

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS Y APLICACIÓN DEL MODELO COSO DE
CONTROL INTERNO EN LAS ÁREAS DE RECURSOS
HUMANOS DE LAS ORGANIZACIONES
SANITARIAS PÚBLICAS EN ANDALUCÍA**

DOCTORANDO:

D. Pedro Medina López

DIRECTORA:

Dra. Dolores Tous Zamora

Departamento de Economía y Administración de Empresas

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Universidad de Málaga, Noviembre 2015



**Facultad de Ciencias
Económicas y Empresariales**

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: Pedro Medina López

 <http://orcid.org/0000-0003-3104-9854>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Departamento de Economía y
Administración de Empresas

DOLORES TOUS ZAMORA, Catedrática de Escuela Universitaria del Departamento de Economía y Administración de Empresas de la Universidad de Málaga

CERTIFICA:

Que D. PEDRO MEDINA LÓPEZ, licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales, ha realizado en el Departamento de Economía y Administración de Empresas de la Universidad de Málaga, bajo mi dirección, el trabajo de investigación correspondiente a su Tesis Doctoral titulada:

“ANÁLISIS Y APLICACIÓN DEL MODELO COSO DE CONTROL INTERNO EN LAS ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PÚBLICAS EN ANDALUCÍA”

Revisado el presente trabajo estimo que puede ser presentado al Tribunal que ha de juzgarlo.

Y para que conste a efectos de lo establecido en el artículo 8 del Real Decreto 778/1998, regulador de los estudios de Tercer Ciclo – Doctorado, AUTORIZO la presentación de esta tesis en la Universidad de Málaga.

Málaga, Noviembre de 2015



Fdo.: Dolores Tous Zamora

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo, la colaboración, el esfuerzo y el cariño de muchas personas que, de manera inestimable, han contribuido a su realización.

En primer lugar, quiero expresar mi enorme agradecimiento a mi directora de tesis, Dra. Dolores Tous Zamora, por su gran labor de orientación, asesoramiento y dirección, basada en su amplia experiencia en la elaboración de investigaciones científicas, y también por su continuo ánimo y aliento, absolutamente imprescindibles en el desarrollo de un reto de esta naturaleza.

Mi más sincero agradecimiento a las Direcciones de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias de Andalucía por las facilidades concedidas, y en especial a los Directivos de Recursos Humanos que han colaborado directamente en este proyecto, así como a los expertos que han aportado su experiencia y buen hacer en el trabajo empírico que presentamos, con una mención especial hacia José Luis Sedeño y Enrique Pino.

A Isabel, mi mujer, quiero agradecerle sus aportaciones técnicas para el desarrollo de esta tesis, y también su constante estímulo, impulso y su absoluta confianza en mí, animándome continuamente en el camino duro, complicado y emocionante que ha supuesto la realización de este trabajo.

Para finalizar, mis hijos Isabel y Pedro, que han visto en esta aventura una manera de entusiasmarse a través del conocimiento, del trabajo, del esfuerzo y también de la creatividad, deseando que les sirva de ejemplo para comprender que la edad no es obstáculo para ilusionarse y comprometerse. Esto lo aprendí de mis padres, a los que agradezco sus enseñanzas, consejos y sobre todo su amor.

A todos, mi enorme gratitud.

Málaga, Noviembre de 2015

ÍNDICE

ÍNDICE

| | |
|--------------------|---|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
|--------------------|---|

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

| | |
|---|------------|
| CAPITULO 1: MODELOS Y SISTEMAS SANITARIOS. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. | 37 |
| 1.1 Modelos y Sistemas Sanitarios | 37 |
| 1.1.1 Clasificaciones de los Sistemas Sanitarios | 37 |
| 1.1.2 Modelos Sanitarios Públicos | 42 |
| 1.2 Sistema Nacional de Salud | 53 |
| 1.2.1 Legislación en torno al Sistema Nacional de Salud | 53 |
| 1.2.2 Prestaciones Sanitarias | 62 |
| 1.2.3 Centros y Personal del Sistema Nacional de Salud | 64 |
| 1.3 Sistema Sanitario Público de Andalucía | 68 |
| 1.3.1 Organización territorial y funcional | 68 |
| 1.3.2 Estructura Orgánica de la Consejería de Salud | 72 |
| 1.3.3 Planes y estrategias específicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía ... | 74 |
| 1.3.3.1 Plan Andaluz de Salud | 74 |
| 1.3.3.2 El Plan de Calidad..... | 76 |
| 1.3.3.3 La Gestión por Procesos Asistenciales..... | 78 |
| 1.3.3.4 La Gestión Clínica..... | 79 |
| 1.3.3.5 La Investigación e Innovación en Salud | 80 |
| 1.3.3.6 Las Nuevas Tecnologías | 81 |
| 1.3.3.7 La Acreditación Profesional | 82 |
| 1.3.3.8 El Contrato Programa | 83 |
| 1.3.3.9 Estrategias de Eficiencia | 84 |
| 1.3.4 Recursos Financieros | 85 |
| 1.4 El Servicio Andaluz de Salud | 86 |
| 1.4.1 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Atención Especializada | 87 |
| 1.4.2 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Atención Primaria | 96 |
| 1.4.3 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Áreas de Gestión Sanitarias | 102 |
| 1.4.4 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Red Transfusional de Andalucía | 108 |
| 1.4.5 Centros, Dispositivos y Cartera de Servicios en el SAS..... | 110 |
| 1.4.6 Recursos Humanos y Financieros del SAS | 121 |
| 1.5 Las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias..... | 124 |
| 1.5.1 Antecedentes de las Agencias Públicas Empresariales..... | 124 |
| 1.5.1.1 Antecedentes | 124 |
| 1.5.1.2 Agencias Públicas Empresariales | 126 |
| 1.5.2 Estructura de Centros | 128 |
| 1.5.3 Régimen Jurídico | 130 |
| 1.5.3.1 Normativa de creación. | 131 |
| 1.5.4 Objetivos y Funciones | 135 |
| 1.5.5 Actividad y Cartera de Servicios..... | 139 |
| 1.5.6 Calidad y Acreditación..... | 144 |

| | | |
|---|---|------------|
| 1.5.7 | Régimen Jurídico para Recursos Humanos | 145 |
| 1.5.8 | Régimen Económico Financiero | 146 |
| 1.5.8.1 | La Contabilidad | 146 |
| 1.5.8.2 | Control y Fiscalización | 153 |
| 1.5.8.3 | Presupuesto | 154 |
| CAPÍTULO 2: LOS RECURSOS HUMANOS EN LA GESTIÓN PÚBLICA | | 161 |
| 2.1 | Introducción | 161 |
| 2.2 | La gestión pública de los Recursos Humanos | 163 |
| 2.2.1 | Los Recursos Humanos y la función pública | 163 |
| 2.2.1.1 | Evolución de los modelos de función pública | 165 |
| 2.2.1.2 | La gestión de las personas en el ámbito público | 169 |
| 2.2.1.3 | Revisión del sistema de gestión de Recursos Humanos | 174 |
| 2.3 | Política de personal en el Sistema Sanitario Público | 177 |
| 2.3.1 | Políticas de Recursos Humanos en evolución | 177 |
| 2.3.2 | El profesional en el Sistema Sanitario Público | 180 |
| CAPÍTULO 3: EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA | | 189 |
| 3.1 | Marco Jurídico Administrativo | 189 |
| 3.1.1 | Introducción | 189 |
| 3.1.2 | Principales Normas Generales | 190 |
| 3.2 | Plan de Ordenación de Recursos Humanos | 192 |
| 3.2.1 | Introducción | 192 |
| 3.2.2 | Objetivos del Plan de Ordenación de RRHH | 196 |
| 3.2.3 | Análisis de la Plantilla | 201 |
| 3.3 | Calidad y Acreditación | 207 |
| 3.3.1 | Concepto y modelos de calidad | 207 |
| 3.3.2 | Dimensiones de la calidad | 211 |
| 3.3.3 | Programas de calidad internos y externos | 212 |
| 3.3.4 | El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía | 215 |
| 3.3.5 | La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía | 218 |
| 3.3.6 | La Acreditación de competencias profesionales | 221 |
| 3.4 | Plan de calidad para la Administración Pública española | 226 |
| 3.4.1 | Aplicación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad | 228 |
| 3.5 | La Gestión de Personas | 235 |
| 3.6 | Las políticas de Profesionales | 239 |
| 3.6.1 | Selección | 239 |
| 3.6.1.1 | Procesos ordinarios de selección y provisión | 239 |
| 3.6.1.2 | Personal Estatutario. Bolsa de Empleo Temporal | 242 |
| 3.6.2 | Retribuciones | 247 |
| 3.6.3 | Formación y Desarrollo | 252 |
| 3.6.3.1 | Acreditación de las Actividades de Formación | 253 |
| 3.6.3.2 | Carrera y Desarrollo Profesional | 257 |
| 3.7 | Las políticas de Profesionales en las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias... .. | 262 |
| 3.7.1 | Derecho laboral en las Agencias Públicas Empresariales | 262 |
| 3.7.2 | Principales políticas de Profesionales | 265 |

| | |
|--|------------|
| CAPITULO 4: EL CONTROL INTERNO..... | 275 |
| 4.1 Marco conceptual del control interno | 275 |
| 4.1.1 El riesgo y la necesidad del control..... | 275 |
| 4.1.2 Evolución del concepto de control interno..... | 280 |
| 4.1.3 El control interno en el contexto internacional | 285 |
| 4.1.4 Las reformas del sistema de control interno en la UE | 290 |
| 4.2 Control interno y Administración Pública | 293 |
| 4.2.1 Justificación..... | 293 |
| 4.2.2 Auditoría y control en el ámbito público | 301 |
| 4.3 El control interno en la Administración Pública Española | 305 |
| 4.3.1 Control interno y la Intervención General de la Administración del Estado .. | 306 |
| 4.3.2 Control interno y la Ley General Presupuestaria | 308 |
| 4.3.3 Control interno y la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía | 313 |
| 4.4 Normas Generales de control interno..... | 316 |
| 4.4.1 Normas Generales relativas al concepto de control interno | 316 |
| 4.4.2 Normas Generales relativas al ambiente de control..... | 318 |
| 4.4.3 Normas Generales relativas a la valoración del riesgo..... | 323 |
| 4.4.4 Normas Generales relativas a las actividades de control..... | 326 |
| 4.4.5 Normas Generales relativas a sistemas de información | 335 |
| 4.4.6 Normas Generales relativas al seguimiento..... | 337 |
| 4.5 El control interno y la calidad | 341 |
| 4.5.1 Introducción | 341 |
| 4.5.2 Análisis comparativo..... | 343 |
| | |
| CAPITULO 5: EL MODELO COSO DE CONTROL INTERNO..... | 349 |
| 5.1 Nuevo paradigma de control interno..... | 349 |
| 5.1.1 Marco conceptual | 349 |
| 5.1.2 Aplicación a organizaciones privadas y públicas..... | 353 |
| 5.2 Estructura del Informe COSO | 356 |
| 5.2.1 Partes del Modelo COSO..... | 356 |
| 5.2.2 Componentes del Control Interno | 357 |
| 5.2.2.1 Entorno de control..... | 362 |
| 5.2.2.2 Evaluación de riesgos..... | 367 |
| 5.2.2.3 Actividades de control | 373 |
| 5.2.2.4 Información y Comunicación | 377 |
| 5.2.2.5 Supervisión | 381 |
| 5.2.3 Limitaciones del control interno..... | 387 |
| 5.3 Modelos derivados del COSO. Modelo COCO..... | 388 |
| 5.3.1 Estructura | 388 |
| 5.3.2 Guía para la autoevaluación | 390 |

SEGUNDA PARTE: DISEÑO DEL MODELO PARA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

| | |
|---|------------|
| CAPITULO 6: DISEÑO DEL MODELO DE AUTOEVALUACIÓN..... | 399 |
| 6.1 La Autoevaluación del Control Interno en las Áreas de RRHH..... | 399 |
| 6.1.1 La importancia de los RRHH en el Sistema Sanitario Público | 399 |
| 6.1.2 La importancia de la autoevaluación | 400 |
| 6.1.2.1 Beneficios y aporte de valor a la Organización..... | 400 |
| 6.1.2.2 Cultura de autocontrol | 407 |
| 6.1.2.3 Metodología para la autoevaluación..... | 409 |
| 6.2 El Cuestionario como herramienta de autoevaluación en el Informe COSO..... | 416 |
| 6.2.1 Factores y elementos más significativos..... | 419 |
| 6.3 Justificación y objetivos del modelo de autoevaluación propuesto..... | 422 |

TERCERA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

| | |
|--|------------|
| CAPITULO 7: TRABAJO EMPÍRICO | 431 |
| 7.1 Objetivos de la investigación..... | 431 |
| 7.1.1 Pregunta de investigación | 431 |
| 7.1.2 Esquema de trabajo..... | 435 |
| 7.2 Metodología de la investigación..... | 439 |
| 7.2.1 Ficha técnica del trabajo de campo y cuestionarios | 442 |
| 7.2.2 Diseño del cuestionario..... | 444 |
| 7.3 Análisis estadísticos aplicados..... | 453 |
| 7.3.1 Análisis Cuestionario I..... | 453 |
| 7.3.2 Análisis Cuestionario II..... | 459 |
| 7.3.2.1 Análisis de resultados por subhipótesis | 463 |
| 7.3.2.2 Análisis de resultados por preguntas | 516 |
| 7.3.2.3 Análisis de resultados por componentes..... | 562 |
| 7.3.2.4 Análisis de las preguntas abiertas..... | 565 |
| 7.3.3 Discusión final de los resultados..... | 568 |

CUARTA PARTE: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|------------|
| CAPITULO 8: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN | 579 |
| 8.1 Introducción | 579 |
| 8.2 Conclusiones del Análisis Teórico | 580 |
| 8.2.1 Conclusiones referidas a Modelos y Sistemas Sanitarios | 580 |
| 8.2.2 Conclusiones referidas a los Recursos Humanos en la Gestión Pública | 582 |
| 8.2.3 Conclusiones referidas al Área de Recursos Humanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía | 583 |

| | |
|---|------------|
| 8.2.4 Conclusiones referidas al Control Interno | 584 |
| 8.2.5 Conclusiones referidas al Modelo COSO de Control Interno..... | 586 |
| 8.2.6 Conclusiones referidas al Diseño del Modelo de Autoevaluación..... | 588 |
| 8.3 Conclusiones del Estudio Empírico..... | 590 |
| 8.3.1 Conclusiones sobre la opinión de los expertos consultados en la investigación exploratoria. Cuestionario I..... | 590 |
| 8.3.2 Conclusiones sobre las preguntas abiertas del Cuestionario II..... | 592 |
| 8.3.3 Conclusiones sobre las preguntas cerradas del Cuestionario II. Conclusiones referidas a la hipótesis general | 593 |
| 8.4 Limitaciones y futuras líneas de investigación..... | 600 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 603 |
| | |
| ANEXO I: Cuestionario I | 629 |
| ANEXO II: Cuestionario II..... | 635 |
| ANEXO III: Glosario de términos..... | 663 |

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1.1. Modelos de sistemas sanitarios de la Unión Europea..... | 50 |
| Tabla 1.2. Comparativo entre Modelo Seguridad Social y Modelo Sistema Nacional de Salud..... | 51 |
| Tabla 1.3. Centros Hospitalarios por CCAA..... | 65 |
| Tabla 1.4. Unidades de Gestión Clínica en el SAS..... | 80 |
| Tabla 1.5. Centros y Equipamiento. Atención Primaria del SAS..... | 111 |
| Tabla 1.6. Centros de Transfusión Sanguínea del SAS..... | 111 |
| Tabla 1.7. Centros y Equipamiento. Atención Hospitalaria del SAS..... | 112 |
| Tabla 1.8. Modelo de Cartera de Servicios de ejercicios anteriores en el SAS..... | 114 |
| Tabla 1.9. Plantilla de Personal del Servicio Andaluz de Salud. 2013..... | 121 |
| Tabla 1.10. Financiación del Servicio Andaluz de Salud.2015..... | 122 |
| Tabla 1.11. Cartera de Especialidades APES Costa del Sol..... | 140 |
| Tabla 1.12. Cartera de Especialidades APES Hospital de Poniente..... | 141 |
| Tabla 1.13. Cartera de Especialidades APES Hospital Alto Guadalquivir..... | 142 |
| Tabla 1.14. Cartera de Especialidades APES Bajo Guadalquivir..... | 143 |
| Tabla 1.15. Previsión de financiación presupuestaria de las APES 2015 | 156 |
| Tabla 2.1. Aspectos diferenciadores entre Cultura burocrática y Cultura de la Responsabilidad..... | 168 |
| Tabla 3.1. Distribución de efectivos según categoría profesional y ámbito. SAS..... | 202 |
| Tabla 3.2. Distribución porcentual de efectivos según categoría profesional. SAS..... | 203 |
| Tabla 3.3. Porcentaje por grupos profesionales de efectivos con edad >= 55 años..... | 204 |
| Tabla 3.4. Porcentaje de Jubilaciones en periodo (2013-2022) por Grupo de Personal. | 206 |
| Tabla 3.5. Cuadro de competencias profesionales del Médico de Atención Primaria..... | 225 |
| Tabla 3.6. Baremo de Méritos (Selección de Personal Estatutario Temporal del SAS)..... | 245 |
| Tabla 3.7. Baremo de Méritos de Personal Licenciado Sanitario (Niveles de carrera profesional)..... | 261 |
| Tabla 5.1. Principios asociados a cada Componente de Control Interno..... | 361 |
| Tabla 6.1. Estructura del Sistema de Control Interno..... | 411 |
| Tabla 7.1. Ficha Técnica del Cuestionario I..... | 443 |
| Tabla 7.2. Ficha Técnica del Cuestionario II..... | 443 |
| Tabla 7.3. Ficha Técnica del Trabajo de Campo..... | 444 |
| Tabla 7.4. Subhipótesis nº1. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 446 |
| Tabla 7.5. Subhipótesis nº2. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 446 |
| Tabla 7.6. Subhipótesis nº3. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 447 |
| Tabla 7.7. Subhipótesis nº4. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 447 |
| Tabla 7.8. Subhipótesis nº5. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 447 |
| Tabla 7.9. Subhipótesis nº6. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 448 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 7.10. Subhipótesis nº7. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 448 |
| Tabla 7.11. Subhipótesis nº8. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 449 |
| Tabla 7.12. Subhipótesis nº9. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 449 |
| Tabla 7.13. Subhipótesis nº10. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 450 |
| Tabla 7.14. Subhipótesis nº11. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 450 |
| Tabla 7.15. Subhipótesis nº12. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 451 |
| Tabla 7.16. Subhipótesis nº13. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 451 |
| Tabla 7.17. Subhipótesis nº14. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 452 |
| Tabla 7.18. Subhipótesis nº15. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas..... | 452 |
| Tabla 7.19. Cuestionario I. Pregunta 1. Análisis de las respuestas obtenidas..... | 453 |
| Tabla 7.20. Cuestionario I. Pregunta 2. Análisis de las respuestas obtenidas..... | 455 |
| Tabla 7.21. Cuestionario I. Pregunta 4. Análisis de las respuestas obtenidas..... | 457 |
| Tabla 7.22. Cuadro de Componentes, Subhipótesis y Preguntas del Cuestionario II..... | 462 |
| Tabla 7.S1. Subhipótesis 1..... | 464 |
| Tabla 7.S2. Subhipótesis 2..... | 468 |
| Tabla 7.S3. Subhipótesis 3..... | 472 |
| Tabla 7.S4. Subhipótesis 4..... | 475 |
| Tabla 7.S5. Subhipótesis 5..... | 478 |
| Tabla 7.S6. Subhipótesis 6..... | 480 |
| Tabla 7.S7. Subhipótesis 7..... | 484 |
| Tabla 7.S8. Subhipótesis 8..... | 488 |
| Tabla 7.S9. Subhipótesis 9..... | 491 |
| Tabla 7.S10. Subhipótesis 10..... | 495 |
| Tabla 7.S11. Subhipótesis 11..... | 498 |
| Tabla 7.S12. Subhipótesis 12..... | 502 |
| Tabla 7.S13. Subhipótesis 13..... | 506 |
| Tabla 7.S14. Subhipótesis 14..... | 509 |
| Tabla 7.S15. Subhipótesis 15..... | 512 |
| Tabla 7.23. Porcentaje de Cumplimiento de las Subhipótesis..... | 515 |
| Tabla 7.24. Porcentaje de Cumplimiento de las Subhipótesis según Componente..... | 562 |
| Tabla 7.25. Porcentaje de Cumplimiento de los Componentes..... | 563 |
| Tabla 7.26. Porcentaje de Cumplimiento de los Componentes por APES..... | 570 |
| Tabla 7.27. Distancia en el cumplimiento de los Componentes..... | 570 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 6.1. Presupuesto SAS 2015..... | 400 |
| Gráfico 7.S1. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 1..... | 467 |
| Gráfico 7.S2. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 2..... | 471 |
| Gráfico 7.S3. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 3..... | 474 |
| Gráfico 7.S4. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 4..... | 477 |
| Gráfico 7.S5. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 5..... | 479 |
| Gráfico 7.S6. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 6..... | 483 |
| Gráfico 7.S7. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 7..... | 487 |
| Gráfico 7.S8. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 8..... | 490 |
| Gráfico 7.S9. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 9..... | 494 |
| Gráfico 7.S10. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 10..... | 497 |
| Gráfico 7.S11. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 11..... | 501 |
| Gráfico 7.S12. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 12..... | 505 |
| Gráfico 7.S13. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 13..... | 508 |
| Gráfico 7.S14. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 14..... | 511 |
| Gráfico 7.S15. Resultados por Centros de la Evaluación Subhipótesis 15..... | 514 |
| Gráfico 7.P1. Resultados Pregunta 1..... | 517 |
| Gráfico 7.P2. Resultados Pregunta 2..... | 518 |
| Gráfico 7.P3. Resultados Pregunta 3..... | 519 |
| Gráfico 7.P4. Resultados Pregunta 4..... | 520 |
| Gráfico 7.P5. Resultados Pregunta 5..... | 521 |
| Gráfico 7.P6. Resultados Pregunta 6..... | 522 |
| Gráfico 7.P7. Resultados Pregunta 7..... | 523 |
| Gráfico 7.P8. Resultados Pregunta 8..... | 524 |
| Gráfico 7.P9. Resultados Pregunta 9..... | 525 |
| Gráfico 7.P10. Resultados Pregunta 10..... | 526 |
| Gráfico 7.P11. Resultados Pregunta 11..... | 527 |
| Gráfico 7.P12. Resultados Pregunta 12..... | 528 |
| Gráfico 7.P13. Resultados Pregunta 13..... | 529 |
| Gráfico 7.P14. Resultados Pregunta 14..... | 530 |
| Gráfico 7.P15. Resultados Pregunta 15..... | 531 |
| Gráfico 7.P16. Resultados Pregunta 16..... | 532 |
| Gráfico 7.P17. Resultados Pregunta 17..... | 533 |
| Gráfico 7.P18. Resultados Pregunta 18..... | 534 |
| Gráfico 7.P19. Resultados Pregunta 19..... | 535 |
| Gráfico 7.P20. Resultados Pregunta 20..... | 536 |
| Gráfico 7.P21. Resultados Pregunta 21..... | 537 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico 7.P22. Resultados Pregunta 22..... | 538 |
| Gráfico 7.P23. Resultados Pregunta 23..... | 539 |
| Gráfico 7.P24. Resultados Pregunta 24..... | 540 |
| Gráfico 7.P25. Resultados Pregunta 25..... | 541 |
| Gráfico 7.P26. Resultados Pregunta 26..... | 542 |
| Gráfico 7.P27. Resultados Pregunta 27..... | 543 |
| Gráfico 7.P28. Resultados Pregunta 28..... | 544 |
| Gráfico 7.P29. Resultados Pregunta 29..... | 545 |
| Gráfico 7.P30. Resultados Pregunta 30..... | 546 |
| Gráfico 7.P31. Resultados Pregunta 31..... | 547 |
| Gráfico 7.P32. Resultados Pregunta 32..... | 548 |
| Gráfico 7.P33. Resultados Pregunta 33..... | 549 |
| Gráfico 7.P34. Resultados Pregunta 34..... | 550 |
| Gráfico 7.P35. Resultados Pregunta 35..... | 551 |
| Gráfico 7.P36. Resultados Pregunta 36..... | 552 |
| Gráfico 7.P37. Resultados Pregunta 37..... | 553 |
| Gráfico 7.P38. Resultados Pregunta 38..... | 554 |
| Gráfico 7.P39. Resultados Pregunta 39..... | 555 |
| Gráfico 7.P40. Resultados Pregunta 40..... | 556 |
| Gráfico 7.P41. Resultados Pregunta 41..... | 557 |
| Gráfico 7.P42. Resultados Pregunta 42..... | 558 |
| Gráfico 7.P43. Resultados Pregunta 43..... | 559 |
| Gráfico 7.P44. Resultados Pregunta 44..... | 560 |
| Gráfico 7.P45. Resultados Pregunta 45..... | 561 |
| Gráfico 7.1. Resultados por Componentes de Control Interno..... | 563 |

INTRODUCCIÓN

Presentación

Este trabajo de investigación es fruto de un anhelo constante por poner en valor la importancia del control interno en cualquier tipo de organización (grande o pequeña, pública o privada, con o sin ánimo de lucro) dado que representa una parte muy importante de ella y afecta a sus políticas, procedimientos y estructuras, convirtiéndose en un elemento esencial para acometer el presente y encarar el futuro de la mejor forma posible.

Mi experiencia profesional ha estado siempre relacionada con la Gestión en organizaciones públicas y privadas y, por tanto, con la toma de decisiones pudiendo experimentar, a lo largo de más de 25 años, la necesidad de contar con sistemas de control que garantizaran que el camino seguido era el adecuado para conseguir los retos propuestos así como la propia continuidad y viabilidad de la organización.

El hecho de que durante más de quince años haya estado vinculado con puestos directivos en las Áreas de Recursos Humanos de Organizaciones Sanitarias Públicas (Hospitales, Distritos Sanitarios y Áreas de Gestión Sanitarias) me ha llevado a orientar este trabajo hacia el Sistema Sanitario Público en Andalucía, y a resaltar el papel trascendental que los profesionales juegan en él.

He podido comprobar que no existen muchos trabajos escritos y publicados en torno a la autoevaluación de los sistemas de Control Interno, y menos aún dirigidos a las Áreas de Recursos Humanos de las Organizaciones Sanitarias Públicas. De ahí mi interés por investigar y contribuir a generar conocimiento para que las Direcciones de esas organizaciones puedan realizar autoevaluaciones en relación con el Control, no solo de la legalidad, sino también de la eficiencia y la eficacia en esas Áreas, dada la importancia estratégica que los profesionales/trabajadores tienen en las Organizaciones del siglo XXI.

En la revisión de la literatura especializada he constatado que existe un consenso general de la significación del control interno como un proceso efectuado por la dirección y el resto del personal de una entidad con el objetivo de proporcionar un grado de seguridad razonable en el logro de la eficacia y eficiencia de sus operaciones, la fiabilidad de la información financiera y el cumplimiento de las leyes y normas que le sean aplicables.

