



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria

**Memoria para la Jefatura del
Departamento de Gestión de Personas del
Servicio Andorrano de Salud**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Sergio Artés Román
Director/a:	Miguel Ángel Máñez Ortiz
Fecha:	15-7-2021

Resumen

El sistema sanitario se enfrenta a dos cambios de paradigma: el envejecimiento de la población, así como el aumento de la esperanza de vida y, por tanto, de la comorbilidad de patologías y cronicidad; y el avance tecnológico en el sector de la salud. Estos dos grandes ámbitos configuran un futuro modelo sanitario que deberá ser gestionado para garantizar tanto la sostenibilidad del sistema como la eficiencia de este. Los factores clave en todo proyecto que requiere un cambio son, sin duda alguna, las personas y este trabajo de fin de Máster pretende ser una propuesta de mejora dentro de un área de salud como es el Principado de Andorra, que cuenta con una población de 78.000 habitantes aproximadamente. La mayoría de los estudios y trabajos se han basado en áreas asistenciales y en cómo mejorar su eficiencia, no obstante, se presenta un análisis de la situación, unos indicadores de gestión y un plan de mejora sobre el departamento de Gestión de Personas, que se configura dentro de las áreas no asistenciales, pero resulta un factor de éxito en la consecución del cambio.

Palabras clave: gestión de personas, sistema sanitario, modelo.

Abstract

The health system Will entail two paradigm shifts: the aging of the population, as well as the increase in life expectancy and, therefore, the comorbidity of pathologies and chronicity; and technological advancement in the health sector. These two areas will configure a future healthcare model that must be managed to guarantee both the sustainability of the system and this efficiency. The key factors in the project that requires change are people, and this Master's thesis aims to be a proposal for improvement within a health area such as the Principality of Andorra, which has a population of 78,000 inhabitants approximately. Most of the studies and works have been based on healthcare areas and on how to improve their efficiency, however, an analysis of the situation is presented, some management indicators and an improvement plan on the People Management department, which is configured within non-healthcare areas, but it is a factor of success in achieving change.

Keywords: people management, healthcare system, model

Índice de contenidos

1. Propósito del documento.....	9
2. Marco general y características del sistema de salud andorrano	10
2.1. modelo sanitario de andorra	10
2.2. Normativa aplicable en materia de Salud.....	10
3. Análisis Estratégico.....	13
3.1. Análisis externo.....	13
3.1.1. Situación geográfica	13
3.1.2. Datos demográficos.....	14
3.1.3. Estilos de vida	18
3.1.4. Recursos sanitarios.....	19
3.1.4.1. Recursos estructurales y oferta	19
3.1.4.2. Uso de los servicios de salud.....	23
3.1.4.3. Sistemas de información	26
3.1.5. Plan Nacional de Salud (PNS).....	27
3.2. Análisis interno del Departamento de Gestión de Personas.....	29
3.2.1. Estructura funcional	29
3.2.1.1. Area de HR Business Partners (HRBP).....	31
3.2.1.2. Área de Formación	34
3.2.1.3. Área de Gestión Administrativa	36
3.2.1.4. Área de Planificación.....	36
3.2.1. Recursos Humanos	37
3.2.2. Evolución de la actividad del Departamento de Gestión de Personas en los últimos 5 años y previsión.....	38
3.2.3. Matriz DAFO/CAME	45

4.	Plan de actuación del departamento de Gestión de Personas.....	48
4.1.	Planificación estratégica	48
4.1.1.	Misión	48
4.1.2.	Visión	49
4.1.3.	Valores.....	49
4.2.	Líneas estratégicas.....	50
4.3.	Objetivos no asistenciales, financieros y claves de éxito.	51
4.4.	Mapa de procesos del Departamento	53
4.5.	Procesos estratégicos, operativos y de soporte.....	54
4.5.1.	Procesos estratégicos	54
4.5.2.	Procesos operativos.....	54
4.5.3.	Procesos de soporte	55
4.6.	Calidad y seguridad de los pacientes.....	56
4.7.	Guías y protocolos	56
4.8.	Monitorización del plan de gestión: Cuadro de Mando Integral (CMI).....	57
4.8.1.	Ventajas y beneficios de un CMI.	64
4.9.	situación covid	64
4.9.1.	Gestión durante el COVID.....	64
5.	Perfil del candidato	65
	Referencias bibliográficas.....	¡Error! Marcador no definido.

GLOSARIO

ACB – Andorra Convention Bureau

APVP – Años Potenciales de Vida Perdidos

CASS – Caja Andorrana de Seguridad Social

CMA – Cirugía Mayor Ambulatoria

CSS – Centro Sociosanitario el Cedre

DPT – Descripción de Puestos de Trabajo

ENSA – Encuesta Nacional de Salud de Andorra

GdP – Gestión de Personas

HCC – Historia Clínica Compartida

HNSM – Hospital Nuestra Señora de Meritxell

HRBP – Human Resources Bussines Partner

IT – Incapacidad Temporal

MIPSE – Mortalidad Innecesariamente y Sanitariamente Evitable

MC – Médicos de Cabecera

ONU – Organización de la Naciones Unidas

OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OIT – Organización Internacional del Trabajo

OMS – Organización Mundial de la Salud

PAD – Programa de Atención a Domicilio

PMI – Programa Materno-Infantil

PNS – Plan Nacional de Salud

SAAS – Servicio Andorrano de Atención Sanitaria

UCI – Unidad de Cuidados Intensivos

RRHH – Recursos Humanos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolución de la población del Principado de Andorra	página 11
Figura 2: total de defunciones de los hombres de Andorra 2018	página 12
Figura 3: total de defunciones de las mujeres de Andorra2018	página 13
Figura 4. Área de influencia del SAAS	página 17
Figura 5: organigrama y posición jerárquica del departamento de GdP	página 27
Figura 6: resumen del proceso de selección para la provisión de plazas	página 30
Figura 7: nuevas incorporaciones en GdP en los años 2016 a 2020	página 38
Figura 8: movimientos de personal en GdP en los años 2016 a 2020	página 39
Figura 9: solicitud de permisos en GdP en los años 2016 a 2020	página 40
Figura 10: bajas de empresa en GdP en los años 2016 a 22020	página 41
Figura 11: mapa de procesos del departamento de GdP	página 50
Figura 12: perspectivas de la estrategia definida	página 55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: actividad general del SAAS	página 20
Tabla 2: actividad generada en GdP del SAAS	página 36
Tabla 3: Matriz DAFO	página 43
Tabla 4: Matriz CAME	página 44
Tabla 5: Indicadores perspectiva financiera	página 58
Tabla 6: Indicadores perspectiva cliente	página 59
Tabla 7: Indicadores perspectiva procesos internos	página 60
Tabla 8: Indicadores perspectiva de aprendizaje	página 60

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El presente documento responde a la demanda de creación de un Trabajo Fin de Estudios del *Máster Universitario en dirección y Gestión Sanitaria* impartido por la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR) en la convocatoria del año 2020-2021.

El objetivo es diseñar un proyecto analítico que muestre la realidad de un departamento de Gestión de Personas (Recursos Humanos) en el sector sanitario e implementar una serie de estrategias para mejorar el rendimiento y calidad del servicio. La finalidad es poder diseñar una aproximación a una Jefatura de Servicio óptima y eficiente.

2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD ANDORRANO

2.1. MODELO SANITARIO DE ANDORRA

El sistema sanitario andorrano se basa en un modelo de seguridad social. Las instituciones estatales centrales que rigen la atención sanitaria son el Consejo General, el Ministerio de Salud y Bienestar, CASS (*Caixa Andorrana de Seguretat Social* - Oficina de la Seguridad Social de Andorra) y SAAS (*Servei Andorrà d'Atenció Sanitaria* - Servicio Nacional de Salud de Andorra). El Ministerio de Salud y Bienestar Social supervisa la planificación de la atención médica a nivel nacional.

Andorra, históricamente, se ha caracterizado por tener un Sistema Nacional de Salud descentralizado dado su pequeño tamaño. También el hecho de la falta de comunicación y situación geográfica impedía el flujo de información rápido. Sin embargo, con el paso de los años, el país ha evolucionado hacia un sistema más centralizado como resultado de la mejora de las redes de comunicaciones y la necesidad de desarrollar un enfoque más integral y coordinado. Hasta el 1980, la regulación central era prácticamente inexistente y los médicos actuaban como proveedores de salud totalmente independientes. A partir de los años 80, y con la creación del Ministerio de Salud, se sistematizó la normativa sanitaria y los servicios quedaron bajo la responsabilidad administrativa del SAAS.

2.2. NORMATIVA APLICABLE EN MATERIA DE SALUD

Andorra dispone actualmente de una normativa específica que engloba la formulación de los derechos y deberes del usuario. Esta normativa es la Ley 20/2017, del 27 de octubre, de derechos y deberes de los usuarios y de los profesionales del sistema sanitario y sobre la historia clínica.

Mediante el Convenio europeo sobre los derechos humanos y biomedicina (1997) del Consejo de Europa, la Carta europea de derechos del paciente (2002) y la Declaración universal de bioética (2005) de la Unesco, se crearon los estatutos éticos y de compromiso moral equivalentes a los derechos fundamentales reconocidos en la Declaración universal de la ONU de 1948. Fue esencial tener en cuenta los contenidos del Convenio a la hora de afrontar el reto de regular las tareas en una norma con rango de Ley.

Esta Ley contiene el principio básico de autonomía del usuario del sistema sanitario que se concreta en la atención centrada, el respeto a su dignidad personal y la toma de decisiones a partir de la información que se le facilita, teniendo en cuenta determinadas situaciones que requieren decantar el criterio que más beneficie al usuario del sistema sanitario en situación de vulnerabilidad.

La Ley aplica como un criterio la primacía de la persona por encima del interés de la sociedad o de la ciencia excepto en los casos en que esta pueda suponer un riesgo la salud pública. Además, establece también los derechos y deberes de los profesionales sanitarios e introduce un régimen disciplinario específico de los profesionales de la salud tomando como base las normas que contienen la Ley 15/2003, de protección de datos personales y la Ley General de Sanidad, del 20 de marzo del 1989, modificada por la Ley 1/2009, del 23 de enero.

Esta Ley también regula la historia clínica y la establece como un pilar esencial de la asistencia sanitaria de calidad que afecta al derecho a la intimidad del usuario.

La Ley General de Sanidad, del 20 de marzo del 1989, en su artículo 3 establece:

“El Sistema de Salud se configura como un sistema sanitario mixto, constituido por el conjunto de estructuras y de servicios relacionados con la higiene, la salud pública y la asistencia sanitaria individual y colectiva, pertenecientes directamente a la Administración general”.

Además, en su artículo 4 se establece:

“En el marco de la definición de sistema de salud especificada en el artículo 3, las funciones relativas a la asistencia sanitaria y a la higiene y salud pública de la Administración general y de los organismos tutelados se distribuyen como sigue:

- a) Corresponde al Gobierno la ordenación y la programación en todos los ámbitos relacionados con la salud, y la ejecución en materia de higiene y salud pública.*
- b) Corresponde a la Caja Andorrana de Seguridad Social (CASS) la recaptación de las cotizaciones de sus asegurados, el financiamiento de los servicios sanitarios recibidos por sus beneficiarios y la iniciativa normativa en materia de seguridad social en lo que respecta a cotizaciones y prestaciones de la normativa vigente.*
- c) Corresponde al Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) la gestión de los servicios de salud financiados públicamente, además de las funciones definidas en la*

Ley de creación de este organismo. El SAAS asume la gestión, respetando los objetivos y las prioridades de salud pública definidas por el Gobierno”.

A continuación, a modo de resumen práctico, se especifican otras leyes en materia de salud que regulan aspectos no desarrollados en la Ley General de Sanidad.

- Decreto Legislativo del 26-8-2009, de publicación del texto refundido de la Ley General de Sanidad, del 20 de marzo de 1989, modificada por la Ley 1/2009, de 23 de enero
- Ley 19/2020, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley 30/2018, del 6 de diciembre, calificada de seguridad pública y de la Ley General de Sanidad, del 20 de marzo de 1989, para prever medidas obligatorias para proteger la salud pública
- Ley de creación del SAAS 1986
- Decreto del 05/14/2019 de modificación del Reglamento de estructura y funcionamiento del Centro Hospitalario Andorrano
- Decreto del 14-5-2019 de modificación del Reglamento de creación de la Dirección Asistencial y la Dirección Económica y de Recursos Generales del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria
- Decreto 70/2021, del 3-3-2021 de modificación del Reglamento de creación de la Dirección Asistencial y la Dirección Económica y de Recursos Generales del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria
- Decreto del 6-5-2009 de aprobación del reglamento de estructura y funcionamiento del centro sociosanitario El Cedre
- Decreto del 14-5-2019 de aprobación del Reglamento de regulación de la cesión de uso de las consultas externas del Centro Hospitalario Andorrano
- Ley 20/2017, del 27 de octubre, de derechos y deberes de los usuarios y de los profesionales del sistema sanitario y sobre la historia clínica.

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.1. ANÁLISIS EXTERNO

3.1.1. Situación geográfica

El Principado de Andorra constituye un estado europeo caracterizado por un fuerte dinamismo socioeconómico y por la estabilidad de su sistema político e institucional. La economía andorrana, moderna y en permanente desarrollo, ha estado marcada en los últimos años por importantes acuerdos de diversa naturaleza alcanzados con los países de la UE, así como con los principales organismos internacionales, como la OCDE. Este proceso de armonización internacional está conduciendo al Principado hacia un nuevo ciclo socioeconómico en el que la inversión extranjera y la internacionalización de las empresas de país constituirán nuevos pilares para una economía.

Los acuerdos alcanzados recientemente con los estados de la UE en materia fiscal y la también reciente Ley de Inversiones Extranjeras ratifican el progreso constante del Principado hacia la constitución de una zona europea de amplias oportunidades para la inversión y la expansión económica.

El sector bancario del país tiene un papel, con activos gestionados por valor de 27.000 millones de euros y una ratio media de solvencia por encima del 20% (muy superior a los estándares europeos), dispone de representación internacional en los continentes europeo, americano y asiático, y forma parte de 23 organismos internacionales. El turismo y el comercio constituyen los pilares fundamentales de la actual economía interna del Principado. El turismo, cada vez más diversificado en función de la estación del año, aporta cerca de 9 millones de visitantes anuales. El principal motivo de visita son las compras (50%) y el ocio (27%).

Durante el invierno, las estaciones de esquí cubren la práctica totalidad de actividades de nieve existentes, con 300 km de pistas y la mayor concentración de remontes mecánicos por metro cuadrado del mundo, con una capacidad de transporte de 156.000 personas por hora.

El impacto económico del sector de la nieve genera aproximadamente 340 millones de euros al año y proporciona trabajo a 2.000 personas.

Durante el verano, las superficies esquiabiles se reconvierten para ofrecer a los visitantes una amplia oferta de actividades: golf, karting, escuelas temáticas, circuitos de ciclismo de montaña, parques familiares, campamentos, vuelos en helicóptero, etc.

Durante todo el año, los visitantes pueden disfrutar de distintos centros de bienestar integral de alta calidad, que ofrecen una gran variedad de servicios dedicados al bienestar integral más exclusivo y diversiones para todas las edades.

El comercio es también protagonista esencial en la economía de país y en el conjunto de la oferta al visitante. De hecho, las compras constituyen en el Principado una actividad turística de primer orden durante todo el año. El sector del comercio al detalle cuenta con cerca de 1.500 establecimientos entre tiendas y centros comerciales.

El sector de los congresos internacionales ha adquirido una importancia progresiva, después de la construcción del nuevo Centro de Congresos de Andorra la Vella, una avanzada instalación equipada con tecnologías de última generación que, junto a la oferta del sector hotelero, permite la organización de eventos internacionales de primer nivel (cumbres, simposios, congresos, convecciones, etc.). La reciente creación *del Andorra Convention Bureau* (ACB) promueve el posicionamiento de Andorra como destino de congresos, convenciones y reuniones.

3.1.2. Datos demográficos

- Nombre oficial: Principado de Andorra. Superficie: 468km².
- Límites: Situado en la vertiente mediterránea de los Pirineos orientales, entre España y Francia, limitando a lo largo de 63,7km., con la comunidad autónoma de Cataluña al sur, y con los Departamentos franceses de Ariège y Pirineos Orientales a lo largo de 56,6km. al norte.
- Población: 78.015 habitantes (Figura 1)
- Capital: Andorra la Vella.

