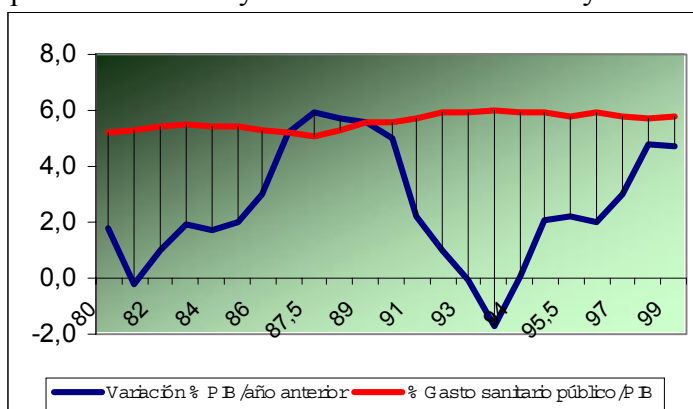
En esta tabla se observa una comparativa estática de las distintas variables. La evolución en el tiempo de la relación entre la variación del gasto sanitario público en porcentaje sobre el Producto Interior Bruto, se muestra en los gráficos 1 y 2.

En estos gráficos se puede apreciar claramente la evolución creciente de esta relación entre el aumento del porcentaje del gasto sanitario público sobre el P.I.B. Aunque el esfuerzo habido en los últimos 20 años ha sido muy importante, probablemente es insuficiente para absorber el déficit que mantiene la mayoría de las Comunidades Autónomas.



En el gráfico 2 se compara la evolución del gasto público sanitario y la evolución del P.I.B. y se ve claramente que el primero ha mantenido su tendencia creciente prácticamente de forma estable, a diferencia de la oscilante evolución del PIB.

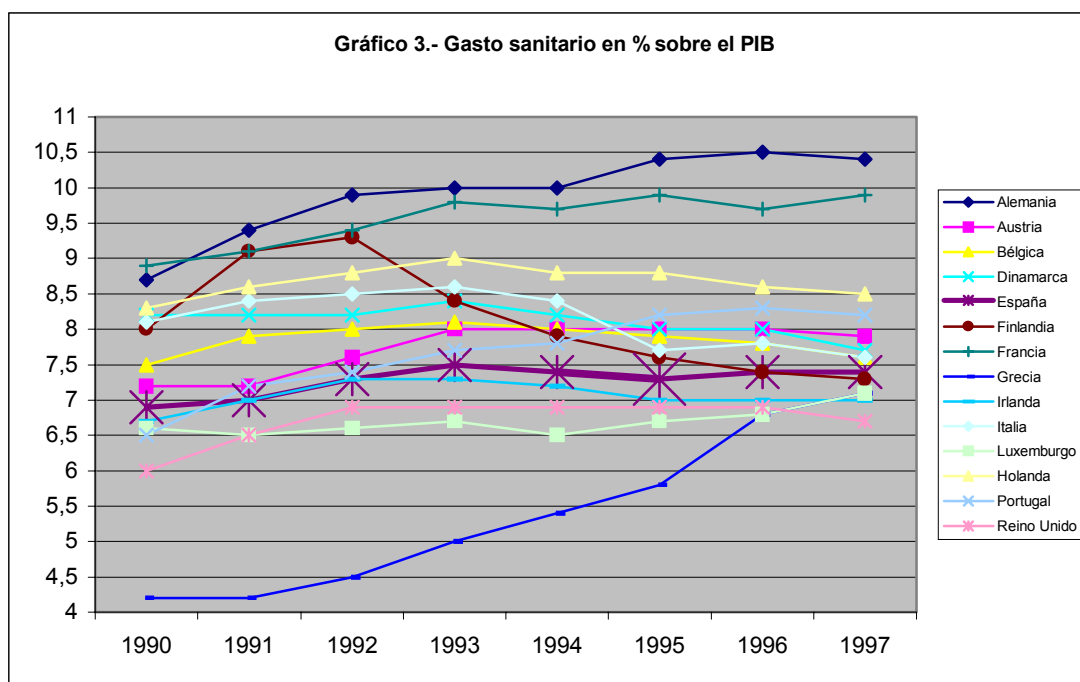
En la tabla 2 se muestra la evolución del gasto sanitario en la Unión Europea en porcentaje sobre el PIB en los años 90.