1) Consideraciones generales sobre el tema investigado

La **sociedad actual** está sumida en un **permanente proceso de cambio** que requiere de las instituciones públicas más flexibilidad y toma de decisiones ágiles y rápidas. Desde finales de siglo pasado, están surgiendo en distintos países propuestas de **reformas de la administración pública**, denominadas postburocráticas, que intentan adaptarse a las nuevas necesidades de sociedades cada vez más dinámicas, lo que conlleva una preponderante colaboración entre lo público y lo privado (estado relacional).

El **sector público** desempeña un papel estratégico en la economía moderna y provee a la sociedad de un conjunto de bienes y servicios públicos mediante los que se pretende influir en la distribución de la renta y la riqueza nacional.

La sociedad precisa de un sector público **eficaz** capaz de dar respuestas satisfactorias tanto a las imperfecciones del sistema de mercado como a los problemas de desigualdad y pobreza existentes. Por ello, aspectos tan importantes y estratégicos para las organizaciones empresariales privadas como el **control interno y la calidad** están adquiriendo progresivamente, un papel primordial en las instituciones públicas, constituyéndose como piezas claves en el desarrollo de un sector público que adquiere, progresivamente, más peso en los estados modernos.

Una **necesidad del control** que está ligada a la existencia de recursos escasos, la discrecionalidad en la toma de decisiones, las diferencias en los objetivos, necesidades y motivaciones entre diferentes personas y grupos y la propia complejidad de la realidad organizativa (Amat, 2002).

La actitud de las personas ante las distintas actuaciones del trabajo conforman el control interno, que debe estar presente en todas y cada una de las actividades diarias de las organizaciones, y en todas y cada una de las decisiones que continuamente se toman, siendo por tanto una **cultura** que debe abarcar todos los departamentos, procesos y tareas que realizan todos y cada uno de los profesionales de una organización sea privada o pública.

En el **mundo empresarial privado**, la implantación de un sistema de control ha estado asociada con el propósito de garantizar la buena gestión de la empresa de cara

a terceros, bien sean clientes, proveedores, accionistas, etc. Por ello, el **sistema de control interno** debe ser algo dinámico que se adecue constantemente a las nuevas necesidades de la organización, capaz de disminuir los riesgos a los que se expone en su actividad, todo ello relacionado con el cumplimiento de objetivos, efectividad, autocontrol, etc.

Así, los sistemas de control interno son reclamados por los accionistas o propietarios de la empresa que quieren garantizar la viabilidad y eficiencia de su negocio. Tienen como objetivo “controlar” que las políticas de una organización se están llevando a cabo con un consumo eficiente de recursos, y por tanto pueden garantizar su continuidad, y “detectar” las posibles desviaciones que puedan existir con objeto de adoptar anticipadamente las medidas adecuadas.

También en el ámbito público ha ido **evolucionando** el interés por el control interno, sobre todo cuando se ha venido observando como desde la década de los años 70, el **sector público** ha crecido de manera considerable en los países en desarrollo, lo que ha conllevado la necesidad de buscar reformas dirigidas a mejorar su eficiencia y eficacia organizativa, teniendo en cuenta las específicas características de las organizaciones de este sector:

- Su enfoque para lograr objetivos sociales o políticos.
- La utilización de los fondos públicos.
- La importancia del ciclo presupuestario.
- La complejidad de su funcionamiento

Un sector cuya responsabilidad pública obliga a hacer un balance entre los valores tradicionales como la legalidad, integridad y transparencia, y los modernos valores gerenciales como eficiencia y eficacia.

Esta evolución ha venido de la mano de Organizaciones como el Comité del Sector Público de la Federación Europea de Expertos Contables que establece que los tres principios fundamentales del gobierno de las instituciones son: transparencia, integridad y rendición de cuentas. En este sentido, muchos expertos recomiendan que los elementos específicos del sistema de control interno a incluir en el informe de la dirección sean los establecidos en el capítulo dedicado a la información a terceros según **el informe COSO**.

Las siglas COSO corresponden al Committee of Sponsoring Organizations de la Treadway Commissions (National Commission on Fraudulente Financial Reporting). La Comisión se crea en 1985 en los Estados Unidos, por instituciones de reconocido prestigio y relevancia en el ámbito del control y auditoría interna, tanto del sector público como privado, con la finalidad de identificar los factores que originaban la presentación de información financiera falsa o fraudulenta y emitir las recomendaciones que garantizaran la máxima transparencia informativa en este sentido.

El Informe COSO es el resultado de un trabajo realizado durante más de cinco años por el grupo de trabajo que formó la **Comisión Treadway**, con el objetivo fundamental de **definir un nuevo marco conceptual del control interno** capaz de integrar las diversas definiciones y conceptos que hasta ese momento se habían venido utilizando. Desde sus orígenes, este Informe se ha ido incorporando a la gestión empresarial tanto al ámbito del **sector privado como público**. De hecho, el Congreso de 2004 de la International Organization of Supreme Audit Institution (**INTOSAI**) acordó incorporarlo a la **Guía para las normas de control interno del sector público**, que iba dirigida a la administración Gubernamental y sus organizaciones.

Por tanto, esta guía (normas INTOSAI) que comprenden el modelo COSO, puede ser utilizada por la administración gubernamental, organizaciones públicas y privadas, y por los auditores, como herramienta para alcanzar el control interno. Se convierte en un documento que define un marco recomendado para el control interno en el sector público y presenta una base para que **pueda ser evaluado**.

La propia **Unión Europea** ha impulsado su seguimiento y utilización, destacando la labor realizada por los órganos de control externo del sector público que, en su afán por estandarizar toda la normativa aplicable en este campo, emiten sus propias normas a través de la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI).

Muchos autores, como Urbano López de Meneses (2009), consideran que se debería incorporar las normas INTOSAI al ámbito del sector público, al igual que normas de auditoría generalmente aceptadas, como las normas del IFAC o las del American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) son muy utilizadas dentro del sector privado.

La **calidad**, como aspecto importante y estratégico para las organizaciones empresariales privadas, está teniendo también, en las últimas décadas, un papel preponderante en las instituciones públicas, constituyéndose como otra pieza clave en el desarrollo de un sector público cada vez más presente en las sociedades modernas, con el consiguiente desarrollo de las políticas de calidad.

El control interno, en nuestro país, tiene una historia mas larga que la calidad ya que las auditorias del control interno de carácter financiero se remontan al año 1978 con la primera ley en España de Sociedades Anónimas, mientras que las primeras normas certificables de calidad tienen su origen en el año 1994. De hecho, una buena parte de la terminología utilizada por los sistemas de calidad se ha tomado de los sistemas de auditoria de control interno si bien con algunas matizaciones.

En cualquier organización, pública o privada, son necesarios los **sistemas de calidad y de control interno** para caminar hacia la excelencia, si bien sus cometidos son distintos en cuanto a los objetivos que persiguen.

El sector público en sentido amplio, que comprende a las Administraciones Públicas (AAPP) y al sector público empresarial (o empresas públicas), ha tenido tradicionalmente una gran importancia en el modelo del Estado Social y de Derecho en cuanto medio para cumplir con las políticas económicas diseñadas en cada momento histórico. La mayor parte de sus actividades y actuaciones están dirigidas a garantizar un nivel y calidad de vida suficiente a todos los ciudadanos dentro del denominado Estado del bienestar.

Las políticas de bienestar social consisten en aplicar las medidas desarrolladas por las AAPP con el objetivo de proveer y producir bienes y servicios sociales para mejorar las condiciones materiales de vida de los individuos así como para aumentar su calidad de vida. Por ejemplo, es el caso de los servicios de sanidad, seguridad social, educación, vivienda, protección social y promoción social, urbanismo, ordenación del territorio, ocio, cultura y protección del medio ambiente, entre otros.

En nuestro país, la **importancia y el crecimiento del Sector Público** y concretamente del **sistema sanitario público y sus recursos humanos**, queda reflejada en las siguientes cifras:

- Asumiendo las dificultades de sintetizar, de manera fidedigna en un indicador, el peso del sector público en una economía, éste suele aproximarse a través de la ratio «Gasto público no financiero/PIB». En 2011, la referida ratio se situó en el 42,7%, o lo que es lo mismo, 7 puntos porcentuales superior a 2001, en el que se mantenía en torno al 36 por ciento. Esto evidencia que la **participación del sector público en el PIB** es cada vez mayor en nuestro país.

- **El gasto sanitario en relación con el PIB** ha venido sufriendo un retroceso en el periodo que va desde el 2009 al 2013, pasando del 6.5% al 5.9%, fijándose un gasto por habitante que pasó, en ese mismo periodo, de 1.510 a 1.309 euros. (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

- La importancia que el **gasto sanitario** tiene sobre el **gasto total** de las Administraciones Públicas alcanza un porcentaje del **14 por ciento**, e indica que el sector sanitario mantiene un fuerte crecimiento de gasto en los últimos años.

- Así, en 2013, más del **45,0 por ciento** del gasto sanitario público se destinó a cubrir las **remuneraciones** de los trabajadores del sector. Le siguen en importancia los gastos en consumo intermedio, con un 23,5 por ciento, los gastos en transferencias corrientes, que suponen un 18,0 por ciento, y los gastos en compras al sector privado a través de conciertos, que representan un 11,6 por ciento del gasto sanitario público.

- De acuerdo con los datos del año 2013, un 44,9 por ciento del gasto sanitario público del sector ha sido originado por tres **Comunidades Autónomas**: Cataluña, **Andalucía** y Madrid, con 9.265, **8.812** y 7.403 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y la Comunidad Foral de Navarra son las comunidades con el gasto más bajo, en valores absolutos.

- En Andalucía, el **gasto sanitario público en remuneraciones de personal** alcanza los 4.177 millones de euros, lo que representa el **47,4%** del gasto sanitario público total, un poco por encima de la media de las Comunidades Autónomas que asciende al 46,1%.

La **Constitución Española** ampara y protege el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, mediante una cobertura universal y gratuita convirtiéndose en un pilar básico del **Estado del bienestar** y uno de los motores fundamentales en cuanto a la

redistribución de la riqueza de nuestro país. De hecho, la administración pública capitaliza mayoritariamente la producción en la asistencia sanitaria.

En España, existe un **Sistema Nacional de Salud** que goza de bastante buena imagen dentro y fuera de nuestras fronteras, y un alto nivel de credibilidad entre la ciudadanía. Un Sistema Nacional que convive con multitud de sistemas de seguros públicos y privados (Sanitas, Mapfre, etc.) y proveedores privados en régimen de conciertos (ambulancias, clínicas concertadas, alta tecnología, etc.).

Para la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** un **sistema de salud** es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud y que precisa de personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la **pobreza y fomentar el desarrollo**.

En este contexto, los distintos actores del sistema sanitario público han de ser conscientes de que para mantener y defender este activo tan importante, son imprescindibles los esfuerzos hacia las mejoras en **eficiencia** y se requiere de la **implantación de sistemas de control interno** que den seguridad razonable de que se cumplen los objetivos, se cumplen las leyes y normas aplicables, se aportan estados financieros fiables, y en definitiva que se asegura el funcionamiento de la propia organización.

La **actividad de control interno** en el sector público es algo que parece quedar encuadrado únicamente en el ámbito de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (en el caso de España en las Intervenciones Generales del Estado) en la mayoría de los casos su control se ciñe a un control de legalidad. En los últimos años existe una corriente de pensamiento que revela la necesidad de establecer controles más amplios que además de la legalidad aborden la eficacia y eficiencia de las políticas adoptadas.

No obstante, cada vez más se promueve y afianza la necesidad **de implicar a los propios directivos** de las organizaciones públicas en todo lo relacionado con el control interno, como algo inherente al ejercicio cotidiano de su quehacer profesional,

que genere sinergias hacia una actividad , que los ciudadanos reclaman, más transparente, más abierta a la sociedad y que garantice un uso adecuado de los fondos públicos, tanto desde el punto de vista de la eficiencia y eficacia como de la legalidad y siempre cumpliendo los objetivos para los que son destinados. En definitiva avanzar en el camino de la **autoevaluación y el autocontrol**.

En este contexto, en el sector público en general y en el sector público sanitario en particular se ha desarrollado una cultura de **preocupación constante por la calidad** que ha llevado, en el caso de Andalucía, a crear en el seno de la propia Consejería de Salud, una Agencia de Calidad Sanitaria (ACSA) dedicada al estudio y certificación de calidad dentro del ámbito público, estimulando, entre otros, la certificación tanto de centros y servicios/unidades de gestión, como de los propios profesionales sanitarios.

2) Estado actual de la investigación

Son muy numerosos los estudios llevados a cabo acerca de la necesidad de contar con **sistemas de control interno** dentro de las organizaciones públicas, aunque ciertamente estas investigaciones se han ceñido, mayoritariamente, al ámbito de la legalidad. No obstante, cobra fuerza la corriente que aboga por un control interno de mayor alcance que incluya **auditorías operativas**, cuya regulación legal en el sector público estatal data del año 2003, con la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, Ley General Presupuestaria. De los estudios realizados podemos citar, algunos casos prácticos como el elaborado por Martínez Manzano (2009).

Otros autores como Amat (2002), señalan que la **función de control** de una organización es vital para el desarrollo y **supervivencia** de la misma. El que exista más o menos control es fundamental para asegurar que todas y cada una de las actividades de una empresa se realice de la forma deseada y contribuyan a la consecución de los objetivos globales.

Sin duda, hablar de control interno, en los últimos años, es hablar de las bondades del informe COSO no solo en el ámbito de la empresa privada sino también en el sector público. Autores como Miguel Barquero (2013) apuntan que al igual que tuvo una gran repercusión la ley Sarbanes en el desarrollo del control interno de las empresas

americanas, es preciso ahondar en un proceso de cambio que produzca también efectos parecidos en el sector público.

Es necesario trabajar para que el futuro de la fiscalización asuma dicho cambio de enfoque que la haga más **eficiente** y más útil, para todos los que intervienen en el entorno de lo público: políticos, gestores, trabajadores y ciudadanos.

A continuación relacionamos algunos de los estudios realizados en España sobre el control interno en el ámbito del sector público:

- Lazo Vitoria y Ximena Angélica, 2006, en su tesis doctoral “Los controles internos de la Administración pública en el derecho español, singular referencia al control interno del gasto público”.

- Dorta Velázquez, 2001, en su tesis doctoral “Un modelo integral de control interno en el contexto de la Universidad Pública española”.

- Parrés García, 2010, en su artículo “Un modelo de control interno que induce al desarrollo del gerencialismo público: la experiencia de Canarias”.

También en el ámbito de la Unión Europea es de destacar a Urbano López de Meneses (2009), en su estudio “La armonización del control interno en la Unión Europea”.

Podemos concluir que existe una variedad de estudios sobre la importancia y la evolución del control interno en el ámbito del sector público, sin embargo hay muy poco escrito y publicado, en nuestro país, sobre la adecuación de modelos integrales de control interno al sector público empresarial en el ámbito sanitario.

3) Acotación del objeto de la investigación

La existencia de recursos escasos, la discrecionalidad en la toma de decisiones, las diferencias en los objetivos, necesidades y motivaciones entre diferentes personas y grupos, y la propia complejidad de la realidad organizativa, son motivos más que suficientes para **justificar la necesidad del control** en las organizaciones públicas ó privadas.

El crecimiento de los mercados, los cambios tecnológicos, la promulgación de leyes y otros instrumentos jurídicos con mayores exigencias de control, el creciente reclamo a los administradores públicos de rendir cuentas por su gestión, son condiciones que

requieren la toma de acciones concretas por parte de la Administración para **mejorar sus sistemas** de control interno.

Esta mejora, puede hacer que dichos sistemas se conviertan en **herramientas** efectivas para conducir a las instituciones públicas hacia:

- el logro de su cometido y el cumplimiento de objetivos.
- aprovechar al máximo los recursos disponibles, en búsqueda de mejora de la eficiencia.
- prevenir el desperdicio y el uso inadecuado o ilícito de esos recursos.

Un control interno efectivo puede **apoyar el éxito de una organización** en diferentes formas, todas ellas basadas en las acciones de su personal:

- ejercitando su juicio y creatividad al tiempo que administra o controla los riesgos de que ocurran acciones indebidas.
- impulsando cambios en la organización o gestión, al tener un adecuado conocimiento de los riesgos.
- usando información confiable, en el momento oportuno y al nivel más adecuado en la organización.

Existen distintos organismos, como el American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) que ponen de manifiesto que el establecimiento y correcto mantenimiento de un sistema de control interno es **responsabilidad de la gerencia**, estando bajo su supervisión permanente para asegurarse que funciona de acuerdo con las directrices marcadas por la propia dirección.

Por ello, es muy importante llevar a cabo **autoevaluaciones de los sistemas de control** interno, cuyo propósito sea el análisis regular, por las propias organizaciones, de sus procesos y resultados de gestión para identificar los puntos fuertes y las deficiencias y determinar los oportunos planes de mejora.

En este sentido, con este trabajo hemos perseguido:

- 1) Resaltar las tendencias recientes que señalan que el control interno en las **organizaciones públicas** debe abarcar un campo más amplio que el del propio control de legalidad, y que mediante la implantación de sistemas de control interno basados en modelos internacionales del tipo **COSO**, se pueda asegurar el control y el

uso correcto de los recursos por parte de los gestores públicos, garantizándose la viabilidad y el futuro de las instituciones.

2) Poner en valor la figura de la **Autoevaluación** a realizar por los Directivos de las Organizaciones, mediante cuestionario/encuesta que permita conocer y monitorizar el grado de adecuación de los sistemas de control interno a las recomendaciones del modelo COSO y tras un análisis regular llevado a cabo por **los propios directivos** (escaso coste), les permita obtener una visión independiente y anticipada de la valoración formal de las Unidades de Control y Auditoría, que les pueda servir para identificar los puntos fuertes y también las deficiencias a partir de las cuales determinar los planes de mejora continua, potenciando así la imagen de transparencia y de calidad ante los ciudadanos, las instituciones de auditoría y los propios profesionales de las organizaciones.

3) Dada la **importancia del sector público** en España y también en la Comunidad Autónoma de Andalucía, nuestro objetivo es centrarnos en el ámbito de la **Sanidad Pública de Andalucía**, dada su elevada participación en los presupuestos públicos de la Comunidad Autónoma para el ejercicio 2015:

Total Presupuesto de la CCAA Andalucía: 29.625 millones de euros

Total Presupuesto Servicio Andaluz de Salud: 7.764 millones de euros

Total Gastos Personal en el Servicio Andaluz de Salud: 4.014 millones de euros

El presupuesto del Servicio Andaluz de Salud (SAS) supone el 26% del presupuesto total de la Comunidad Autónoma. Asimismo, el Capítulo de Gasto de Personal supone el 52% del total presupuesto del SAS y 14% del total del presupuesto de la Comunidad Autónoma.

Es evidente la **importancia estratégica** de los **Recursos Humanos en las Organizaciones Sanitarias Públicas**, no solo por el papel esencial y central de las mismas en cuanto a la consecución de los objetivos sociales propuestos, sino también por el enorme peso en el volumen total de recursos económicos que implica dicha partida de gasto. Esto conlleva un plus añadido de responsabilidad a la hora de controlar de manera adecuada los recursos humanos de esas organizaciones.

Por ello, hemos considerado de interés analizar los sistemas de control interno en las áreas de recursos humanos de organizaciones sanitarias públicas.

A la hora de **delimitar nuestro campo de actuación**, y dado que no hemos encontrado ningún estudio sobre la autoevaluación del control interno en las áreas de recursos humanos del sistema sanitario público, hemos decidido centrarnos en la Comunidad Autónoma de Andalucía, y más concretamente en las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (empresas públicas sanitarias) por su doble vertiente: organización empresarial y su dimensión pública.

4) Objetivos de la investigación

Con estos antecedentes, nos hemos propuesto una investigación cuyo **objetivo general** es conocer cómo funciona el control interno en las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y su adecuación a las recomendaciones establecidas en el Informe COSO, como modelo de control interno más reconocido a nivel internacional.

En este sentido, los **objetivos específicos** serían:

- Conocer y valorar la situación del sistema de control en el área de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales del SSPA, mediante un modelo de autoevaluación creado a partir de las “herramientas de evaluación” incluidas en el Informe COSO, que pueda ayudar a los directivos a diagnosticar la situación de sus sistemas de control interno.
- Adecuar el modelo de autoevaluación propuesto para las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias del SSPA como herramienta de mejora continua a través de sus evaluaciones periódicas.

Para alcanzar dichos objetivos, hemos formulado la siguiente **Hipótesis**:

Las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía (dependencia orgánica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), se adecuan a las recomendaciones de control interno establecidas en el informe COSO.

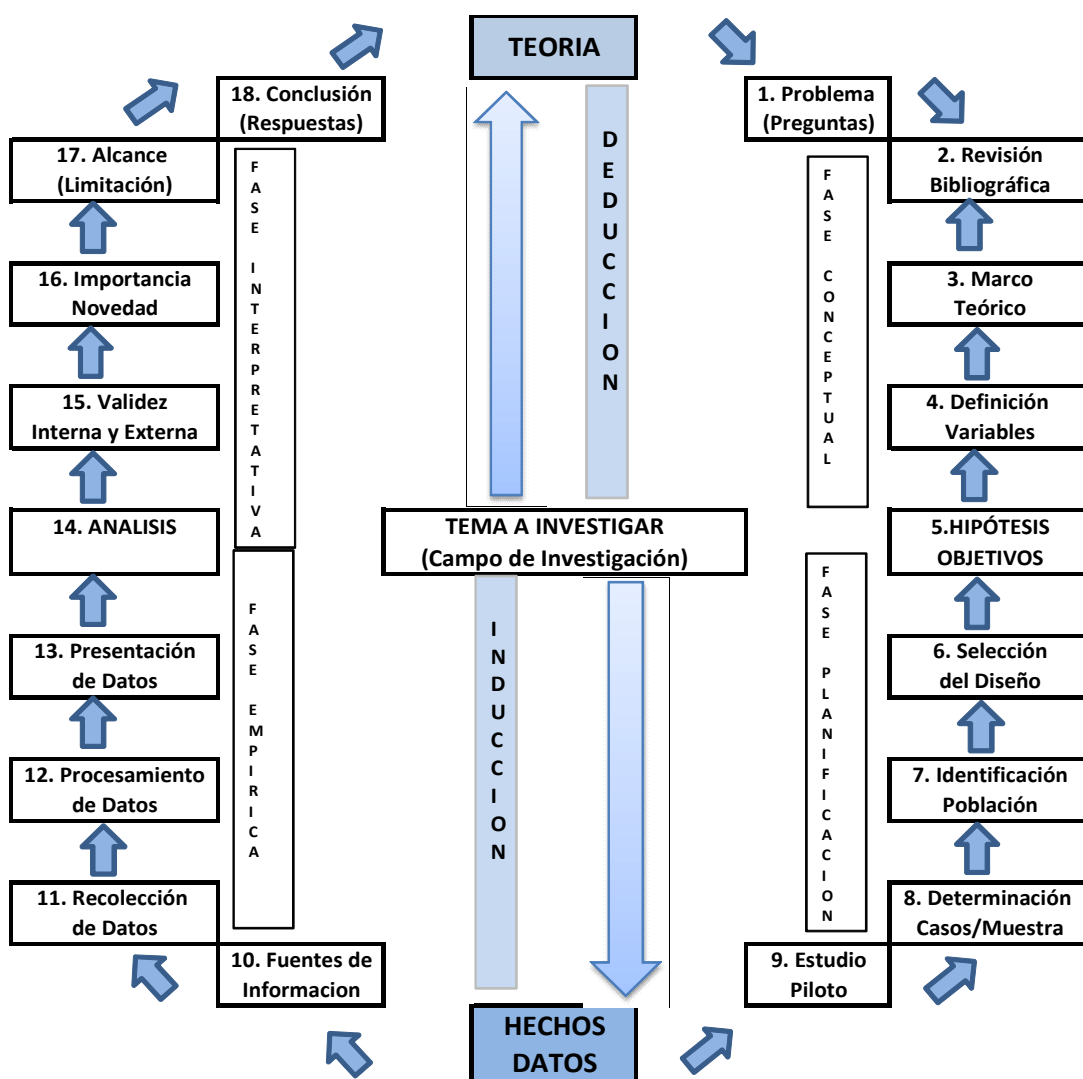
Asimismo, hemos definido las siguientes **subhipótesis** para que en virtud de su cumplimiento o no, podamos validar o negar la pregunta de investigación:

- 1) La Dirección de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria de Andalucía (APES) y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) demuestran y transmiten al resto de empleados, un mensaje de integridad, valores éticos y responsabilidad a través de actuaciones y comportamientos.
- 2) La Dirección de la APES y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) especifican el nivel de competencia profesional, en cuanto al nivel de conocimientos y habilidades imprescindibles.
- 3) La Dirección de la APES tiene un papel importante así como una alta implicación en el control interno de los RRHH.
- 4) Existe una estructura organizativa adecuada a la actividad del Área de RRHH, con unos responsables adecuados por sus conocimientos y experiencia.
- 5) Existe una asignación de responsabilidad y una delegación de autoridad entre directivos y cargos Intermedios del Área de RRHH.
- 6) La Dirección de la APES tiene definidos para el Área de RRHH una estrategia de la que se derivan unos objetivos de carácter general, así como unos objetivos específicos para sus profesionales basados en dichos objetivos generales.
- 7) La APES identifica y analiza los riesgos relevantes que pueden influir en la consecución de los objetivos, tanto los generales de la propia entidad como los específicos del Área de RRHH.
- 8) El Área de RRHH tiene mecanismos para identificar los acontecimientos o cambios rutinarios que pueden afectar en la consecución de sus objetivos específicos.
- 9) El Área de RRHH dispone de registros que acreditan el cumplimiento de las normas y leyes aplicables así como las políticas establecidas por la propia empresa.
- 10) El Área de RRHH contrata el personal necesario y con la cualificación suficiente para llevar a cabo sus tareas, y garantiza la formación periódica de sus profesionales.
- 11) El Área de RRHH dispone de sistemas de información donde se recogen, procesa y presenta la información pertinente.
- 12) La comunicación en el Área de RRHH cubre las expectativas y responsabilidades de individuos y grupos.
- 13) El Centro realiza una Supervisión continuada del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.
- 14) El Centro realiza evaluaciones puntuales del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.

15) La Dirección del Centro conoce las posibles deficiencias de control interno que se produzcan en el Área de Recursos Humanos.

5) Metodología de la investigación

En el desarrollo de este trabajo se ha seguido la secuencia de actividades requeridas en todo proceso de investigación, con sus respectivas fases:



Fuente: Bobenrieth Astete, MA, 2005

Fuentes de investigación

Un trabajo de investigación debe basarse en fuentes de información capaces de proporcionar los datos necesarios para la explicación y comprensión de su exposición y facilitar el desarrollo del estudio.

Entre las distintas clasificaciones de fuentes de información existentes, en nuestro trabajo utilizamos el criterio que se establece en función de su contenido o nivel informativo, distinguiendo entre fuentes primarias y secundarias.