- Otras ciudades: Escaldes-Engordany, La Massana, Encamp, Sant Julia de Loria, Ordino, Canillo.
- Idioma: catalán (oficial). El español es también usado con frecuencia en la vida cotidiana, en donde también se utilizan en parte idiomas como el francés o el portugués, que cuentan con colonias arraigadas en el país.
- Moneda: euro (EUR).
- Religión: Mayoritariamente católica.
- Forma de Estado: Coprincipado parlamentario

Según los datos del departamento de Estadística de Andorra, durante el período 2016-2020 se han producido 2.843 nacimientos. La tasa de fecundidad fue 28,54 por 1.000 habitantes entre mujeres de 14 a 49 años y el número de defunciones fue de 1.688.

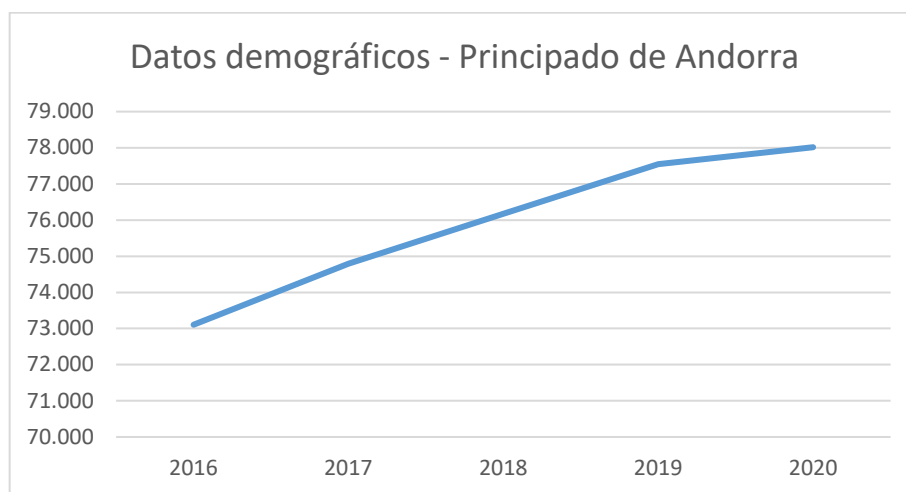


Figura 1: evolución de la población del Principado de Andorra (fuente: Departamento de Estadística de Andorra)

Siguiendo la distribución de los grandes grupos de la clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, el 68% de las defunciones se produjeron como causa del cáncer y de las enfermedades de los sistemas circulatorio y respiratorio. En los hombres, la causa más frecuente fueron los tumores, que representan el 39,8% de todas las causas, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (20,9%) y respiratorio (10,3%), En las mujeres, el 31,5%

de las defunciones son como consecuencia de las enfermedades del sistema circulatorio, tumores (25,4% y respiratorias (7%). Estos datos se recogen en las Figuras 2 y 3.

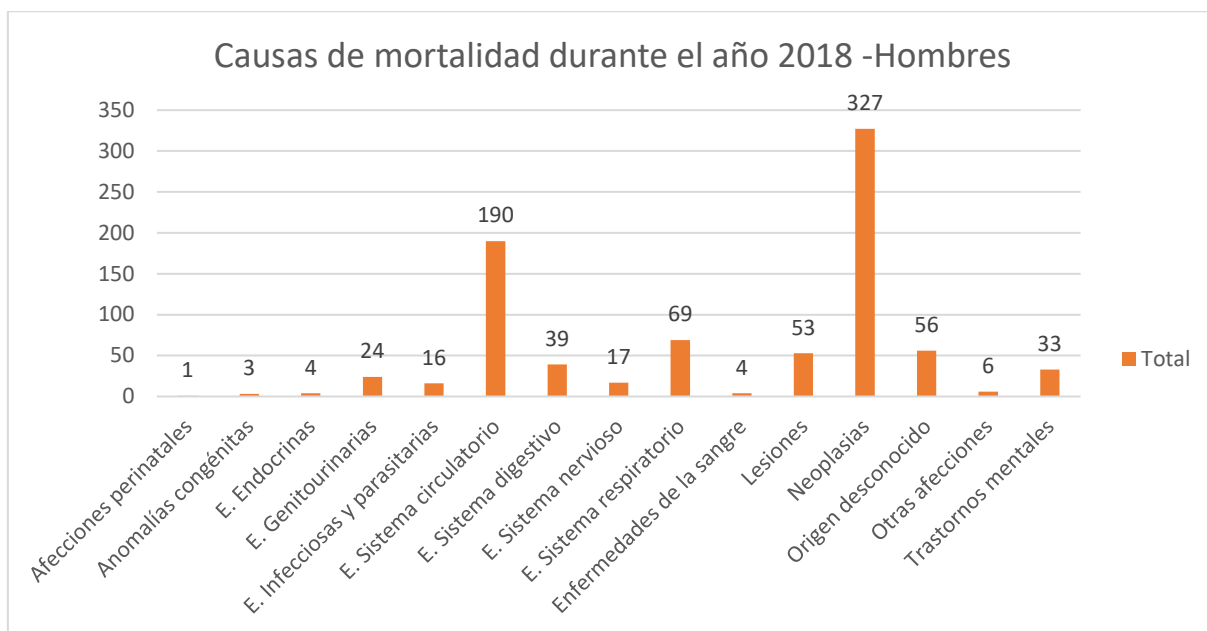


Figura 2: total de defunciones de los hombres de Andorra, por tipos y durante el año 2018.
(fuente: Departamento de Estadística de Andorra)

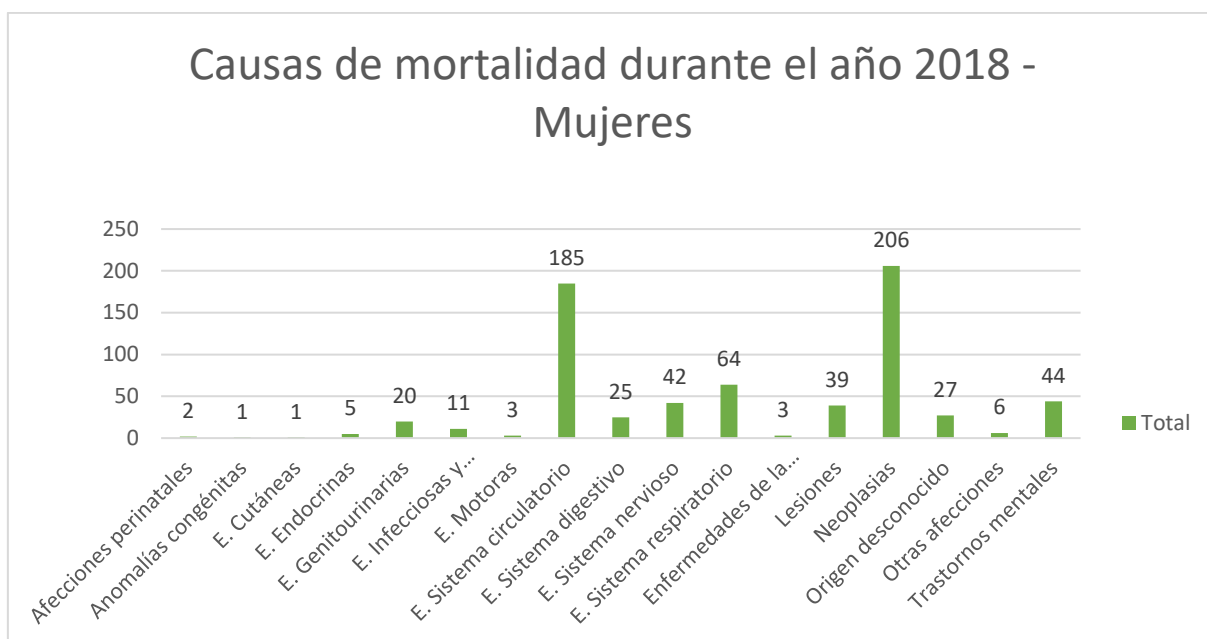


Figura 3: total de defunciones de las mujeres de Andorra, por tipos y durante el año 2018.
(Fuente: Departamento de Estadística de Andorra)

Por grupos de edad, los accidentes de circulación son la primera causa de muerte en hombres de 5 a 44 años y en mujeres de 5 a 34 años. Los tumores son la primera causa en los hombres de 45 a 84 años y en las mujeres de 35 a 74, y las enfermedades isquémicas son la primera causa de muerte en los hombres de más de 84 años y en mujeres más mayores de 74. Las causas más frecuentes en los hombres, entre las 73 causas específicas, fueron el tumor maligno de pulmón y las isquémicas, en tercer lugar, el tumor de intestino grueso, bronquitis, asma y accidentes cerebrovasculares. Los accidentes de tráfico han ido disminuyendo progresivamente en los últimos años y ocupan el sexto lugar.

En las mujeres, la primera causa de muerte fueron las enfermedades isquémicas, seguidas de las cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca. Posteriormente podemos encontrar enfermedades hipertensivas y demencias. El tumor de mama se sitúa en la sexta posición y presenta una disminución progresiva también.

Los accidentes de tráfico son la primera causa de mortalidad prematura (años potenciales de vida perdidos o APVP). En los hombres la tasa de APVP fue de 4,6 x 1.000 habitantes y de 0,9 x 1.000 en las mujeres siendo la segunda causa de APVP en este grupo en que la primera fue el cáncer de mama.

Atendiendo a la distribución de los 21 grupos, los tumores son la primera causa de APVP, con una tasa de 7,1; y la segunda, con una tasa de 4,7, el grupo de lesiones.

Según los datos, el análisis de la mortalidad infantil y perinatal no fue significativa (8 defunciones infantiles y 9 perinatales). Las causas principales fueron las alteraciones de la placenta, del cordón umbilical o membranas, prematuridad, hipoxia y asfixia, enfermedades infecciosas y anomalías congénitas. También, según los datos de la encuesta nacional de salud de Andorra (ENSA), de los trastornos crónicos se destacan los del sistema locomotor, trastornos circulatorios, el hipercolesterolemia, la hipertensión arterial y los trastornos mentales. En lo que respecta a la "Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable" (MIPSE), el 7,3% de las defunciones fueron supuestamente evitables, y el tumor

maligno de tráquea, bronquios y pulmón fueron la primera causa de mortalidad evitable para ambos sexos, seguida de los accidentes de tráfico.

Según el informe “Salud Mental en la población General, Encuesta de Salud Mental 2010”, más del 15% de las personas de 18 años y más (el 10,5% de los hombres y el 21% de las mujeres), tienen un trastorno de salud mental identificado mediante el cuestionario *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Una de cada diez personas presenta trastornos de humor y un 9%, trastornos de ansiedad, el % padece insomnio y el 4% presenta riesgo de suicidio. La frecuencia de estos trastornos es mayor en mujeres.

Si se analizan los motivos de bajas de enfermedad de la Caja Andorrana de Seguridad Social (CASS), el 23,2% de las bajas fueron patologías del sistema locomotor y tejido conjuntivo, el 14,4% por patologías del sistema respiratorio, el 12,4% por lesiones y efectos adversos y el 6,8% por trastornos mentales.

3.1.3. Estilos de vida

Las conductas o los estilos de vida pueden tener consecuencias beneficiosas o perjudiciales para la salud. Un aspecto importante es el contexto socioeconómico de los individuos para explicar la adopción de las conductas relacionadas con la salud; el género, el nivel de estudios y la posición socioeconómica son determinantes en la adopción del estilo de vida.

Un 16,7% de los hombres y un 8,5% de las mujeres practican una actividad habitual que requiere un esfuerzo físico importante. Un 42,7% de las mujeres y un 40,6% de los hombres declaran caminar todos los días 30 minutos o más. En el tiempo libre, la prevalencia de actividad física saludable es del 36,6% en los hombres y del 30,9% en las mujeres.

El consumo de tabaco habitual y ocasional ha disminuido respecto años anteriores. Actualmente, el 35,2% de los hombres y el 25,5% de las mujeres declaran ser fumadores habituales. Respecto al entorno y los ambientes cargados de humo, un 24,4% de los hombres y un 13,9% de las mujeres tienen un compañero de trabajo que fuma cerca de ellos en su lugar

de trabajo, y un 39,5% de los andorranos declara que algún miembro de la familia fuma en casa habitualmente.

Según datos de la Encuesta nacional sobre las drogas al alumnado de segunda enseñanza, en el año 2008 el 73,4% de los estudiantes de entre 14 y 18 años habían consumido alcohol alguna vez en la vida y el 63,4% los 30 días anteriores a la administración de dicha encuesta. Respecto al consumo de sustancias ilegales, el 21,7% han consumido cannabis el 2,5% cocaína y el 3,7% drogas sintéticas en los últimos 30 días.

En lo que respecta a actividades preventivas, el 40% de los hombres y el 33% de las mujeres manifiestan que toman la tensión arterial periódicamente. La medición periódica del colesterol en sangre, sin embargo, es del 49% en los hombres y del 46% en las mujeres.

El 83,3% de las mujeres de entre 50 y 69 años se realizan una mamografía cada dos años. El 70,4% de las mujeres mayores de 30 años se hacen una citología con carácter preventivo de manera regular.

3.1.4. Recursos sanitarios

En este apartado se pretende hacer una aproximación a la oferta actual de servicios sanitarios y sociosanitarios del Principado de Andorra, así como los aspectos de su uso. El sistema sanitario y de protección social andorrano es un sistema mixto donde conviven estructuras públicas y privadas, financiadas siguiendo un modelo de seguridad social por la CASS, y en el que el paciente disfruta del derecho de libre elección, participa en una parte de los costes (copago). El ejercicio profesional es de libre implantación y de libre convención con el sistema público.

3.1.4.1. Recursos estructurales y oferta

La población andorrana cuenta con 1 Hospital, 11 Centros de Atención Primaria, 3 residencias para la 3ª edad con plazas autónomas y asistidas, 1 residencia medicalizada, 1 residencia para personas con discapacidad, 8 Centros médicos de atención a pistas de esquí, 58 oficinas de farmacia y 7 laboratorios de análisis clínicos.

En el año 2015, la atención en medicina general se proveía por 41 médicos de cabecera (MC) liberales pero subvencionados con la CASS. Todos los médicos de atención primaria menos el situado en el Pas de la Casa, son liberales y cobran por acto médico realizado. Por otra parte, hay 13 pediatras que visitan en consulta y/o en el Hospital.

El Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) se creó en 1986, como una entidad parapública, con personalidad jurídica propia y autonomía financiera que asume la gestión y la administración de todos los recursos públicos: humanos, materiales y financieros-dedicados a la atención sanitaria. En 1971 se abrió la Clínica Virgen de Meritxell, como único hospital público del Principado de Andorra. Con anterioridad sólo se disponía en el país de una pequeña clínica privada en el centro de Andorra la Vella. En 1977 se inauguró la Clínica Santa Coloma, funcionando a partir de entonces las dos clínicas en paralelo, asumiendo servicios diferentes. Posteriormente, en 1986, se creó el SAAS como entidad parapública que asumía la gestión de todos los estamentos sanitarios públicos, entre los que las dos clínicas. Más tarde, se abrió el primer Centro de Salud de Andorra, concretamente en la parroquia de La Massana. Finalmente, en 1994, se inauguraba el Hospital Nuestra Señora de Meritxell (HNSM), asumiendo todos los servicios de las dos clínicas. La Clínica Santa Coloma se cerró y en el edificio de la Clínica Virgen de Meritxell han queda ubicados las consultas externas, la Dirección General y otros servicios del SAAS.

Entre los objetivos fundamentales del SAAS se encuentran:

- Promover la utilización más eficiente de todos los recursos disponibles para el mejoramiento del nivel de salud de la población del Principado de Andorra.
- Cumplir la prestación de los servicios sanitarios, de carácter individual o colectivo, para toda la población que reside o transita en el Principado de Andorra, en la forma y condiciones que legalmente se establezcan para cada caso.
- Establecer la organización adecuada para facilitar una atención sanitaria que incluya los aspectos preventivos, curativos y rehabilitadores, de una forma coordinada entre los diferentes niveles asistenciales
- Integrar todos los recursos sanitarios de utilización pública en un único órgano administrativo y funcional.