¹ Fuente de los datos: OCDE Health Data 1999

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alemania | 8,7 | 9,4 | 9,9 | 10 | 10 | 10,4 | 10,5 | 10,4 |
| Austria | 7,2 | 7,2 | 7,6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7,9 |
| Bélgica | 7,5 | 7,9 | 8 | 8,1 | 8 | 7,9 | 7,8 | 7,6 |
| Dinamarca | 8,2 | 8,2 | 8,2 | 8,4 | 8,2 | 8 | 8 | 7,7 |
| España | 6,9 | 7 | 7,3 | 7,5 | 7,4 | 7,3 | 7,4 | 7,4 |
| Finlandia | 8 | 9,1 | 9,3 | 8,4 | 7,9 | 7,6 | 7,4 | 7,3 |
| Francia | 8,9 | 9,1 | 9,4 | 9,8 | 9,7 | 9,9 | 9,7 | 9,9 |
| Grecia | 4,2 | 4,2 | 4,5 | 5 | 5,4 | 5,8 | 6,8 | 7,1 |
| Irlanda | 6,7 | 7 | 7,3 | 7,3 | 7,2 | 7 | 7 | 7 |
| Italia | 8,1 | 8,4 | 8,5 | 8,6 | 8,4 | 7,7 | 7,8 | 7,6 |
| Luxemburgo | 6,6 | 6,5 | 6,6 | 6,7 | 6,5 | 6,7 | 6,8 | 7,1 |
| Holanda | 8,3 | 8,6 | 8,8 | 9 | 8,8 | 8,8 | 8,6 | 8,5 |
| Portugal | 6,5 | 7,2 | 7,4 | 7,7 | 7,8 | 8,2 | 8,3 | 8,2 |
| Reino Unido | 6 | 6,5 | 6,9 | 6,9 | 6,9 | 6,9 | 6,9 | 6,7 |

En el gráfico 3 se muestra el gasto sanitario sobre el PIB para todos los países de la UE. Se observa claramente que con la excepción hecha de Alemania y Francia que destacan en la parte alta del gráfico, el resto de países se han ido situando en la última década su gasto sanitario público en una orquilla entre el 6,5% y el 8,5% del PIB.



Otro aspecto del gasto que encuentro relevante, es ver la evolución que está teniendo en los países de la Unión Europea la participación del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total. Esta evolución se muestra en la tabla 3:

| Tabla 3.- Gasto público sanitario público sobre gasto total sanitario | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
| Alemania | 76,2 | 78,2 | 78,5 | 77,6 | 77,6 | 78,2 | 78,3 | 77,4 |
| Austria | 73,5 | 73,4 | 73,3 | 73,9 | 74,1 | 73,3 | 72 | 72 |
| Bélgica | 88,9 | 77,1 | 88,9 | 88,9 | 87,9 | 87,8 | 87,7 | 87,6 |
| Dinamarca | 86,1 | 86,6 | 86,7 | 86,3 | 86,6 | 86,1 | 65,2 | 65 |
| España | 78,7 | 78,7 | 78,7 | 79,1 | 78,7 | 78,7 | 78,7 | 78,7 |
| Finlandia | 80,9 | 81,1 | 79,6 | 76,3 | 74,8 | 74,7 | 78,4 | 77 |
| Francia | 74,5 | 74,7 | 74,6 | 74,2 | 78,4 | 80,6 | 80,7 | 78,4 |
| Grecia | 82,3 | 80,2 | 76,1 | 76,2 | 76,2 | 75,8 | 77,5 | 74,8 |
| Irlanda | 72,9 | 74,4 | 75,1 | 75,3 | 75,2 | 74,7 | 74,2 | 75 |
| Italia | 78,1 | 78,4 | 76,3 | 73,1 | 70,6 | 69,3 | 69,8 | 69,9 |
| Luxemburgo | 93,1 | 93 | 92,8 | 92,9 | 91,8 | 92,4 | 92,6 | 91,8 |
| Holanda | 72,7 | 74,1 | 77,4 | 78,3 | 77,5 | 76,7 | 72,1 | 72 |
| Portugal | 65,5 | 62,8 | 59,6 | 63 | 63,4 | 60,5 | 59,8 | 60 |
| Reino Unido | 84,1 | 83,7 | 84,5 | 84,8 | 84,1 | 84,4 | 84,5 | 84,5 |