El papel desempeñado por las fuentes de información primarias en esta investigación es fundamental y básico, sobre todo en lo que a la **comprobación empírica de las hipótesis planteadas** se refiere. Estas se han basado fundamentalmente en la realización de **dos cuestionarios**:

- **Cuestionario I:** enviado a un grupo seleccionado de expertos en el ámbito de la dirección y gestión de recursos humanos en organizaciones sanitarias públicas. Este cuestionario se diseñó abierto y tenía por objeto conocer su opinión sobre aspectos como: la importancia que los encuestados daban al Control Interno; las ventajas que podría aportar la existencia de un modelo de autoevaluación del control interno; la existencia o no de modelos de autoevaluación del control interno en el Área de RRHH de las organizaciones sanitarias públicas; los principales factores claves de éxito en la implantación de sistemas de control interno etc.

Entre el primer y segundo cuestionario, se ha realizado una revisión del contenido del Cuestionario II, con otros profesionales también con amplia experiencia en las materias centrales que conforman el contenido de nuestro trabajo de investigación: Control Interno y Recursos Humanos.

- **Cuestionario II:** enviado directamente a los Directores de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias de Andalucía pertenecientes a la Consejería de Salud y adscritas funcionalmente al Servicio Andaluz de Salud. La cumplimentación de este cuestionario se ha realizado mediante entrevista personal con el correspondiente directivo. El cuestionario, que contenía tanto preguntas abiertas o de opinión como cerradas, ha permitido obtener información sobre las

características y funcionamiento de las áreas de recursos humanos de los centros, con objeto de poder contrastar la hipótesis objeto de estudio.

El desarrollo del contenido teórico de este trabajo se apoya, fundamentalmente, en la utilización de fuentes secundarias tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, destacando la utilización de datos estadísticos y recursos bibliográficos.

Para finalizar este apartado, mencionaremos los organismos e instituciones más significativas, que han proporcionado información para la realización del presente trabajo, clasificándolas de la siguiente forma:

a) Bases de datos y revistas.

En cuanto a las bases de datos consultadas han sido las siguientes:

- ABI/INFORM Global, elaborada por el ProQuest Information and Learning Company.
- DIALNET, base de datos de acceso libre que fue creada por la Universidad de la Rioja y constituye una hemeroteca virtual que contiene los índices de las revistas científicas y humanísticas de España, Portugal y Latinoamérica, incluyendo también libros (monografías), tesis doctorales, libros homenajes y otros tipos de documentos.
- ISOC, perteneciente al Instituto de Información y Documentación en Ciencias Sociales y Humanidades, cubre las áreas temáticas de Economía, Sociología, Ciencias Políticas, Ciencias Jurídicas, etc.
- TESEO, base de datos del Ministerio de Educación con información de las tesis doctorales leídas en las Universidades Españolas.
- Agencia española del ISBN que recoge los libros editados en España desde 1972.

En cuanto a las revistas consultadas hay que destacar, entre otras, las siguientes:

- Gaceta Sanitaria
- Auditoría Pública, Revista de los Órganos Autonómicos de Control Externo.
- Alta Dirección, Revista de gestión para Directivos y Ejecutivos de empresas
- Auditoría interna, Revista del Instituto de Auditores Internos de España
- Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Málaga.
- Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa
- Revista Recursos Humanos
- Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI
- Cuadernos de Economía y dirección de la empresa, revista de la Dirección científica de Economía y Dirección de la Empresa.

- RRHH Digital

b) Organismos Internacionales

- INTOSAI, Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores.

www.intosai.org

- ISO, International Organization for Standardization. www.iso.org

- EFQM, European Foundation for Quality Management. www.efqm.org

- OCDE, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos www.oecd.org

c) Organismos Nacionales

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

- Asociación Española para la calidad (AEC). www.aec.es

- Intervención General de la Junta de Andalucía.

- Tribunal de Cuentas del Reino. www.tcu.es

- Servicio Andaluz de Salud

- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

- Agencias Públicas Empresariales Sanitarias de Andalucía

- Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA)

d) Fuentes normativas

Organismos que emiten normas relacionadas con los distintos ámbitos vinculados al objeto de nuestro estudio, todas ellas incluidas en el apartado de Bibliografía.

La revisión bibliográfica realizada y la información obtenida como consecuencia del análisis de las distintas fuentes utilizadas, constituyen la base necesaria para poder contrastar nuestra hipótesis.

6) Estructura de la investigación

El desarrollo de este trabajo de investigación ha tenido en cuenta los siguientes grandes apartados:

- Descripción de los modelos y sistemas sanitarios, con especial referencia al sistema sanitario público de Andalucía.
- Análisis del papel de los Recursos Humanos en la gestión pública.

- Descripción del Área de Recursos Humanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Descripción del Marco conceptual del Control Interno, y más concretamente del Modelo COSO.
- Descripción del diseño del modelo para autoevaluación del control interno.
- Investigación empírica mediante el diseño y revisión, con la colaboración de expertos, del cuestionario para autoevaluación del sistema de control interno en las áreas de recursos humanos. Posterior envío de los cuestionarios a los directivos de RRHH de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias de Andalucía (APES).
- Análisis de resultados de los cuestionarios recibidos y elaboración de las conclusiones y posibles recomendaciones sobre la adecuación del control interno en las áreas de recursos humanos a las especificaciones contenidas en el Informe COSO.

El contenido de esta tesis, que se ha estructurado en **ocho capítulos** organizados en **cuatro partes** diferentes, comienza con esta introducción y finaliza con las conclusiones más relevantes del estudio realizado y con las limitaciones y futuras líneas de investigación.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: Se realiza una descripción de los distintos modelos y sistemas sanitarios existentes, analizando los modelos sanitarios públicos que, de forma generalizada, reconocen la mayoría de los autores.

Posteriormente se detalla el modelo sanitario español y la importancia del Sistema Nacional de Salud (SNS) en nuestro país, creado para dar cumplimiento al **precepto constitucional que establece el artículo 43**, en el que se reconoce el derecho a la protección de la salud, y se establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Un SNS, concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que debidamente coordinados integran o adscriben funcionalmente todos

los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones locales y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.

Se abordan los aspectos básicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en cuanto a organización territorial, funcional, prestaciones sanitarias, cartera de servicios, y los planes y estrategias específicas del mismo, destacando la gestión clínica.

Se analizan los distintos organismos que proveen la asistencia sanitaria en el SSPA, fundamentalmente el **Servicio Andaluz de Salud (SAS)** como agencia administrativa de las previstas en el artículo 65 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, que se adscribe a la Consejería de Salud y que aglutina la mayoría de los Centros Sanitarios de la Comunidad Autónoma y las **Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES)** adscritas orgánicamente a la Consejería de Salud:

- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Estas empresas públicas se crearon al amparo de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, con objeto de incorporar nuevas formas de gestión y organización en el sistemas sanitario público de la CCAA Andaluza, permitiendo avances en la organización de la actividad y en la gestión de los recursos; la organización en áreas asistenciales integradas o el desarrollo de la consulta especializada de alta resolución, aportaciones todas ellas que se han extendido al conjunto del SSPA.

Estas APES se constituyen en el sujeto de nuestra investigación empírica.

CAPÍTULO II: En este capítulo se analizan los aspectos fundamentales de los recursos humanos en la gestión pública, teniendo presente que las organizaciones están convenciéndose de que la tarea no es tanto “gestionar” personas, sino “**dirigir o liderar**” personas. Diversos estudios demuestran como la forma de dirigir los recursos humanos tiene influencia sobre el éxito que alcanza la organización y los resultados obtenidos respaldan la hipótesis de que aquellas que utilizan un conjunto de prácticas

de recursos humanos de **alto compromiso** obtienen mejores resultados que aquellas organizaciones que no las emplean.

Hoy en día nadie duda de que una de las partes más importantes de una organización, si no la que más, la constituye el **capital humano**. Si nos situamos en el ámbito público esto adquiere un mayor valor debido a:

- El elevado número de personas que trabajan en el sector y el peso que las remuneraciones del personal representan en el total del presupuesto.

- La diversidad y la complejidad de los tipos de personal que trabajan en la administración, como son, por ejemplo, el sanitario, el docente y el de justicia.

Se analiza la **evolución de los modelos de función pública** a través de informes de la OCDE y cómo los proyectos de reforma de la gestión pública vienen buscando el desarrollo del gerencialismo propio, que termine con las disfunciones del modelo burocrático imperante. Este nuevo **gerencialismo público**, por tanto, intenta que se produzca una transformación cultural: “de una cultura burocrática a la cultura de la responsabilidad”.

Se analiza la **nueva gestión pública (NGP)** como corriente de pensamiento que afronta la crisis de legitimidad de lo público y que ha logrado extenderse y ser generalmente aceptada. Esta crisis se vincula a un sentimiento de frustración acrecentado con los casos de corrupción y malversación que se producen con alguna frecuencia y que hace que el ciudadano se sienta alejado de las instituciones políticas y administrativas y de sus dirigentes e integrantes.

Durante las últimas dos décadas ha habido un fuerte impulso de las cuestiones relativas a la **transparencia dentro del Sector Público**, especialmente al calor de las recomendaciones de organismos e instituciones como la OCDE, el FMI o la propia Unión Europea. La transparencia mejora la rendición de cuentas (accountability) y la eficiencia del Sector Público, incentiva las prácticas presupuestarias legales y fomenta conductas éticas recomendables, lo cual ha supuesto mayores **exigencias al gestor público**. Unas exigencias cada vez mayores en términos de eficacia, eficiencia y economía, sin olvidar la obvia sujeción a la legalidad y a la normativa contable y financiera. Pero además, deberá estar atento a nuevas demandas de la ciudadanía en materia de ecología, equidad o impacto de género, entre otros aspectos.

Posteriormente se trata la revisión de los **sistemas de gestión de recursos humanos**, en los que la tendencia actual es **promover el compromiso** de los miembros de la organización con los resultados de la misma, tal y como se observa en los estudios llevados a cabo por la OCDE, en los que se acredita que los resultados de productividad están soportados en la **optimización del uso de los recursos humanos**, tecnológicos y financieros. En este sentido, la gerencia deberá impulsar acciones dirigidas a desarrollar la motivación y el compromiso de los empleados, a fortalecer la cultura común y a mejorar sus competencias profesionales. En definitiva, debe velar por la calidad de vida de sus trabajadores garantizando su capacitación, bienestar y motivación lo cual coadyuva a desarrollar en las personas el compromiso, responsabilidad y sentido de pertenencia con la organización.

Por último se analiza la evolución e importancia de la **política de personal** en el Sistema Sanitario Público, destacada por muchos autores, incluso por aquellos que han llegado a la convicción de que el **Sistema Sanitario Público (SSP)** está **amenazado en su sostenibilidad** por problemas estructurales, no sólo financieros, que requieren cambios profundos en los modelos de organización y gestión, considerando que el foco debe ponerse, sobre todo, en los **recursos humanos**.

CAPÍTULO III: En este capítulo se analiza el Marco Jurídico Administrativo aplicable al Área de Recursos Humanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en cuanto a las normas fundamentales que lo sustentan, y sobre todo aquellas leyes que más han influido en el **devenir de los profesionales** del Sistema Nacional de Salud, como la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias y el Estatuto Marco de los profesionales sanitarios de los servicios de salud.

Se aborda también la cuestión relativa a los **Planes de Ordenación de Recursos Humanos** que tal y como se conciben en la Ley 55/2003, constituyen una herramienta de gestión que permite orientar las decisiones que van a afectar a los profesionales a lo largo de su vida laboral, así como adecuar la planificación de recursos humanos a las necesidades sanitarias de los ciudadanos que en cada momento se planteen.

Se analizan también los aspectos fundamentales en torno a la **Calidad y la Acreditación**, con referencia expresa a las competencias profesionales. Se aborda el proceso **de Certificación de competencias en el SSPA**, como un proceso voluntario

a través del cual el profesional revisa, de forma sistemática, su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia, que tenía previamente, o que ha alcanzado durante el proceso de acreditación. El Programa de Certificación de Competencias Profesionales pretende garantizar la presencia y/o adquisición de nuevas competencias, así como un determinado nivel de desarrollo de las mismas a lo largo de la vida profesional.

Seguidamente se aborda **el Plan de Calidad para la Administración pública española**, asumiendo que el modelo europeo de gestión de la calidad para las Administraciones Públicas (EFQM), ha de servir para que sus organizaciones puedan realizar un diagnóstico de su situación, conocer sus puntos fuertes y débiles y desarrollar sus áreas de mejora.

Se resumen también los aspectos fundamentales de las **políticas de profesionales en el SAS**, desde lo concerniente a Selección con sus procesos ordinarios de **selección y provisión** (sistemas de concurso, oposición, concurso-oposición) hasta las bolsas de empleo temporal con sus principios y criterios generales. Asimismo, se presentan los puntos fundamentales de la política de retribuciones, desarrollo profesional y formación.

En este sentido, La **Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias define a la **formación continuada** como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

Por último, se aborda la **política de profesionales en las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias**, por su carácter especial y diferenciador con el resto de profesionales del Servicio Andaluz de Salud. El artículo 70 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, establece que el personal de las agencias públicas empresariales se rige en todo caso por el **Derecho Laboral**, así como por lo que le sea de aplicación en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto

Básico del Empleado Público y que será seleccionado mediante convocatoria pública en medios oficiales, basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad.

CAPÍTULO IV: En este capítulo se revisa el **marco conceptual del control** y su necesidad ligada a la existencia de recursos escasos, la discrecionalidad en la toma de decisiones, las diferencias en los objetivos, necesidades y motivaciones entre diferentes personas y grupos, y la propia complejidad de la realidad organizativa.

Se analizan sus distintos modelos y perspectivas y se **vincula con el riesgo**, al entender que el Control Interno es una herramienta surgida de la imperiosa necesidad de accionar proactivamente, los efectos de suprimir y / o disminuir significativamente la multitud de riesgos a los cuales se hayan afectadas los distintos tipos de organizaciones, privadas o públicas, con o sin fines de lucro.

Posteriormente se repasa el **contexto internacional**, fundamentalmente con el salto cualitativo tan importante que tuvo lugar con ocasión de la publicación del **Informe COSO** en Septiembre de 1992. Así, en Europa, se presentó en 2004 un **libro blanco para la reforma de la Comisión de las Comunidades Europea**, en el que el nuevo modelo propuesto se fundamenta en una concepción del control interno que, como propone COSO, pone el énfasis en la **responsabilidad de los gestores y el papel de la Alta Dirección** para impulsar una cultura organizativa favorable al control y por tanto, al establecimiento y desarrollo del sistema de control interno.

En **España**, los sistemas de control interno de las organizaciones empresariales y/o administraciones públicas se están reformando siguiendo, en gran medida, los elementos del modelo COSO. Se analiza la necesidad del Control Interno en la Administración Pública española para cumplir con el **mandato constitucional** recogido en el art. 103, que establece que la Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho. Por ello, la ley General Presupuestaria contempla **tres modalidades o formas de ejercer el control interno**: la función interventora, el control financiero permanente y la auditoría pública.

Posteriormente se analiza también el control interno en la Ley General de Hacienda Pública de Andalucía, que faculta a la **Intervención General de la Junta de**

Andalucía como el superior órgano de **control interno** y de **contabilidad pública** de la gestión económico-financiera de la Administración de la Junta de Andalucía y de sus entidades instrumentales.

La última parte de este capítulo se dedica al desarrollo de unas **normas generales de control interno** que podrían proporcionar un esquema básico para la transparencia en la gestión pública en el marco de la legalidad, la ética y la rendición de cuentas. Normas relativas al ambiente de control, valoración del riesgo, actividades de control, sistemas de información y comunicación así como las relativas al seguimiento.

Por último, se analiza la relación entre control y calidad, y como del examen conjunto de los sistemas de **control interno y de aseguramiento de la calidad** de las organizaciones se podrían extraer puntos comunes en cuanto a los objetivos que persiguen, documentación a utilizar, metodología, responsabilidades, etc. En este sentido, las Normas de Control Interno de INTOSAI y la Norma ISO 9004 **son sistemas integrales** de una organización de control interno y de calidad respectivamente, de ahí su homogeneidad para su comparación.

CAPÍTULO V: En este capítulo se analiza el **nuevo paradigma de control interno a nivel mundial** que se ha ido haciendo visible en todo tipo de organismos, públicos y privados cuyo marco conceptual está constituido por los estudios promovidos por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (**COSO**, Committee of Sponsoring Organizations de la Treadway Commisions, National Commission on Fraudulente Financial Reporting). Este informe, cuya redacción fue encomendada a la auditora **Coopers & Lybrand** y que vio la luz en 1992, se presenta en cuatro secciones: 1) Resumen para la Dirección; 2) Marco general de referencia; 3) Información a terceros y 4) Herramientas de evaluación.

Este **liderazgo mundial** del **Informe COSO** ha sido reconocido por **proporcionar herramientas** necesarias para desarrollar, fortalecer y mantener un marco de control interno eficaz y eficiente que **ayude a todo tipo de organizaciones** a cumplir sus objetivos. Así, COSO, como organización privada, se ha dedicado a desarrollar guías y orientaciones sobre gestión de riesgos compartidos, control interno y prevención del fraude.

Se analiza la estructura del Informe COSO en el que se observa la existencia de una **relación directa** entre los **objetivos**, que es lo que una entidad se esfuerza por alcanzar, los **componentes** que representan lo que se necesita para lograr los objetivos y la **estructura organizacional** de la entidad (las unidades operativas, entidades jurídicas y demás). La relación puede ser representada en forma de cubo, el llamado “Cubo de COSO”.

Se lleva a cabo un análisis pormenorizado de los **cinco componentes**: Entorno de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y finalmente Supervisión. En este sentido, la bibliografía revisada concluye que la determinación de si un sistema de control interno es “eficaz” o no, constituye una toma de postura subjetiva que resulta del análisis de si están **presentes y funcionando** eficazmente los cinco componentes, lo que proporcionaría un grado de seguridad razonable a la dirección y al consejo de administración respecto de la consecución de los objetivos de la empresa.

Posteriormente se aborda las limitaciones del control interno, de modo que los sistemas de control estarán influenciados por toma de decisiones erróneas debidas a fallos humanos, entendiéndose que dicho sistema no puede ser más eficaz que las personas responsables de su funcionamiento.

Finalmente, a raíz de la presentación de COSO, se han desarrollado en los últimos años otros modelos de Control Interno: COCO (desarrollado por el Instituto canadiense de auditores de cuentas), COBIT(Asociación de Auditores y Control de los Sistemas de Información- ISACA). Cadbury (Reino Unido), Viento (Francia), Peters (Holanda) y King (Sudáfrica).

En relación con el **modelo COCO**, el cambio importante que presenta es que en lugar de conceptualizar el proceso de Control como una pirámide de componentes y elementos interrelacionados, proporciona un marco de referencia a través de veinte criterios generales que el personal en toda la organización puede usar para diseñar, desarrollar, modificar o evaluar el control. Los criterios se agrupan en cuatro grupos: propósito, aptitud, evaluación y aprendizaje.

Por último, de acuerdo con el modelo COCO, se presenta una serie de preguntas que se pueden utilizar para **autoevaluar** el sistema de control establecido en una

organización. Para determinar la **eficacia del control**, puede resultar provechoso para una organización expresar los criterios como **preguntas adaptadas a sus circunstancias**.

SEGUNDA PARTE: DISEÑO DEL MODELO PARA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

CAPÍTULO VI: En este capítulo se revisa la importancia que la ciudadanía da a la prevención del desperdicio y el uso inadecuado o ilícito de los recursos públicos. Sin duda, los dirigentes públicos y el resto de servidores de la Administración Pública deben caracterizarse, en su gestión, por un alto contenido de integridad personal y profesional y por la capacidad de comprender la importancia de **diseñar, aplicar y mantener controles internos razonables** que les permitan garantizar a la ciudadanía una gestión transparente y oportuna, respecto de la protección del patrimonio público y el cumplimiento de los objetivos y cometidos institucionales.

Para ello, se cuenta con la **Autoevaluación**, entendida como un proceso a través del cual la **efectividad del Control Interno es examinada y evaluada** y cuyo objetivo es proveer seguridad razonable para que todos los objetivos de la entidad sean alcanzados. En este sentido, y para fomentar la **Cultura del Control**, las Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, deberían realizar acciones para concienciar a los servidores públicos de la necesidad de llevar a cabo **ejercicios de autoevaluación periódicos**, que como parte del sistema de control, sirvan para **autodiagnosticarse**.

Por ello, es de primordial importancia fortalecer el **principio del autocontrol** en los servidores públicos, asumido como la capacidad de cada uno de considerar el control como inherente e intrínseco a sus responsabilidades, acciones, decisiones, tareas y actuaciones.

Se aborda la **metodología de la autoevaluación**, en cuanto a sus componentes, etapas y criterios de evaluación de los elementos. La estructura del Sistema de Control Interno está formada por tres niveles debidamente interrelacionados: Los subsistemas, los componentes y los elementos.

Por último se lleva a cabo un **análisis del cuestionario** como herramienta de evaluación en el Informe COSO, con sus factores y elementos más significativos recogidos en la sección cuarta del Informe: “**Herramientas de evaluación**”, y que servirán de base para formular **nuestras subhipótesis** que permitan verificar o no **nuestra pregunta de investigación**.

Nuestra investigación gira en torno a las Organizaciones Sanitarias Públicas, en las que los RRHH constituyen un elemento esencial a tener en cuenta a la hora de analizar el papel que dichas instituciones juegan en la sociedad actual. La enorme magnitud del Gasto de personal conlleva a avanzar en todas las acciones y políticas a implantar en torno al Control Interno en las Divisiones/Áreas de Recursos Humanos de las organizaciones sanitarias públicas.

Por ello, **hemos creado un modelo de Autoevaluación** (cuestionario) dirigido y cumplimentado por los propios Directivos de RRHH de las Organizaciones Sanitarias Públicas, que pueda servir, entre otros, como **herramienta de mejora continua** para las organizaciones que lo utilicen, en aras a una mayor transparencia y a una preocupación por mejorar y avanzar en la calidad del servicio que prestan.

TERCERA PARTE: ESTUDIO EMPIRICO

CAPÍTULO VII: Aborda la investigación empírica de este trabajo, mediante la que pretendemos conocer en qué medida los sistemas de control interno actualmente vigentes en las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias de Andalucía (APES), se adecúan a las recomendaciones de control interno establecidas en el Informe COSO, a través de sus cinco componentes: entorno de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y supervisión.

Para ello se ha partido del universo de las cinco APES pertenecientes a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía e integradas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

En este capítulo se detalla el esquema de trabajo seguido para obtener la **formulación de las subhipótesis** que nos servirán para verificar el cumplimiento de la hipótesis de este trabajo, y también la elaboración de las **preguntas de nuestro**

cuestionario que nos servirá para verificar el grado de cumplimiento de cada una de las subhipótesis planteadas.

Seguidamente se analizan las **dos fases** en que se ha desarrollado el trabajo empírico, cada una de ellas con sus cuestionarios y entrevistas, aportando la información relativa a sus fichas técnicas y diseño:

1ª Fase: Se elaboró el cuestionario I, abierto y acotado que constaba de seis preguntas y que se envió a un grupo de expertos seleccionados por su dilatada trayectoria directiva en el Área de los RRHH de Organizaciones Sanitarias Públicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para obtener una **opinión/valoración experta** en cuestiones como: el interés del Control Interno, su utilidad, los factores claves en la implantación de sistemas de control interno, las parcelas de RRHH que requerirían mayor desarrollo del control interno etc.

2ª Fase: Se elaboró el Cuestionario II que constaba de cuarenta y cinco preguntas cerradas y cuatro abiertas, todas ellas extraídas de las herramientas de evaluación del sistema de control interno del Informe COSO. Para ello, se analizaron los temas claves y puntos de atención vinculados a cada factor o elemento significativo relativos a los distintos componentes del control, así como posibles temas secundarios, lo cual nos ha permitido, teniendo en cuenta las características y circunstancias de las entidades a analizar, fijar las preguntas de nuestro cuestionario que nos servirán para verificar el grado de cumplimiento de cada una de las quince subhipótesis planteadas, y en virtud del mismo poder validar o negar la **pregunta de investigación**. Este cuestionario se ha **dirigido a los Directivos de Recursos Humanos** de todas las APES de Andalucía y han sido cumplimentados mediante entrevistas personales a cada uno de ellos.

Todo el análisis matemático llevado a cabo para la valoración de las respuestas obtenidas de los cuestionarios cumplimentados por las APES, que permite obtener el grado de adecuación de los componentes del control interno a las recomendaciones del Informe COSO y en definitiva todos los **cálculos operados en este estudio empírico**, se han volcado en un **modelo propio**, en formato de **hoja de cálculo (Excel)**, generado y creado por el autor de este trabajo.

Finalmente, se presentan las tablas y gráficos con los **resultados de la autoevaluación** llevada a cabo por los Directivos del Área de RRHH. Resultados que se calculan para cada pregunta, subhipótesis, componente y sistema de control interno, todo ello a partir de la valoración establecida para las distintas categorías de respuestas fijadas. Se lleva a cabo un análisis por pregunta (Agrupación de APES), por subhipótesis (por cada APES y Agrupación de APES), y por Componentes para finalizar con una valoración global del sistema de control (Agrupación de APES).

CUARTA PARTE: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

CAPÍTULO VIII: El último capítulo recoge las **principales conclusiones** del análisis teórico, según los distintos apartados analizados, y del trabajo empírico llevado a cabo, tanto de las opiniones de los expertos consultados como de toda la información extraída de los cuestionarios realizados a los Directivos de Recursos Humanos de las APES mediante entrevistas personales con cada uno de ellos.

Teniendo en cuenta que los sistemas de control interno en las Áreas de Recursos Humanos de las APES tienen un buen nivel de adecuación a las recomendaciones establecidas en el Informe COSO, sería factible que el diseño de **autoevaluación** a través del cuestionario elaborado sirviera para que, mediante su **evaluación continua** y periódica, se pudieran establecer **áreas de mejora**, teniendo en cuenta la importancia que los expertos han dado tanto a los distintos componentes del control interno como a las distintas parcelas dentro del Área de RRHH.

Seguidamente se analizan las **limitaciones** observadas en nuestro estudio y se proponen **futuras líneas de investigación** que puedan profundizar y ampliar el conocimiento en torno al tema de nuestro trabajo y sus cuestiones abordadas, así como poner luz a los interrogantes que puedan abrirse a raíz de esta investigación. Una línea podría consistir en analizar si existe una relación clara entre la mejora de los resultados de la autoevaluación del Control Interno y el mayor nivel de cumplimiento de los objetivos propuestos por la Organización.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

MODELOS Y SISTEMAS SANITARIOS. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

1.1 MODELOS Y SISTEMAS SANITARIOS

1.1.1. Clasificaciones de los Sistemas Sanitarios

Durante el siglo XIX se produjo en Europa Occidental la emigración de la población campesina hacia las ciudades, con el resultado de una economía de salarios en la que los trabajadores industriales se organizaban en cooperativas o sociedades que al principio resultaron débiles. Tras la adquisición del derecho de voto, se hicieron más fuertes y organizadas, comenzando a considerar al Estado como garante de las seguridades básicas.