- Garantizar la calidad de la prestación sanitaria y el control del gasto.

| Área de Influencia



Figura 4. Área de influencia del SAAS (fuente: www.saas.ad)

El SAAS cuenta con 11 centros de salud que son atendidos por 41 profesionales de enfermería, 12 trabajadores sociales y 2 comadronas. Proporcionan atención a los pacientes crónicos haciendo un control y seguimiento de los procesos, administración de tratamientos y las curas. También desarrollan actividades como el programa materno-infantil (PMI), la Consulta Joven, el Programa niño sano, el programa de oxigenoterapia y la gestión y asesoramiento de ayudas sociales y recursos sociosanitarios.

Dentro de los recursos estructurales del SAAS (y que por tanto corresponden a recursos públicos) encontramos el Hospital Ntra. Sra. De Meritxell (HNSM), 1 Centro Sociosanitario el Cedre y los Centros de Atención Primaria. El HNSM es un centro que ofrece los servicios asistenciales de hospitalización, soporte al diagnóstico y tratamiento, Hospital de Día, exploraciones funcionales, Unidad de Cirugía sin ingreso y tratamientos oncológicos, Urgencias y Emergencias extrahospitalarias y Salud pública. Cuenta con 4 quirófanos, 1 quirófano de cirugía menor, 2 salas de partos, 1 sala de litotricia, 14 Boxes de urgencias, 11 plazas de Hospital de Día, 1 Helipuerto y 12 plazas del Servicio de Diálisis.

Además, cuenta con un total de 169 camas de las cuales, 135 son convencionales (104 son médico-quirúrgicos, 8 para obstetricia, 7 para pediatría, 16 para salud mental), 16 camas de críticos (6 UCI, 4 semicríticos y 6 neonatología), 8 especiales (aislamiento y seguridad) y 16 camas de reserva. Por otra parte, el conjunto de la población cuenta con 4 trabajadores familiares y una coordinadora que desarrollan un Programa de Atención a Domicilio (PAD) que es gestionado por el mismo SAAS con financiamiento a cargo del Gobierno.

La atención especializada cuenta con 218 médicos especialistas repartidos en 39 especialidades que trabajan por cuenta del SAAS (132) y por cuenta propia (86). Otros profesionales de la salud con los que cuenta el sistema son: enfermería (296), farmacéuticos (82), fisioterapeutas (102), odontólogos (64) y logopedas (29).

Los recursos sanitarios se concentran en las parroquias de mayor población (Andorra la Vella y Escaldes-Engordany). No obstante, todas las parroquias tienen un centro de salud con su dotación de enfermeras y comadronas y, como mínimo, disponen de la presencia de un médico de cabecera y un odontólogo en todas las parroquias.

La accesibilidad es una de las dimensiones esenciales de la calidad de la atención a la salud. A Andorra, todas las personas tienen el derecho a la protección de la salud (especificar ley), de beneficiarse de las actuaciones de salud pública y de asistencia sanitaria como libre elección de profesionales y servicios dentro y fuera del país. Sin embargo, para determinadas personas, el acceso se podrá ver limitado por el nivel de copago del gasto generado al que han hecho frente.

Según datos del ENSA, el 98,9% de la población andorrana tiene algún tipo de cobertura sanitaria. El 46% de los hombres y el 50,6% de las mujeres están cubiertos exclusivamente por la CASS. Además, casi la mitad de la población tiene una cobertura extra por parte de algún seguro complementario.

En lo que respecta a los tiempos de espera para recibir una visita una vez solicitada, el 60% de la población declara que el tiempo de espera para el especialista fue inferior o igual a 7 días y

un 16% declara que los atendieron el mismo día. La atención de enfermería, el 65% declara haber tenido consulta el mismo día.

El 90% de la población tiene un médico de cabecera de referencia, el 74,5% de más de 14 años ha estado atendido por un médico general al menos una vez en el último año. Asimismo, 7 de cada 10 ciudadanos declara que no tiene un centro de atención primaria de referencia y solamente el 10,1% declara haber estado atendido por un profesional de enfermería durante el último año.

3.1.4.2. Uso de los servicios de salud

La actividad de atención primaria dependiente del SAAS se considera bastante estable. En el año 2019 se produjeron 112.729 visitas a los centros de salud, 9.715 visitas a domicilio, se realizaron 298 talleres de educación para la salud, 1.230 visitas a domicilios y se impartieron 157 talleres de preparación al parto y 162 talleres postpartos.

Con relación a la actividad de Hospitalización, el Hospital Ntra. Sra. De Meritxell (HNSM), en el año 2019 realizó 7.467 altas con un 81% de la ocupación de las camas convencionales y una estancia media de 5,1 días. Se pueden ver los datos recogidos en la Tabla 1.

Actividad de los diferentes servicios que componen el SAAS durante el año 2020

HOSPITALIZACIÓN	
Ingresos	7.469
Índice de ocupación	81%
Estancia media	5,1 días
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA	
Intervenciones con ingreso	2.803
Cirugía mayor ambulatoria (CMA)	1.234
ACTIVIDAD OBSTÉTRICA	

Partos	467
URGENCIAS	
Pacientes visitados HNSM	40.569
Pacientes Pas de la Casa	1.533
DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN	
Exploraciones	60.862
LABORATORIO CLÍNICO	
Peticiones	92.137

ANATOMÍA PATOLÓGICA		SERVICIO DE FARMACIA	
Estudios	13.400	Unidades de alto coste dispensadas	175.663
SERVICIO DE REHABILITACIÓN		CONSULTAS EXTERNAS	
Sesiones	20.377	Visitas	47.389

Tabla 1: actividad general del SAAS (fuente: memoria SAAS 2020)

El servicio de pruebas para el diagnóstico por la imagen realizó 60.862 exploraciones en el año 2019 lo que corresponde a un aumento de la actividad respecto a años anteriores. Lo mismo ocurre con el servicio de laboratorio, anatomía patológica o rehabilitación, donde se ha visto incrementada su demanda.

En la encuesta de satisfacción de los pacientes hospitalizados (Memoria de Relaciones y Servicios Externos SAAS del 2014) se mostró una baja tasa de respuesta (9%). El porcentaje de satisfacción con la atención médica y enfermería se situó alrededor del 96%, con el tiempo de ingreso del 93% y la valoración del servicio de restauración y limpieza del 84%. La atención hospitalaria global fue de un 96%. En referencia a las quejas recibidas, se registraron un total de 85, destacando el peso de las quejas en el servicio de urgencias y traumatología. Por otra parte, destaca el número de quejas entorno a la dificultad para contactar con consultas externas del Hospital para pedir cita y la puntualidad en el servicio.

En lo que respecta a la atención sociosanitaria, el Gobierno aprobó el Plan Nacional de Servicios Sociales (1995) y el Plan Nacional de Atención Social (2008-2011), paralelamente, los ayuntamientos desarrollaron servicios y equipamientos de proximidad para dar respuesta a las necesidades sociales de cada parroquia. Este conjunto ha configurado el modelo actual sociosanitario del país, que en estos momentos se encuentra en un proceso de transición según dispone la *Ley 6/2014 del 24 de abril de servicios sociales y sociosanitarios* que regula el espacio de estos recursos con el fin de orientar el sistema hacia una atención integral de las personas y las familias que tienen simultáneamente problemas sociales y de salud.

En la actualidad, la red de atención sociosanitaria está compuesta por los servicios y los equipamientos públicos y privados que disponen de autorización de apertura y funcionamiento, cumpliendo con las condiciones establecidas en los reglamentos y/o convenios específicos. La red pública cuenta con dos centros de atención a la población con dependencia:

1. **El Centro Sociosanitario el Cedre (CSS):** cuenta con una capacidad total de 131 plazas residenciales y 26 de centro de día. En lo que respecta a la morbilidad de los usuarios; las personas con algún tipo de demencia suponen casi la mitad del total de los residentes, seguidos de los que padecen enfermedades cardiocirculatorias, afecciones neurológicas, respiratorias y locomotoras.
2. **Clínica Geriátrica San Vicens d'Enclar:** también acoge a usuarios con dependencia y consta de un servicio de larga estancia medicalizada con 50 camas y un centro/hospital de día medicalizado con 26 plazas.

Ambos recursos estructurales se pueden utilizar en dos modalidades:

- Estancia temporal: donde el objetivo es convalecencia para volver al domicilio.
- Larga estancia: ingreso de forma permanente en régimen de centro de día o residencial.

El único recurso residencial privado para la tercera edad es la Residencia Clara Rabassa que cuenta con 60 plazas residenciales y 15 de centro de día. Actualmente, los centros mencionados anteriormente y la residencia Clara Rabassa, cuentan con máxima ocupación y tienen lista de espera.

También encontramos dispositivos dirigidos principalmente a personas con diversidad funcional severa, dedicados a ofrecer un servicio de hospedaje, así como estancias de respiro a los usuarios que no tienen familia, o que no pueden permanecer en ella por circunstancias personales o familiares. Este recurso es la Residencia Albó.

Siempre se ha destacado el gran apoyo de la Cruz Roja Andorrana y asociaciones ciudadanas como recursos clave ya que ofrece múltiples soportes a la dependencia, transporte sanitario, teleasistencia, formación de cuidadores, etc.

En lo que respecta al consumo de medicamentos, en la población adulta los medicamentos consumidos con más frecuencia son la aspirina o similares y los antiinflamatorios, seguidos por las vitaminas, los indicados para el control del colesterol y los tranquilizantes. En lo que se refiere a la decisión de consumo de los usuarios entre los que lo han hecho con prescripción destacan resfriados, antibióticos y antidepresivos.

Según los datos del primer semestre del 2014 del Observatorio CRES-IEA, el grado de satisfacción con los servicios sanitarios, independientemente de si han utilizado o no estos, fue elevado. El 76% en el caso del Hospital y el 81% en el caso de los centros de atención primaria. Esta valoración sitúa a los servicios sanitarios públicos en las primeras posiciones del conjunto de servicios de Andorra. Por otra parte, el 54,5% de la población declara estar muy o bastante satisfecho con el funcionamiento de la CASS y un 32% con los servicios sociales. En todos los ámbitos, las principales causas de insatisfacción fueron: la profesionalidad del personal que los atendió, el tiempo de espera y el trato personal.

3.1.4.3. Sistemas de información

En lo que respecta a la información asistencial, es importante remarcar que el HNSM y los centros de atención primaria tienen como herramienta el HP-HCIS 3.10. La información de facturación entre el SAAS y la CASS destaca que el sistema actual de control de actividad es fiscalizador contable y es necesario reducir los procesos manuales y la duplicidad de información en papel y en digital. En este escenario, la Historia Compartida Digital de Andorra es también una pieza clave como instrumento para verificar y mejorar los sistemas de pago y facturación.

Existen diversas debilidades del sistema como la falta de información asistencial, que sería de gran utilidad en la planificación de recursos y en el diseño de estrategias asistenciales. En cuanto a los registros de actividad cuantitativa y cualitativa de los servicios sociales y sociosanitarios, estos son difícilmente explotables dada la debilidad en los criterios de registro

y en la disponibilidad de herramientas de soporte, siendo necesario realizar un esfuerzo de mejora.

3.1.5. Plan Nacional de Salud (PNS)

El artículo 11 de la Ley General de Sanidad especifica que los planes de salud son el elemento de planificación sanitaria que debe guiar las acciones para satisfacer las necesidades de salud de la población y las prioridades establecidas.

El Plan Nacional de Salud tiene como objetivo responder a las siguientes inquietudes y desafíos:

1. Bajo índice de envejecimiento en comparación con los países vecinos y descenso sostenido a partir del 2010 de la evolución del número de habitantes de Andorra.
2. El incremento en la esperanza de vida de las personas conlleva un aumento del envejecimiento y, por esto, determinará un incremento de los pacientes con enfermedades crónicas y dependencia.
3. La mortalidad se centra en edades avanzadas y las causas más frecuentes, como veremos, se deben en gran parte a los efectos de las enfermedades crónicas (el cáncer o las enfermedades del sistema circulatorio y/o respiratorio) que suponen el 68% de la mortalidad. Las principales causas de mortalidad prematura son los accidentes de tráfico y tumores.
4. La frecuencia de accidentes y de problemas de salud mental ha aumentado en los últimos 5 años y, en la población adulta, los trastornos crónicos que más prevalencia tienen son los relacionados con el sistema locomotor y el circulatorio.
5. Las enfermedades inmunoprevenibles y transmisibles presentan una tasa baja, pero existen oportunidades de mejora en lo que respecta a los estilos de vida relacionados con la salud para prevenir la aparición de trastornos crónicos más frecuentes.
6. Casi la mitad de la población camina todos los días 30 minutos o más y la prevalencia de la actividad física saludable se sitúa en el 36,6% en hombres y 30,9% en mujeres.
7. Cerca del 31% de los hombres y el 36% de las mujeres de entre 15 a 74 años presentan sobrepeso.
8. El 35,5% de los hombres y el 25,5% de las mujeres son fumadores, con una prevalencia más alta respecto a los países vecinos. El porcentaje de consumo de alcohol es superior en jóvenes (17,4% en hombres y 9,2% en mujeres de 15-34 años).

9. Existe una buena implantación de actividades preventivas como la medición periódica de la tensión arterial, nivel de colesterol en sangre, vacunación de la gripe, práctica de la citología vaginal y mamografía periódica. El sistema de salud andorrano debe garantizar la sostenibilidad del sistema, aumentando la eficiencia y efectividad sin disminuir la satisfacción de la población.
10. El sistema de salud ha ido teniendo una tendencia creciente y se ha desarrollado en ausencia de objetivos explícitos y sin un planteamiento estratégico, sin una visión de sistema a medio y largo plazo y con reglas poco acordadas. Este aspecto no ha permitido estimular la actuación colectiva y coordinada de los sistemas. Por tanto, revela la necesidad de introducir los cambios necesarios para conseguir tener la capacidad y recursos para responder ágilmente a las necesidades de un entorno cambiante y en continua evolución.
11. La eficiencia y la calidad están comprometidos ya que los niveles especializados tienden a ser casos de baja complejidad que podrían ser atendidos en atención primaria. El uso de las guías de práctica clínica y protocolos que garantizan la calidad asistencial es bajo.
12. La capacidad resolutoria de la atención primaria está por debajo de lo que cabría esperar y puede dificultar la atención de proximidad de los problemas de salud. La oferta de servicios y procedimientos médicos, cribaje, promoción de la salud, acciones preventivas y comunitarias podrían ser más amplias. En general parece haber una falta de coordinación y colaboración entre los médicos de cabecera liberales con los trabajadores de los centros de salud del SAAS.
13. La atención sanitaria y sociosanitaria tiene una tendencia a la institucionalización.
14. Es necesaria una atención integrada social y sanitaria para que el abordaje de los problemas de salud se haga desde una visión más amplia e interdisciplinar posible.
15. Existe una clara evidencia de la alta fragmentación de la atención que compromete el eje asistencial y es debido a una escasa coordinación transversal entre los proveedores de la sanidad, tanto a nivel asistencial sanitario como sociosanitario.
16. Se identifica la necesidad de disponer de una Historia Clínica Compartida (HCC) que permita la integración de información clínica y social entre proveedores.
17. Necesidad de reforzar la sanidad pública para fomentar un sistema sostenible, actuando sobre el mantenimiento y promoción de hábitos saludables y

autorresponsabilidad de la propia salud el paciente. Aumentar la participación en procesos de salud.

18. La evolución del gasto sanitario durante los últimos años se ha caracterizado por un crecimiento constante en el gasto público sanitario. El importe de las prestaciones sanitarias pagadas por los ciudadanos mediante el copago ha aumentado y también las transferencias presupuestarias para complementar el financiamiento del SAAS y la CASS.

Atendiendo a estos principios rectores, se derivan 3 objetivos fundamentales donde el sistema de salud debe hacer frente e incidir. Estos son:

1. Mantener y mejorar el estado de salud para hacer frente a la cronicidad y a la dependencia.
2. Fomentar un uso integral, equitativo, sostenible y de calidad.
3. Fortalecer el sistema de gobierno de los organismos públicos, impulsando la innovación, desarrollo y actualización de técnicas.

3.2. ANÁLISIS INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE PERSONAS

3.2.1. Estructura funcional

El Departamento de Gestión de Personas del SAAS (anteriormente llamado Recursos Humanos) es el departamento responsable de realizar los movimientos contractuales, cambios de servicio, evaluaciones del desempeño, acciones formativas, compensación y beneficios, etc. El marco de actuación de este abarca a todos los empleados del SAAS, tanto si son asalariados como por cuenta propia.