1.2. Indicadores de equidad

En España, a diferencia del resto de países de la UE con SNS, la población cubierta por la sanidad pública no llega al cien por cien (99,4%), mientras que el porcentaje del costo de los servicios sanitarios públicos –fundamentalmente medicamentos- pagado por los usuarios es menor: 14% en España, mientras que en el resto de países con SNS de la UE se sitúa entorno al 15,7%.

| Tabla 4.- Oferta y demanda sanitaria | SNS | España |
|---|-------|--------|
| Médicos por 1.000 habitantes | 3,1 | 4,1 |
| Enfermeros por 1.000 habitantes | 10,0 | 4,5 |
| Camas en hospitales de agudos por 1.000 habitantes | 3,5 | 3,1 |
| Consultas de Médico General por habitante y año | 5,1 | 6,0 |
| Ingresos en hospitales de agudos por 1.000 habitantes y año | 180,0 | 105,0 |
| Ocupación de hospitales de agudos (%) | 77,2 | 71,2 |
| Estancia media hospitales de agudos | 6,0 | 9,0 |

Si bien el sistema sanitario público español tiene un menor gasto que el resto de países de la UE con SNS, esto no es debido a una mayor eficiencia en la asignación de recurso, como se puede muestra en la tabla 4, aunque no nos situemos en una situación muy desventajosa en relación a la media europea.

1.3 Indicadores de salud

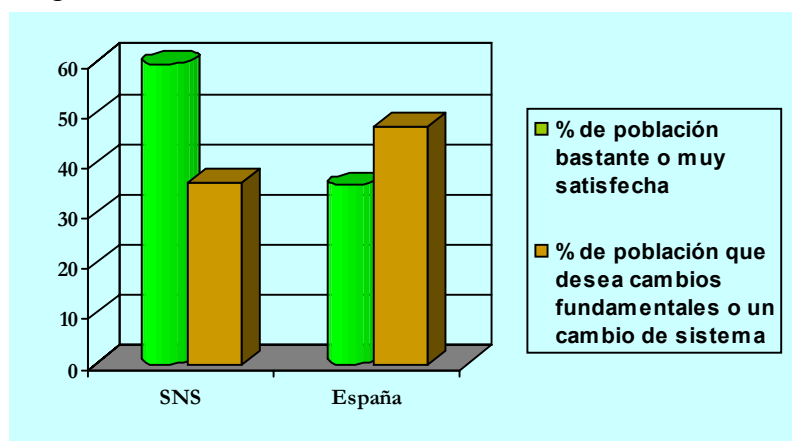
Visto la parte del PIB que la sociedad española destina a sanidad en relación a los países de nuestro entorno, y vistos los indicadores de equidad, oferta y demanda, cabe analizar ahora cuales son los niveles de salud que el sistema aporta. Para ello comparamos cuatro indicadores básicos:

| Tabla 5.- Indicadores de salud | SNS | España |
|--|------------|---------------|
| Mortalidad Infantil (muertos en menores de 1 año por cada 1.000 recién nacidos) | 5,3 | 5,5 |
| Esperanza de vida al nacer en mujeres (años) | 79,9 | 81,8 |
| Esperanza de vida al nacer en hombres (años) | 74,2 | 74,5 |
| Años potenciales de vida perdidos (muerte antes de los 70 años) en mujeres por cada 100.000 mujeres (menores de 70 años) | 2.804 | 2.726 |
| Años potenciales de vida perdidos (muerte antes de los 70 años) en hombre por cada 100.000 hombres (menores de 70 años) | 5.132 | 6.242 |

Los indicadores de salud son prácticamente iguales entre nuestro país y los países de nuestro entorno, no existiendo grandes diferencias.