El canciller Bismark (1883), alarmado por el crecimiento del partido socialdemócrata, convenció al parlamento conservador alemán de la necesidad de aprobar una serie de medidas sociales, entre las que se encontraba la protección parcial de los trabajadores no agrícolas en caso de enfermedad, invalidez y vejez. En el caso germano, en vez de asegurar estas prestaciones directamente, el gobierno prefirió que fuesen entidades privadas sin ánimo de lucro las que recaudasen las contribuciones de empleados y trabajadores y quienes, bajo la tutela estatal, administrasen los fondos obtenidos. Inicialmente, las primeras medidas solo cubrieron a los trabajadores de grandes empresas y nivel salarial más bajo.

El ejemplo alemán fue seguido por distintos países como Bélgica en 1894, Noruega en 1909, Gran Bretaña en 1912 y por Francia en 1928. Fuera de Europa, Japón en 1922 y Chile en 1924 también adoptaron medidas de cobertura obligatoria para la asistencia sanitaria de los trabajadores industriales. La depresión económica de 1929 despertó aún más la conciencia generalizada de la necesidad de protección, si bien, la escasa disponibilidad económica de los gobiernos frenaba los intentos de extensión de cobertura o universalización de la misma.

Nueva Zelanda, en 1939, fue el primer país en implantar la cobertura universal, seguido por Gran Bretaña que el 5 de julio de 1948 estableció el primer sistema sanitario de cobertura universal en Europa, con la creación del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (National Health Service - NHS). A partir de la posguerra, todos los países aumentaron las prestaciones y coberturas, llegándose a la cobertura universal en muchos de ellos.

La existencia de **distintos sistemas sanitarios** en el mundo hace necesario, según Repullo e Iñesta (2007), la utilización de **distintos criterios para su clasificación** y análisis:

- 1) El sistema de protección social que conforman.
- 2) Las relaciones o flujos económicos que desarrollan.
- 3) Las interacciones entre la producción y la demanda de servicios sanitarios.

1) Los sistemas de protección social pueden clasificarse en dos grandes grupos, públicos y privados. Las diferencias fundamentales entre ambos, relacionadas con la salud, estarían en:

- a) La consideración de la atención sanitaria como un derecho en los sistemas públicos o como un bien individual en los privados.
- b) La obligatoriedad o no de contribuir al sostenimiento económico del sistema de protección. En los sistemas públicos los ciudadanos o los trabajadores, si el sistema es de seguros, están obligados a financiar el funcionamiento de sus sistemas de protección. En los sistemas privados, la afiliación es completamente voluntaria.
- c) La relación entre la contribución económica y el riesgo de enfermar: esta relación es inexistente en los sistemas públicos, o en todo caso es colectiva y está muy regulada. La contribución se relaciona con la capacidad económica, mientras que la utilización de servicios se relaciona con su necesidad. En los sistemas privados, la base de cálculo de la prima es el cálculo del coste de los servicios que potencialmente utilizará el comprador de la póliza de forma que, en teoría, cada asegurado debe afrontar una póliza suficiente para cubrir todos los servicios potencialmente necesarios según su estado de salud.

2) En cuanto a las relaciones y flujos económicos, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (en adelante OCDE) ha incorporado una metodología para identificar diferentes subsistemas sanitarios que permita describir los sistemas de los países que forman parte de la organización. Esta metodología se basa en los modelos sugeridos por Evans en 1981 y trata de sintetizar las interacciones y los flujos económicos que se generan entre los principales agentes de los sistemas:

1. Los ciudadanos y las empresas.
2. Los usuarios / pacientes.

3. Los proveedores de primer y segundo nivel.
4. Los aseguradores o el “tercer pagador”.
5. El gobierno en su papel de regulador del sistema.

La **OCDE** identifica siete **subsistemas** basándose en las interrelaciones económicas entre los diferentes agentes:

- 1) *Pago directo*. En este subsistema los pacientes acuden directamente, sin cobertura por ningún seguro, a los proveedores que consideran adecuados y pagan por los servicios que reciben, normalmente es un sistema de pago por acto.
- 2) *Seguro voluntario con reembolso*, conocido como seguro de enfermedad. En este caso los ciudadanos o sus empresas pagan de forma voluntaria primas de seguro para la cobertura de los costes asociados a la enfermedad y los aseguradores reembolsan a los pacientes el pago de los servicios que han utilizado. Este subsistema es el más utilizado en países como Estados Unidos (EEUU), Reino Unido y Holanda.
- 3) *Seguro público con reembolso*. Este subsistema similar al anterior en cuanto a los flujos económicos, pero obligatorio y con aseguradores públicos, lo que limita los problemas asociados al reembolso voluntario, en especial la selección de riesgos y la falta de equidad en el acceso a los servicios. Algunos de los aspectos de este subsistema se encuentran en los sistemas sanitarios francés o belga.
- 4) *Seguro voluntario con contratos*. Los ciudadanos o sus empresas pagan de forma voluntaria a las compañías de seguros una prima normalmente relacionada con el riesgo. Estas compañías contratan servicios con los proveedores, y los pacientes pueden seleccionar como proveedor entre aquellos contratados por las compañías. Este subsistema es poco utilizado en Europa excepto en España en las conocidas como Compañías de Asistencia Sanitaria.
- 5) *Seguro obligatorio con contratos*. Es un subsistema utilizado en la mayor parte de los sistemas de seguros obligatorios. Los ciudadanos contribuyen a los fondos de seguros, las cajas o los diferentes regímenes, mediante impuestos, cotizaciones sociales o una mezcla de ambos. Los fondos de seguro son públicos, pudiendo estar bajo el control de los gobiernos (locales o central), o administrarse de forma independiente de éstos. Este subsistema se utiliza en

los sistemas sanitarios de Alemania, Holanda y la atención primaria de Reino Unido.

- 6) *Seguro voluntario integrado*. Los ciudadanos o las empresas, en relación con sus trabajadores, se afilian voluntariamente a una compañía de seguros, cuya característica principal es la integración vertical con los proveedores. Existe capacidad de elección de proveedor pero restringida a aquellos de la compañía. Subsistema utilizado en las compañías de asistencia gestionada en EEUU.
- 7) *Seguro integrado obligatorio*. Este subsistema es característico de los sistemas públicos con cobertura universal, dónde existe un único asegurador público que actúa de forma centralizada o descentralizada, al que contribuyen todos los ciudadanos mediante contribuciones específicas o impuestos generales, y que se caracteriza por la integración vertical con los proveedores a los que remunera mediante presupuesto o salario. Este subsistema es el utilizado en la actualidad en España y fue utilizado en Reino Unido para los hospitales antes de la reforma de finales de los 80.

3) En cuanto a la producción y demanda de servicios sanitarios pueden diferenciarse cuatro modelos:

- a) Sistema de mercado, caracterizado por desarrollar relaciones de competencia tanto en el lado de la oferta como en el de la demanda de servicios. El ejemplo más característico es el sistema de Estados Unidos.
- b) Mercado mixto, caracterizado por relaciones de competencia en el ámbito de la oferta, la elección viene determinada por el agente que realiza la compra y no por el usuario, y la asignación de recursos se basa en relaciones de contrato. El ejemplo más característico es la reforma hospitalaria llevada a cabo en Reino Unido en los años 80.
- c) Mercado interno, conocido también como competencia pública, caracterizado por relaciones de competencia en el lado de la demanda al ser el usuario quién decide con su elección la asignación de recursos. La elección se ejerce exclusivamente entre centros públicos y la asignación de recursos se basa en la elaboración de presupuestos flexibles que tienen en cuenta las preferencias de los usuarios.

- d) Sistema burocrático-administrativo, dónde no existe competencia ni en el lado de la oferta ni en el de la demanda. El ejemplo mas significativo es el Sistema Nacional de Salud de España.

La **Organización Mundial de la Salud** (en adelante OMS) **define el sistema de salud** como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Para dicha institución, las características más importantes que debe tener un **sistema sanitario óptimo** serían:

- 1) Universalidad, o cobertura total de la población sin ninguna distinción.
- 2) Atención integral, significa que el sistema sanitario debe atender no solo a la “asistencia” sino en conjunto amplio, a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- 3) Equidad en la distribución de los recursos.
- 4) Eficiente, es decir, mejores prestaciones y mejor nivel de salud al menor coste.
- 5) Flexibilidad, con objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades.
- 6) Participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario.

Según la OMS, **la gobernanza en el ámbito sanitario** se refiere a la “participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de política, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles.”

Para ello, **la información** debe ser relevante y fácilmente accesible para los políticos, gestores, profesionales sanitarios y el público general. A todos los niveles, **el buen gobierno sanitario requiere transparencia, responsabilidad e incentivos para promover la participación.** (Meneu y Ortún, 2011).

1.1.2. Modelos Sanitarios Públicos

Dentro del ámbito de la política y la sociología se enmarca el concepto de modelo sanitario que engloba los siguientes ítems: población receptora, financiación, actuaciones y competencias de salud pública y autoridad sanitaria, criterios de planificación y gestión sanitaria, etc.

Los países se dotan de los sistemas sanitarios como instrumentos operativos para cumplir con sus modelos teóricos diseñados por la autoridad política, y se convierten así en uno de los más importantes indicadores para analizar el estado del bienestar de una sociedad y su nivel de desarrollo. Por ello, los sistemas sanitarios son abiertos y están interrelacionados con otros sistemas, como el político, el fiscal o el educativo.

Todos los países desarrollados de nuestro entorno (Europa y América), poseen **sistemas sanitarios** con las siguientes **características**:

- El médico es el eje del sistema, ya que sus decisiones sobre tratamiento, pruebas, altas, etc. son variables decisivas sobre la financiación y funcionamiento de dicho sistema.
- La capacidad de los sistemas sanitarios de producir salud es limitada, aproximadamente del 11% frente al 89% que tiene la carga genética, los estilos de vida y el medio ambiente. Esto significa que no por invertir grandes cantidades de recursos en un sistema, el nivel de salud de la población necesariamente aumenta en la misma proporción, sino que en algunos casos puede disminuir.
- El fin de la asistencia sanitaria no es sólo salvar vidas, sino reducir la incapacidad del enfermo, mitigar su dolor y hacer lo mas llevadera posible sus enfermedades.

En esos países, existe un **debate político y social** sobre el sistema sanitario, sus problemas y sus posibles transformaciones, centrado fundamentalmente en los siguientes puntos:

1. Definir el papel del Estado en el sistema sanitario.
2. Definir las relaciones entre las instituciones del sistema sanitario centralización-descentralización, competencias entre centros, etc.

3. Definir el papel de los destinatarios de los servicios sanitarios, es decir de los pacientes, clientes, usuarios.
4. Definir claramente criterios de calidad del sistema y controles correspondientes.
5. Definir cuándo, cómo y dónde se incorporarán nuevas tecnologías.
6. Definir concretamente la forma de financiación del sistema.
7. Definir qué demandas nuevas van a satisfacerse y cuales no, ya que la aparición de enfermedades nuevas como el SIDA ha exigido verdaderas revoluciones en las planificaciones estratégicas.
8. Definir y analizar las relaciones con otras instituciones (asuntos sociales, ayuntamientos, etc.).

En relación con ello, se puede afirmar que todos los sistemas sanitarios modernos deben reunir una serie de **características básicas**:

- equidad y accesibilidad adecuada
- garantía del nivel de renta de los ciudadanos
- eficiencia macroeconómica
- satisfacción de los usuarios.

Asimismo, en todos ellos podremos identificar cuatro **actores principales**:

- la población
- los proveedores de servicios
- las agencias aseguradoras
- el gobierno.

A su vez, estos elementos están relacionados funcionalmente de cuatro maneras:

- por la regulación
- por la financiación
- por la gestión
- por la provisión de servicios.

Milton Terris (citado por Lamata, 1998), estableció un conjunto de tres criterios básicos de prestación de servicios como una guía para poder agruparlos:

- Sistemas de asistencia pública: Son propios de sociedades subdesarrolladas, que fundamentalmente prestan atención a indigentes con hospitales y dispensarios del Estado. Son sistemas propios de economías precapitalistas.
- Seguro de enfermedad: Desarrollados fundamentalmente en países industrializados, con una diversidad en cuanto a la financiación y a la provisión, que puede ser pública o privada mediante concertación de servicios. Sistema propio de las economías capitalistas.
- Servicio Nacional de Salud: Las prestaciones sanitarias son universales y equitativas. Se financian mediante los Presupuestos Generales del Estado y con una organización unitaria de los servicios mediante la integración asistencial. Son sistemas propios de economías socialistas.

Saltman y Von Otter, 1994 (citados por Lamata, 1998) realizaron un análisis de los procesos de cambio en los sistemas sanitarios públicos en Europa fijándose en el factor “tipo de gestión-organizativa” de las estructuras sanitarias, y cuyo resultado es la identificación de cinco tipos de sistemas:

1. Totalmente Planificados: Los planificadores toman las decisiones de asignación de recursos en base a criterios técnicos y de conocimiento de experto.
2. Planificación Adaptativa: Son procesos de planificación descentralizados a unidades más pequeñas situadas en niveles inferiores de la jerarquía organizativa.
3. Mercados Planificados: Supone un intento de crear mercados por medio del ejercicio de la autoridad estatal, con un uso limitado de mercado.
4. Mercados Regulados: En este caso el poder estatal regula los intercambios del mercado para intentar limitar algunos de los comportamientos perjudiciales de dicho sistema.
5. Mercado Puro: Se permite el libre juego de oferta y demanda de servicios, con una mínima regulación.

La OCDE propuso en 1987 una **clasificación de los sistemas sanitarios de países desarrollados** en tres modelos básicos que utilizaban como atributo discriminante la financiación-vía de recaudación: pública vía impuesto, pública vía seguridad social y privada:

- El modelo servicio nacional de salud (Beveridge), caracterizado por una cobertura universal financiado a través de los impuestos generales, con propiedad pública de los medios de producción y la provisión pública de la atención sanitaria.
- El modelo de seguridad social (Bismarck), caracterizado por una cobertura universal obligatoria, generalmente dentro del marco del sistema de Seguridad Social, financiado por las cuotas de empresarios y de los trabajadores, a través de fondos aseguradores sin ánimo de lucro, con una combinación público/privada en la propiedad de los medios de producción, y una combinación también público/privada en la provisión de los servicios sanitarios.
- El modelo de seguro privado, caracterizado por la compra de la cobertura sanitaria privada por parte de los individuos o determinadas empresas, financiado por los individuos y/o cuotas de los empresarios, y por una provisión de los servicios sanitarios de tipo privado, generalmente con ánimo de lucro.

De forma generalizada, la mayoría de los autores reconocen **tres modelos sanitarios públicos: Liberal, Socialista y Mixto.**

1) Modelo Sanitario Liberal

También llamado modelo de libre mercado, es el modelo que impera en Estados Unidos (EE.UU) y tiene las siguientes características:

- La salud es considerada como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud.
- El Estado (o los diferentes estados en el caso de EE.UU) realiza una contribución a la asistencia sanitaria comparativamente muy pequeña. Prácticamente lo invierte todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos. Las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo, o a través de seguros con primas muy altas.
- El usuario realiza directamente el pago al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo o más frecuentemente a través de compañías privadas de seguros. La regulación se limita a establecer unas condiciones para el ejercicio (licencias profesionales y otras), y la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

Ventajas:

1º) La alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes hace que la tecnología, y la investigación científico-médica avancen notablemente. Es innegable que la medicina americana está a la cabeza del mundo, aunque no así la salud de la población, que como decíamos antes responde en un alto porcentaje a otras variables (hábitos alimenticios, formas de vida, etc.) que no se contemplan como componentes de actuación en los sistemas sanitarios que responden al modelo liberal.

2º) La existencia de usuarios muy exigentes y que “pagan” lo que haga falta por recibir buenos servicios ha hecho que las compañías de seguros voluntarios, afinen al máximo en el coste por proceso, con objeto de que los médicos no utilicen desmedidamente pruebas complementarias, exceso de medicamentos, prolongadas estancias, etc. En este sentido los sistemas de análisis de costes americanos, (como los grupos de diagnósticos relacionados, GDR, y otros), están siendo aplicados en el resto de sistemas sanitarios para hacerlos más eficientes.

3º) El sistema liberal de EEUU capta a los mejores cerebros médicos de todo el mundo, porque ofrece más dinero; se puede decir que todos los demás sistemas son “discípulos” de él y parasitan de sus conocimientos y técnicas.

Inconvenientes:

1º) Alto coste para la sociedad; el gasto sanitario en EEUU están por encima del 12 % del total del PIB nacional.

2º) Necesariamente deben tener redes de beneficencia que atiendan a los que no pueden pagar directamente o no tienen seguros que les cubran ampliamente, esto genera situaciones graves de falta de equidad y discriminación.

3º) El estado o más bien la sociedad en su conjunto, gasta prácticamente todo el dinero dedicado a la salud, en sanidad asistencial olvidándose de la prevención y de la educación sanitaria para obtener hábitos saludables. No obstante hay que decir que los ciudadanos americanos son muy exigentes y cuando evidencian y se sensibilizan ante un problema que ellos entienden puede afectar a su salud, presionan a sus

políticos y obtienen medidas que aborden este asunto, como se refleja, por ejemplo, en sus legislaciones medioambientales o antitabaco como las del Estado de California.

2) Modelo Sanitario Socialista

El modelo sanitario socialista se caracteriza por propugnar una financiación en su totalidad por los presupuestos generales del Estado, por ofrecer cobertura universal y gratuita a la población, así como la completa gama de prestaciones sanitarias sin excepción. Todo lo que está en la cartera de servicios del sistema, se presta en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad a la población. El modelo socialista puro es incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros y solo se ha dado en los países comunistas.

Ventajas:

1º) La búsqueda de la eficiencia hace que el estado apueste por la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas. Esta estrategia, de hecho funciona, pues los niveles de salud, al menos en sus parámetros básicos como mortalidad en sus diferentes variedades (infantil, absoluta, etc.), morbilidad de enfermedades infecto-contagiosas que precisan de vacunas, enfermedades hídricas, etc., pueden ser comparables a los de cualquier país occidental, o incluso superiores.

2º) El estado hace hincapié en la salud pública: abastecimientos de agua a poblaciones, depuración y eliminación de residuales, salud laboral, atención a grupos vulnerables, etc.

Inconvenientes:

1º) Alcanzado un determinado nivel de salud, los ciudadanos quieren acceder a medicinas y métodos diagnósticos y terapéuticos más sofisticados, que no sólo los curen, sino que lo hagan en breve tiempo, con comodidad y con garantías. Esto no se consiguió en los sistemas socialistas puros, ya que los procesos con índices pequeños de incidencia no eran adecuadamente atendidos, como tampoco los de difícil

diagnostico, que aunque no incidía en el global de salud de la población, afectaba notablemente a los individuos.

2º) Los ciudadanos, al obtener todo gratis, no valoran realmente lo que cuesta la sanidad de ahí el lema “La salud no tiene precio pero es tremendamente cara”. Esto no es entendido realmente por el ciudadano, perdiéndose entonces el factor más apreciado a priori, la eficiencia.

3) Modelo Sanitario Mixto

Mientras que unos analistas opinan que este modelo es el que está impregnando actualmente a todos los sistemas sanitarios de Europa Occidental, otros no lo consideran así, pues entienden que los sistemas sanitarios que son “Sistemas Nacionales de Salud” son socialistas y el resto mixtos, al haber desaparecido prácticamente en su totalidad los sistemas políticos comunistas.

En Europa podemos decir que todos los sistemas sanitarios responden al modelo mixto, sobre todo en lo que a su gestión se refieren, teniendo diferente participación el sector público y privado, según los países, en su financiación y provisión y diferentes formas de funcionamiento en su globalidad y en sus diferentes niveles. Los sistemas del modelo mixto tienen dos componentes fundamentales:

a) Componentes estructurales, que a su vez contienen cuatro elementos:

- La atención primaria (del médico de cabecera al centro de salud).
- La atención especializada (hospitales y centros de diagnóstico y tratamiento).
- La salud pública (salubridad, higiene, prevención de la salud, educación sanitaria).
- La planificación y gestión.

b) Componentes socioeconómicos: los ligados a la estructura propia del país (PIB, porcentaje de gastos sanitarios, estructuras, superestructuras, etc.).

Los sistemas sanitarios Europeos derivan fundamentalmente de dos modelos que ya hemos apuntado anteriormente:

- **El de Bismark;** es el más antiguo, y en su época el más avanzado del mundo. El Estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias y la red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye asimismo en autoridad sanitaria. En principio este modelo garantizaba la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no “cotizaban”. Los países que tienen sistemas que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda. Actualmente todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.
- **El de Beveridge.** Es más moderno (desde 1.948) y es el que dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. La financiación de la sanidad pública, procede de los presupuestos generales del Estado y se presta asimismo en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y descentralizadamente en comunidades autónomas y municipios. Estos estados y comunidades hasta el nivel de descentralización que se decida, elaboran planes de salud, con objetivos definidos, claros y evaluables, que son además de obligado cumplimiento.

En España, Italia y Portugal, existen Sistemas Nacionales de Salud y coexisten con compañías privadas que en ocasiones prestan asistencia en régimen de concertación con el Sistema Nacional. Toda la normativa sanitaria emana del Estado o de los órganos políticos descentralizados (Comunidades Autónomas y municipios) en régimen de obligado cumplimiento y revistiéndose la Administración política (en sus diferentes variantes) como la máxima autoridad sanitaria.

El gran debate que se está produciendo en los sistemas sanitarios derivados del modelo mixto, es que el alto coste de las prestaciones (con especial atención a los fármacos y resto de tratamientos) puede hacerlos inviables económicamente a medio plazo, de ahí que se estén replanteando los límites del sistema en cuanto a prestaciones sanitarias se refieren. Para ello, se están poniendo en práctica importantes medidas para mejorar la gestión de las prestaciones, para optimizar recursos (descenso de estancias en los hospitales, control de prescripciones, etc.),

para introducir nuevos modelos de gestión manteniendo la financiación pública, concertar con la privada diferentes formas de provisión de servicios, etc.

En **España, existe un Sistema Nacional de Salud** que convive con multitud de sistemas de seguros públicos y privados (Sanitas, Mapfre, etc.) así como gran número de proveedores privados en régimen de conciertos (ambulancias, clínicas concertadas, alta tecnología, etc.) que goza de bastante buena imagen dentro y fuera de nuestras fronteras, y un alto nivel de credibilidad entre la ciudadanía.

En el siguiente cuadro se muestra un análisis comparativo de los principales sistemas sanitarios existentes en los **países europeos** agrupados en **dos grandes bloques** en función de las fuentes de financiación:

- Países con un sistema de Seguridad Social (modelos Bismarck), financiados con cotizaciones sociales obligatorias. Son el caso de Alemania, Francia y Austria.
- Países con un Servicio Nacional de Salud (modelos Beveridge), financiados con impuestos. Estarían países como Reino Unido, Países Nórdicos y España.

Tabla 1.1. Modelos de sistemas sanitarios de la Unión Europea.

| SISTEMA | MODELO BISMARCK | MODELO BEVERIDGE |
|--------------------------------|---|---|
| Tipo | Seguridad Social | Sistema Nacional de Salud |
| Origen | Alemania (1883) | Informe Beveridge (1942) |
| Concepto | Necesidad de cubrir riesgo de enfermedad de trabajadores | Reconocimiento del derecho de la ciudadanía a la protección de la salud |
| Financiación | Cotizaciones sociales | Impuestos |
| Cobertura | Trabajadores (+- Beneficiarios) | Universal |
| Prestación servicios | Público y privado | Público |
| Propiedad medios de producción | Pública y privada | Publica |
| Países | Alemania, Francia, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Austria, Turquía. | Reino Unido, Noruega, Finlandia, Suecia, Dinamarca, Italia, España, Grecia. |

Fuente: Elaboración Propia

A partir del análisis comparativo realizado por Freire (2006), se pueden extraer las principales características que motivan las diferencias entre ambos sistemas: organización, fuente de financiación, satisfacción, gasto, libertad de elección, etc.

Tabla 1.2. Comparativo entre Modelo Seguridad Social y Modelo Sistema Nacional de Salud.

| | Sistemas de Seguridad Social | Sistema Nacional de Salud |
|---|--|---|
| Fuente de financiación | Cotizaciones sociales obligatorias | Impuesto generales |
| Organización proveedor/Financiador | Contratos entre los sistemas de Seguridad Social y los proveedores sanitarios, públicos o privados | Son sistemas integrados donde con carácter general los servicios son de patrimonio y gestión del financiador (Estad) |
| Personal Sanitario | Pertenece a una gran variedad de entidades diferentes | Es un empleado público, con algunas excepciones en Atención Primaria |
| Organización | El sistema no favorece la planificación organizativa ni la coordinación entre niveles asistenciales | La organización está basada en la planificación poblacional y territorial de los servicios. Asistencia de alta coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales |
| Puerta de entrada | No existe formalmente Asistencia Primaria, aunque las reformas en Alemania y Francia favorecen el modelo de médico general de familia | Basada en la medicina de Atención Primaria, donde el médico general de familia es el responsable de una lista de población y puesta de entrada a los especialistas |
| Medicina no hospitalaria | Los médicos generales no son empleados a sueldo de las organizaciones sanitarias, sino profesionales autónomos, con contrato de prestación de servicios y que cobran por acto médico | Los médicos generales pueden ser empleados públicos (caso de España y Finlandia) o profesionales autónomos (Reino Unido e Italia), pero no cobran por acto médico sino por capitación |
| Libertad de elección | Las características del sistema y de los proveedores determinan una gran libertad de elección para los pacientes (tipos de médicos, número de veces a acudir, etc) | Los pacientes deben acudir a su médico general en primer lugar, y si es el caso éste lo remite al especialista correspondiente |
| Listas de espera | Prácticamente inexistentes, mercado de servicios médicos muy abiertos | Existencia de importantes listas de espera, con variaciones según países |
| Satisfacción | Alto nivel de satisfacción de la población, sin variaciones significativas entre países | Grandes variaciones entre países. Muya alta en los países Nórdicos, muy baja en Italia y Portugal e intermedia en España y Reino Unido |
| Gasto | Gasto Sanitario alto con fuerte influencia de la demanda | Menor gasto sanitario con alto grado de control por los gobiernos |

Fuente: Elaboración propia

Para Repullo e Iñesta (2007) el sistema sanitario español suele identificarse con el Sistema Nacional de Salud, el subsistema más importante aunque no el único. Según estos autores, en la sanidad española pueden describirse **los siguientes modelos organizativos**:

- a) Un **sistema sanitario público**, que garantiza cobertura a la mayor parte de la población, no es homogéneo en su organización y gestión, y de hecho pueden diferenciarse claramente varios subsistemas:
 1. El Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS). Es el sistema hegemónico que proporciona cobertura al 95% de la población, conocido popularmente como la “Seguridad Social”. El SNS es un sistema universalista, financiado mediante impuestos y se caracteriza por ser integrado.
 2. Las mutualidades, que constituyen el sistema conocido como “modelo MUFACE”. Los colectivos cubiertos por las mutualidades son: el de los funcionarios de la Administración General del Estado (MUFACE), el del poder judicial (MUGEJU) y el militar (ISFAS). Estas mutualidades dan cobertura al 4% de la población.