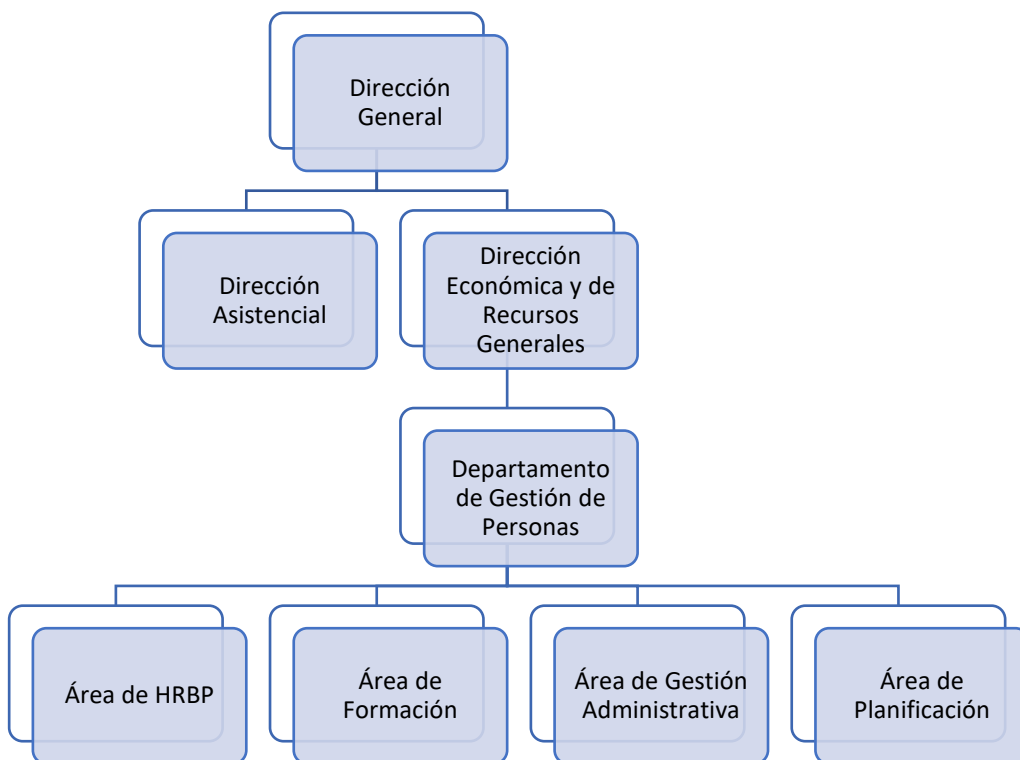
En el Principado de Andorra, el SAAS es un organismo parapúblico con entidad jurídica propia y con un presupuesto marcado por el Gobierno. Además, para ser empleado de esta empresa se debe pasar una especie de “concurso” público donde se miden las capacidades, méritos y habilidades garantizando la no discriminación y el libre acceso de la población. La vinculación, por tanto, una vez se seleccionan los candidatos, es indefinida pero no se adquiere la condición de funcionario puesto que solamente son funcionarios aquellas personas

andorranas que acceden a la Administración Pública. Además, actualmente se está negociando el convenio colectivo que servirá de marco común para establecer las bases de la normativa específica que no regula la Ley 31/2018 de Relaciones Laborales.

Por tanto, los contratos que más destacan, por sus vinculaciones, son los siguientes:

- **Eventual o interinidad:** aquellos formalizados por una causa determinada y que cesan en el momento que finaliza la causa que los motivó (incapacidades temporales, permisos administrativos, excedencias, hasta la provisión definitiva de una plaza vacante, etc.).
- **Obra y Servicio:** aquellos formalizados por una causa con sustantividad propia y por una obra concreta que resulta extraordinaria en el desarrollo normal de la actividad de la empresa.
- **Indefinidos:** aquellos formalizados después de conseguir una plaza vacante o de nueva creación mediante edicto público.

Orgánicamente está adscrito a la Dirección Económica y de Recursos Generales del SAAS que, junto con los departamentos de Asesoría Jurídica, Servicios Generales, Finanzas y Sistemas de Información, configuran los llamados Servicios Corporativos.



*Figura 5: organigrama y posición jerárquica del departamento de Gestión de Personas
(fuente: creación propia)*

Hay que tener en cuenta que el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) cuenta con una plantilla total de 1.206 personas divididas en las categorías siguientes:

- El personal de Enfermería, técnicos especialistas y otro personal asistencial con una plantilla de 712 personas.
- El personal Facultativo, con una plantilla de 265 (203 asalariados y 62 por cuenta propia)
- El personal de Servicios Corporativos con una plantilla de 225 personas.
- El personal Directivo con una plantilla de 4 personas.

Hasta el 2019, el Departamento de Gestión de Personas (en adelante GdP) estaba dividido en 2 áreas; el área de administración y el área de selección y desarrollo, las categorías laborales de los cuales eran administrativos. No obstante, tras un análisis interno llevado a cabo por la Dirección Económica, se decidió reestructurar el servicio y cambiar las líneas estratégicas que estaban siguiendo. Por ello, se decidió crear el área de HRBP (*Human Resources Business Partner*) como una categoría de Técnicos especialistas con el objetivo de potenciar la atención personalizada y acercar el área de GdP al resto de la organización para que conociesen de primera mano las necesidades de los servicios. De este modo, se pretendía aumentar la calidad del departamento y trabajar juntamente con los jefes de servicio para dar una mejor respuesta.

Más tarde, en el 2020 y coincidiendo con la pandemia del SARS-CoV-2, se decidió que el servicio de planificación horaria se llevase desde el propio departamento de Gestión de Personas, por lo que se absorbieron dichas funciones y a las personas que formaban parte de ese servicio. Atendiendo a estas modificaciones, desde el 2020 el departamento de GdP está dividido en 4 áreas para poder responder correctamente a las demandas del personal.

Estas áreas son: área de HRBP, área de gestión administrativa y el área de planificación.

3.2.1.1. Área de HR Business Partners (HRBP)

El área de *Human Resources Business Partners* (HRBP) es de recién creación y pretende llegar a ser el área especializada responsable de dar respuesta a las demandas de los servicios de la

organización, tanto asistenciales como no asistenciales o de soporte. Está integrada por personal titulado y especialista en la Gestión de Personas. Se puede decir que los HRBP son los interlocutores entre el Área de GdP y el resto de los servicios de la Organización. Entre sus funciones, se destacan:

- **Reclutamiento y selección de personal:** se encarga de la previsión, provisión y detección de posibles candidatos mediante entrevistas, administración de pruebas y cribaje. La función va desde que se produce la necesidad de cobertura (incapacidades temporales, reducciones de jornada, permisos del personal, excedencias, bajas definitivas, etc.) hasta la incorporación de la persona seleccionada. En otros casos, la selección del talento pasa por una fase previa de detección en la que los Técnicos especialistas se adelantan a una posible cobertura para minimizar el impacto de la ausencia del titular. En todos los casos, la provisión de nuevo personal a la plantilla se realiza mediante un proceso de selección (figura 6), las características del cual se consensua con los jefes de Servicio (requisitos, nivel formativo específico, aspectos a valorar y experiencia) y se publica mediante una oferta de trabajo. El objetivo de esta es llegar al máximo de personas potenciales posible para que, tras una entrevista y/o administración de pruebas (si el proceso lo requiere), se incorpore la persona que mejor se adapte al perfil buscado.

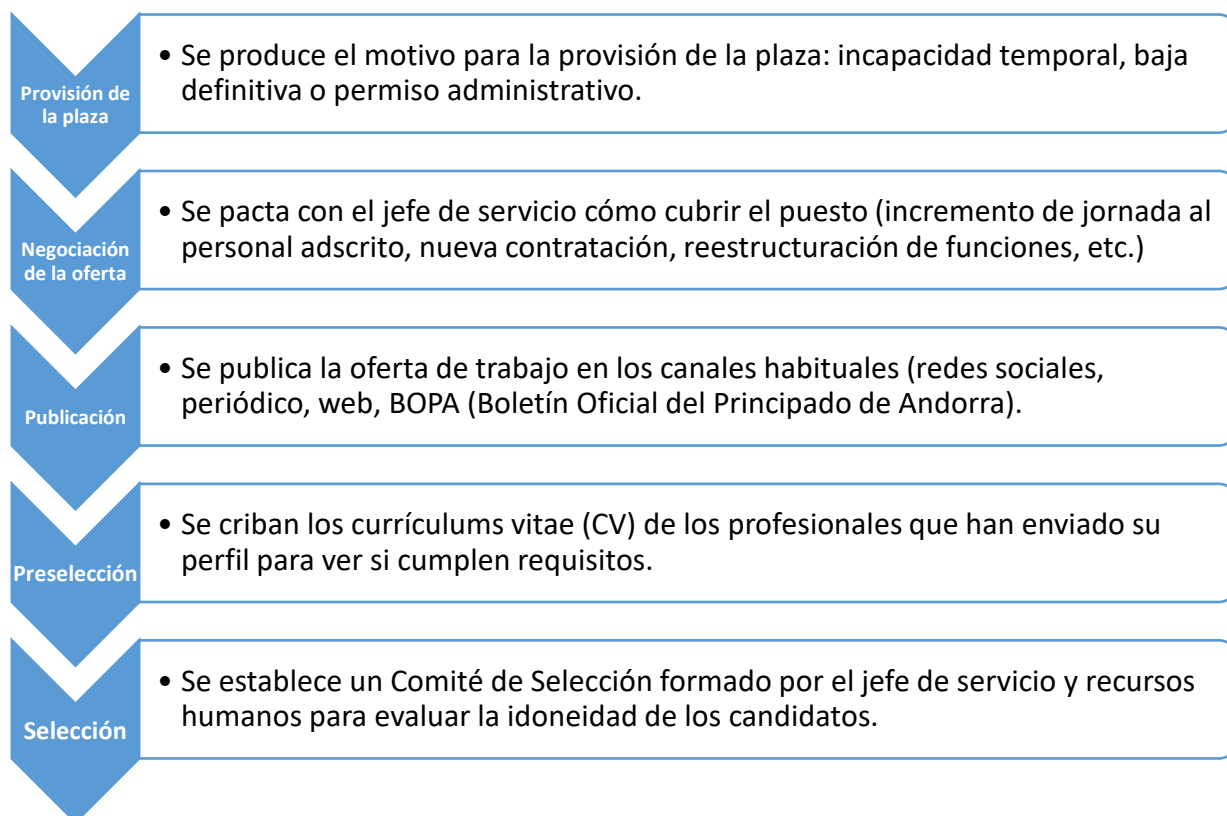


Figura 6: resumen del proceso de selección para la provisión de plazas (fuente: creación propia)

- **Detección de necesidades formativas:** los HRBP, al ser los interlocutores con los jefes de Servicio y Coordinadores, también entra dentro de sus funciones la detección de déficits formativos del personal que gestionan. Esta detección puede ser llevada a cabo mediante entrevistas, cuestionarios o evaluaciones al personal. Esta función no es de las más desarrolladas puesto que la gestión formativa, una vez detectada, se deriva al área de Formación para que la implemente, ejecute y evalúe su viabilidad.
- **Gestión de la plantilla, presupuesto e informes:** esta función se refiere al control y seguimiento del presupuesto asignado a los Servicios que tienen que gestionar. Cada movimiento de personal debe pasar por un control interno con el objetivo de no superar el presupuesto del servicio ni incurrir en ninguna ilegalidad. Cuando se confecciona el anteproyecto del presupuesto del año siguiente, estos recogen la información, la calculan y emiten el informe correspondiente para elevarlo al Consejo de Administración y posterior Gobierno para su aprobación.

- **Cumplimiento normativo en materia de relaciones laborales y asesoramiento:** responden las dudas e incongruencias que puedan derivarse de la gestión contractual y asesoran al personal que lo necesite en materia de relaciones laborales (Ley laboral, reglamentos específicos, etc.)
- **Negociación colectiva:** dentro de sus funciones también está el liderazgo y gestión de los grupos de trabajo que se forman para reunirse con el Comité de Empresa en materia de negociación colectiva. Se trata de la elaboración de un documento conjunto con finalidad normativa y con el objetivo de elevarlo a la Mesa negociadora para estudiar su viabilidad.
- **Apoyo y soporte a las demás Áreas:** al ser un área especialista caracterizada por el conocimiento en 360º del proceso de incorporación y gestión administrativa, los HRBP también dan soporte a las demás áreas cuando estas lo requieran.

3.2.1.2. Área de Formación

El Área de Formación también ha tenido modificaciones en los últimos años. Anteriormente, esta gestión era puramente administrativa y las funciones residían en la custodia, trámite y firma de la formación que los jefes de Servicio o la Dirección estimaba conveniente o interesante. No obstante, la formación ha pasado a tener protagonismo y ha pasado a ser un modelo más activo, dejando cada vez más atrás el puro trámite administrativo.

La formación, en una empresa, es una línea estratégica con el objetivo de tener actualizado al personal que trabaja en plantilla para acercarlo cada vez más a las nuevas tendencias que van ocurriendo. La tecnología avanza a pasos agigantados y en el sector de la salud este avance es cada vez más creciente. La telemedicina, el envejecimiento de la población o la atención centrada en la persona son ejemplos de cambios de paradigma que evidencian que la actualización en nuevos procesos es necesaria.

Además, desde la perspectiva de la gestión sanitaria, la formación siempre se ha focalizado en la adquisición de conocimiento (saber). Este aspecto permite a la persona adquirir nuevos aprendizajes sobre el *qué*, pero no van más allá. Para poder dar respuesta a una sociedad cada

vez más cambiante y exigente, es necesaria la adquisición de nuevas capacidades y, por tanto, centrar la formación en el *saber hacer*. No es conveniente que las actividades relacionadas con el conocimiento de las organizaciones sanitarias se sustenten en titulaciones que no certifican la idoneidad de las competencias profesionales. No se puede asumir que un profesional posee competencias específicas a partir de titulaciones genéricas. El desarrollo curricular personal debe incluir la adquisición de competencias que se necesitan para el desempeño profesional.

En lo que respecta a la gestión de la Formación dentro del departamento de GdP, se destacan tres tipos de formaciones. La primera es la formación estratégica y es aquella obligatoria que se ofrece a los empleados y que configuran las líneas estratégicas de la Dirección. Dentro de esta encontraríamos la formación en Atención a la Cronicidad, Atención centrada en la Persona o Gestión de Proyectos. Son formaciones que la Dirección estima convenientes y que se otorgan en función de una visión global y futura de la empresa. En segundo lugar, estaría la formación inicial que es toda acción formativa dirigida a la consecución de capacidades y conocimiento obligatorio para desarrollar con destreza y optimización un determinado servicio. Un ejemplo lo tendríamos en la formación de RCP. Por último, encontramos la formación continua y es toda acción dedicada a adquirir unos conocimientos interesantes para la empresa pero que no son propuestos por la misma sino por el propio trabajador. La elaboración de un Máster o Postgrado o cursos de actualización serían un ejemplo de formación continua.

Como se puede observar, la gestión de la formación es clave en la organización y, por ello, las funciones que se han propuesto a esta área son las siguientes:

- **Control del presupuesto de formación:** se encarga de asignar cada una de las formaciones a las diferentes partidas presupuestarias y controlar que sea equitativo y eficiente. El presupuesto de formación de una entidad pública financiada por Gobierno es de vital importancia y una mala gestión (tanto a favor de la empresa como en contra) puede ocasionar graves consecuencias (asignación de menor presupuesto, rendimiento de cuentas o insatisfacción laboral). Por ello, cada Servicio tiene asignado un presupuesto en función de su dimensión de la plantilla y de sus necesidades formativas.

- **Gestión de alumnos de prácticas:** es el encargado de la gestión con los centros educativos para que puedan realizar las prácticas curriculares dentro de la empresa. En este caso, elabora los convenios necesarios, contacta con las instituciones, los alumnos y los Servicios para ver la viabilidad de la llegada de los estudiantes.
- **Elaboración de la documentación de planes de carrera:** desde esta área también se elaboran los planes individuales de trabajo que permiten establecer objetivos a corto, medio y largo plazo para mejorar el rendimiento de los trabajadores.
- **Evaluación de las acciones formativas:** mediante un cuestionario se encarga de recoger las impresiones y referencias para ver si ha resultado interesante y es viable replicar en otras circunstancias o, por el contrario, buscar alternativas.