1.4.- Indicadores de satisfacción

Vistas las grandes cifras que nos pueden permitir ubicarnos en relación a los países de nuestro entorno, habrá que ver la percepción que los usuarios tienen de los servicios sanitarios. En este sentido utilizaremos dos fuentes de información: el eurobarómetro y la encuesta de satisfacción del SAS referida al Hospital Universitario Virgen de las Nieves.



El eurobarómetro indica que el porcentaje de ciudadanos satisfechos o muy satisfechos es superior en los países de la UE con SNS que en España, mientras que en España son más los ciudadanos que reclaman cambios fundamentales en el sistema sanitario.

Aunque los datos no son extrapolables al resto de hospitales del SSP español, de la última encuesta de satisfacción realizada durante el año 2001 por el SAS sobre los usuarios de sus hospitales, podemos inferir que los usuarios de nuestro Hospital se han mostrado muy confiados en la capacitación técnica de nuestros profesionales y equipamiento, pero, por el contrario, han manifestado mayoritariamente que los complejos circuitos internos así como la dificultad de obtener información, les provoca ansiedad.

2.- EL CAMBIO DERIVADO DE LAS EXPECTATIVAS

Esta situación de insatisfacción que muestra el eurobarómetro, después de constatar la evolución que la sanidad pública ha tenido en España y que nuestros

indicadores de salud tanto los positivos como los negativos no son muy diferentes de los europeos, puede tener su explicación en que la evolución del Sistema Sanitario Público ha tenido una evolución más lenta que las expectativas de la población.

| | ANTES | HOY |
|-------------------------------------|------------------|-----------------|
| Nivel Cultural | Bajo | Alto |
| Nivel Adquisitivo | | |
| Capacidad de decisión (Información) | | |
| Orientación | Producto | Cliente |
| Gestión | Taylorista | Procesos |
| Organización | Jerárquica | Horizontal |
| Mercado | Baja competencia | Muy competitivo |

La evolución que ha tenido el nivel cultural de la población en su conjunto, el incremento del poder adquisitivo y la capacidad de acercarse a la información antes de tomar una decisión, han llevado a que las empresas en el mercado

general hayan ido evolucionando de modelos productivos tradicionales a modelos orientados al cliente cuya gestión se hace en base a procesos y se organizan en modelos horizontales.

Este cambio de las empresas para enfrentarse a unos mercados cada vez más competitivos, pueden orientar a la Sanidad Pública en el camino a llevar para incrementar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios.

3.- EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS

Esta reorientación del Hospital hacia el usuario debe de partir del conocimiento de nuestras particularidades. En este sentido, es necesario comprender que el Hospital es un servicio y no un producto en los términos que indica **Leonard Berry**, para el cual *“un producto es un objeto, un artefacto, una cosa; un servicio es una acción, una realización, un esfuerzo...”* Esta diferencia es determinante a la hora de poder incidir en la satisfacción de los usuarios, pues de su conocimiento derivaremos diferentes tipos de acciones.

Las diferencias fundamentales entre bienes y servicios se muestran a continuación:

| BIENES | SERVICIOS |
|--|--|
| ✓ Tangible | ▪ Intangible |
| ✓ Almacenable | ▪ Perecedero |
| ✓ Puede ser manufacturado por una firma y distribuido por otra | ▪ Inseparable la producción de la distribución |
| ✓ Estandarizable | ▪ Variable |