Se trata de un sistema de tipo corporativista financiado con aportaciones de los trabajadores, los funcionarios y la empresa (el Estado). Se caracteriza por ser de base contractual, de manera que la entidad responsable de garantizar la cobertura sanitaria, radicada en el Ministerio correspondiente, contrata con diversas organizaciones públicas los servicios de salud autonómicos.

3. Las Mutuas Laborales.

4. Otros sistemas para colectivos específicos, entre los que hay que destacar el de Defensa, la sanidad penitenciaria y las Empresas Colaboradoras.

b) Un **sistema sanitario privado**, en el que se diferencian los siguientes subsistemas:

1. Compañías de asistencia sanitaria, siendo algunas de las más conocidas ASISA, ADESLAS y SANITAS. En estas compañías los ciudadanos reciben todas las prestaciones a las que da derecho la póliza que suscriben a través de los medios propios de la compañía o aquellos contratados específicamente para ello por la misma.

2. Seguro de enfermedad o compañías de reembolso, conocidos como el seguro sanitario clásico.

3. Centros, establecimientos y profesionales en ejercicio libre. Aquí se incluyen los llamados conciertos de hospitales con el SNS, para la prestación de servicios concretos con financiación pública a los ciudadanos que se les indica.

1.2 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA.

1.2.1 Legislación en torno al Sistema Nacional de Salud

En los dos últimos siglos, se han producido distintos movimientos y avances normativos-organizativos y jurídicos para tratar que, desde el sistema público, se diera repuesta a las necesidades de atención de salud de los ciudadanos.

El primer ensayo en esta materia fue en el año 1822 con el proyecto de creación de un código sanitario que no fue aprobado al no existir un consenso acerca de la exactitud científica de los medios técnicos de actuación en que pretendía apoyarse. Con la aprobación de la **Ley de 28 de noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad**, es cuando se consagra la Dirección General de Sanidad. Esta ley permanecerá vigente hasta 1944 ante la imposibilidad de sacar adelante una nueva ley que la reforme.

La ley de 25 de Noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional, basada en el esquema organizativo de la ley de 1855, establece que la administración pública debe atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto y por tanto le compete desarrollar una acción de prevención, quedando al margen la función asistencial y la atención a los problemas de la salud individual.

En este sentido, las funciones asistenciales tradicionales solo se referían a la prevención o asistencia de algunas enfermedades de particular trascendencia social (tuberculosis, enfermedades mentales, etc.), y eran asumidas, con responsabilidad propia, por diferentes administraciones públicas (Estado y Diputaciones) que funcionaban sin ningún nexo de unión en la formulación de las respectivas políticas sanitarias. Ninguna de ellas se dirige, sin embargo, a la atención del individuo concreto, si la enfermedad que padece no es alguna de las singularizadas por su trascendencia. En definitiva, aún perduraba el dogma decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud.

Paralelamente, mediante **ley de 14 de diciembre de 1942 se creó el seguro obligatorio de enfermedad (SOE)**, bajo el Instituto Nacional de Previsión. Este sistema de cobertura de los riesgos sanitarios, alcanzado a través de una cuota

vinculada al trabajo, se desarrolló enormemente como consecuencia del proceso paulatino de expansión económica que surgió en nuestro país desde 1950, especialmente en los años sesenta y principios de los setenta.

Este seguro obligatorio, desde su creación y posterior reestructuración en 1974, fue asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones y, al mismo tiempo, ha sido un sistema que ha ido progresivamente incluyendo mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de seguro sanitario.

El gran avance se produce con la promulgación de la **Constitución Española de 1978** (en adelante CE), cuando se recoge la universalidad de la prestación sanitaria en todo el territorio español al establecer, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y determinando la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Con la finalidad de hacer efectivo este precepto constitucional nace la **Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad** (en adelante LGS), que establece las bases ordenadoras para la creación del Sistema Nacional de Salud configurado como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que, debidamente coordinados, integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones locales y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.

Concretamente, en su artículo 50 se establece: *«En cada comunidad autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva comunidad autónoma»*.

Esta LGS crea el Sistema Nacional de Salud, delimita las competencias de las distintas Administraciones Públicas, su estructura organizativa y funcionamiento descentralizado y coordinado así como su financiación, y cubre también, legislativamente hablando, distintas áreas como las actividades sanitarias privadas,

productos farmacéuticos, docencia, investigación y asesoramiento científico y sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo. Con todo ello se pretendía, mediante la generalización de este modelo, alcanzar una doble finalidad:

- Hacer efectivo el derecho a la salud que reconoce la Constitución a todos los ciudadanos
- Asegurar la igualdad de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en definitiva, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones.

Se produce una concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las comunidades autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales, articulándose dos tipos de previsiones:

- 1ª) Referida a la estructura de los servicios de salud.
- 2ª) Definiendo los organismos encargados de su gestión.

En el primer punto la LGS establece: *“Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.”*, quedando pues garantizada una cobertura universal. Esta medida se reafirma en el artículo tercero que establece que la cobertura no sólo será universal sino que además será de carácter público, definiendo las actuaciones principales del sistema de salud: *“Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.”*

Asimismo, en la propia ley quedan delimitadas las **grandes líneas de actuación** de las Administraciones Públicas Sanitarias, fundamentalmente orientadas hacia:

- la promoción de la salud.
- la educación sanitaria de la población.
- garantizar las actuaciones sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades.

- garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos.
- promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente.

En definitiva, da cumplimiento al **precepto constitucional** al establecer una cobertura pública universal (a todos los residentes en territorio español) e integral (en todos los aspectos y necesidades de los ciudadanos). Para llevar a cabo este cometido, la LGS articula las **Áreas de Salud** como eje vertebrado del sistema sanitario, situándolas como las estructuras fundamentales del mismo, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. En todo caso, las Áreas de Salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

- a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante formulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
- b) En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollaran las demás funciones propias de los hospitales.

En cuanto a la atención primaria y como forma de conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividen en **zonas básicas de salud**, que se delimitarán sobre la base de criterios tales como: grado de concentración o de dispersión de la población, distancias máximas entre poblaciones, características epidemiológicas de la zona así como las instalaciones y recursos sanitarios de la zona. De esta forma, la zona básica de salud se constituye como el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los **Centros de Salud**, centros integrales de atención primaria.

Los Centros de Salud tienen como función desarrollar de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica; a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Cada área de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud. El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

Poco a poco se establece la organización sanitaria en **dos niveles** asistenciales si bien se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre ellos.

Los **centros hospitalarios** desarrollan, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la **red de atención primaria**.

La LGS faculta también a las Comunidades Autónomas, como eje del Sistema Sanitario Público español, a:

- Elaborar sus propios **Planes de Salud** en el ámbito de sus competencias y que comprende todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud. En cada CCAA su Plan de Salud se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el gobierno, y deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes áreas de salud incluidas en su territorio.
- Asumir, mediante los distintos **decretos de transferencias**, las **competencias** en materia de planificación sanitaria, salud pública y asistencia sanitaria lo que constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación.

Anualmente, las Comunidades Autónomas informarán al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado del grado de ejecución de sus respectivos planes. Dicho

Departamento remitirá la citada información, junto con la referente al grado de ejecución de los planes estatales, al **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**.

El esfuerzo compartido que, en este sentido, realizan todos sus integrantes, tiene como objetivo que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía, y solidaridad en los que se fundamenta el Estado Autonómico. En este sentido **la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar:

- a) **La equidad**, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
- b) **La calidad**, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.
- c) **La participación ciudadana**, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, que permita además el intercambio de conocimientos y experiencias.

La ley 16/2003 se refiere al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado. Tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado y es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud. Los Consejeros de Sanidad de cada Comunidad Autónoma (CCAA) junto con el Ministro de Sanidad forman parte del mismo.

El Consejo Interterritorial conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones relativas a: las funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud; de asesoramiento, planificación y evaluación y de coordinación del Sistema, ejerciendo también aquellas que le asigna la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento y cuantas otras se recogen en disposiciones de carácter general.

Un paso más en la ordenación del Sistema Nacional de Salud se consigue a través de la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias**, que tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

Las disposiciones de esta ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada. Para ello, distingue entre:

- ✓ **Profesiones sanitarias tituladas.** Dentro de ellas se diferencian dos grupos: las de Nivel Licenciado y las de Nivel Diplomado.

El artículo 36 de la Constitución Española, establece que la ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. Por ello y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los

conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.

- ✓ **Profesionales del Área Sanitaria de formación profesional.** Dentro de ellas se diferencian las de Grado Superior y las de Grado Medio.

En este sentido, son profesionales del área sanitaria de formación profesional quienes ostentan los títulos de formación profesional de la familia profesional sanidad, o los títulos o certificados equivalentes a los mismos.

El art.10 de esta Ley encomienda a las Administraciones Sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, que establezcan los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales.

Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación. Pues bien, a los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado.

Otra Ley fundamental para entender la estructuración y ordenación del Sistema Nacional de Salud es la **Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**, ya que viene a materializar lo que preveía el artículo 149.1.18 de la Constitución Española, y el art.84 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de Abril) que estableció que un Estatuto Marco regularía

la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los Servicios de Salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos.

En el Capítulo I de esta ley se establece con nitidez el **carácter funcional de la relación estatutaria**, sin perjuicio de sus peculiaridades especiales, que se señalan en la propia ley y que deberán ser desarrollados en cada una de las CCAA respecto de su propio personal. Esta ley es aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado.

En lo no previsto en ella, serán aplicables al personal estatutario las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente.

El personal estatutario se clasifica en:

- **Personal Estatutario Sanitario** que es aquel que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión ó especialidad sanitaria. Se distingue entre :
 - Personal de formación Universitaria: Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud; licenciados sanitarios; Diplomados con título de especialista en Ciencias de la Salud; Diplomados Sanitarios.
 - Personal de formación profesional: Técnicos Superiores y Técnicos.

- **Personal Estatutario de Gestión y Servicios** que es aquel que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario. Se distingue entre:
 - Personal de formación Universitaria: Licenciados y Diplomados Universitarios.
 - Personal de formación profesional: Técnicos Superiores y Técnicos.
 - Otro Personal: Educación Secundaria Obligatoria.

1.2.2 Prestaciones sanitarias

El **Real Decreto 63/1995, de 20 de enero**, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, estableció las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, garantizando la igualdad del contenido para todos los ciudadanos y la equidad en el acceso.

Las **prestaciones sanitarias básicas** del SNS, garantizadas en todo el territorio del Estado, son aquellas que el propio sistema facilita directamente a las personas y que son financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la Sanidad, destacando:

➤ **Atención Primaria.**

Es la asistencia prestada por médicos generales, pediatras y personal de enfermería en los Centros de Salud y Consultorios.

En el Distrito de Atención Primaria, se encuentran los servicios de apoyo a estos profesionales: salud mental, fisioterapia, salud bucodental, unidades de planificación familiar, integrados por personal con la formación específica que se requiere.

➤ **Atención Especializada**

Es la asistencia prestada por los médicos especialistas en los Centros de Especialidades y en los hospitales, en la totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas legalmente reconocidas.

Son los médicos de Atención Primaria quienes valoran habitualmente la necesidad de asistencia especializada, en aquellos casos en que la complejidad diagnóstica o terapéutica de una patología así lo requiere.

➤ **Prestación farmacéutica**

Esta prestación comprende las especialidades farmacéuticas, los efectos y accesorios, las fórmulas magistrales y productos galénicos así como las vacunas.

La prestación farmacéutica se rige, de acuerdo con el Real Decreto 63/95 por normativa propia.

➤ **Prestaciones complementarias**

Las prestaciones complementarias son aquellas que suponen un elemento adicional y necesario para la consecución de una asistencia completa y adecuada. Son prestaciones complementarias la ortoprótesis, el transporte sanitario, la dietoterapia y la oxigenoterapia a domicilio.

➤ **Servicios de Información y Documentación Sanitaria**

Son servicios relacionados con:

- La información al paciente acerca de los derechos y deberes, de los servicios asistenciales y de su utilización.
- La facilitación del Informe de Alta o del Informe de Consulta Externa.
- La comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma.
- Expedición de informes o certificados sobre el estado de salud que deriven de las prestaciones sanitarias reconocidas en el Decreto.

Asimismo, en el Real Decreto se establece que los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluidos los transportes sanitarios, atenciones de urgencia, asistencia sanitaria hospitalaria o extrahospitalaria y rehabilitación, en los siguientes supuestos:

1. Asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios del Sistema de Seguridad Social, pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria de la Seguridad Social.

2. Asistencia prestada a los asegurados o beneficiarios, en los supuestos de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.

3. Asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo.

4. Seguros obligatorios.
 - a) Seguro escolar.
 - b) Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.
 - c) Seguro obligatorio de vehículos de motor.
 - d) Seguro obligatorio de viajeros.
 - e) Seguro obligatorio de caza.

5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades. Se reclamara el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los terminos del convenio o concierto correspondiente.

6. Otros obligados al pago.

Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, otros seguros públicos o privados o responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes y no con cargo a los fondos comunes de la Seguridad Social o de los Presupuestos Generales del Estado adscritos a la sanidad.

1.2.3 Centros y Personal del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud cuenta (datos 2012) con 3.006 **centros de salud** y 10.116 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud con el fin de acercar los servicios básicos a la población.

En España están en funcionamiento 790 **hospitales** (1,8 por 100.000 habitantes) con una dotación de 162.538 camas instaladas (352,5 por 100.000 habitantes). Por dependencia funcional de cada 10 hospitales 4 son públicos y 6 privados, proporción que se invierte cuando contamos la titularidad de las camas instaladas, de cada 10 camas instaladas 7 son públicas y 3 privadas.

- Por finalidad asistencial, de cada 10 hospitales 7 se dedican a la atención de patologías agudas, 1 es un hospital psiquiátrico y 2 tienen por finalidad la asistencia geriátrica y larga estancia. De cada 10 camas instaladas 8 están en hospitales de

agudos, 1 está en un hospital psiquiátrico y 1 en un hospital de geriatría y larga estancia.

- Por dependencia funcional y titularidad, la mitad de los hospitales de agudos y el 75% de las camas son de titularidad pública. El 30% de los hospitales psiquiátricos y el 34% de las camas dedicadas a esa finalidad son de titularidad pública, lo mismo que el 30% de los hospitales de geriatría y larga estancia y el 37% de las camas instaladas.

En el siguiente cuadro se detalla el número de centros hospitalarios públicos por CCAA:

Tabla 1.3. Centros Hospitalarios por CCAA.

| Comunidades Autónomas | Nº Hospitales |
|-----------------------|---------------|
| ANDALUCÍA | 41 |
| ARAGON | 17 |
| PPDDO. DE ASTURIAS | 9 |
| ILLES BALEARS | 7 |
| CANARIAS | 9 |
| CANTABRIA | 3 |
| CASTILLA LA MANCHA | 17 |
| CASTILLA Y LEON | 14 |
| CATALUÑA | 12 |
| COMUNIDAD VALENCIANA | 31 |
| EXTREMADURA | 8 |
| GALICIA | 15 |
| MADRID | 32 |
| REGIÓN DE MURCIA | 10 |
| C.FORAL DE NAVARRA | 6 |
| PAIS VASCO | 18 |
| LA RIOJA | 3 |
| CEUTA | 1 |
| MELILLA | 1 |
| Total Nacional | 254 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

En cuanto al **Personal sanitario en la sanidad pública (datos 2013)**, de acuerdo con los datos obrantes en el Ministerio de Sanidad, en los centros de salud y hospitales de la sanidad pública trabajan alrededor de 272.000 médicos y enfermeras con una claro predominio femenino, 7 de cada 10.

- Los médicos suponen algo más de 114.000, siendo el colectivo de enfermería el más numeroso con 157.000 profesionales. A estas cifras de personal sanitario, habría que añadir el personal en período de formación postgrado, entre los que destacan los alrededor de 19.000 médicos internos y residentes que están en los hospitales públicos.

- En los centros de salud y consultorios locales del Sistema Nacional de Salud trabajan más de 35.000 médicos (alrededor de 29.000 médicos de familia y algo más de 6.000 pediatras) de los que la mitad son mujeres (5 de cada 10) y más de 29.000 profesionales de enfermería de los que 8 de cada 10 son mujeres. La tasa de médicos del primer nivel asistencial por 10.000 habitantes de población asignada es de 7,6 y la de enfermería 6,3.

- En los hospitales y centros de especialidades del Sistema Nacional de Salud prestan servicio algo más de 79.000 médicos (tasa de 17,2 por 10.000 habitantes), de los que 4 de cada 10 son mujeres y, más de 128.000 enfermeras (tasa de 27,9 por 10.000 habitantes), de las que 9 de cada 10 son mujeres.

- Por grandes grupos de especialidad, del total de los médicos, 5 de cada 10 se dedican a las disciplinas médicas, 3 a disciplinas quirúrgicas, algo más de 1 trabaja en servicios centrales (análisis clínicos, microbiología, radiodiagnóstico...) y alrededor de 1 en urgencias.

En relación con el Gasto sanitario, los datos de España (2010), sitúan el **gasto sanitario público**, incluyendo gasto de cuidados de larga duración, en casi 75 mil millones de euros, lo que supone un 74,2% del gasto sanitario total del país, que asciende a casi 101 mil millones de euros.

- Como porcentaje del PIB, el gasto sanitario total en España es de 9,6%. El gasto sanitario público representa el 7,1% del PIB y supone un gasto por habitante de 1.622 euros. Los países de Unión Europea (UE-27) gastan de media 9,0 % del PIB, con un rango que va desde el 12% del PIB de Países Bajos, Alemania o Francia hasta el 6% del PIB de Estonia o Rumania.

- Desde una dimensión funcional del gasto sanitario público, los servicios hospitalarios y especializados son los que representan algo más de la mitad del gasto

(56,0% y 38.588 millones de euros), seguidos por la prestación farmacéutica, 19,4% (13.380 millones de euros) y los servicios de atención primaria de salud con 15,5% (10.651 millones de euros). Los servicios de salud pública suponen el 1,1% del gasto, aparentando un pequeño peso relativo debido a la definición y clasificación de los sistemas contables. En Atención Primaria se desarrollan actividades de salud pública, prevención y promoción que no se contabilizan de manera específica.

- En cuanto a la clasificación económico-presupuestaria, sin incluir el gasto en cuidados de larga duración, algo más de 4 de cada 10 euros del gasto sanitario público corresponde a la remuneración del personal, en números absolutos representa casi 31.000 millones de euros.

- La actividad concertada supone un 10,7 % (7.389 millones de euros) del gasto total.

1.3 SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

1.3.1 Organización territorial y funcional

En el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española se atribuye al Estado, entre otras, la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad. Por su parte el artículo 148.1.21ª atribuye a las Comunidades Autónomas las competencias sobre sanidad e higiene.

Entre 1981 y 1985 se promulgaron los Reales Decretos de transferencias de competencias del Estado a la Comunidad Autónoma Andaluza:

- Real Decreto 1118/1981, de 24 de Abril, de transferencias de competencias en materia de sanidad e higiene.

- Real Decreto 400/1984 de 22 de Febrero, de transferencias de competencias sobre la gestión de la red sanitaria de la Seguridad Social.

- Real Decreto 1713/1985 de 1 de Agosto, de transferencias de competencias de Centros Sanitarios anteriormente dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo y gestionados por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su **Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 6/81, de 30 de diciembre)**, en virtud del cual, la **Ley 8/1986, de 6 de mayo, crea el Servicio Andaluz de Salud** como un organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía, responsable de la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud dependiente de la Junta de Andalucía.

Esta Ley se limita a conformar la estructura orgánica prevista para la adecuada gestión del Servicio Andaluz de Salud, dejando el legislador pendiente aspectos tan importantes como el de los derechos y deberes de los usuarios, las responsabilidades de las diferentes Administraciones Públicas y la participación social.

Con objeto de paliar estas deficiencias se promulga la **Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía** que tiene un triple objetivo:

- La regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía.

- El régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios en el Comunidad Autónoma.
- La ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía.

Todo ello bajo los principios de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización, financiación pública, equidad, superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, participación de ciudadanos y de los profesionales, mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de sus objetivos.

En definitiva esta Ley contiene las bases para el desarrollo de:

- El Plan Andaluz de Salud.
- El Sistema Sanitario Público Andaluz.
- La ordenación del Sistema Sanitario Público Andaluz.

El Art. 43 de la Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/98, de 15 de junio) **define el Sistema Sanitario Público de Andalucía** (en adelante SSPA) como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

La dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del SSPA de Andalucía corresponde a la **Consejería de Salud**, quien garantizará la integración y la coordinación del mismo en orden a posibilitar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones bajo los principios de aseguramiento único y financiación pública.

Estas actuaciones en materia de salud se inspiran en los **siguientes principios**:

- Consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios.
- Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, educación sanitaria, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Aseguramiento y financiación pública.

- Universalización y equidad en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria.
- Descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión.
- Participación de los ciudadanos y de los profesionales.
- Promoción de la docencia e investigación en ciencias de la salud.
- Mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de sus objetivos.

En su art. 18, esta Ley fija el marco de actuación en materia de asistencia sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma y que deberá incluir la atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de atención primaria como de asistencia especializada, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención sociosanitaria.

Territorialmente, el SSPA se organiza en demarcaciones territoriales denominadas **Áreas de Salud** (como establecía la propia LGS), las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, ambientales, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes y teniendo en cuenta la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía. Y con la finalidad de alcanzar la mayor eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía, cada una de ellas se divide en **zonas básicas de salud** que es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de la salud.

Por otro lado, funcionalmente la asistencia sanitaria se prestará de manera integrada a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria.

La **asistencia sanitaria** se organiza en **dos niveles** (atención primaria y atención especializada) que actuarán bajo criterios de **coordinación**:

- a) **La atención primaria** constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al SSPA, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Dicha atención es prestada en cada zona básica de salud mediante los correspondientes centros de salud y consultorios y puede ser de varias modalidades: de carácter programado, de carácter urgente, en régimen ambulatorio o domiciliario.

- b) **La atención especializada** es aquella que se presta en los Hospitales o en sus centros periféricos. Ambos prestan una atención sanitaria especializada a la población de su ámbito territorial de forma programada y urgente, tanto en régimen de hospitalización como ambulatorio y domiciliario.

Los **titulares de los derechos** reconocidos por esta Ley son los mismos que los incluidos en la Ley General de Sanidad, ya que el **principio de universalidad** en la prestación sanitaria no puede ser quebrantado:

- 1) Los españoles y extranjeros residentes en cualquiera de los municipios del territorio nacional.
- 2) Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que le sean reconocidos en el derecho comunitario europeo y en los tratados y convenios suscritos por el Gobierno español.
- 3) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos por el Estado Español.
- 4) Las prestaciones vitales de emergencia estarán garantizadas para todas las personas.

También establece que las **prestaciones sanitarias ofertadas** por el Sistema Sanitario Público en Andalucía han de ser como mínimo las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud y la inclusión de nuevas prestaciones serán objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, y llevará asociada la correspondiente financiación.

1.3.2 Estructura Orgánica de la Consejería de Salud.

La Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, regula en el Título II la organización de la Administración de la Junta de Andalucía, así como el régimen general de los órganos y unidades administrativas definiendo su estructura central y territorial.

El Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, define en su artículo 1º, que le corresponde, además de las atribuciones asignadas en el artículo 26 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, las siguientes **competencias**:

a) La ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación y asistencia sanitaria, asignación de recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios y aquellas otras competencias que le estén atribuidas por la legislación vigente.

b) Las políticas de consumo de la Junta de Andalucía.

c) Todas aquellas políticas de la Junta de Andalucía que en materia de salud y consumo, tengan carácter transversal.

En su artículo 2º se establece la **Organización general de la Consejería**:

1. De acuerdo con lo previsto en los artículos 24 y 25 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, la Consejería de Salud, bajo la superior dirección de su titular, se estructura para el ejercicio de sus competencias en los siguientes órganos directivos centrales:

a) Viceconsejería.

b) Secretaría General de Salud Pública y Consumo.

c) Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud.

d) Secretaría General Técnica.

e) Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

f) Dirección General de Consumo.

g) Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento.

2. De la Viceconsejería de Salud dependerán orgánicamente la Secretaría General de Salud Pública y Consumo, la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e

Innovación en salud y la Secretaría General Técnica. Asimismo, estarán adscritas a la citada Viceconsejería las siguientes **entidades instrumentales**:

a) **El Servicio Andaluz de Salud**, al que se le adscriben la **Empresa Pública de Emergencias Sanitarias** y la **Agencia Pública Empresarial Sanitaria** Costa del Sol, a la que están adscritas la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir, sin perjuicio de su dependencia de la Consejería de Salud y encontrándose bajo la dirección de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. El Servicio Andaluz de Salud cuenta con los siguientes órganos o centros directivos:

- 1.º Dirección Gerencia, con rango de Viceconsejería.
- 2.º Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- 3.º Dirección General de Profesionales.
- 4.º Dirección General de Gestión Económica y Servicios.

b) La Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A.

c) La Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria en Andalucía Oriental Alejandro Otero FIBAO.

d) La Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud (FIMABIS) (antigua Imabis).

e) La Fundación Rey Fahd Bin Abdulaziz.

f) La Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI).

g) La Fundación Pública Andaluza Integración Social Personas Enfermedad Mental (FAISEM).

h) La Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud.

3. Se adscribe a la Viceconsejería como Servicio Administrativo sin personalidad jurídica propia la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

4. La persona titular de la Consejería estará asistida por un Gabinete cuya composición será la establecida en su normativa específica.

5. A nivel provincial, la Consejería seguirá gestionando sus competencias a través de los servicios periféricos correspondientes, con la estructura territorial que se determine.

1.3.3 Planes y estrategias específicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía

1.3.3.1 Plan Andaluz de Salud

Según dispone la Ley de Salud de Andalucía, el Plan Andaluz de Salud (en adelante PAS) constituye el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. Es el documento que recoge las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar la finalidad de prestación sanitaria expresada en dicha Ley.

Este Plan nace como instrumento capaz de dar respuesta a las nuevas necesidades y exigencias que en materia de salud tiene el Sistema Sanitario de Andalucía. Su elaboración corresponde a la Consejería de Salud, estableciendo sus principales contenidos, metodología y plazo de su elaboración, así como los mecanismos de evaluación y revisión.

El actual Plan de Salud define las siguientes **líneas prioritarias de actuación**:

- 1- Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente que dé respuesta a las nuevas situaciones y sea sensible a las demandas sociales.
- 2- Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.
- 3- Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.
- 4- Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la atención mental y la atención a las personas en situación de dependencia.
- 5- Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud con especial atención a los colectivos excluidos.

- 6- Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.
- 7- Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías sanitarias con criterios de equidad y de evidencia científica.
- 8- Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de sistemas y las tecnologías de la información y la comunicación.
- 9- Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios.
- 10- Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios.