3.2.1.3. Área de Gestión Administrativa

El Área de Gestión Administrativa, como su propio nombre indica, se encarga de toda la administración de personal y abarca desde la redacción del contrato inicial de las nuevas incorporaciones hasta la elaboración del finiquito cuando este finaliza. Dentro de esta área encontramos el sistema de compensación que abarcaría el proceso retributivo, la gestión de las variables de nómina o la elaboración de informes de nómina para su *reporting* a Finanzas. También, la gestión de relaciones laborales que comprende el asesoramiento de dudas en materia de nómina, contratación o permisos retributivos, así como la gestión de las demandas del personal (beneficios como permisos con reserva de plaza o excedencias).

3.2.1.4. Área de Planificación

El Área de Planificación se encarga de la supervisión y control horario del personal adscrito a los diferentes Servicios de la empresa. En determinados casos, es la responsable de confeccionar la planificación anual, mensual o semestral (según casos) y otorgarle el horario al empleado. Posteriormente, mediante indicaciones de los jefes y Coordinadores, introducen y hacen el seguimiento de los absentismos, elaboran cambios de personal (permutas o cambios de Unidad) y pasan las variaciones de estos al Área de Gestión Administrativa para reflejarlos en la nómina. Cuando un empleado se incorpora también se encargan de hacerle una primera introducción del Servicio y acompañarlo al Departamento de Lavandería para la gestión de su uniforme y taquilla. Su interlocución con el empleado termina cuando lo lleva al Servicio de destino, momento en el cual pasa a ser gestionado por el jefe de Servicio correspondiente.

3.2.1. Recursos Humanos

Actualmente, en el departamento de Gestión de Personas hay un total de 12 personas distribuidas en las áreas anteriormente comentadas:

Jefe de Servicio: cabe mencionar que el departamento de GdP cuenta con un jefe de Servicio que organiza, diseña, supervisa e implementa procesos en todas las áreas a su cargo. Lleva el control de la normativa interna que afecta a las diferentes áreas y está en continuo contacto con las 4 áreas comentadas.

- **Área de HRBP**

4 técnicos especialistas dedicados a dar respuesta a los servicios en materia de selección, captación, retención y gestión del personal. De estos 4, 1 se encarga de gestionar el personal facultativo adscrito a las Especialidades Quirúrgicas, Urgencias y Emergencias y Áreas Médicas; 1 se encarga de gestionar el personal adscrito a los Servicios Centrales (Farmacia, Laboratorio clínico, Radiología, Anatomía Patológica y Rehabilitación) y los Servicios Corporativos o de soporte no Asistencial. Por último, los 2 restantes se encargan de gestionar el personal adscrito a la Dirección de Enfermería (enfermeros, matronas, auxiliares y camilleros).

- **Área de Gestión Administrativa**

2 administrativas y 1 coordinadora administrativa. El personal administrativo da soporte a la Coordinación, quien distribuye el trabajo en función de las tareas asignadas. Una administrativa se encarga de la parte retributiva (libros de trabajo, variaciones del personal y trámites administrativos) y la segunda se encarga de la parte de relaciones laborales (elaboración del contrato y cambios de servicio). Ambas tienen funciones compartidas como el asesoramiento en materia de normativa laboral o la atención directa del personal que entra en el departamento. La Coordinadora, además de supervisar las funciones del personal adscrito, se encarga de la parte de seguimiento del presupuesto, elaboración de informes de nómina y previsión de cierres contables.

- **Área de Formación**

Esta área cuenta con 1 técnico especialista también pero que está más centrado en la gestión proactiva de la formación. Posteriormente se prevé que asuma funciones de evaluación del desempeño, así como elaboración del plan de carrera.

- **Área de Planificación**

El área de planificación cuenta con 3 administrativas que se encargan de dar respuesta a las demandas del personal y a dar soporte al Área de Gestión Administrativa. Aún están por definir las tareas específicas puesto que ha sido absorbido recientemente. Actualmente se está llevando a cabo un trabajo de gestión de la planificación mediante un nuevo programa de nómina y son las encargadas de introducir datos, detectar posibles errores e implementar mejoras para automatizar el proceso.

3.2.2. Evolución de la actividad del Departamento de Gestión de Personas en los últimos 5 años y previsión

A continuación, se describe la evolución de la actividad del departamento de GdP desde el periodo del 2016 al 2020 en lo que respecta a los procesos de selección y administración de personal. Para ello, detallamos lo que hemos analizado y a qué corresponde cada apartado:

- **Nuevas incorporaciones:** son altas de empresa de nuevos empleados dadas durante el mes en que se analiza. Son producto de un proceso de selección que hay detrás en el que se recluta a un potencial candidato, se entrevista, se selecciona y se incorpora.
- **Movimientos de personal:** son los relativos a cambios que se derivan de movimientos entre los servicios, cambios de adscripciones administrativas, desdotaciones de personal, reconversión de plazas, cambios de servicio, cambios de categoría laboral, reducciones o incrementos de jornada.
- **Solicitud de permisos:** este apartado solamente engloba la solicitud, por parte de los trabajadores, de permisos administrativos sin sueldo o excedencias para hacer frente a un tema en concreto. Son los relativos a beneficios sociales.
- **Bajas definitivas:** se refiere al cese del contrato y a la correspondiente liquidación del empleado que se va. Engloba tanto las bajas voluntarias como los despidos, disciplinarios o no causales.

Los datos se recogen a continuación, en la tabla 2:

Análisis actividad GdP	2016T	2017T	2018T	2019T	2020T
Bajas de empresa	66	85	80	111	124
Enero	9	10	10	15	8
Febrero	2	4	1	6	10
Marzo	2	4	1	8	10
Abril	5	2	11	8	4
Mayo	5	6	3	11	41
Junio	6	13	7	6	16
Julio	5	4	7	10	5
Agosto	8	8	11	10	12
Septiembre	7	8	12	8	9
Octubre	5	5	7	11	-
Noviembre	6	8	8	9	3
Diciembre	6	13	2	9	6
Movimientos de personal	98	77	111	394	662
Enero	9	5	10	19	45
Febrero	7	-	10	18	45
Marzo	5	-	10	13	52
Abril	10	13	6	16	58
Mayo	9	8	7	49	35
Junio	10	12	11	48	68
Julio	5	4	3	62	59
Agosto	10	11	14	24	45
Septiembre	18	9	15	36	68
Octubre	6	6	8	33	77
Noviembre	5	6	9	38	58
Diciembre	4	3	8	38	52
Nuevas incorporaciones	115	106	148	171	263
Enero	8	13	8	11	16
Febrero	6	9	8	7	15
Marzo	8	8	8	16	61
Abril	11	7	16	16	21
Mayo	8	10	7	13	7
Junio	11	5	12	22	6
Julio	13	12	20	13	17
Agosto	10	9	10	13	25
Septiembre	9	6	12	20	21
Octubre	12	7	21	18	28
Noviembre	10	9	15	11	30
Diciembre	9	11	11	11	16
Solicitud de permisos	17	43	34	40	43
Enero	2	6	3	3	2
Febrero	1	2	1	7	2
Marzo	-	4	1	1	1
Abril	-	2	1	-	2
Mayo	2	3	6	2	3
Junio	-	2	2	3	7
Julio	4	2	11	5	6
Agosto	2	3	2	6	4
Septiembre	1	3	-	5	2
Octubre	2	8	3	2	9
Noviembre	1	2	2	3	4
Diciembre	2	6	2	3	1
Total general	296	311	373	716	1.092

Tabla 2: actividad generada en GdP del SAAS (fuente: creación propia)

Podemos observar que la actividad del departamento de GdP ha ido en aumento y tiene una tendencia alcista en el curso de los años. Este aspecto coincide con la reestructuración que se realizó en el departamento en el año 2018-2019 puesto que, teniendo en cuenta que el 2020 ha sido marcado por el curso del COVID y que ha habido multitud de movimientos, en el 2019 se puede observar que la actividad fue de más del doble de los años anteriores.

Teniendo en cuenta estos datos, estableceremos parte de nuestras líneas estratégicas para mejorar la calidad del servicio. Las incorporaciones han ido en aumento y esto quiere decir que se han aprobado nuevos proyectos y que el personal crece para poder dar una respuesta óptima a la población (dimensionamiento de la plantilla). No obstante, en las bajas definitivas, a pesar de tener una tendencia alcista, debemos tener en cuenta que en mayo y junio se produjeron bajas de empresa porque tenían un contrato para dar soporte en la pandemia y muchos finalizaron su relación contractual porque los casos y la incidencia disminuyeron. Si no tenemos en cuenta estos números, las bajas se situarían por debajo de las obtenidas en el 2019. Tendríamos que ver, no obstante, la tendencia en los próximos años para emitir un juicio acertado.

A continuación, se muestra la tendencia anteriormente comentada, en las figuras 7 a 10.

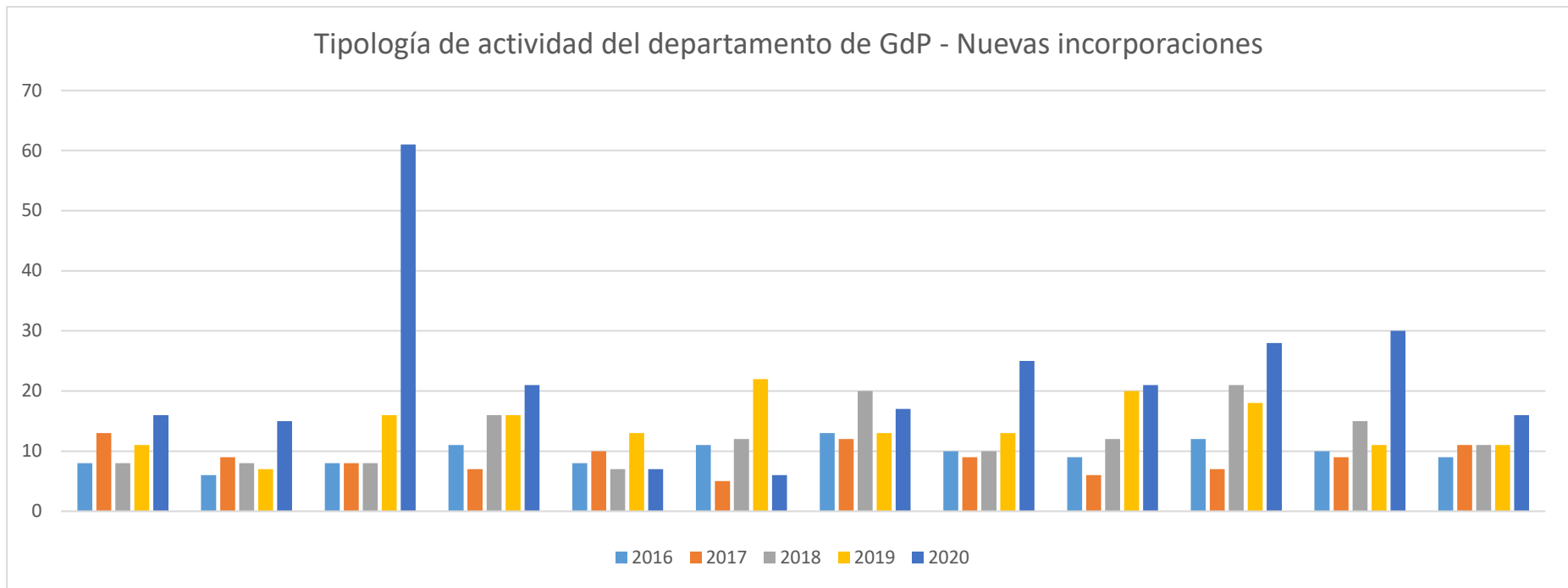


Figura 7: nuevas incorporaciones en GdP en los años 2016 a 2020 (fuente: creación propia)

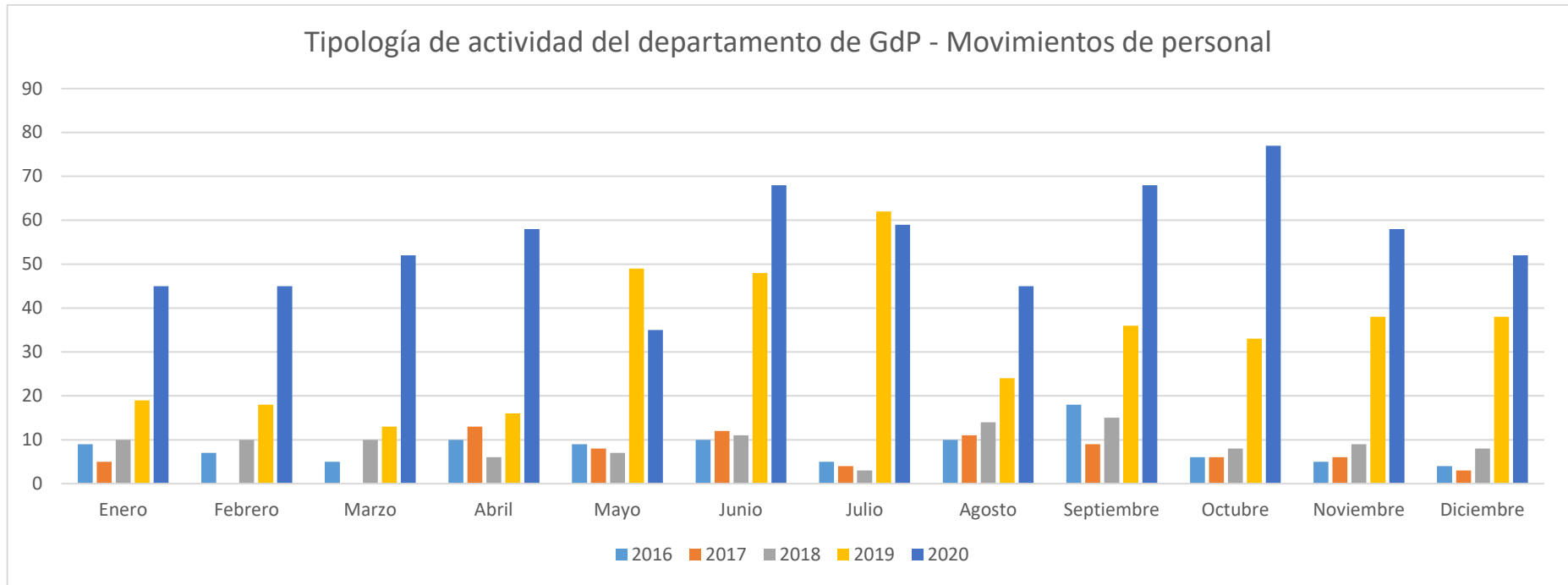


Figura 8: movimientos de personal en GdP en los años 2016 a 2020 (fuente: creación propia)

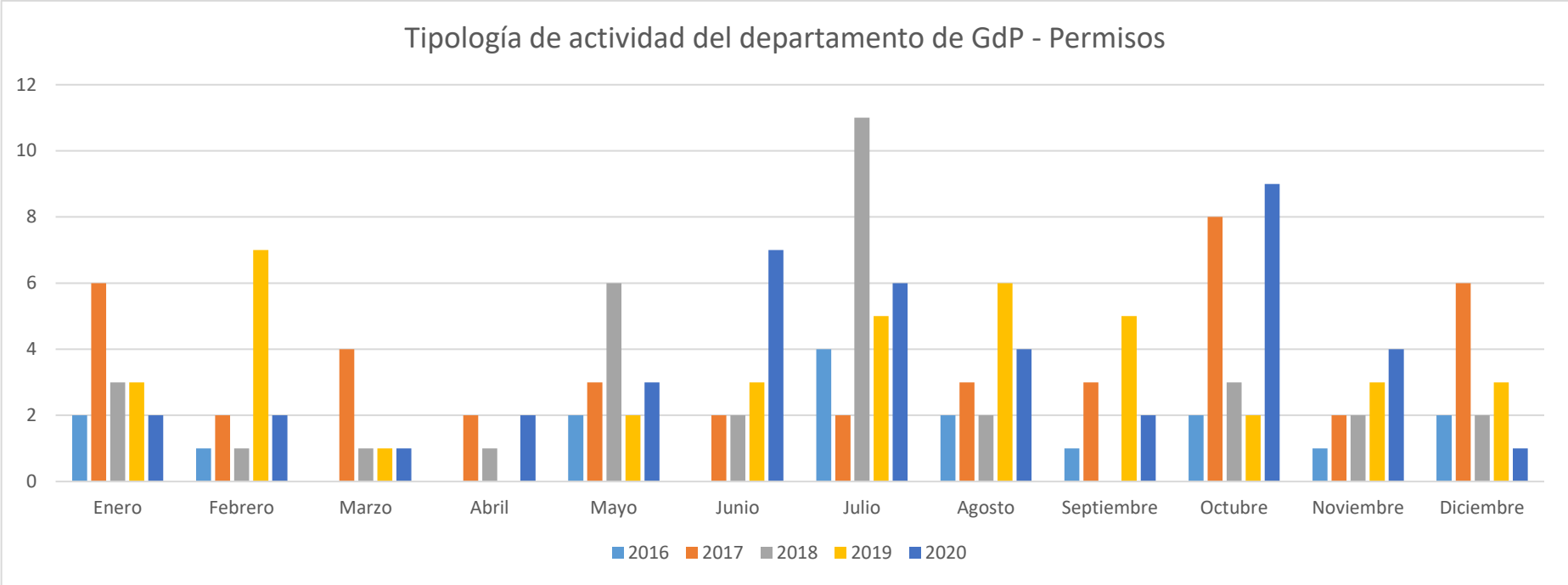


Figura 9: solicitud de permisos en GdP en los años 2016 a 2020 (fuente: creación propia)