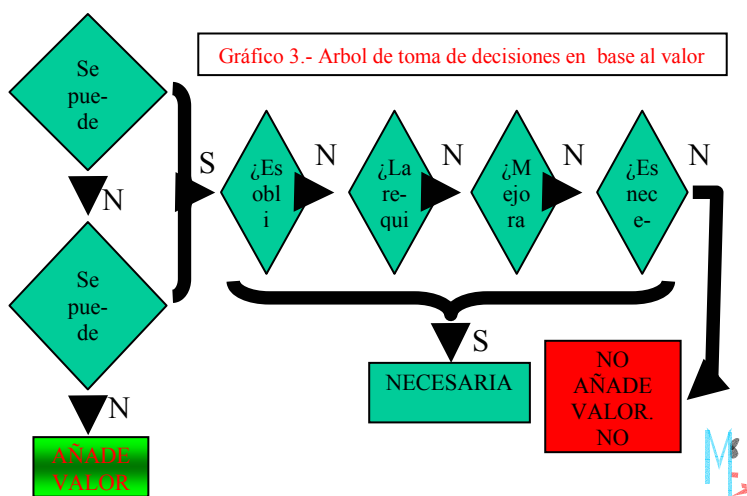
Cuando hablamos de servicios, los clientes los compran en base a una “expectativa” pues al no poderse almacenar no podemos tener una experiencia sobre lo que vamos a obtener con la nueva adquisición. Dado que actuamos en base a expectativas, la satisfacción que se obtenga dependerá de quién es el cliente así como de quién es el proveedor y lo que este nos transmite.

Esta dependencia del cliente implica también que la calidad², en último término, no sea consistente, varía en función del momento y del proveedor. Sobre este aspecto también influye fuertemente el que producción y consumo se realizan de forma conjunta, al mismo tiempo. Esto implica que el número de personas que acceden al servicio está limitado y que exista una relación directa entre el prestador del servicio y el cliente.

El que los servicios no sean almacenables implica que las variaciones de la demanda tienen una fuerte repercusión sobre el mismo y la cadena de producción. Es por ello que se deben buscar estructuras flexibles que permitan la adaptación rápida a las fluctuaciones de la demanda.

4.- EL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO COMO GESTOR DE RECURSOS

¿Cómo influye este entorno en el personal subalterno de instituciones sanitarias? ¿Cómo influye en la figura de Jefe de Personal Subalterno? Desde inicios de los años 90 se está produciendo un proceso de cambio, unas veces sutil y otras de forma manifiesta, como consecuencia tanto del déficit presupuestario que padece el sistema como de las necesidades derivadas de las demandas de los propios usuarios del sistema y es, en este marco de cambio, en el que debemos desarrollar nuestro trabajo. Un proceso de cambio que se debe basar en el análisis de procesos y en la búsqueda de aquellos que añaden valor al proceso asistencial.



La ponencia que presento la he titulado “El Jefe de personal Subalterno como Gestor de Recursos”, pues considero que es como “gestor” como el JPS debe posicionarse ante el cambio. Es como gestor como debe de enfocar su trabajo dentro de las instituciones sanitarias e incorporar más valor en el proceso de producción. En los

hospitales, por lo menos desde el punto de vista de dirección, siempre se ha visto al Jefe de Personal Subalterno (en adelante JPS) como la persona que se ha encargado de sacar a delante aspectos de intendencia general que, no teniendo una relación directa con la misión de la organización ni la labor sanitaria, si se hace imprescindible para su buen desarrollo.

La evolución de nuestros hospitales con el fuerte incremento de plantillas que ha tenido, ha ido condicionando la labor del JPS hacia ser un gestor casi exclusivamente de personal.

² Calidad igual a satisfacción del cliente
 Martín G. Blanco García
martinblanco@nostracom.com

La importancia de esta faceta en la gestión del JPS aunque sólo sea desde un punto de vista cuantitativo, no pasa desapercibida si tenemos en cuenta el volumen económico que supone el personal gestionado por él. Así, por ejemplo, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, los JPS gestionan de forma directa un total de 360 profesionales, lo que supone más de 10 millones de euros (más de 1.700 millos de las antiguas pesetas).

Gestión de personal que se refiere tanto a las propias de organización del apoyo a la labor asistencial, como a la gestión de la propia plantilla (permisos, cuadrantes, ITs, horas,...) y otras funciones propias del colectivo de celadores.