El PAS es el principal instrumento del que se sirve el Gobierno andaluz para la dirección de su política sanitaria. Con carácter cuatrienal expresa, en forma de objetivos a alcanzar y estrategias para su desarrollo, los principales compromisos que asume el ejecutivo andaluz en materia de salud y sirve de elemento director para la actuación sanitaria de todos los organismos y entidades responsables de la prestación de servicios.

En el **IV Plan Andaluz de Salud (2013)**, el Gobierno de Andalucía se compromete al desarrollo y aplicación de la estrategia de salud en todas las políticas, definiendo las actuaciones que cada uno de los sectores pueden aportar en la mejora de la salud. Supone la plasmación en medidas concretas de gran parte de lo incluido en la Ley de Salud Pública de Andalucía y recoge **seis compromisos de presente y futuro**, con sus correspondientes metas y objetivos:

1. Aumentar la esperanza de vida en buena salud.
2. Proteger y promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.
3. Generar y desarrollar los activos de salud de nuestra Comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.
4. Reducir las desigualdades sociales en salud.
5. Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales.
6. Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.

Para llevar a cabo las funciones de la Política Sanitaria en materia de salud pública, el Parlamento de Andalucía aprobó la **Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía**. Esta norma tiene como objetivo continuar mejorando la salud de la población desde una nueva perspectiva en la que primarán las políticas de protección y promoción. Introduce la visión de la salud colectiva como eje transversal de las políticas, da un paso en la visión de la salud, dejando atrás el carácter asistencial y abundando en la prevención y promoción.

1.3.3.2 El Plan de Calidad

Andalucía comenzó hace quince años a desarrollar, de manera explícita, una estrategia de calidad al haber sido considerada un elemento inherente a la propia concepción de servicio público y de sistema sanitario.

En el año 2000 se inauguró, en la sanidad pública andaluza, un modelo estratégico, materializado en el **I Plan de Calidad**, que entendía la calidad como un motor de profunda transformación de su sistema sanitario público, orientado fundamentalmente al ciudadano. Sus necesidades, demandas y expectativas se convirtieron en los objetivos fundamentales de la política sanitaria andaluza. El fin último era promover una atención sanitaria más satisfactoria.

Con una clara vocación de continuidad y consolidación de las políticas de calidad y de las actuaciones desarrolladas con anterioridad, en 2005 se aprobó el **II Plan de Calidad**, esta vez desde una mirada focalizada en la participación de los profesionales y su desarrollo, en una búsqueda de equipos profesionales más cohesionados, responsables y comprometidos. Elaborado por la Consejería de Salud con el objetivo de constituir un instrumento de impulso de políticas de salud, se articulaba en **cinco procesos estratégicos**:

1. Asumir las necesidades y expectativas de los ciudadanos, creando proyectos que faciliten la relación del ciudadano con el sistema sanitario público. Para ello se adoptan las siguientes áreas de mejora en relación a :
 - La accesibilidad horaria a los servicios del sistema sanitario.
 - La gestión del tiempo de respuesta los problemas de salud.
 - La integración de niveles asistenciales que permitan la continuidad asistencial.

2. Garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios, mediante la gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión por competencias.
3. Garantizar la Calidad de las políticas de Salud Pública, mediante la introducción de un sistema de garantías públicas a través de tres procesos claves:
 - El impulso de de las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - El impulso de la calidad de las políticas de vigilancia en salud pública.
 - El impulso de la calidad en las políticas de prevención.
4. La gestión del conocimiento, mediante el desarrollo de un modelo de gestión de la información capaz de identificar cuál es el conocimiento útil para la organización, y además que éste sea accesible para los profesionales y la sociedad en general.
5. Impulsar la innovación del Sistema mediante la incorporación de tecnologías de la información y comunicación a la práctica clínica.

La actualización llevada a cabo en el **III Plan de Calidad 2010-2014** de la Consejería de Salud se centra, claramente, en torno a **tres escenarios**:

- La **Ciudadanía**, y la posición que debe ocupar en un sistema sanitario que considera la participación, la autonomía en la toma de decisiones, la diversidad y la corresponsabilidad como valores que deben formar parte esencial nuestra organización y de nuestra sociedad en su conjunto.

- **Los Profesionales**, como elementos esenciales de las actuaciones en salud favoreciendo en el conjunto del sistema sanitario la generación de conocimiento, su transmisión, diseminación y aplicación, posibilitando un sistema de salud excelente que contribuya de forma aún más notable al desarrollo social y al crecimiento económico de Andalucía.

- El **Espacio Compartido**, donde se produce el encuentro entre pacientes y profesionales sanitarios, donde se originan las actuaciones clínicas a partir de la relación entre la persona con un problema de salud o una necesidad de atención y el equipo profesional.

1.3.3.3 La Gestión por Procesos Asistenciales

La Gestión por Procesos Asistenciales en el SSPA, es una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total, procurando asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. Se centra, por tanto, en **cuatro elementos** fundamentales:

- el enfoque centrado en el usuario.
- la implicación de los profesionales.
- el sustento en la mejor práctica clínica
- el desarrollo de un sistema de información integrado.

Esta **gestión integral de procesos** incorpora la **continuidad de la atención**, como elemento sustancial para procurar una entrega de servicios única y coordinada, y pretende conseguir una atención y respuesta única a las necesidades y problemas de salud del paciente. Para ello, se sustenta en unos **principios básicos**:

- La potenciación y desarrollo de la Gestión Clínica.
- La orientación de las acciones para garantizar el acceso a los recursos sanitarios en igualdad de oportunidades.
- La consideración de la persona como sujeto activo de su proceso de atención y recuperación.
- La personalización de la asistencia.
- El enfoque de recuperación del proyecto vital de la persona y su incorporación social; la continuidad asistencial.
- La gestión por competencias como elemento integrador de las estrategias de gestión de profesionales.
- La evaluación y la mejora continua.
- El desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) actuales y futuras para facilitar la interacción de la ciudadanía con el SSPA.
- La modernización e innovación de los procesos asistenciales definidos.

Bajo este enfoque, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ha desarrollado hasta la fecha, aproximadamente, 66 procesos asistenciales integrados, 5 procesos de soporte, 10 guías de información para pacientes y 2 instrumentos de ayuda para la toma de decisiones, dirigidos a pacientes oncológicos.

1.3.3.4. La Gestión Clínica

La Gestión Clínica se configura como un **modelo organizativo** centrado en la persona, que permite dotar a los **profesionales** de mayor **autonomía** organizativa y **responsabilidad** en la gestión de los recursos. El objetivo fundamental es prestar una atención sanitaria integral y de alta calidad, en espacios compartidos que cuentan con la participación efectiva de los ciudadanos y en los que los profesionales sanitarios se integran en equipos multidisciplinares, en el seno de uno o varios centros asistenciales, enlazando las necesidades de salud de la ciudadanía y las expectativas legítimas de los profesionales.

La **Unidad de Gestión Clínica (UGC)**, es la **estructura organizativa** en la que se materializa la Gestión Clínica en todos los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Es el entorno donde el **equipo multidisciplinar**, aborda de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación a la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo de procesos asistenciales integrados.

En las Unidades de Gestión Clínica se pretende que la actividad se desarrolle de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan: fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros, reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención, mejorar la organización del trabajo y elevar la satisfacción de los pacientes.

Tras una década de desarrollo e implantación de este modelo organizativo el 95% de los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía trabajaban (datos 2013) bajo el modelo de Unidad de Gestión Clínica.

Los datos de las Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía son notables pues el sistema cuenta ya con 455 UGC acreditadas en el periodo 2003-2013, de las cuales 251 son de atención primaria y 204 de atención hospitalaria.

El modelo de Gestión Clínica está concebido para que permita la adaptación de los centros sanitarios a los cambios que se vienen produciendo en los últimos años, entre los que se encuentran:

- La ampliación de la cartera de servicios.
- La incorporación de nuevas categorías profesionales.
- La descentralización de medios diagnósticos y tecnológicos.

El número aproximado de UGC en el Servicio Andaluz de Salud está en torno a las 1000 (Datos 2013), con el siguiente desglose:

Tabla 1.4. Unidades de Gestión Clínica en el SAS

| | |
|----------------------------------|------------|
| UGC Atención Primaria | 419 |
| UGC Atención Hospitalaria | 400 |
| UGC Interniveles | 62 |
| UGC Intercentros | 80 |
| TOTAL UGC | 961 |

Fuente: Elaboración propia

1.3.3.5. La Investigación e Innovación en Salud

Uno de los objetivos estratégicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, es reforzar el proceso de generación de conocimiento potenciando, de forma específica, la investigación en salud. En este proceso juega un papel esencial la investigación biomédica, entendida como la convergencia entre la investigación básica y clínica, la epidemiológica y la bioingeniería.

Desde 2003, la Consejería de Salud ha apostado por la **investigación biomédica** con células madre y se ha ido generando un marco legal propio que se encuentra entre los más avanzadas del mundo y que incluye tres leyes específicas: investigación con células madre embrionarias, reprogramación celular y genética. En este marco, la Estrategia y Plan de Actuación 2010-2015 de la Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas tiene tres líneas de trabajo que la desarrollan, Terapia Celular y Medicina Regenerativa; Genética Clínica y Medicina Genómica; y Nanomedicina.

En Andalucía se está concluyendo una potente **red de infraestructuras**, que suponen más de 53.000 metros cuadrados destinados en exclusiva a la investigación. Entre los **centros investigadores de referencia** creados, se citan:

- el Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER), en Sevilla
- el Centro Pfizer-Universidad de Granada-Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO), en Granada
- el Centro Andaluz de Nanomedicina y Biotecnología (BIONAND), de Málaga
- el Centro Andaluz de Secuenciación Genómica Humana (CASEGH)
- IBIS Instituto de investigación biomédica de Sevilla; IMIBIC Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba
- así como los centros ligados al Biobanco de Andalucía (Banco de Células Madre; Banco andaluz de Cordón Umbilical, Banco de ADN humano en Andalucía, etc.)

De acuerdo con los objetivos de gestión del conocimiento del SSPA, la Consejería de Salud ha impulsado un nuevo abordaje de las estrategias de investigación en salud, articulándolas a través de un Plan sectorial orientado a cerrar el círculo de la generación y captación del conocimiento y su **conversión en innovación**. Así, la estructura del Plan Estratégico de I+D+i vigente responde a la articulación de la I+D+i en Salud en su triple perspectiva: los recursos, la producción y la transferencia de los resultados de la investigación.

1.3.3.6. Las Nuevas Tecnologías

El Sistema Sanitario Público de Andalucía reconoce que cuenta con un amplio desarrollo de tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la sanidad y que por ello Andalucía ha sido elegida para diseñar la receta electrónica europea en el marco del **proyecto europeo EpSos** y para liderar un proyecto europeo destinado a pilotar portales de e-Salud para el ciudadano.

El Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria - **Diraya** es la base sobre la que se ha establecido la e-salud en Andalucía y ha permitido el desarrollo de la historia de salud digital, la receta electrónica, la petición de cita previa a través de Internet o Salud Responde, así como el módulo de pruebas analíticas, entre otras prestaciones. Diraya ha permitido que las nuevas tecnologías estén

plenamente integradas en la actividad asistencial del sistema sanitario público andaluz.

Así, en Andalucía todos los centros de Atención Primaria cuentan con acceso a la **historia de salud digital única**, lo que ha permitido acercarla a los habitantes de zonas rurales y pequeños núcleos de población. Solo en 2011 se registraron 39,6 millones de hojas de consulta. Además, la historia de salud digital es imprescindible para la prescripción de medicamentos mediante la receta electrónica, la derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y gestiones administrativas como las relacionadas con incapacidades temporales.

En los hospitales, la historia de salud digital se encuentra en extensión progresiva y ya está disponible también en todos los servicios de Urgencias de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. El modelo de historia de salud única también está implantado en el Área de Consultas Externas de los hospitales con acceso a Diraya.

En materia de **receta electrónica**, está extendida en toda la red de atención primaria y actualmente está implantándose en atención especializada habiéndose emitido centenares de millones de recetas electrónicas, que han supuesto una reducción importante del número de consultas de atención primaria. Asimismo, su implantación en las consultas externas de los hospitales reduce el número de consultas en los centros de salud, ya que los pacientes recibirán la prescripción a sus tratamientos desde la propia consulta hospitalaria, sin necesidad de pedir cita con el médico de familia.

1.3.3.7. La Acreditación Profesional

El **modelo de Carrera Profesional** del Sistema Sanitario Público de Andalucía está basado en un **proceso, abierto y permanente**, en torno a la acreditación de competencias profesionales y constituye una de las líneas esenciales de mejora continua del desempeño profesional y su efectividad. Este sistema está implantado en un 100% para los profesionales licenciados y diplomados sanitarios que voluntariamente lo soliciten, y siempre que cumplan los requisitos exigidos para el nivel solicitado. En el periodo que va de 2006 a 2013 ya hay más de 8.600

profesionales con sus competencias profesionales certificadas, 5.500 en Autoevaluación y casi 7.000 en la fase de preparación.

El programa de acreditación de competencias profesionales y la carrera profesional pretende contribuir a la consecución de los objetivos generales, ya que solo pueden conseguirse si se cumplen determinados criterios objetivables de calidad, actividad y rendimiento. Este programa está recogido normativamente en el **Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Las políticas de recursos humanos ligando objetivos de calidad a los incentivos profesionales, tienen notable impacto tanto sobre la calidad de la atención sanitaria que recibe el paciente, como sobre la motivación profesional y la eficiencia de la atención sanitaria agregada global. Estas políticas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía han posibilitado estandarizar y protocolizar las normas de calidad y actuaciones sobre la mayoría de los procesos asistenciales, disminuyendo la variabilidad de la atención.

1.3.3.8. El Contrato Programa

El Contrato Programa es un **instrumento** que permite orientar a los proveedores sanitarios públicos sobre los criterios de actuación, basados en la demanda de servicios y en función de los objetivos de salud descritos en el Plan Andaluz de Salud y en los criterios del Plan de Calidad.

El Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y con las Agencias Públicas Empresariales y entidades de derecho público adscritas, tiene como misión hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, establece el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía. En él se reflejan los objetivos prioritarios, los recursos disponibles, los plazos para alcanzar los objetivos y los indicadores que habrán de utilizarse para su evaluación.

La firma del Contrato Programa representa no solo el compromiso de las instituciones para alcanzar las metas fijadas en los tiempos establecidos, sino también la

implicación de la totalidad de sus profesionales con la mejora de la salud, el bienestar y el desarrollo individual y colectivo de la ciudadanía andaluza.

El Contrato Programa 2010-2013 de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud establece, en un **horizonte cuatrienal**, cinco ejes globales de actuación: la construcción de un sistema de salud más cercano a las personas, con más servicios, derechos y prestaciones, más democrático y participativo; el impulso de la salud pública para mejorar la salud del conjunto de la ciudadanía; el establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que sean protagonistas de los servicios de salud; la potenciación de la investigación biomédica; y el refuerzo de las infraestructuras y el equipamiento sanitario.

En consonancia con las directrices establecidas en el Contrato Programa, el Servicio Andaluz de Salud desarrolla a su vez los **Contratos Programa de sus centros** sanitarios y los **Acuerdos de Gestión** de las Unidades de Gestión Clínica, trasladando a tales niveles de responsabilidad los contenidos del Contrato Programa firmado por el Servicio Regional de Salud.

1.3.3.9. Estrategias de Eficiencia

Un sistema sanitario eficiente y de alto valor tiene como objetivo maximizar la calidad de la atención y los resultados obtenidos con los recursos disponibles. Por ello, asegurar el valor de los recursos significa su uso de la manera más eficiente y efectiva posible, vinculando el concepto de calidad científico-técnica al concepto de eficiencia y de sostenibilidad, como una perspectiva esencial en la organización sanitaria y en la práctica profesional.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, al igual que el resto de los Sistemas Sanitarios del país, viene **implantando numerosas medidas** que permitan conseguir efectos positivos sobre la eficiencia y el gasto y cuyos beneficios sirvan para reforzar las prestaciones, la calidad en la atención sanitaria y contribuir a la **financiación y sostenibilidad** del sistema sanitario en su conjunto, máxime en unos años de crisis financiera mundial como los que estamos viviendo. Estas medidas pueden agruparse en:

- Eficiencia derivada de la transformación de actividades a entornos donde el coste es menor: de hospitalización convencional a unidades de día, etc.
- Eficiencia derivada de hacer un uso más racional de los recursos: medicamentos, cirugía, etc.
- Eficiencia derivada de mejoras en la gestión de procesos de soporte: compras a mejor precio, eficiencia energética, etc.
- Eficiencia derivada de una mayor implicación de los profesionales en la gestión.
- Eficiencia, o ingresos generados, derivados de la i+D+i

Entre las distintas medidas implantadas se pueden citar distintos ejemplos: los resultados en términos de eficiencia obtenidos por la cirugía mayor ambulatoria, frente a la cirugía con ingresos; la implantación del modelo de consultas de alta resolución; la implantación de la receta electrónica; los programas de uso racional de los medicamentos; las políticas de calidad y procesos asistenciales; las políticas de compras; la inversión en investigación y desarrollo y retornos en propiedad industrial e intelectual.

1.3.4 Recursos Financieros

En cuanto a los recursos financieros, las funciones propias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, junto con las de los organismos y entidades proveedoras de servicios sanitarios, se ven plasmadas e incluidas en los presupuestos anuales de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El presupuesto sanitario 2013 de la Comunidad Autónoma de Andalucía ascendió a 8.384 millones, lo que representaba un 27.31% del presupuesto global de la Junta de Andalucía. Del total del presupuesto sanitario, el Servicio Andaluz de Salud, que es principal organismo de atención sanitaria en volumen, competencias y actuaciones, concentra un presupuesto que asciende a 7.692 millones de euros, lo que supone casi el 92% del presupuesto total de la Consejería de Salud y el 25.05% del total de la Comunidad Autónoma.

1.4 EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), creado en 1986, de acuerdo con lo previsto en el artículo 64 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía está adscrito a la Consejería de Salud y desarrolla las funciones que le están atribuidas bajo la supervisión y control de la misma.

Su misión es prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.

El **Decreto 208/2015, de 14 de julio**, en su artículo 11, establece que el Servicio Andaluz de Salud es una **agencia administrativa** de las previstas en el artículo 65 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, que se adscribe a la Consejería de Salud, y que le corresponde el ejercicio de las **funciones** que se especifican en dicho Decreto, con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía y, en particular, las siguientes:

a) La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

b) La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.

c) La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El Capítulo III de la Ley 2/1998, en su artículo 51.2 determina que la asistencia sanitaria se organiza en los siguientes niveles, que actuarán bajo criterios de coordinación:

a) Atención primaria.

b) Atención especializada.

a) El **Decreto 197/2007, de 3 de julio**, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los **servicios de atención primaria** de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, viene a decir que los servicios de atención primaria de

salud están organizados en Andalucía en Distritos de Atención Primaria que integran demarcaciones territoriales denominadas Zonas Básicas de Salud. En cada una de ellas se ubican centros de Atención Primaria, en donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía.

En los casos de las Áreas de Gestión Sanitaria la organización de la Atención Primaria quedará definida en la norma de creación del Área, sin menoscabo de que las Zonas Básicas de Salud y los centros de Atención Primaria se organicen de acuerdo al Decreto 197/2007.

b) Por su parte, la Ley 2/1998, en su artículo 54.1 determina que la **atención especializada** se prestará por los hospitales, así como por sus centros de especialidades.

A continuación se va a desarrollar lo dispuesto sobre la Atención Primaria, la Atención Especializada, así como sobre la Red Transfusional y los Centros Periféricos de Especialidades, en Andalucía.

1.4.1 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Atención Especializada

La necesidad de abordar la reforma de los servicios asistenciales de la atención especializada estuvo determinada por un doble tipo de condicionantes:

- De una parte, el establecer una fórmula que permitiera la planificación hospitalaria y una mayor racionalización de los recursos disponibles, toda vez que las actividades atribuidas a los servicios hospitalarios asistenciales y administrativos exigen una organización capaz de dotar a los Hospitales de una estructura eficaz para la satisfacción de los fines que tienen atribuidos.
- Por otra parte, el modelo de organización adoptado, con sujeción a lo dispuesto en la ley 8/1986, de 6 de mayo de creación del Servicio Andaluz de Salud, parte de la integración de los Servicios Sanitarios Públicos asegurando la uniformidad (territorial y demográficas) de la asistencia, e imponiendo la coordinación de las actuaciones públicas, para obtener una planificación efectiva del sector sanitario

andaluz que mejore los servicios y las prestaciones a los usuarios. Esto no es sino una concreción, al ámbito autonómico, de una de las características atribuidas a los Servicios de Salud por el art. 46 de la Ley 14/1986 General de Sanidad, que han de tender a la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la duración y rehabilitación.

La Atención Especializada, como segundo nivel de atención definido en La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, ofrece a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria.

Los hospitales y sus correspondientes centros de especialidades constituyen la estructura sanitaria, que como ya se ha apuntado anteriormente, es responsable de la atención especializada programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria.

La regulación normativa de la Asistencia Especializada, principalmente, se ha concretado en el **Decreto 105/1986, de 11 de Junio**, sobre Ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales de la Asistencia Especializada, y posteriormente modificado por el **Decreto 462/1996**, de 8 de Octubre, que regula las Juntas Facultativas y las Juntas de Enfermería como órganos de participación colegiados de los profesionales sanitarios del Área Hospitalaria.

El artículo 55 de la Ley Orgánica 2/2007 de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, ordena que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Las disposiciones del Decreto 105/1986 sobre ordenación de la asistencia sanitaria, incluyeron los siguientes objetivos:

- La delimitación del marco territorial que permitiera una sectorización operativa de la Red Hospitalaria Pública de Andalucía.
- La integración y coordinación de los demás niveles asistenciales

- La fijación de los criterios de organización de los Centros hospitalarios teniendo en cuenta los principios contenidos al respecto en la Ley General de Sanidad.

El artículo 1º del Decreto 105/1986, de 1 de junio, sitúa su ámbito de aplicación en las Instituciones Sanitarias, Hospitales y Centros Periféricos de Especialidades gestionadas o administradas por la Junta de Andalucía, así como a las demás que se integren en su red asistencial.

Asimismo, el artículo 2º define el **Área Hospitalaria** como la demarcación geográfica para la gestión y administración de la asistencia sanitaria especializada, estando conformada, al menos, por un Hospital y por los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo y que se delimitarán con arreglo a criterios geográficos, demográficos, de accesibilidad de la población y la eficiencia para la prestación de la asistencia especializada.

Para poder abordar la Asistencia Especializada es necesario desarrollar dos apartados considerados fundamentales:

- 1) Los fines de la Asistencia Especializada
- 2) La clasificación de los hospitales

1) Los **fines de la Asistencia Especializada** son:

- Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados, que por sus características no puedan resolverse en el nivel de la Atención Primaria.
- Posibilitar el internamiento en régimen de hospitalización a los pacientes que lo precisen.
- Participar en la atención de las urgencias, asumiendo las que superen los niveles de Asistencia Primaria.
- Prestar la asistencia en régimen de Consultas Externas que requieran la atención especializada de la población.
- Participar con el resto del dispositivo sanitario en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.
- Colaborar en la formación de los recursos humanos y en las investigaciones de salud.

El Decreto además fija los **regímenes de prestación de la asistencia** en régimen de consultas externas y en régimen de internamiento:

a) La asistencia especializada en **régimen de consultas externas**, se prestará en los siguientes Centros:

- Consultas Externas ubicadas en los Hospitales.
- Centros Periféricos de Especialidades, que dependerán funcional y orgánicamente de los Hospitales, siendo los dispositivos a distancia de los mismos, para prestar en régimen de Consultas Externas, la asistencia de especialidades que requiera la población.
- Centros de Salud y excepcionalmente en consultas a domicilio, en aquellos casos en que lo requiera el dispositivo de la atención primaria.

b) La asistencia en **régimen de internamiento**. Las Instituciones Sanitarias que presten asistencia especializada en régimen de internamiento adoptarán la denominación única de **Hospitales**.

2) Para llevar a cabo dichos fines es imprescindible la figura de los **hospitales**, que pueden **clasificarse**:

➤ Por su **función**

- a) Generales. Son los hospitales que no están destinados exclusivamente a especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas determinadas.
- b) Especiales o monográficos. Son aquellos destinados preferentemente a una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Tales son los quirúrgicos, maternidades, psiquiátricos, oncológicos y similares.

➤ Por su **ámbito geográfico**

- a) Locales o Comárcales.
- b) De distrito o provinciales.
- c) Regionales.

➤ Por su **dependencia patrimonial**

- a) Públicos.
- b) Privados.

Por otra parte, tal como explicita el Decreto 105/86, los Hospitales se clasifican de la forma siguiente:

- **Hospitales Generales Básicos**, cuyo ámbito de actuación será el Área Hospitalaria a la que se encuentren adscritos. Ubicados preferentemente en el medio rural, pero pueden tener su equivalencia en el medio urbano. Dará cobertura hospitalaria a zonas cuya población oscile entre 100.000 y 250.000 habitantes. Las distancias al Hospital como límite serán cubiertas en una hora, y el objetivo de dichos Centros es dar respuesta al 80% de las necesidades de hospitalización de la zona.

Junto con las especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Salud Mental, Pediatría y Tocoginecología) estará dotado de los Servicios Centrales de Laboratorio y Hematología, Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Anestesia y Cuidados Intensivos.

- **Hospitales Generales de Especialidades**, que tendrán la consideración de Hospitales de referencia para la asistencia especializada que requiera abarcar más de un Área Hospitalaria. Asimismo, asumirán las funciones de Hospital General Básico para el Área a la cual se encuentre adscrito. Su área poblacional de influencia especializada oscilará entre 250.000 y 650.000 habitantes y estarán ubicados generalmente en las capitales de provincia.

La asistencia sanitaria especializada en Andalucía se presta, mayoritariamente, a través de los **hospitales públicos** incluidos en el **Servicio Andaluz de Salud**, aunque también existen otros centros sanitarios de atención especializada, constituidos como **entidades públicas** dependientes de la Junta de Andalucía y adscritas a la Consejería de Salud, denominadas **Agencias Públicas Empresariales**, como es el caso de la Agencia Pública Empresarial Costa del Sol (Hospital del Marbella).

La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía determina, en el artículo 55, que por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía se determinarán los órganos, la estructura y el funcionamiento de los distritos de atención primaria y los hospitales. En este sentido, el artículo 8 del Decreto 105/1986, regula los órganos unipersonales de Dirección:

1. La Gerencia del Hospital.
2. Dependiendo directamente de la Gerencia existirán:
 - a) La Dirección Médica
 - b) La Dirección de Enfermería.

- c) La Dirección Económica-Administrativa.
- d) La Dirección de Servicios Generales.

Excepcionalmente podrán crearse los puestos de Subdirector-Gerente y Subdirector de las Direcciones mencionados, cuando las necesidades funcionales y estructurales así lo requieran.