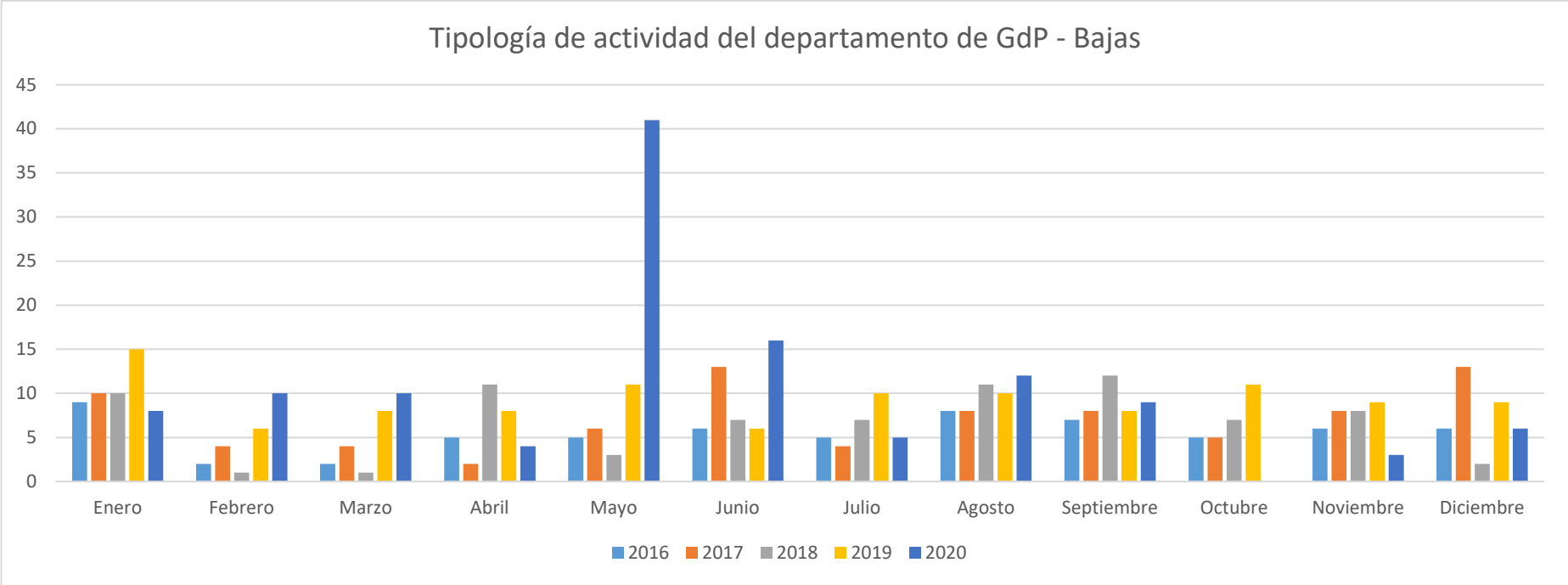


Figura 10: bajas de empresa en GdP en los años 2016 a 2020 (fuente: creación propia)

Podemos observar que las bajas de empresa y la solicitud de permisos mantienen una cierta estabilidad, sin incrementos o descensos significativos. Lo mismo ocurre con las nuevas incorporaciones a pesar de que podemos observar una posible tendencia al alza si no tenemos en cuenta el pico de marzo coincidiendo con la primera ola de pandemia causada por el SARS-CoV-2. Sin embargo, si nos centramos en analizar los movimientos de personal, existe una clara diferencia e incremento de la actividad sobre los cambios que afectan al personal.

3.2.3. Matriz DAFO/CAME

En este apartado se describe la situación actual del Departamento de Gestión de Personas del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria. El método empleado ha sido mediante la observación propia y del día del trabajo que realizo en el departamento de GdP. En este sentido, pretende ser un recopilatorio de impresiones recogidas mediante conversaciones de pasillo, entrevistas personales y problemas acaecidos durante la trayectoria en el Hospital. Los datos se recogen y están estructurados en las matrices DAFO/CAME (Tablas 3 y 4).

VISIÓN INTERNA

VISIÓN EXTERNA

<p>D E B I L I D A D E S</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desigualdades contractuales en función de la carga de trabajo. 2. Escasa comunicación entre las áreas. 3. La comunicación con el empleado es difusa y muchas veces el trabajador no sabe a quién dirigirse. 4. Procedimientos poco claros y no establecidos formalmente. 5. Escasa formación y actualización del programa de gestión del talento y nómina. 6. Carencia de un protocolo de integración y evaluación del desempeño. 7. Falta de digitalización de documentos y de un archivo que contenga toda la información. 8. Falta de automatización de los procesos e implementación de la firma digital. 9. Falta de actualización de las DPT's (descripción de puestos de trabajo). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excesiva burocratización de los procesos y protocolos existentes en el departamento. 2. Desmotivación de los equipos al verse sobrecargados y sin compensación por ello. 3. La crisis del COVID ha dejado un agotamiento mental general que repercute en el rendimiento. 4. Falta de conocimiento de lo que realiza el departamento respecto la entidad. 5. Existencia de leyes que no permiten desbloquear ciertos beneficios que dificultan la gestión. 6. El hecho de tener un Consejo de Administración y una Intervención que debe fiscalizar todos los movimientos antes de ejecutarse disminuye la eficiencia de los procesos. 	<p>A M E N A Z A S</p>
<p>F O R T A L E Z A S</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe una muy buena relación entre las diferentes áreas del departamento y dentro de estas. 2. Existen unas líneas estratégicas que marcan unos objetivos a conseguir. 3. Existe una alta previsión de la provisión de vacantes y/o bajas que disminuye el tiempo en que un Servicio está desprovisto. 4. Existe un conocimiento general y específico de la normativa interna y del país que permite generar confianza en los empleados. 5. La actitud de todo el equipo está predispuesta a la colaboración y a las buenas prácticas. 6. Se dan respuesta a los temas urgentes en menos de 24 horas y a los menos urgentes en menos de 48. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se está produciendo un relevo del personal que lleva mucho tiempo en la empresa y con unas tareas asociadas por antigüedad. Este aspecto permitirá innovar y rediseñar procesos. 2. Presencia del departamento en todos los Servicios del SAAS con interlocución directa con los jefes de Servicio. 3. Generación de confianza en los Coordinadores y accesibilidad al departamento. 4. Convertirse en un departamento de referencia en el país mediante la automatización, digitalización y calidad de procesos. 5. Predisposición al cambio y actitud de mejora continúa para permitir la evolución. 6. Negociación colectiva para fomentar el cambio cultural y normativo. 	<p>O P O R T U N I D A D E S</p>

Tabla 3: Matriz DAFO (creación propia)

VISIÓN INTERNA

VISIÓN EXTERNA

<p>C O R R E C C I Ó N</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luchar por mejorar la calidad de los contratos de personal. 2. Diseño de un método de comunicación entre Servicios y Áreas, a través de un portal del empleado, por ejemplo. 3. Creación de un documento que recoja los procedimientos no escritos para oficializarlos. 4. Crear grupos de trabajo con personal de todas las áreas para fomentar el trabajo en equipo. 5. Potenciar la formación en la Organización para mejorar la empleabilidad y potencialidad del trabajador. 6. Creación de un protocolo o circuito conjunto que mejore la comunicación de las áreas. 7. Diseñar un plan de acción a medio y largo plazo con una planificación para ir automatizando y digitalizando los documentos. 8. Creación y revisión de las políticas retributivas, así como el impacto que tendría su análisis. 9. Reparto equitativo de tareas entre todo el equipo y/o compensación ligada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la imagen visible del departamento publicitando los éxitos y proyectos que se estén llevando a cabo. 2. Convencer al equipo directivo para cambiar la excesiva burocratización, mejorando los canales de comunicación con únicos interlocutores. 3. Favorecer el descanso y potenciar la conciliación familiar para reducir el agotamiento. 4. Delegar las tareas burocráticas y administrativas no esenciales en terceras personas y potenciar aquellas acciones que aporten valor. 5. Favorecer el cambio e identificar las personas generadoras de cambio. 	<p>A F R O N T A M I E N T O</p>
<p>M A N T E N I M I E N T O</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar las buenas relaciones entre las diferentes áreas del departamento y dentro de estas. 2. Promover las líneas estratégicas para que los Servicios las conozcan y puedan compartirlas. 3. Mantener la visión de futuro para poder prever los procesos de selección. 4. Mantener y fomentar la actualización en normativa laboral. 5. Fomentar y mantener <i>team buildings</i> para cohesionar el equipo. 6. Sostener las demandas de los empleados con la misma calidad que se está haciendo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener y favorecer la renovación del personal para potenciar perfiles motivados e ilusionados. 2. Potenciar la presencia del departamento en mediante reuniones semanales con los Coordinadores. 3. Potenciar la confianza del personal mediante pequeños actos que aporten valor. 4. Potenciar el departamento y prepararlo para obtener una certificación de calidad en ISO. 5. Promover el cambio y desmitificar las ideas negativas asociadas a él. 6. Favorecer las reuniones para establecer un Convenio marco del sector salud. 	<p>E X P L O T A C I Ó N</p>

Tabla 4: Matriz CAME (creación propia)

4. PLAN DE ACTUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE PERSONAS

4.1. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

El plan estratégico del departamento de GdP tiene que ir, forzosamente, alineado con el Plan Estratégico de la Entidad para poder complementar, desarrollar e implementar los aspectos más genéricos que afecten a la Gestión de Personas, esto es, lo que afecte directamente a la satisfacción de los empleados. El Plan Estratégico propuesto se asienta en el Plan de Salud de Andorra (apartado 3.1.5) y, para su elaboración, tenemos en cuenta los constructos básicos de cualquier cultura: misión, visión y valores.

4.1.1. Misión

La misión del SAAS es ser merecedor de la confianza de toda la población de Andorra como prestadores de un servicio sanitaria público, satisfaciendo las necesidades asistenciales, básicas como especializadas, velando por asegurar la máxima calidad del servicio, optimizando los recursos humanos y económicos disponibles y potenciando el desarrollo profesional de todos los trabajadores.

Para lograr estar en sintonía con la misión de la entidad, analizamos la descripción y lo extrapolamos a lo que el departamento de GdP puede contribuir, incidiendo en:

1. Optimizar los recursos humanos: incrementar la eficacia y eficiencia de los empleados, fomentando el *engagement* y haciendo que el lugar de trabajo que ocupen sea el soñado. En este sentido, para que un trabajador resulte “óptimo”, tiene que existir un equilibrio entre “hacer las cosas bien” y “saber hacer las cosas bien”. Para “saber hacer las cosas bien” planteamos un itinerario formativo inicial en diferentes servicios para adquirir conocimientos diversos. Posteriormente, este trabajador será asignado a un servicio concreto. Esto nos permitirá tener empleados formados polivalentes que podrán asistir en múltiples tareas y afrontarse a situaciones diferentes con el fin de no necesitar a otra persona para resolver el problema que tienen delante.
2. Potenciar el desarrollo profesional de los trabajadores: continuando con la línea anterior, lucharemos porque el empleado sea lo más competente posible en el

desarrollo de las situaciones que se encuentre en el día a día. Hay que tener en cuenta que, de igual modo que la sociedad cambia y los avances se producen a un ritmo vertiginoso (tecnología, comorbilidad, cronicidad de enfermedades, longevidad, etc.), la cadencia de actualización en nuevas técnicas, nuevos equipos y cambios en la manera de gestión o de afrontar las situaciones, debe ser proporcionalmente mayor. Por ello, se deberán elaborar políticas y planes formativos para potenciarla.

4.1.2. Visión

Contribuir a la mejora de una asistencia sanitaria pública de calidad, que incluya la coordinación y la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales y no asistenciales, el diseño de procesos que anticipen las necesidades de los distintos departamentos y servicios en materia de personal (formativos, provisión de personal, conciliación) así como asegurar el uso óptimo de los recursos empleados.

4.1.3. Valores

Los valores con los que trata el departamento de Gestión de Personas son los siguientes:

- Vocación a la satisfacción de necesidades profesionales, promoviendo un uso racional y responsable de los recursos.
- Voluntad constante de conseguir la mejor calidad del servicio provisto con monitorización de los resultados, tanto los objetivos como los percibidos por la población.
- Trabajar en equipo para garantizar el mejor servicio y la máxima calidad.
- Respeto por los derechos del trabajador y sus decisiones.
- Compasión por las situaciones personales de cada empleado y empatía por resolver y atenderlas.
- Compromiso por la honestidad, confidencialidad, confianza y transparencia.
- Compromiso con la sociedad, crecimiento económico sostenible y preservación del medio ambiente.
- Investigación e innovación constante de las medidas que permitan construir un entorno agradable y las mejores condiciones de trabajo y confort para nuestros profesionales y su máxima productividad.

Atendiendo a los valores referenciados, el departamento de GdP debe construir una base sólida de identidad con la manera de gestionar y de hacer las cosas que tiene la empresa. Por lo tanto, una de las máximas del departamento sería “venir contento a trabajar” y para poder lograrlo, incidiríamos en los siguientes puntos:

- Fomentar el trabajo en equipo y la colaboración entre todos los Servicios de la entidad.
- Potenciar el compromiso de los empleados, generando empatía para que los equipos depositen su confianza en el departamento y en los usuarios.
- Gestionar la innovación de los trabajadores.
- Educar, mostrar y promover el impacto del trabajo que realizamos en la sociedad.

4.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las líneas estratégicas sobre las que se basará el departamento de GdP deben desarrollarse teniendo en cuenta los objetivos del SAAS que, a su vez, debe participar en la consecución e implementación de alguna de las líneas estratégicas del PNS. Teniendo en cuenta el apartado 3.1.5 y los datos recogidos en los apartados 3.2.2 y 3.2.3 del presente trabajo, hemos establecido las siguientes líneas estratégicas en las que versará nuestro plan de acción:

1. Crear una estrategia de gestión por procesos del departamento, que implique a todos los integrantes del equipo para fomentar la gestión participativa y transparente.
2. Fomentar un sistema de comunicación eficaz, identificando los interlocutores clave para la gestión de los proyectos y potenciando su participación.
3. Identificar necesidades formativas mediante el uso de reuniones y *feedback* de los diferentes jefes de Servicio.
4. Crear una figura de “facilitador de soluciones” que se encargue de analizar e identificar los principales problemas que tengan los empleados para ofrecer soluciones a lo que les inquieta. Los HRBP se encargan de ofrecer soluciones a los jefes de Servicio y estas influyen indirectamente en los empleados, pero no existe una figura que solucione exclusivamente los problemas de los empleados y les dedique tiempo de reuniones.
5. Ofrecer un servicio de calidad y eficiente a todas las Áreas implicadas en el SAAS.
6. Promover e implantar una política de igualdad y respeto a la diversidad, así como una atención que contemple diferencias de género, la incidencia de las variables sociales y económicas y el acceso a puestos de responsabilidad.