No se nos escapa que la evolución de los hospitales ha multiplicado la complejidad de la gestión de personal siendo por lo que esta labor ocupa cada día más tiempo a la cadena de mando del personal subalterno.

Esto no sólo le ha ocurrido al personal subalterno, sino que ocurre igual o con mayor repercusión al personal de enfermería.

Si como apuntaba anteriormente estamos ante un proceso de cambio en el que cada vez juega un mayor papel el usuario o, mejor y hablando en términos de calidad, la percepción que el usuario tiene de los servicios que prestamos: ¿puede el JPS y el colectivo de personal subalterno participar activamente en este proceso de cambio y aportar más valor al servicio que ofrecen los hospitales?

Proyectos tales como el “**Plan de las Pequeñas cosas**” que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha puesto en marcha en el año 2001, que pretende aumentar la calidad percibida de los usuarios, pueden ser un instrumento importante en manos del personal subalterno para retomar aspectos que en un pasado no muy lejano gestionaban.

4.1.- El Jefe de Personal Subalterno: el ojo del usuario

La posición del JPS de estar inmerso y conocer todo lo que pasa en el Hospital le da una posición privilegiada para situarse como un buen interfase entre la percepción que el usuario tiene del hospital -¿puede ayudar a disminuir la ansiedad que antes mencionaba?- y la alta Dirección.

Esto sólo podrá realizarse si somos capaces de sistematizar la recogida de datos (qué datos necesitamos, cómo los recogemos, cómo los transmitimos...) para poder transformarlos en información útil para la toma de decisiones en el terreno de la **calidad percibida**.

La consecución de indicadores sobre la **calidad percibida de los usuarios**, que inicialmente parece complejo, se viene realizando con resultados positivos por los departamentos de marketing de las empresas privadas desde mediados del siglo XX. Para poner un ejemplo más cercano, los controles de calidad de limpieza que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves realiza trimestralmente tratan de medir la calidad percibida junto con la calidad técnica y la calidad observada.

En el objetivo de conseguir que el Hospital sea un entorno lo menos agresivo posible para el usuario, puede y debe participar activamente el JPS. Para ello se deberá, por ejemplo:

- ✚ Crear estructuras que faciliten la participación del personal subalterno y, concretamente, del JPS en las áreas de gestión de las calidad percibida.
- ✚ Establecer mecanismos, fundamentalmente formativos, que impliquen a todos los miembros del colectivo, con el **liderazgo del JPS**, en la búsqueda y afloramiento de aquellos aspectos generales que van en contra de las satisfacción del usuario
- ✚ Establecer mecanismos de medición e indicadores que permitan aflorar el valor que añade el personal subalterno a la calidad percibida por el usuario.
- ✚ Etc

5.- A MODO DE CONCLUSIÓN

El liderazgo del JPS en conseguir la implicación de todo el colectivo de celadores en el cambio de cultura que nos lleve, al igual que al resto de profesionales del sistema, a la búsqueda de la calidad entendida como satisfacción del cliente, será básico tanto para la pervivencia de la propia figura de celador en los hospitales como la del JPS

Entiendo que el giro que lenta pero inexorablemente está dando el sistema sanitario público hacia el usuario, es en si mismo positivo y es en la búsqueda de esta satisfacción por lo que se justifica el proponer un cambio en las actitudes y los roles que cada uno de nosotros tenemos en la Organización.

Parafraseando a Lázaro Carreter³ cabe decir que nuestra importancia en la Organización Sanitaria hay que medirla por la necesidad que los otros tengan de nuestro trabajo y por lo que aportemos y no por lo que nosotros pensemos.

En la gestión que establece estrategias centradas en anticipar, conocer y satisfacer las necesidades y los deseos presentes y previsibles de los usuarios, el JPS tiene un papel importante que jugar. *No dejemos escapar el tren...*

³ “...la importancia de una lengua hay que medirla por la necesidad que otros tienen de ella, no por lo que piensen sus hablantes”: Don Fernando Lázaro Carreter ex-Presidente de la Real Academia Española de la Lengua.