Por otra parte, también regula el Decreto la Comisión de Dirección del Hospital, manifestando que como órgano cualificado existirá la Comisión de Dirección del Hospital, integrado por los titulares de cada uno de los órganos de dirección mencionados, bajo la presidencia del Director Gerente.

Como criterio general el artículo 17 indica que la Gerencia y las Direcciones de Servicios Generales y Económico-Administrativos, contarán con la siguiente estructura:

- El Servicio
- La Sección
- La Unidad

Al frente de cada Servicio, Sección y en su caso Unidad existirá un Jefe como órgano unipersonal, quienes dependerán jerárquicamente del Director correspondiente, directamente o a través del jefe de Servicio y Sección respectivo.

Por último, este artículo permite que, en todo caso, el número, composición y denominación de los diferentes Servicios, Secciones y Unidades se adapten a las condiciones específicas de cada Hospital y Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo y a las necesidades del Área Hospitalaria correspondiente.

Los artículos siguientes establecen la estructura de la Gerencia y cada una de las Direcciones. En concreto, el artículo 22 dice que la **Dirección Económico-Administrativa** tendrá adscritas al menos, las siguientes unidades:

- **Administración:** llevará a cabo la gestión de ingresos y gastos del Hospital y la facturación a terceros por la utilización del Centro y el registro general de correspondencia. Asimismo, aportará el apoyo administrativo necesario a los demás órganos y unidades del Hospital, y Centros Periféricos de Especialidades.

- **Contabilidad y Control Económico:** desarrollará las funciones de registro cronológico, adecuado al plan contable establecido, de todos los actos económicos del Centro, así como elaboración, de acuerdo con la normativa vigente, de los estados previstos de ingresos y gastos y la confección de estadísticas generales.

- **Personal:** desarrollará las funciones de gestión de personal, control de plantilla y puestos de trabajo, registro, incidencias, nóminas y acción social.

El artículo 23 del Decreto 105/1986, ordena que todos los Hospitales contarán, necesariamente, con los siguientes **órganos asesores**:

1. La Junta del Hospital y Centros Periféricos de Especialidades adscritos, como órgano asesor de la Gerencia.
2. La Junta Facultativa, como órgano asesor de la Dirección Médica.
3. La Junta de Enfermería, como órgano asesor de la Dirección de Enfermería.

El Decreto 462/1996 de 8 de Octubre, que modifica el Decreto 105/1986, de 11 de Junio, viene a regular las Juntas Facultativas y las Juntas de Enfermería como órganos de participación de los profesionales sanitarios del Área Hospitalaria. Establece su composición, estructura, funciones y régimen de funcionamiento.

Como **órgano de participación social**, el Decreto regulaba la **Junta de Personal**. Esta normativa quedó derogada por la entrada en vigor de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) que además deroga lo establecido en la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las administraciones públicas, excepto su artículo 7 sobre constitución de las Juntas de Personal en función del Organismo al que esté adscrito y lo regulado sobre procedimiento electoral general que queda como normativa básica hasta que se desarrolle lo previsto en el artículo 39 del Estatuto (Disposición Transitoria Quinta).

El artículo 39 del E.B.E.P. determina que los órganos específicos de representación de los funcionarios son los Delegados de Personal y las Juntas de Personal. Cada Junta de Personal se compone de un número de representantes, en función del número de funcionarios de la Unidad electoral correspondiente, y elegirá de entre sus miembros un Presidente y un Secretario y elaborarán su propio reglamento de procedimiento. El reglamento y sus modificaciones deberán ser aprobados por los votos favorables de, al menos, dos tercios de sus miembros.

Por último, indicar que el artículo 28 del Decreto 105/1986, regula y define el **Plan General Hospitalario** y en este sentido establece que todos los Hospitales y Centros de Especialidades adscritos, deberán contar con un Plan General, que habrá de definir:

- La estructura, organización y coordinación de los Servicios y Unidades del Hospital y Centros adscritos.
- Las normas de coordinación asistencial para la derivación de pacientes a otros Centros Sanitarios.
- Las normas de admisión de enfermos para la hospitalización, consultas externas y urgencias.
- Las normas para situaciones de emergencia, desastre o desalojo.

En el artículo 29, introduce los Programas Hospitalarios diciendo que anualmente, el Director-Gerente junto con la comisión de dirección realizará la memoria de gestión y fijará los objetivos del Hospital y de los Centros adscritos, desarrollando un programa concreto para la consecución de los mismos.

Este Programa y los objetivos, se realizarán previo informe de los distintos Servicios y Unidades respecto a sus Áreas de actuación y la definición de los objetivos y el Programa, se efectuará teniendo en cuenta las necesidades asistenciales en su Área Hospitalario correspondiente y con sujeción al Plan General y a los criterios fijados por la Consejería de Salud.

Hasta ahora, se ha analizado las Instituciones Sanitarias hospitalarias que presten asistencia especializada en régimen de internamiento. También es necesario mencionar a los **Centros Periféricos de Especialidades (CPE)** como **Instituciones Sanitarias Abiertas** en los que sólo se ofrece asistencia especializada en **régimen de ambulatorio** y por tanto no existe asistencia de medicina de familia, ni asistencia en régimen de internamiento ni asistencia a domicilio (salvo que sea requerido por otro facultativo). Comprende los siguientes **elementos asistenciales**:

1. Unidades Sanitarias de: especialidades médicas, especialidades quirúrgicas, laboratorios de análisis clínicos y electrología y radiología. Hasta que en las zonas de ubicación de los C.P.E. no se abrieron Centros de Atención Primaria, existieron consultas de medicina de familia y pediatría.

2. Unidades médicos-administrativas: archivo centralizado de historias clínicas y radiografías, estadísticas sanitarias y asistencia social y servicio de atención a los usuarios.

El artículo 54.2.de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía declara que los **hospitales y sus correspondientes Centros de Especialidades** constituyen la **estructura sanitaria responsable** de la atención especializada programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria.

El Decreto 105/1986 indica que los Centros de Especialidades dependen de los Hospitales orgánica y funcionalmente, y según lo ordenado en su Disposición Transitoria Segunda a la Consejería de Salud le corresponde establecer las medidas precisas para la transformación de los antiguos ambulatorios en Centros Periféricos de Especialidades, así como que los Centros Periféricos de Especialidades, cuando la complejidad y distancia al Hospital lo requiera, estarán dotados de los órganos de dirección necesarios, que en todo caso actuarán de forma delegada de los órganos de dirección del Hospital.

Los Ambulatorios se definieron en el artículo 7.2 de la Orden Ministerial de 7 de julio de 1972, como Instituciones Sanitarias Abiertas, que disponían de Consultas de Medicina General y Pediatría-Puericultura así como de Consultas de Especialidades. A partir de 1984, con la separación de los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada, los ambulatorios dejan de tener sentido y se procede a su transformación en Centros de Especialidades, es decir, un dispositivo que provea consultas externas de asistencia especializada.

Estos Centros Periféricos no tienen una organización autónoma, sino que actúan como una Unidad de Consultas Externas a distancia del Hospital al que se adscriben. Es a través de la “jerarquización” de las plazas de especialistas (regulada en la Orden de 10 de junio de 1986 de la entonces Consejería de Salud y Consumo) como se ha producido en Andalucía la integración en un único dispositivo los dos regímenes asistenciales de la Atención Especializada, la ambulatoria y la hospitalaria mediante la adscripción de las Instituciones Abiertas y los Médicos Especialistas de Cupo de la

Seguridad Social en la estructura jerarquizada de los hospitales, siendo los dos métodos de integración previstos la oferta a médicos con nombramiento en propiedad y la amortización de las plazas dejadas por esos profesionales integrados y las ocupadas por no titulares, quedando las plazas de los titulares no integrados como plazas a extinguir.

Por último, el Decreto 232/1997, de 7 de octubre, también previó un procedimiento de integración mediante oferta de médicos especialistas de cupo de la Seguridad Social, que integrados pasan a denominarse Facultativos Especialistas de Área y que prestan asistencia especializada a la población adscrita al Hospital.

1.4.2 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Atención Primaria.

Actualmente está regulada en el Decreto 197/2007, de 3 de julio y con anterioridad, en el Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud.

El **Decreto 197/2007**, en su exposición de motivos, fundamenta el cambio normativo en que desde 1985 se ha producido un amplio desarrollo del primer nivel de atención sanitaria, así como un aumento de la capacidad de resolución ante los diferentes problemas de salud que se le plantean a la población andaluza y de las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, así como un incremento de la complejidad asistencial y de gestión, lo que obliga, de una parte, a adaptar los distritos de atención primaria a la realidad actual, adecuando su estructura organizativa para mejorar y facilitar la gestión de los objetivos planteados en el III Plan Andaluz de Salud y en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y de otra, adecuar los Equipos Básicos de Atención Primaria a la nueva situación generada tras la promulgación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias.

El trabajo de los profesionales ajustado a criterios de gestión clínica resulta determinante para lograr los objetivos del sistema sanitario, por lo que parece necesario introducir cambios organizativos que posibiliten la participación del profesional en las decisiones de la organización sanitaria, en un escenario de

corresponsabilidad que permita definir objetivos compartidos, orientados a cumplir los fines del sistema sanitario.

De conformidad con lo establecido en el apartado 2 del art. 50 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, las zonas básicas de salud serán delimitadas por la Consejería de Salud, así como sus modificaciones, atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, social, epidemiológico, cultural y viario, teniendo en cuenta los recursos existentes y la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía. La delimitación territorial de las zonas básicas de salud y de los distritos en los que se integran se realizará por medio del **Mapa de Atención Primaria de Salud**.

El Decreto 197/2007 define las **Zonas Básicas de Salud** como el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo a la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Están constituidas por los municipios o agregaciones de municipios que determinan el Mapa de Atención Primaria de Salud. En este sentido, la última actualización del Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía, se realizó mediante la Orden de 7 de junio de 2002, por la que se redujo de forma significativa el número de los distritos existentes anteriormente y de los correspondientes órganos de dirección, con el objetivo de mejorar la capacidad de gestión y la eficiencia organizativa.

Por otra parte, dicho Decreto define los **Centros de Salud** como las estructuras físicas donde los profesionales realizan las actividades de una atención primaria de salud integral orientada a la ciudadanía, constituyendo la referencia de los servicios sanitarios públicos más cercanos a la población. Tienen la consideración de centros de atención primaria de salud los centros de salud, así como los consultorios locales y auxiliares que existan en cada zona básica de salud.

Este Decreto introduce la definición de las **Unidades de Gestión Clínica (U.G.C.)**, como la estructura organizativa responsable de la atención primaria de salud a la población que estará integrada por los profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a la zona básica de salud y que tiene como fines el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de salud, de cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos y de buena práctica clínica.

En cuanto a las **características de las U.G.C.:**

- desarrollan sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la **eficacia, la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria**, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión.

- desarrollan sus actuaciones con criterios de gestión clínica, incorporando en la toma de decisiones clínicas el **mejor conocimiento disponible**, así como los criterios definidos en las guías de procesos asistenciales y guías de práctica clínica de demostrada calidad científica, y criterios de máxima eficiencia en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

Composición de las U.G.C.: Estarán integradas por los profesionales de diversas categorías y áreas de conocimiento, que trabajarán conjuntamente, con arreglo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones.

Funciones de las U.G.C.:

a) Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias a la población adscrita a la unidad, en coordinación con el resto de dispositivos y unidades del distrito de atención primaria, con capacidad de organizarse de forma autónoma, descentralizada y expresamente recogida en el acuerdo de gestión clínica.

b) Desarrollar los mecanismos de coordinación con los demás centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades.

c) Desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación.

d) Realizar el seguimiento continuado del nivel de salud de la población de su zona de actuación, llevando a cabo la implantación de los procesos asistenciales, planes integrales y programas de salud, en función de la planificación establecida por la Dirección Gerencia del distrito de atención primaria.

e) Realizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de los planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica.

f) Evaluar las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en programas generales de evaluación y acreditación establecidos por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, con criterios de orientación hacia los resultados en salud, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos.

g) Realizar las actividades de formación continuada necesarias para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de la unidad a los mapas de competencias establecidos para cada profesional, así como participar en aquellas otras actividades formativas adecuadas a los objetivos de la unidad de gestión clínica.

h) Realizar las actividades de formación pregraduada y postgraduada correspondientes a las diferentes categorías y áreas de conocimiento, de acuerdo con los convenios vigentes en cada momento en estas materias.

i) Participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y académicos relacionados con los fines de la unidad, de acuerdo con los criterios generales y prioridades establecidas por la Dirección Gerencia del distrito.

j) Aquellas otras que estén fijadas en los acuerdos de gestión clínica u otras de análoga naturaleza que le puedan ser atribuidas por la Dirección Gerencia del Distrito.

En cada U.G.C. existirá una **Dirección de Unidad de Gestión Clínica** que tendrá rango de **cargo intermedio** y dependerá jerárquica y funcionalmente de la Dirección Gerencia del Distrito de Atención Primaria así como una **Coordinación de Cuidados de Enfermería** que tendrá también de rango de cargo intermedio y que realizarán, además las funciones asistenciales propias de sus categorías, sin perjuicio de lo establecido en el art. 30 del Decreto 197/2007 que viene a fijar la dedicación parcial a la función asistencial de estos dos cargos intermedios.

La Dirección Gerencia del Distrito de Atención Primaria establecerá **Acuerdos de Gestión Clínica** con la dirección de cada una de las Unidades de Gestión Clínica, a propuesta de la Dirección de Salud del Distrito de Atención Primaria. Algunas **características** de estos Acuerdos son:

- Es el documento en el que se fija el marco de gestión de la unidad de gestión clínica, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo. Documento que será autorizado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

- Estará orientado a asegurar a la población asignada una atención en materia de salud, eficaz, efectiva, orientada a la atención de las necesidades específicas de la

población, asegurando la adecuada accesibilidad a los servicios que presta la unidad y en un marco de gestión eficiente de los recursos públicos.

- Se especificará la metodología de asignación de los incentivos de la unidad de gestión clínica y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado de cumplimiento de los objetivos.

- Su duración será de 4 años, pudiendo ser renovado por iguales períodos.

- Será objeto de seguimiento anual por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud para evaluar su evolución y corregir, en su caso, los elementos necesarios para garantizar su cumplimiento.

El Decreto 197/2007 regula igualmente el **Distrito de Atención Primaria** indicando que éstos constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la Atención Primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de las enfermedades, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia y la investigación.

En cuanto a la **estructura orgánica**, en cada Distrito de Atención Primaria existirán los siguientes órganos directivos unipersonales:

- a) Dirección Gerencia
- b) Dirección de Salud
- c) Dirección de Cuidados de Enfermería
- d) Dirección de Gestión Económica y de Desarrollo Profesional

En los distritos de atención primaria, cuya complejidad así lo exija y se determine por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, se constituirán separadamente una Dirección de Gestión Económica y una Dirección de Desarrollo Profesional. Además, contará con los siguientes **órganos de asesoramiento**:

- a) Comisiones de Dirección
- b) Comisiones Técnicas:
 - 1) Comisión de Calidad y Procesos Asistenciales.
 - 2) Comisión de Uso Racional del Medicamento.
 - 3) Comisión de Formación y Docencia.
 - 4) Comisión de Ética e Investigación Sanitarias.
 - 5) Comisión de Salud Pública.

Asimismo, tal y como establece el art. 13.2 del Decreto 197/2007, además de las Comisiones referenciadas y mediante Orden de la Consejería de Salud, podrán crearse otras Comisiones Técnicas que puedan resultar necesarias para el mejor desarrollo de los objetivos del distrito.

En cada distrito de atención primaria existirán los siguientes órganos intermedios:

- a) Dirección de Unidades de Gestión Clínica
- b) Coordinación de los Cuidados de Enfermería de Unidades de Gestión Clínica.
- c) Coordinadores de Servicios.
- d) Jefaturas de Servicio Administrativo.

En cuanto a la **estructura funcional**, en cada distrito de atención primaria existirán:

- Las U.G.C. que se configuren, formadas por profesionales, adscritos funcionalmente a las zonas básicas de salud.

- Un Dispositivo de Apoyo integrado por los profesionales que realizan funciones administrativas, de gestión, técnicas o asistenciales, necesarias para asegurar el funcionamiento de las unidades de gestión clínica, con la siguiente composición:

- Salud bucodental
- Fisioterapia
- Técnicos superiores
- Matronas
- Trabajadores sociales
- Personal de gestión y servicios
- Otro personal sanitario que se atribuya

Además, estarán integrados los profesionales adscritos a los **siguientes servicios**:

- Servicio de Cuidados Críticos y de Urgencias
- Servicio de Salud Pública
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Desarrollo Profesional y Económico Financiero
- Servicio de Atención a la Ciudadanía.

Este Decreto además ha incluido en su Disposición Adicional Segunda, la adscripción de las Unidades docentes de medicina familiar y comunitaria a los distritos de atención

primaria que en cada caso determine la persona titular de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

1.4.3 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Áreas de Gestión Sanitarias.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, determina en su artículo 56 que las Comunidades Autónomas delimitarán en su territorio, demarcaciones denominadas **Áreas de Salud**, como estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsabilizadas de la gestión de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones y programas a desarrollar por ellos.

Por otra parte, la Ley General de Sanidad recoge entre las características del Sistema Nacional de Salud, la continuidad en la atención sanitaria y la **coordinación entre niveles asistenciales**. En este sentido, la Junta de Andalucía ha desarrollado en los últimos años, diversas iniciativas organizativas que han permitido avanzar en la coordinación entre los diferentes centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desarrollando acciones que potencian la continuidad en la atención sanitaria, en el marco de la estrategia de calidad y la innovación organizativa.

Una de las líneas de avance que se han aplicado es la **integración de los dispositivos asistenciales, tanto atención primaria como atención especializada**, así como la salud pública, bajo una misma estructura de gestión, con el objetivo de impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria y en base a ello se han creado las distintas **Áreas de Gestión Sanitarias** en aquellos lugares en los que el grado de desarrollo de los servicios asistenciales de atención primaria y de asistencia especializada han alcanzado un **adecuado nivel de coordinación**, haciendo posible profundizar en medidas organizativas que permitan mejorar la continuidad asistencial, la participación profesional, la descentralización en las decisiones de gestión y la participación ciudadana.

Las Áreas de Salud estaban ya previstas en la Ley 8/1986, de 8 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud, y actualmente en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de

Andalucía, que, en su artículo 57, determina que la Consejería de Salud podrá establecer **otras estructuras** para la prestación de los servicios de atención primaria y de asistencia especializada, atendiendo a **razones de eficacia, del nivel de especialización de los centros y de la innovación tecnológica**, sin perjuicio de las competencias establecidas al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en el artículo 14 de la referida Ley, para establecer y regular órganos de participación ciudadana dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, lo que se ha producido mediante el Decreto 529/2004, de 16 de noviembre, por el que se regulan las Comisiones Consultivas de las Áreas de Gestión Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En este marco normativo, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha venido realizando un importante esfuerzo para desarrollar mecanismos de gestión que permitieran avanzar hacia una mayor calidad en la prestación de los servicios y una mayor eficiencia en el uso de los recursos que se le asignan, entre los cuales cabe destacar el importante grado de descentralización y desconcentración en la gestión de los diferentes centros sanitarios.

Por otro lado, la propia Ley 44/2003, de 21 de noviembre y la Ley 55/2003 aconsejan introducir **cambios en la organización de la atención sanitaria** impulsando, por un lado, la agrupación de profesionales para favorecer la atención integrada y la continuidad asistencial, y, por otro, reordenando las estructuras directivas y de apoyo a la gestión, para favorecer la capacidad de decisión de las agrupaciones de profesionales y facilitar el desarrollo de la actividad con los criterios que configuran la gestión clínica.

De acuerdo con los criterios de gestión clínica, gestión por procesos y continuidad asistencial, y siguiendo las directrices generales establecidas por la Consejería competente en materia de salud y el Servicio Andaluz de Salud, las **Áreas de gestión sanitaria** desarrollan las **funciones de atención sanitaria** a la población adscrita, incluyendo las actividades asistenciales y de protección de la salud, mediante la actuación de las instituciones y centros sanitarios integrados en la misma y, en particular, las siguientes:

a) La organización, gestión y evaluación de las actividades y programas de atención sanitaria a la población de su ámbito en lo relativo a la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y

rehabilitación, de acuerdo con las directrices y criterios generales fijados por la Consejería competente en materia de salud y los objetivos marcados por el Servicio Andaluz de Salud, en concordancia con los principios de coordinación de servicios, integración de los niveles asistenciales y colaboración intersectorial.

b) La gestión de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas, ortopédicas y otras incluidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía que les corresponda gestionar por su nivel de complejidad.

c) La organización y el desarrollo de las funciones que corresponden al Servicio Andaluz de Salud en materia de formación, docencia e investigación en el conjunto de los planes, proyectos y programas de su ámbito territorial.

d) La gestión de los acuerdos, convenios y conciertos en su ámbito territorial y competencial.

e) La elaboración y presentación al Servicio Andaluz de Salud de las previsiones presupuestarias del área de gestión sanitaria, integrando las previsiones de las instituciones y centros adscritos a la misma.

f) La administración y gestión de los centros y servicios sanitarios que se le adscriban.

g) La gestión y administración de los recursos presupuestarios correspondientes, así como la evaluación de la gestión económica del área, sin perjuicio de las competencias que corresponden a otros órganos.

h) La dirección y gestión del personal adscrito al conjunto de las instituciones y centros integrados en cada una de las áreas de gestión sanitaria.

i) Aquellas otras que le sean atribuidas reglamentariamente y las delegadas por la Consejería competente en materia de salud y por el Servicio Andaluz de Salud.

En definitiva, las Áreas de Gestión Sanitaria son responsables de la **gestión unitaria de los dispositivos asistenciales** tanto de la atención primaria como atención hospitalaria, así como la salud pública, en una demarcación territorial específica, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Su objetivo es impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria. Actualmente existen catorce áreas de gestión sanitaria:

- Área de Gestión Sanitaria de Osuna (creada por el Decreto 96/1994, de 3 de Mayo, que fue modificado por el Decreto 69/1996, de 13 de Febrero): Área Hospitalaria de Osuna y Distritos de Atención Primaria de Osuna y de Écija.

- Área Sanitaria Norte de Córdoba (creada por el Decreto 68/1996, de 13 de Febrero): Área Hospitalaria Norte de Córdoba y Distritos Sanitarios de Peñarroya y Valle de los Pedroches.

- Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar (creada por la Orden 2 de Diciembre 2002): Áreas Hospitalarias de La Línea y Punta Europa, de Algeciras y el Distrito de Atención Primaria del Campo de Gibraltar.

- Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (creada por la Orden 5 de Octubre de 2006): Área Hospitalaria de Huercal-Overa y el Distrito de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora de Almería.

- Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga (creada por la Orden 5 de Octubre de 2006): Área Hospitalaria de Ronda y el Distrito de Atención Primaria Serranía de Málaga.

- Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga (creada por la Orden 5 de Octubre de 2006): Área Hospitalaria de Antequera y el Distrito de Atención Primaria La Vega de Málaga.

- Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada (creada por la Orden 5 de Octubre de 2006): Área Hospitalaria de Motril y el Distrito de Atención Primaria Granada Sur.

- Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía (creada por Orden de 20 de Noviembre de 2009): Área Hospitalaria de la Axarquía y Distrito de Atención Primaria de la Axarquía.

- Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (creada por Orden de 20 de Noviembre de 2009): Área Hospitalaria de Riotinto y el Distrito de Atención Primaria Sierra de Huelva-Andévalo Central.

- Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz (creada por Orden de 13 de Febrero de 2013): Hospital de Jerez, Distrito Jerez-Costa Noroeste y Distrito Sierra de Cádiz.

- Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba (creada por Orden de 13 de Febrero de 2013): Hospital Infanta Margarita y Distrito Córdoba Sur.

- Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada (creada por Orden de 13 de Febrero de 2013): Hospital de Baza y Distrito Granada-Nordeste.

- Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaen (creada por Orden de 13 de Febrero de 2013): Hospital de San Agustín, Hospital San Juan de la Cruz, Distrito Jaen-Norte y Distrito Jaen Nordeste.

- Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (creada por Orden de 13 de Febrero de 2013): Hospital de Valme y Distrito Sevilla Sur.

Las Áreas de gestión sanitaria estarán integradas por los siguientes **órganos de dirección y gestión**: El Consejo de Dirección, la Gerencia y los órganos de dirección y unidades administrativas que se establezcan.

El **Consejo de Dirección** es el órgano colegiado de dirección y gestión del Área de Gestión Sanitaria y está integrado por la Presidencia, las Vocalías y una Secretaría. El Presidente es la persona titular de la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria y las Vocalías están compuestas por los titulares de los órganos de dirección del Área. La Secretaría es ocupada por una persona designada por el Consejo de Dirección, a propuesta de la Presidencia, y tendrá la condición de personal funcionario o estatutario adscrito al Área de Gestión Sanitaria y que asistirá a las sesiones con voz pero sin voto.

Son funciones del Consejo de Dirección:

- a) Aprobar el Plan Estratégico del Área de Gestión Sanitaria.
- b) Desarrollar las actuaciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos fijados en el Contrato-programa del Área de Gestión Sanitaria, que contendrá los objetivos asistenciales previstos, así como su financiación.
- c) Elaborar las previsiones presupuestarias del Área de Gestión Sanitaria.
- d) Aprobar el informe de gestión y la memoria anual del Área de Gestión Sanitaria.
- e) Elaborar y aprobar el Reglamento Interno del Consejo de Dirección.
- f) Aquellas otras que le sean atribuidas reglamentariamente y las delegadas por los respectivos órganos competentes.

La persona que ocupe la **Gerencia del Área de Gestión Sanitaria** es nombrada y cesada por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud y tiene a su cargo las funciones y competencias de la misma, de acuerdo con las directrices marcadas por el Servicio Andaluz de Salud:

- a) Representar al área de gestión sanitaria.
- b) Elaborar el Plan Estratégico, basado en las necesidades de su población, dentro del marco de referencia del Plan Andaluz de Salud, Plan de Calidad y Contrato-Programa.
- c) Ejercer la dirección y coordinación efectiva de las unidades dependientes del área, con el fin de asegurar la continuidad asistencial.

d) Acordar la realización de obras e inversiones incluidas en los planes y presupuestos aprobados.

e) Celebrar los contratos y suscribir los convenios que sean necesarios para el cumplimiento de los fines del área, por delegación de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

f) Dictar las instrucciones necesarias para el buen funcionamiento del área.

g) Desempeñar la jefatura superior de personal del área.

h) Presidir el Consejo de Dirección del área.

i) Ostentar la Presidencia de la Comisión Consultiva del área, en virtud de lo establecido en el artículo 2, apartado 2, del Decreto 529/2004, de 16 de noviembre.

j) Cualquier otra función que le sea delegada por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud y por la persona titular de la Delegación Territorial de la Consejería competente en materia de salud.