4.3.OBJETIVOS NO ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y CLAVES DE ÉXITO.

La planificación del departamento de Gestión de Personas debe permitir alcanzar los objetivos marcados y alineados con la Misión, Visión y Valores para concretar metas alcanzables y realistas. Atendiendo, además, al análisis mediante las matrices DAFO y CAME, se proponen los siguientes objetivos, identificando las claves del éxito, a continuación:

1. Identificar, para satisfacer, las necesidades de los empleados.

Los empleados son, en sí mismos, los **factores clave de éxito** en todo proyecto. Si estos no se sienten realizados y motivados, es de suponer que disminuya la calidad del trabajo prestado. Teniendo en cuenta que nos encontramos en el sector de la Sanidad, no podemos permitirnos el lujo de que la calidad del servicio que presta la organización se vea alterado por la falta de satisfacción de estos. Una buena manera de identificar y abordar este objetivo es mediante el diseño y actualización del puesto de trabajo. Si bien se establece un marco genérico para cada categoría laboral, debemos tener la certeza de que estas características no han cambiado y que realmente son medibles y realistas. No tiene sentido especificar en el puesto de trabajo que se necesita, por ejemplo, una alta tolerancia a la frustración si no existen procesos que contradigan una toma de decisiones ya que generaremos una expectativa no realista del puesto que contribuirá a la insatisfacción del empleado. Mediante el diseño y actualización de los puestos de trabajo, podremos comprender y estimular la motivación del trabajador. Además, cada PT tiene unas dimensiones laborales fundamentales y difieren entre otras categorías similares dada su especificidad en el Servicio en que esta se encuentre. No es lo mismo un/a Enfermero/a en la Unidad de Diabetes que en la Unidad de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria). Por último, mediante la DPT se establecerán las cargas de trabajo de cada categoría y se podrá implementar con un sistema de compensación dependiendo de las responsabilidades asociadas.

2. Elaborar un canal propio de comunicación con los empleados para priorizar tareas.

En muchas ocasiones, las demandas del personal que acude al departamento no son temas muy urgentes que deban ser resueltos de manera inmediata. Estas solicitudes, además, pueden ser llevadas a cabo por personal administrativo y no tener que requerir la asistencia de un técnico especialista. Este aspecto, aunque parece poco importante, influye directamente en la eficiencia del departamento puesto que una hora de un técnico

especialista resolviendo un tema poco urgente e importante (como podría ser la impresión de un certificado de IRPF o la redacción de un informe de tareas realizadas) resulta menos económico que si la hora fuese dedicada por un administrativo. De este modo, el técnico especialista podría dedicar su tiempo y potencial a tareas que requieran mayor complejidad y aporten más valor, sin tener que dejar descuidada la necesidad del trabajador que acude con un problema. Por tanto, contribuiremos a la optimización del departamento. Además, el empleado marcará su prioridad de la demanda (prioridad baja, media, alta) y la persona encargada de filtrar estas demandas modificará la urgencia de esta. El **factor clave del éxito** es la capacidad de priorización y de criterio que debe tener la persona encargada de derivar las cuestiones y la frecuencia con la que los trabajadores utilicen esta herramienta. Si se incrementa, querrá indicarnos que funciona y que responde a las demandas.

3. Negociar con la Dirección para crear una Comisión de Gestión del Personal

Habitualmente las decisiones que implican incremento de plantilla o dotación presupuestaria, el departamento de GdP no está presente en estas mesas de negociación o no participa en el proceso de redacción de las demandas. Este aspecto puede ser un error ya que quien mejor conoce cómo funciona el sistema de aprobación del dimensionamiento de plantilla y quien debe velar por el correcto funcionamiento del personal, debe ser el departamento de GdP. Por ello, la creación de una Comisión donde se traten los temas de mayor complicación mediante un grupo de trabajo permitirá la toma de decisiones consensuada y con una visión global y estratégica de los procesos. Este equipo debe ser formado por miembros de la Dirección también. El **factor clave** en la consecución de este objetivo será la presencia en la toma de decisiones, del departamento con unas herramientas de gestión y alto nivel de compromiso orientado a procesos y personas.

4. Gestión de la formación y la innovación

Desarrollar un proyecto adecuado para impulsar la mejora de la formación y, por consiguiente, de los resultados. La satisfacción laboral será un factor de éxito, pero, además, destacamos el alto nivel de compromiso, la innovación y espíritu de mejora, así como el uso de herramientas de gestión que faciliten el registro e implantación de un módulo de formación ágil y facilitador.

5. Estabilizar el personal y disminuir las horas extras

Se puede negociar con Dirección la reserva de una partida presupuestaria enfocada a la creación o búsqueda de beneficios sociales que permitan la conciliación familiar de los trabajadores.

6. Conseguir un nivel de certificación de excelencia de la calidad

Uno de los aspectos clave es la digitalización y automatización de procesos peor que se hace inevitable el cambio. Por ello, establecer este objetivo podrá ofrecernos soluciones y acercarnos más a la realidad de la sociedad, facilitando los procesos y agilizando la gestión para enfocarnos en otros aspectos que sean menos burocráticos/administrativos y aporten valor. Los factores de éxito será el porcentaje de documentos digitalizados, así como el nivel de automatización de los circuitos existentes en el departamento.

4.4. MAPA DE PROCESOS DEL DEPARTAMENTO

A continuación, se muestra el mapa de procesos del departamento de GdP:

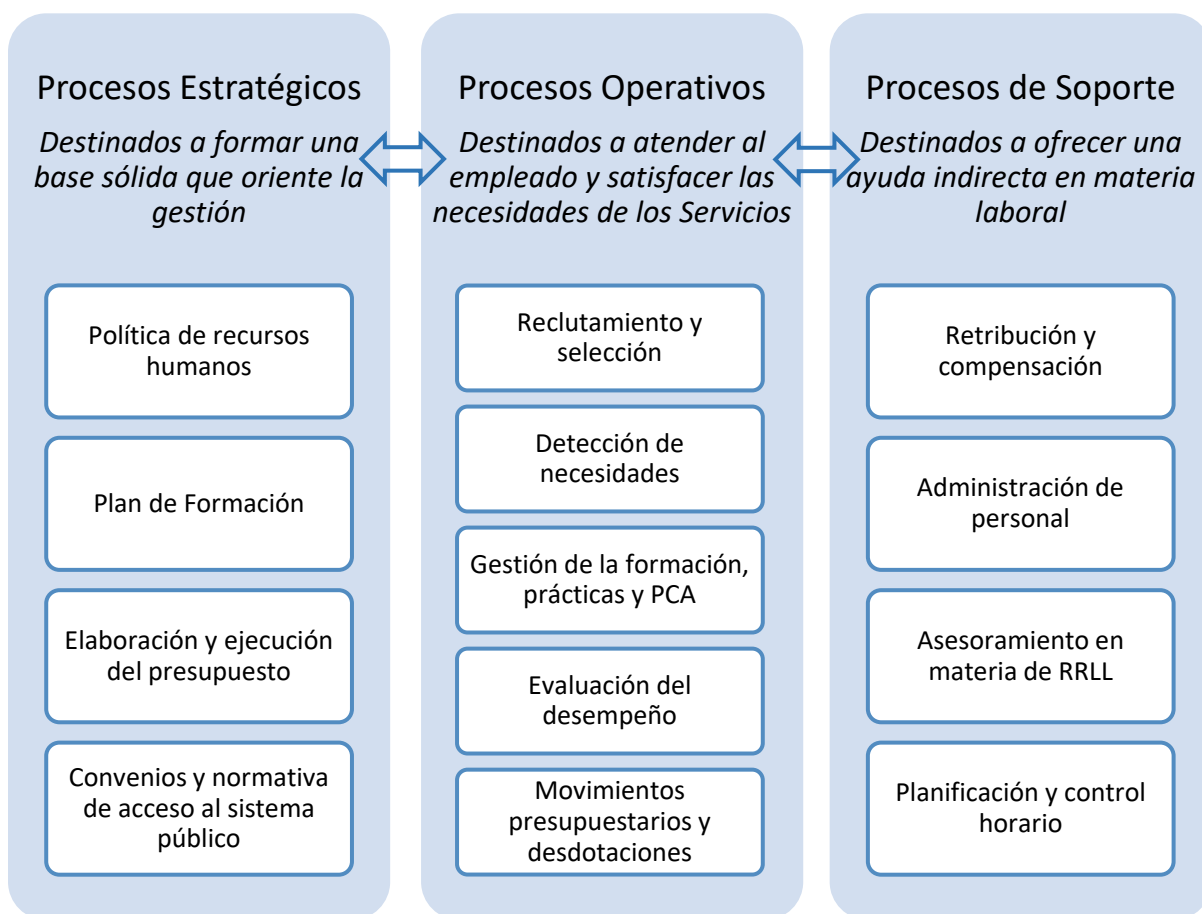


Figura 11: mapa de procesos del departamento de GdP (creación propia)

4.5.PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE

Detallamos, a continuación, los procesos que se incluyen en el mapa de procesos referido en el apartado 4.4.

4.5.1. Procesos estratégicos

Orientados al desarrollo de las líneas estratégicas y objetivos marcados del departamento y que, por lo tanto, construirán la base de la gestión. Podemos afirmar que estos procesos responden a la pregunta *¿para quién y/o para qué trabaja el departamento de GdP?*:

- Política de RRHH: dirigida a la atención del departamento y a cómo este debe organizarse. Abarca todos los ámbitos y áreas que forman parte del departamento e incluye cómo se deben ejecutar los procesos operativos.
- Plan de Formación: dirigido a fomentar la participación en acciones formativas y reciclar conocimientos estratégicos marcados como prioritarios por la Dirección. Este plan debe ser anual y revisable cada año para establecer unas prioridades formativas en función de las necesidades.
- Elaboración y ejecución del presupuesto: es el marco de donde partimos económicamente y donde debemos prestar especial atención a cómo gestionarlo. Incluir las nuevas contrataciones, consolidaciones y modificaciones presupuestarias anuales para reflejarlas en el presupuesto del año siguiente.
- Convenios y normativa de acceso: marco legal y conceptual en el que se rigen los requisitos mínimos de acceso al sistema y su adecuación al puesto ofertado.

4.5.2. Procesos operativos

Por su parte, están dirigidos a responder el *¿qué hacemos?* Y resultan ser la operativa del día a día:

- Reclutamiento y selección: proceso por el cual se inician una serie de acciones para proveer un lugar de trabajo que ha quedado vacante, de manera eventual o indefinida. También incluyen bolsas de trabajo para prever posibles sustituciones en caso de que se generen.
- Detección de necesidades: hacen referencia a los problemas que se detectan en los Servicios y que deben ser solucionados desde el departamento. Pueden ser de tipo

laboral (cobertura de una vacante, asesoramiento), de gestión (cómo afrontar una situación en la que un empleado se ausenta) o problemas entre otros departamentos (transversalidad). En cualquier caso, necesitan ser escuchados y ofrecerles orientación.

- Evaluación del desempeño: focalizada en la mejora o reconocimiento del rendimiento del empleado para mejorar su empleabilidad. En este sentido, se establecen los planes de carrera, si procede, para potenciar la figura o las tareas que forman parte de la persona.
- Movimientos presupuestarios: cuando se decide prescindir de una plaza de Médico especialista en Rehabilitación (por ejemplo) para crear una de Médico especialista en Anatomía Patológica, debe ser reflejado en el presupuesto y realizar los trámites y autorizaciones oportunas para ejecutarlo.

4.5.3. Procesos de soporte

Estos procesos hacen referencia a los recursos y apoyo que permiten que los procesos operativos/procesos clave se ejecuten y desarrollen correctamente.

- Retribución y compensación:
 - Elaboración de nóminas
 - Introducción de variables
 - Informes de nómina y traspaso contable
 - Conformidad de la nómina
 - Gestión de la subvención de restaurante
 - Gestión de la subvención del seguro de enfermedad
 - Elaboración de finiquitos
- Administración de personal:
 - Elaboración de contratos y adendas
 - Notificación de finalizaciones de contrato
 - Elaboración de informes de personal
 - Atención telefónica
 - Soporte administrativo a Áreas
 - Control y gestión de IT
- Asesoramiento en materia de relaciones laborales:
 - Resolución o comunicación de dudas en materia laboral

- Planificación y control horario:
 - Gestión de absentismos
 - Gestión de la planificación individual
 - Asesoramiento de dudas de planificación
 - Comunicación del recuento horario

4.6. CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

La calidad y la seguridad de los pacientes es el factor clave y determinante de la razón de ser del sector sanitario público. Trabajamos para la población y como proveedores de un servicio de salud debemos tener la orientación a las personas presentes en todo momento.

La calidad asistencial y la seguridad incrementarán si nuestro personal está satisfecho y con un nivel alto de compromiso. Desde el departamento de GdP es la máxima contribución que podemos hacer.

4.7. GUÍAS Y PROTOCOLOS

Existen un importante número de circuitos, reglamentos y protocolos de actuación normalizados e incorporados en la manera de actuar del departamento de GdP. Algunos de los protocolos y guías de trabajo presentes son los siguientes:

- Incorporación de personal genérico asalariado
- Incorporación de personal subcontratado
- Notificación de trabajos de corta duración (inmigración)
- Personal que realiza sustituciones
- Acceso del personal que entra al Quirófano
- Recertificaciones del personal facultativo
- Permisos sin sueldo y excedencias
- Tramitación del permiso de trabajo a un facultativo
- Tramitación del permiso de trabajo a un no facultativo
- Proceso de selección
- Normativa de Planificación horaria

- Normativa de solicitud de permutas
- Reglamento de guardias
- Protocolo de nueva incorporación
- Publicación de una oferta de trabajo
- Normativa de uniformidad y trato
- Normativa de registro y control de presencia y fichaje

4.8. MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)

El Cuadro de Mando Integral (*Balanced ScoreCard*) es una herramienta de gestión desarrollada por Kaplan y Norton en 1992 y permite realizar una monitorización del rendimiento de una institución, departamento o negocio en base a unos objetivos establecidos. El CMI del departamento de GdP, en nuestro caso, debe estar alineados con las líneas estratégicas de la empresa.

Para la implantación de un Cuadro de Mando Integral es necesario establecer una visión y una misión en el servicio que se quiere llevar a cabo puesto que nos marcará el grado de consecución e implantación de nuestra estrategia. Para que resulte una herramienta eficaz en la gestión de la estrategia, deben establecerse unos valores medibles para poder ser cuantificable. Estos valores son los Indicadores o KPI que utilizaremos para la implementación.

Estos indicadores se agrupan en las cuatro perspectivas definidas a continuación y según el esquema de la figura 12:



Figura 12: perspectivas de la estrategia definida (creación propia)

1. **Perspectiva Financiera:** mejoran el nivel de rentabilidad, consolidan el crecimiento del valor empresarial, maximiza el control presupuestario y optimiza la gestión de los recursos humanos. Permiten controlar si existen problemas en los Servicios que, a priori, no nos damos cuenta de que existen. Mediante estos indicadores optimizaremos el Departamento e identificaremos los factores que conllevan más esfuerzos por parte de los equipos. Entre estos Indicadores destacaremos los siguientes:
 - **Tasa de rotación:** permite definir cuántas personas entran y salen del departamento de GdP en un tiempo estimado. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) establece los siguientes pasos para obtener la tasa de rotación de personal:
 1. Se suma el número del personal al inicio y al final del periodo y el resultado se divide entre 2.
 2. Se suma el total de personas que han salido de la empresa durante el periodo y dividir este número por el promedio del personal en la empresa que se calculó

anteriormente. En este caso no cuentan las bajas de empresa realizadas por jubilación o fallecimiento del empleado.

3. Multiplicar el valor por 100 para obtener un %.

- **Tasa de absentismo laboral:** este indicador mide las ausencias de los empleados en sus puestos de trabajo por motivos de retrasos, incapacidades temporales o ausencias. Este indicador nos puede indicar problemas de funcionamiento dentro del departamento en que se establezca.
 - **Porcentaje de PPT destinado a formación real:** existe una partida presupuestaria que debe ser gestionada de manera eficiente para que no se incurra en un déficit o exceso presupuestario ya que, de lo contrario, estaríamos contribuyendo a una mala optimización de los recursos existentes.
2. Perspectiva del Empleado: busca la mayor satisfacción de las necesidades del trabajador y permite estimar la identificación con la marca (identidad empresarial) y el grado de compromiso y permanencia con la empresa. Entre esta perspectiva estableceremos los siguientes indicadores:
- **Duración en el puesto (*turnover rate*):** derivado del anterior, muchas bajas o fuga de talento se producen por un estancamiento laboral que podría ser, en muchos casos, evitable. Por tanto, si obtenemos un tiempo excesivamente largos, los trabajadores tenderán a buscar otras oportunidades fuera de la empresa.
 - **Calidad ofrecida por el departamento:** este indicador nos permitirá conocer el grado de satisfacción del empleado con la atención recibida en el departamento. Para ello necesitaremos un cuestionario para que, al finalizar el problema, pueda medirse.
3. Perspectiva de Procesos Internos: los procesos internos del departamento afectan a la satisfacción de las necesidades y a la eficacia del mismo a la hora de resolver los problemas que plantean. Por ello, es importante medirlos para aumentar la eficiencia de los procesos y asegurar el cumplimiento de unos estándares de calidad. Entre esta perspectiva estableceremos los siguientes indicadores:

- **Tiempo medio por contratación:** hace referencia al tiempo promedio que existe entre que un trabajador comunica la baja de la empresa hasta que se incorpora un candidato seleccionado para ocupar el puesto. No obstante, en este indicador intervienen una serie de variables que hay que tener en cuenta cuando se vaya a interpretar (autorización de contratación por parte de Dirección, disponibilidad de profesionales o tramitación de la homologación de la titulación si se requiere).
 - **Tasa de incumplimiento:** este indicador se basa en la obtención de las quejas de los empleados referentes a la normativa legal y dividir las entre todas las quejas que llegan.
 - **Participación y trabajo en equipo:** nos permitirá conocer el grado de proactividad y participación en grupos de trabajo dedicados a llevar a cabo nuevos proyectos.
4. Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento: la innovación y la formación facilita el conocimiento y mejora de la empresa a medio-largo plazo. Cada vez más necesitaremos personal más competente para dar respuestas eficaces y adecuadas a situaciones y problemáticas de mayor complejidad. El objetivo es potenciar el talento de los empleados, establecer un sistema de comunicación interno eficaz y promover la investigación e innovación. Entre esta perspectiva estableceremos los siguientes indicadores:
- **Retención del talento:** permite medir la estabilidad laboral y conocer la disponibilidad media del empleado al quedarse en la empresa. Normalmente también van ligados a factores retributivos como compensación por objetivos o beneficios sociales de la entidad. La fuga de talento implica tiempo para reclutar a una nueva persona y formarla. Un índice de rotación de personal alto implica grandes costes.
 - **Formación y capacitación:** mediante planes de formación subvencionada para empresas es posible mejorar el *employer branding* de la empresa, motivar a los trabajadores, aumentar los niveles de satisfacción de los trabajadores y el tiempo que tarda un empleado en llevar a cabo una tarea. Este indicador nos permitirá medir la cantidad de empleados que deben recibir formación en un tema concreto vs la cantidad de personal realmente formada.
 - **Tiempo para alcanzar objetivos:** permite medir la eficacia de los empleados de la empresa. A pesar de que la tendencia de este KPI es disminuir progresivamente porque

el empleado adquiere experiencia en su puesto de trabajo con el tiempo, este no puede optimizarse infinitamente.

En las siguientes tablas se expone el CMI desarrollado para el departamento de GdP con los indicadores antes comentados y su propósito.

Perspectiva Financiera				
Objetivo	Indicador	Metas		Iniciativa
		Actual	Deseada	
Disminuir el índice de rotación del personal.	Tasa de rotación	-	Entre 5% y 15%	Conocer los motivos de cese de contratación para implementar acciones que contribuyan a disminuirlo.
Disminuir el absentismo laboral e identificar Servicios con situaciones problemáticas	Tasa de absentismo laboral	-	<8%	Generación de estrategias y acciones para disminuir las ausencias injustificadas.
Gestionar óptimamente el presupuesto dirigido.	Porcentaje de presupuesto destinado a formación real	20%	75%	Formación de calidad dirigida a obtener nuevos aprendizajes y que no sobre presupuesto a final de año.

Tabla 5: Indicadores perspectiva financiera (creación propia)

Perspectiva de Cliente				
Objetivo	Indicador	Metas		Iniciativa
		Actual	Deseada	
Conocer el tiempo que tarda un empleado en ascender a puestos más altos.	Duración en el puesto (<i>turnover rate</i>)	>10 años	Entre 4 y 8 años	Fomentar el crecimiento lateral y vertical para renovar puestos de responsabilidad y evitar actitudes viciadas y maneras de hacer consolidadas y anticuadas.
Conocer el grado de satisfacción de los empleados	Calidad ofrecida por el departamento	-	75%	Aumentar la satisfacción de los empleados en lo que se refiere a la atención al público.

Tabla 6: Indicadores perspectiva cliente (creación propia)

Perspectiva de Procesos Internos				
Objetivo	Indicador	Metas		Iniciativa
		Actual	Deseada	
Optimizar la contratación del personal	Tiempo medio por contratación	>45días	<30 días	Incremento de la calidad y eficacia del servicio en materia de selección. Bolsa de trabajo.
Conocer el porcentaje de problemas resueltos de manera inadecuada por la aplicación de diferentes criterios	Tasa de incumplimiento	-	0%	Establecimiento de criterios generales para que todos los trabajadores de los equipos apliquen el mismo.

Fomentar y potenciar un ambiente participativo a través de una comunicación abierta entre los equipos.	Índice de participación y trabajo en equipo	60%	100%	Generar un ambiente laboral cordial y colaborativo, con actitud positiva y potenciando un clima agradable.
--	---	-----	------	--

Tabla 7: Indicadores perspectiva procesos internos (creación propia)

Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento				
Objetivo	Indicador	Metas		Iniciativa
		Actual	Deseada	
Potenciar acciones dirigidas a fomentar la fidelización de empleados potenciales y clave para la institución.	N.º años de permanencia del talento	-	5 años en el mismo puesto	Creación de grupos de trabajo multidisciplinares para fomentar el trabajo por proyectos y asignarlos al personal antes de suceder un estancamiento.
Conocer el porcentaje de empleados formados en una acción específica obligatoria.	Índice de formación y capacitación	50%	100%	Identificación del personal que no está formado en materia obligatoria para actualizar los procesos y corregir el error.
Optimizar la formación inicial y la eficacia de los empleados cuando se afrontan a las situaciones	Tiempo para alcanzar objetivos	2-6 meses	1-4 meses	Creación de itinerarios formativos claros, directos y orientados a la resolución de las tareas diarias.

Tabla 8: Indicadores perspectiva de aprendizaje (creación propia)

4.8.1. Ventajas y beneficios de un CMI.

El CMI, según Kaplan y Norton (1992), aporta determinados beneficios al departamento al permitir:

- Conectar la estrategia de la organización a todos los niveles operacionales.
- Detectar a tiempo la desalineación de la estrategia.
- Interpretar tendencias y corregir desviaciones.
- Medir información desorganizada para su interpretación.
- Integrar todos los niveles de la compañía fomentando la comunicación.
- Facilita el conocimiento y caracterización de los trabajadores de la institución.
- Permite conocer el tipo de tareas que más recursos requieren.
- Ayuda a armonizar la unidad de gestión (departamento o Servicio) al analizar su rendimiento.

4.9.SITUACIÓN COVID

4.9.1. Gestión durante el COVID

Durante el 2020, y como consecuencia de la crisis sanitaria causada por la pandemia del SARS-CoV-2, el país se vio fuertemente azotado por la falta de profesionales y por la imposibilidad de traer personal externo al Principado. Hay que tener en cuenta que Andorra cuenta con una Universidad donde solamente se imparte, dentro del sector salud, el Grado en Enfermería. Por tanto, perfiles profesionales técnicos o especializados como Fisioterapeutas, Técnicos especialistas en Laboratorio Clínico, Técnicos especialistas en Farmacia, Técnicos especialistas en Transporte Sanitario, así como facultativos tienen que ser buscados fuera del país. Dado que para poder trabajar en el Principado es requisito indispensable un permiso de residencia y trabajo (para los no andorranos) y que las titulaciones tienen que pasar por un proceso de homologación y convalidación para poder ejercer dicha profesión, resultó complejo gestionar la falta de profesionales.

Alrededor de los meses de marzo, abril y mayo se sucedieron casi el 50% de bajas de todo el personal del SAAS, por motivos de aislamiento por contacto, positivos o sintomatología de COVID. Por este motivo se tuvo que tomar decisiones como fue la contratación masiva de

personal de último año para dar soporte, el incremento de los turnos y cargas de trabajo mediante la redistribución de horarios y funciones al mismo tiempo que intentamos maximizar las condiciones de no contagio: reestructuración de las medidas de la cafetería (comer de uno en uno y con separación de 2 metros), mascarilla en todo momento, instalación de gel hidroalcohólico en todos los servicios, restricción de contactos innecesarios entre los servicios, habilitación de circuitos específicos y aislados de pacientes, entradas y salidas unidireccionales, etc. Se habilitó un hotel para albergar a los residentes de los centros aledaños y asegurar un aislamiento preventivo al mismo tiempo que se intentó preservar la calidad en la atención. El personal voluntario que se prestó a realizar estas tareas fue a cargo de la participación ciudadana.

También se llegaron a establecer convenios con diferentes países para la comisión de servicios de personal sanitario. Cabe destacar, por tanto, la gran participación ciudadana en materia de prestación de funciones y tareas puesto que el departamento de GdP empezó a recibir propuestas de personas que se ofrecían sin retribución para cualquier tarea o función que se requiriese con el objetivo de ayudar y contribuir al no colapso del sistema sanitario.

Actualmente nos encontramos con que debemos rendir cuentas sobre los actos y justificar cada movimiento que se realizó en la situación para demostrar que se actuó correctamente, si es que puede medirse. Para ello, y previendo esta casuística, desde el minuto 1 el departamento de GdP monitorizó cada movimiento de personal y pasaba por firmas y autorización las órdenes de contratación y reestructuración de tareas y funciones que se hacían.

5. PERFIL DEL CANDIDATO

SERGIO ARTÉS ROMÁN

Email: sergio.artes.roman@gmail.com

Teléfono: +376340271 / +34655578815

Nacionalidad: española

- **Expectativas de carrera profesional**

Mi pasión por seguir aprendiendo y crecer dentro del ámbito de la salud me lleva a plantear un futuro con aspiraciones que me aporten un equilibrio entre la estabilidad y el crecimiento. Entusiasmado en la Gestión de Personal y con una amplia visión y capacidad autocrítica.

Todo el mundo ha pasado por una situación compleja que no ha sabido gestionar.

- **Educación**

Grado en Psicología, Ciencias de la Salud 2012-09 - 2016-06

Universidad Jaume I de Castellón, Castellón de la Plana

Máster Universitario en Neuropsicología, Ciencias de la Salud 2017-10 - 2020-01

Universidad Abierta de Cataluña (UOC), Barcelona

Ciclo I Coaching Ejecutivo, Coaching 2019-09 - 2019-12

Escuela Europea de Coaching (EEC), Barcelona

Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria 2020-10 - actualmente

Universidad Internacional de la Rioja (UNIR), La Rioja

- **Experiencia**

Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS), Andorra 07/2017 - actualidad

HRBP -Técnico especialista

✓ Reclutamiento y selección Administración de personal Formación y desarrollo

- ✓ Migración de programa de gestión del personal Interlocución de los Servicios Centrales con el Área de GdP
- ✓ Interlocución de la Dirección de Enfermería con el Área de GdP Resolución de conflictos y asesoramiento en normativa laboral Creación de nuevos proyectos e iniciativas
- ✓ Creación de presupuesto de plantilla
- ✓ Elaboración de informes para Gobierno y su aprobación Seguimiento de plantilla
- ✓ Desdotación de personal y ajuste a las necesidades de la Dirección

Randstad, Andorra 02/2017 – 07/2017

Técnico de RH

- ✓ Selección de altos cargos de montaña y restauración
- ✓ Acción comercial y venta de productos para captación de clientes Creación de presupuestos
- ✓ Selección y reclutamiento de personal no-cualificado Administración de cuestionarios y pruebas técnicas Interlocución con empresas

Synergie, Barcelona 04/2016 – 02/2017

Consultor de RH

- ✓ Selección de personal
- ✓ Asesoramiento en materia laboral Captación de clientes
- ✓ Acción formativa en materia de prevención de riesgos Captación y reclutamiento de perfiles masivos
- ✓ Llevaba una cuenta de explotación de unas 20 empresas Administración de pruebas y cuestionarios de selección Evaluación por competencias

• **Habilidades**

- Trabajo en equipo
- Tolerancia a la presión
- Autonomía
- Capacidad analítica
- Gestión de conflictos

- Perseverancia
- **Idiomas**
 - Castellano nivel de competencia profesional
 - Catalán nivel de competencia profesional
 - Inglés nivel de competencia intermedio-bajo
 - Francés nivel de competencia bajo

- **Intereses**

Me gusta bailar, la montaña y tomar un buen café

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrada, J. V., García, M. G., Retamar, S. G., Casero, A. G., Felipe, N. M., & Durán, R. R. (2004). La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. *Enfermería global*, 3(2).
2. Bisbe J, Barrubés J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. *Rec Esp. Cardiol.* 2012;65(10):919-27
3. Domínguez Santiago, M. (2008). Factores determinantes en la gestión de recursos humanos en empresas de servicios que incorporan de manera sistemática nuevas tecnologías: Un estudio de caso en la comunidad valenciana. *Pensamiento & gestión*, (24), 88-131.
4. Estadística.ad/serveiestudis/web/index.asp [internet]. Principado de Andorra, Andorra: Departamento de Estadística de Andorra; 2021. Disponible en <https://www.estadistica.ad/serveiestudis/web/index.asp>
5. Herce, J. A. (2016). El impacto del envejecimiento de la población en España. *Cuadernos de Información económica*, 251, 39-48.
6. Kaplan RS, Norton DP. El Cuadro de Mando Integral. 3ª ed. Revisada. Barcelona: Gestión 2000; 2016.
7. Instituto Universitario de Pacientes. Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. Sant Cugat del Vallès: Instituto Universitario de Pacientes/Novartis. Disponible

en: <https://www.novartis.es/sites/www.novartis.es/files/PDFComunicacion-profesional-sanitario-paciente.pdf>

8. Malvárez, S. (2005). Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década. *Enfermería Universitaria*, 2(3).
9. Martínez, I. B. (2020). El Principat d'Andorra davant la situació d'emergència sanitària causada per la COVID-19 (CA-ES). *Revista Catalana de Dret Públic*, 175-182.
10. Mondy, R. W., & Noe, R. M. (2005). Administración de recursos humanos. *Pearson educación*.
11. Leyton-Pavez, C. E., Huerta-Riveros, P. C., & Paúl-Espinoza, I. R. (2015). Cuadro de mando en salud. *Salud pública de México*, 57, 234-241.
12. Montesinos, M. J. L. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos* (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia).
13. Naranjo Gil D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gac Sanit.* 2010; 24(3):220-4
14. Nuño, R.S. (2005). Atención sanitaria basada en el conocimiento. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(2), 361-371.
15. Ortún Rubio, V., & Meneu de Guillerna, R. (2006). Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. *Revista española de salud pública*, 80, 491-504.
16. Quintana, B.P. (2000). Health sector reform and its impact on human resources and employment management within the health sector. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(12), 43-54.
17. Ratzan SC. El futuro de la comunicación para la salud. Innovar a través del a colaboración. *Mètode Science Studies Journal* [revista en Internet] 2016. Disponible en:

<https://metode.es/revistas-metode/monograficos/el-futuro-de-lacomunicacion-para-la-salud.html>

18. Riba, L., & Solà, J. (2004). 7. Seguimiento sanitario del sarrío en el Principado de Andorra. Metodología, resultados y aplicaciones. EL SARRIO PIRENAICO RUPICAPRA p. pyrenaica: BIOLOGÍA, PATOLOGÍA Y GESTIÓN, 101.
19. Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpiñán, J. M., & Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.
20. Solinís, R. N. (2007). Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit*, 5(2), 283-92.
21. Vivas-López, S., & Fernández-Guerrero, R. (2011). Gestión por competencias en instituciones sanitarias: claves de la dirección de recursos humanos en la Comunidad Valenciana (España). *Estudios Gerenciales*, 27(120), 41-61.