Por otra parte, la Gerencia del Área Sanitaria tendrá, al menos, los siguientes órganos de asesoramiento:

a) Comisión de Directores de Unidades de Gestión Clínica

b) Comisión de Calidad y Procesos Asistenciales.

c) Comisión de Uso Racional del Medicamento.

d) Comisión de Formación y Docencia.

e) Comité de Ética Asistencial

f) Comité de Ética de la Investigación, en caso de que realicen investigación biomédica.

g) Comisión de Salud Pública.

Estas Comisiones serán reguladas por Orden de la Consejería de Salud, y su composición se determinará teniendo en cuenta lo previsto en la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.

1.4.4 Organización Funcional de la Asistencia Sanitaria. Red Transfusional de Andalucía.

La Red de Centros de Transfusión del Servicio Andaluz de Salud es la estructura encargada de la obtención, procesamiento y suministro de unidades de sangre y derivados sanguíneos para la cobertura de las necesidades de transfusión de los hospitales andaluces. Como tal, es responsable del suministro de sangre y derivados sanguíneos de todos los hospitales públicos y privados de la Comunidad Autónoma.

Además, los Centros Regionales de Transfusión constituyen, desde 1997, Bancos Sectoriales de Tejidos, encargados del estudio, preparación y conservación de los tejidos, tras su extracción y para posterior implante en los Hospitales.

La **Orden de 6 de junio de 1986, de la Consejería de Salud y Consumo, regula la Red Transfusional de Andalucía** y crea el Consejo General de Transfusión Sanguínea (C.G.T.S.) como máximo órgano decisorio y coordinador de las actividades hemoterápicas de la Comunidad Autónoma de Andalucía en sus variadas manifestaciones, quedando adscrito a la Consejería de Salud, que tiene como objetivos:

- a. Atender a las necesidades de sangre y hemoderivados de toda la población andaluza así como a la salud de los donantes y receptores bajo los principios de donación no retribuida, controles de calidad adecuados y gestión sin ánimo de lucro.
- b. Responsabilizarse ante la autoridad sanitaria del funcionamiento del sistema.
- c. Desarrollar campañas institucionales de promoción de la donación altruista de sangre y sus fracciones.
- d. Proponer la unificación de los aspectos administrativos relacionados con la hemodonación.
- e. Supervisar el cumplimiento de las normas básicas de control de la obtención y uso de la sangre y sus derivados.
- f. Coordinar la distribución e intercambio de la sangre y sus derivados atendiendo a las necesidades de toda la Comunidad Autónoma, en colaboración solidaria con el resto del Estado.
- g. Proponer a nivel autonómico un Plan General de reservas para actuación en situaciones de emergencia, en conexión con Protección Civil.

- h. Realizar propuestas de planificación y desarrollo de una política de hemoderivados, tendente a afrontar la obtención de éstos a partir de la donación altruista.

El artículo 3 de la Orden dispone que el Consejo General de Transfusión Sanguínea (CGTS) está presidido por el Consejero de Salud, actuando como Vicepresidente el Director General de Asistencia Sanitaria, y formarán parte del mismo los Directores de los Centros Regionales de Transfusión Sanguínea y los representantes de la Administración Sanitaria que se determine reglamentariamente.

En cuanto a sus funciones, el CGTS aprobará los programas tendentes a la mejora de la atención transfusional, impulsando y garantizando el cumplimiento de los fines del mismo ejerciendo la tutela y coordinación de la gestión de los distintos Centros de la red transfusional.

El artículo 5 establece que el CGTS contará con un Comité Consultivo como órgano de asesoramiento, en cuya composición estarán representados los distintos sectores relacionados con la transfusión sanguínea y necesariamente las Asociaciones de Donantes y Usuarios del Sector.

La Red transfusional Andaluza se estructura en los siguientes niveles (artículo 6º):

- a. Centros Regionales de Transfusión Sanguínea.
- b. Centros de Área de Transfusión Sanguínea.
- c. Bancos de Sangre Hospitalarios.
- d. Depósitos de Sangre.

En relación a los anteriores Centros, hay que significar que, en virtud de la Orden de 5 de abril de 1990, los Centros de Transfusión Sanguínea se articulan funcionalmente como Centros de Destino, integrados en el Área Hospitalaria correspondiente, junto con los Hospitales y Centros Periféricos de Especialidades.

1.4.5 Centros, Dispositivos y Cartera de Servicios en el SAS

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), inicialmente fue creado como un organismo autónomo de carácter administrativo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y posteriormente y mediante el Decreto 9/2007 de 22 de Octubre de la Administración de Andalucía, ha sido convertido en Agencia Administrativa.

Sus competencias y funciones están reguladas por lo establecido en el citado decreto así como por la Ley 2/1998, de 15 Junio, de Salud de Andalucía, y los preceptos en vigor de la Ley 8/1986, de 6 de Junio, de creación del Servicio Andaluz de Salud.

Estas **funciones** son las siguientes:

- Gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Administración y gestión de las Instituciones, centros y servicios sanitarios que obran bajo su dependencia orgánica y funcional.
- **Gestión de los recursos humanos**, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Para el logro de sus objetivos, el SAS cuenta con unas estructuras centrales, una red de centros de atención primaria organizados para su gestión en distritos de atención primaria, un conjunto de hospitales y centros de especialidades que se gestionan agrupados en áreas hospitalarias y una red de centros de transfusión sanguínea que se configuran como centros propios de gestión y diversas áreas sanitarias de gestión integrada de los recursos de atención primaria y especializada.

Para conocer un poco, la dimensión del Servicio Andaluz de Salud, a continuación se expone un detalle de los centros, equipamientos y dispositivos tanto de Atención Primaria, como Atención Hospitalaria y Centros de Transfusiones Sanguíneas. Asimismo, se presenta un cuadro con los datos fundamentales de la plantilla de personal de distintos ámbitos, tanto sanitarios como no sanitarios:

Tabla 1.5. Centros y Equipamiento. Atención Primaria del SAS

| ESTRUCTURA, CENTROS Y DISPOSITIVOS. ATENCIÓN PRIMARIA | |
|--|--------------|
| Estructura Organizativa | |
| Distritos de atención primaria | 17 |
| Áreas de gestión sanitaria | 14 |
| Centros | |
| Centros de Salud | 403 |
| Consultorios locales | 697 |
| Consultorios auxiliares | 418 |
| Total Centros | 1.518 |
| Dispositivos de Apoyo | |
| Unidades radiológicas | 155 |
| Salas de rehabilitación/fisioterapia | 206 |
| Unidades móviles de fisioterapia | 18 |
| Salas de fisioterapia | 206 |
| Gabinetes odontológicos | 229 |
| Unidades de ecografía | 140 |
| Unidades de retinografía | 119 |
| Unidad de exploración mamográfica | 17 |
| Dispositivos de cuidados críticos y urgencias | |
| Unidades de cuidados críticos y urgencias | 369 |
| Unidades móviles de cuidados críticos y urgencias | 134 |
| Total Dispositivos de cuidados críticos y urgencias | 503 |

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

Tabla 1.6. Centros de Transfusión Sanguínea del SAS

| CENTROS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA | |
|---|---|
| Estructura Organizativa | |
| Centros Provinciales de Transfusión Sanguínea | 8 |

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

Tabla 1.7. Centros y Equipamiento. Atención Hospitalaria del SAS

| ESTRUCTURA, CENTROS Y DISPOSITIVOS. ATENCIÓN HOSPITALARIA | |
|--|--------|
| Estructura organizativa | |
| Áreas de gestión sanitaria | 14 |
| Áreas hospitalarias | 11 |
| Agencias sanitarias y Consorcio hospitalario | 5 |
| Centros | |
| Hospitales regionales | 9 |
| Hospitales de especialidades | 8 |
| Hospitales comarcales | 17 |
| Hospitales de Alta Resolución | 13 |
| Dispositivos de cuidados críticos y urgencias | |
| Servicios de cuidados críticos y urgencias | 47 |
| Unidades de Soporte Vital Avanzado | 406 |
| Unidades de Soporte Vital Básico | 9 |
| Equipos terrestres de emergencias (EPES/061) | 36 |
| Equipos aéreos de emergencias (EPES/061) | 5 |
| Dispositivos de salud mental | |
| Unidades de salud mental comunitaria | 77 |
| Unidades de hospitalización de salud mental | 20 |
| Unidades de salud mental infantil y juvenil | 14 |
| Unidades de rehabilitación de área | 9 |
| Comunidades terapéuticas | 15 |
| Hospitales de día | 17 |
| Infraestructura | |
| Camas de hospitalización instaladas | 14.325 |
| Quirófanos | 490 |
| Locales de consulta de especialidades | 3.634 |
| Equipamiento | |
| Aceleradores lineales | 30 |
| Bombas de cobalto | 1 |
| Ecógrafos | 928 |
| Gammacámaras | 35 |
| Litotritores | 6 |
| PET | 3 |
| Radiología vascular | 25 |
| RNM | 30 |
| Salas de hemodinámica | 27 |
| Salas rayos X | 266 |
| TAC | 91 |
| Telemandos | 70 |

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

El **Contrato Programa** es el instrumento de que se dota a la Dirección Gerencia del SAS para el establecimiento de los objetivos a conseguir por cada uno de sus centros directivos y los recursos con que cuenta para ello. Se configura como la herramienta de gestión que sirve de clara orientación a los responsables y gestores para establecer las prioridades y los programas concretos de actuación que se desarrollan en las instituciones sanitarias. Además de orientar al Servicio Andaluz de Salud sobre los criterios de actuación, es un instrumento que tiene que servir para que la actividad se oriente hacia los objetivos que marca el Plan Andaluz de Salud y las estrategias que define el Plan Marco de Calidad.

El seguimiento de los Contratos Programa facilita la evaluación de la actividad realizada y posibilita la orientación de los objetivos futuros y las acciones a llevar a cabo, para garantizar un desarrollo armónico de los servicios en función de las necesidades y expectativas de la población.

La **cartera de servicios**, como elemento fundamental para el logro de los objetivos del SAS en términos de calidad, eficiencia, equidad y satisfacción de los usuarios, tiene como finalidad ayudar a garantizar que las actuaciones sanitarias empleadas para dar respuesta a un determinado problema de salud, sean las más adecuadas en cada momento. Los objetivos están recogidos de forma expresa en el Plan Andaluz de Salud, el Plan Estratégico, el Plan de Calidad y los Contratos Programa.

La cartera de servicios puede definirse como el desarrollo de la oferta clínico-asistencial que el Sistema Sanitario Público de Andalucía y, en concreto, el Servicio Andaluz de Salud pone, a través de sus profesionales y centros, a disposición de los ciudadanos.

A modo de ejemplo, se presenta una Cartera de Servicios del SAS de ejercicios anteriores, que puede servir de referencia para comprender la complejidad de las actuaciones que lleva a cabo el Organismo:

Tabla 1.8. Modelo de Cartera de Servicios de ejercicios anteriores en el SAS



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO I

Catálogo de Servicios/Equipos funcionales referentes

MÉDICAS

ALERGOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

APARATO DIGESTIVO

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de hepatología
- Unidad de sangrantes
- Unidad de endoscopia digestiva
- Unidad de pruebas funcionales digestivas

CARDIOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de arritmias/electrofisiología/marcapasoterapia
- Unidad de coronarias
- Unidad de hemodinámica
- Unidad de rehabilitación cardiaca
- Unidad de trasplante cardíaco

ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de cáncer de tiroides
- Unidad de tumores hipofisarios
- Unidad de diabetes y educación diabetológica
- Unidad de nutrición clínica y dietética
- Unidad de pruebas funcionales endocrinas

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA (CLÍNICA Y LABORATORIO)

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Hospital de día hematológico
- Unidad de hemofilia / coagulopatías congénitas
- Unidad de trasplante hematopoyético
- Unidad de coagulopatías

CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de arritmias/electrofisiología/marcapasoterapia
- Unidad de cuidados coronarios
- Unidad de cuidados críticos traumatológicos
- Unidad de ictus
- Urgencias

MEDICINA INTERNA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Hospitalización domiciliaria
- Unidad de desintoxicación hospitalaria
- Unidad de continuidad asistencial (UCA)
- Unidad de infecciosos
- Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos/Unidad de paliativos

NEFROLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de hemodiálisis
- Unidad de diálisis peritoneal
- Unidad de trasplante renal

NEUMOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de trastornos respiratorios del sueño
- Unidad de pruebas funcionales neumológicas

NEUROLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de epilepsia
- Unidad de ictus
- Unidad de trastornos del sueño

ONCOLOGÍA MÉDICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Hospital de día oncológico
- Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos/Unidad de paliativos

ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de braquiterapia



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Unidad de radiocirugía

PEDIATRÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de cardiología pediátrica
- Unidad de cuidados críticos y urgencias pediátricos
- Unidad de aparato digestivo pediátrico
- Unidad de hemodinámica pediátrica
- Unidad de nefrología pediátrica
- Unidad de neonatología
- Unidad de neumología pediátrica
- Unidad de neurología pediátrica
- Unidad de oncología pediátrica

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de rehabilitación infantil
- Unidad de rehabilitación neurológica
- Unidad de rehabilitación cardio – pulmonar

REUMATOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

SALUD MENTAL

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Equipo de salud mental de distrito
- Hospital de día de salud mental
- Unidad de hospitalización salud mental
- Unidad de rehabilitación de área de salud mental
- Unidad de salud mental infanto-juvenil
- Comunidad terapéutica

MÉDICO-QUIRÚRGICA

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de cirugía cardiovascular infantil
- Unidad de cirugía coronaria
- Unidad de cirugía vascular
- Unidad de trasplante cardíaco
- Unidad de trasplante cardíaco infantil

CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de cirugía coloproctológica
- Unidad de cirugía bariátrica
- Unidad de cirugía endocrinológica
- Unidad de cirugía gastroesofágica
- Unidad de cirugía hepatobiliopancreática
- Unidad de cirugía laparoscópica
- Unidad de trasplante

CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Estomatología

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de traumatología infantil

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de disforia de género
- Unidad de malformaciones congénitas
- Unidad de microcirugía vascular
- Unidad de quemados
- Unidad de reimplantes

CIRUGÍA TORÁCICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

DERMATOLOGÍA M.Q. Y VENEREOLÓGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de melanoma



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

NEUROCIRUGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de cirugía de la epilepsia
- Unidad de neurocirugía infantil
- Unidad de radiocirugía estereotáxica

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de alto riesgo obstétrico
- Unidad de diagnóstico prenatal/medicina fetal
- Unidad de fertilidad/reproducción humana asistida
- Unidad de oncología ginecológica

OFTALMOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de cirugía de retina y vítreo
- Unidad de oculoplastia
- Unidad de terapia fotodinámica

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de audiología
- Unidad de implantes cocleares
- Unidad de logopedia y foniatría
- Unidad de pruebas funcionales

CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de columna
- Unidad de mano
- Unidad de cadera
- Unidad de rodilla
- Unidad del pie
- Unidad de politraumatizados
- Unidad de tumores óseos
- Unidad de artroscopias

UROLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

- Unidad de litotricia
- Unidad de urodinámica
- Unidad de andrología



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DIAGNÓSTICAS

ANÁLISIS CLÍNICOS

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

Bioquímica clínica
Hematología
Microbiología

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

BIOQUÍMICA CLÍNICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

INMUNOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

MEDICINA NUCLEAR

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

Laboratorio de medicina nuclear
Unidad de gammagrafía
Unidad de radiofarmacia
Unidad de braquiterapia
Unidad de densitometría ósea
Unidad de P.E.T.

MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

Unidad de virología

NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

Unidad de trastornos neurológicos del sueño

RADIODIAGNÓSTICO

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes (en revisión)

Unidad de tórax, musculoesquelético y mama
Unidad de digestivo y urogenital
Unidad de radiología vascular, intervencionista y neurorradiología



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

GENERALES

FARMACIA HOSPITALARIA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

Unidad de nutrición parenteral

FARMACOLOGÍA CLÍNICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

RADIOFÍSICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Oferta general de la especialidad según nivel asistencial

Equipos Funcionales Dependientes

Unidad de salud laboral

UNIDADES FUNCIONALES MULTIDPENDIENTES

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO/QUIRÚRGICO

HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA

UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA

UNIDAD DE GENÉTICA CLÍNICA

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

1.4.6 Recursos Humanos y Financieros del SAS

El Servicio Andaluz de Salud cuenta con 92.711 profesionales (media anual) para atender su red asistencial: 24.359 en atención primaria y 68.352 atención hospitalaria. (Año 2013).

Tabla 1.9. Plantilla de Personal del Servicio Andaluz de Salud. 2013

| PLANTILLA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. | | | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|
| Media anual de efectivos mes, por grupo profesional, ámbito de atención y porcentaje según sexo, 2013 | | | | | | | | | |
| GRUPO PROFESIONAL | TOTAL SAS | | | ATENCIÓN HOSPITALARIA | | | ATENCIÓN PRIMARIA | | |
| | Número total | % Mujeres | % Hombres | Número total | % Mujeres | % Hombres | Número total | % Mujeres | % Hombres |
| Auxiliar enfermería | 14.725 | 94,70% | 5,30% | 13.361 | 94,60% | 5,40% | 1.364 | 95,30% | 4,70% |
| Cargo intermedio facultativo | 1.224 | 22,60% | 77,40% | 983 | 19,30% | 80,70% | 241 | 36,30% | 63,60% |
| Cargo intermedio no facultativo | 1.065 | 64,80% | 35,20% | 829 | 66,10% | 33,90% | 236 | 60,10% | 39,90% |
| Cargos intermedios no sanitarios | 877 | 42,40% | 57,60% | 776 | 38,30% | 61,70% | 101 | 73,20% | 26,80% |
| Directivo | 295 | 42,60% | 57,40% | 244 | 41,50% | 58,50% | 51 | 47,90% | 52,10% |
| DUE/ATS | 23.643 | 75,50% | 24,50% | 17.510 | 79,30% | 20,70% | 6.133 | 64,70% | 35,30% |
| Facultativos/as especialistas de área | 8.570 | 44,00% | 56,00% | 8.555 | 44,00% | 56,00% | 14 | 20,80% | 79,20% |
| Farmacéutico/a | 294 | 72,10% | 27,90% | 0 | 0% | 0% | 294 | 72,10% | 27,90% |
| Fisioterapeuta | 740 | 64,70% | 35,30% | 422 | 61,80% | 38,20% | 318 | 68,70% | 31,30% |
| Matrona | 891 | 82,50% | 17,50% | 687 | 81,00% | 19,00% | 204 | 87,60% | 12,40% |
| Médico/a de familia | 7.314 | 46,60% | 53,40% | 1.062 | 49,20% | 50,80% | 6.251 | 46,20% | 53,80% |
| No sanitarios/as AB | 942 | 43,60% | 56,40% | 830 | 44,10% | 55,90% | 112 | 40% | 60,00% |
| No sanitarios/as CDE | 20.925 | 60,80% | 39,20% | 15.736 | 64,30% | 35,70% | 5.189 | 50,20% | 49,80% |
| Odontólogo/a | 234 | 42,80% | 57,20% | 0 | 0% | 0% | 234 | 42,80% | 57,20% |
| Pediatra | 1.143 | 67,20% | 32,80% | 0 | 0% | 0% | 1.143 | 67,10% | 32,90% |
| Personal en formación | 4.655 | 67,60% | 32,40% | 3.464 | 65,70% | 34,30% | 1.191 | 73,20% | 26,90% |
| Técnicos/as especialistas | 3.961 | 84,50% | 15,50% | 3.733 | 84,90% | 15,10% | 228 | 77,20% | 22,80% |
| Técnicos/as salud atención primaria | 187 | 60,50% | 39,50% | 6 | 84,10% | 15,90% | 181 | 59,60% | 40,40% |
| Trabajador/a social | 502 | 87,70% | 12,30% | 150 | 88,60% | 11,40% | 352 | 87,30% | 12,70% |
| Veterinario/a | 525 | 27,30% | 72,70% | 0 | 0% | 0% | 525 | 27,30% | 72,70% |
| Total general | 92.711 | 68,00% | 32,00% | 68.352 | 71,50% | 28,50% | 24.359 | 58,40% | 41,60% |

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

La plantilla del SAS es mayoritariamente femenina con casi el 68% del total, haciéndose más patente en la Atención Hospitalaria.

En cuanto a los recursos financieros, a continuación se expresa el cuadro de capítulos para el ejercicio 2015 de acuerdo con la Ley 6/2014, de 30 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2015.

Tabla 1.10. Financiación del Servicio Andaluz de Salud.2015

| FINANCIACIÓN DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD | | |
|--|------------------------------|----------------|
| Presupuesto 2015 | | |
| CAPÍTULOS | IMPORTE (Miles euros) | % |
| CAPITULO I: Gastos de Personal | 4.013.468 | 51,69% |
| CAPITULO II: Gastos corrientes en Bienes y Servicios | 1.961.159 | 25,26% |
| CAPITULO III: Gastos Financieros | 40.582 | 0,52% |
| CAPITULO IV: Transferencias Corrientes | 1.658.316 | 21,36% |
| CAPITULO VI y VII: Inversiones Reales | 90.367 | 1,17% |
| TOTAL PRESUPUESTO | 7.763.892 | 100,00% |

Fuente: Elaboración propia

Capítulo I (4.013.467 miles de euros)

Gastos en retribuciones y Seguridad Social del personal.

Capítulo II (1.961.158 miles de euros)

Suministros y servicios que se consumen por el normal funcionamiento de los centros sanitarios, entre otros:

- Medicamentos y otros materiales sanitarios utilizados en los centros.
- Gastos de infraestructura de funcionamiento (agua, teléfono, electricidad, combustible).
- Gastos de arrendamiento de maquinaria electromédica y de locales para centros de atención primaria así como el mantenimiento de todos los centros.
- Gastos en seguridad, lavandería, productos alimenticios, material de oficina.

- Transporte sanitario y conciertos para asistencia con otras entidades sanitarias.

Capítulo III (40.582 miles de euros)

Gastos financieros. Gastos propios de los costes financieros derivados de negocios jurídicos celebrados por el Servicio Andaluz de Salud.

Capítulo IV (1.658.316 miles de euros)

Gastos de recetas médicas, prótesis y ortopedia. Convenios de colaboración con Agencias Sanitarias, Universidades y Sociedades Científicas.

Capítulo VI y VII (90.367 miles de euros)

Gasto en inversiones (construcción de centros sanitarios, equipamientos). Convenios con ayuntamientos para la construcción y el equipamiento de centros sanitarios

1.5 LAS AGENCIAS PÚBLICAS EMPRESARIALES SANITARIAS

1.5.1 Antecedentes de las Agencias Públicas Empresariales

1.5.1.1 Antecedentes

El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía, (artículos 13.21 y 20.1) confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene, sin perjuicio de lo establecido por el artículo 149.1.16 de la Constitución, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. Igualmente, el **artículo 68** prevé la posibilidad de que la Comunidad Autónoma pueda **constituir empresas públicas** para la ejecución de funciones de su competencia.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía como marco jurídico del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tiene como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía, todo ello bajo los principios de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización, financiación pública, equidad, superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, participación de los ciudadanos y de los profesionales y mejora de la calidad en los servicios.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, concibe al **Sistema Sanitario Público** como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma, o vinculados a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, de la prevención y de la atención sanitaria. Así, establece en el artículo 45.1 que el **Sistema**

Sanitario Público de Andalucía, está compuesto por los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el **Servicio Andaluz de Salud** o adscritos al mismo, así como por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, **empresas públicas** o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía, y por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

La incorporación de nuevas formas de gestión y organización, como las **Empresas Públicas de Emergencias Sanitarias, Hospital Alto Guadalquivir, Hospital Costa del Sol, Hospital de Poniente y Hospital Bajo Guadalquivir** ha permitido avances en la organización de la actividad y en la gestión de los recursos; la organización en áreas asistenciales integradas o el desarrollo de la consulta especializada de alta resolución son aportaciones impulsadas en el seno de las **empresas públicas sanitarias** de la Junta de Andalucía, que han tenido su posterior extensión al resto de centros del Sistema Sanitario Público.

En esta línea, con la finalidad de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de asistencia especializada y de lograr una mejor distribución de los flujos de actividad, la Consejería de Salud incorpora al Sistema Sanitario Público de Andalucía una **nueva tipología de centros sanitarios**, los **Centros Hospitalarios de Alta Resolución (CHARE)**. Estos centros sanitarios se configuran como hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o bien en áreas con gran crecimiento poblacional, que, con la finalidad antes mencionada, incorporan estrategias de gestión de alta resolución, potenciando la cirugía sin ingreso, la hospitalización de corta duración, la atención urgente y las consultas de acto único, y fomentan la continuidad asistencial y la oferta de capacidad diagnóstica a los centros de atención primaria.

Por tanto, actualmente la asistencia sanitaria especializada en Andalucía se presta, mayoritariamente, a través de los hospitales públicos incluidos en el Servicio Andaluz de Salud, aunque también tiene entidad la prestación de servicios que llevan a cabo los centros sanitarios de atención especializada, constituidos como **Agencias Públicas Empresariales, entidades públicas** dependientes orgánicamente de la

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y funcionalmente del Servicio Andaluz de Salud.

1.5.1.2. Agencias Públicas Empresariales

Mediante el **Decreto Ley 5/2010**, de 27 de julio, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, se aprueban medidas urgentes en materia de reordenación del sector público, y se incluyen unas **modificaciones a la Ley 9/2007**, de 22 de Octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía y que afectan, entre otras, a las empresas públicas sanitarias existentes.

Así, modifica el art.68 de la Ley 9/2007 que hace referencia a las agencias públicas empresariales:

1. Las **agencias públicas empresariales** son entidades públicas a las que se atribuye la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público sean o no susceptibles de contraprestación, y que aplican técnicas de gestión empresarial en ejecución de competencias propias o de programas específicos de una o varias Consejerías, en el marco de la planificación y dirección de éstas. Las agencias públicas empresariales pueden ser de **dos tipos**:

a) Aquellas que tienen por objeto principal la producción, en **régimen de libre mercado**, de bienes y servicios de interés público destinados al consumo individual o colectivo mediante contraprestación.

b) Aquellas que tienen por objeto, en ejecución de competencias propias o de programas específicos de una o varias Consejerías y en el marco de la planificación y dirección de éstas, la realización de actividades de promoción pública, prestacionales, de gestión de servicios o de producción de bienes de interés público, sean o no susceptibles de contraprestación, **sin actuar en régimen de libre mercado**.

2. Las agencias públicas empresariales se adscriben a una o varias Consejerías. Excepcionalmente pueden adscribirse a una agencia cuyo objeto además consista en la coordinación de varias de ellas. Asimismo, se podrán aplicar técnicas de **coordinación funcional entre varias agencias públicas empresariales** que compartan la misma adscripción orgánica, a través de órganos o unidades horizontales.

En la Sección 4ª del Decreto Ley 5/2010, se hacen referencia a medidas de organización en el sector sanitario que incluyen la **creación de las agencias públicas empresariales sanitarias** como se refleja en los artículos 9 y 10:

Artículo 9. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol.

1. La Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol adoptará la configuración de agencia pública empresarial de las previstas en el artículo 68.1.b) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, y se denominará, desde la entrada en vigor de este Decreto-Ley, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, debiendo entenderse actualizadas con la nueva denominación todas las disposiciones normativas que se refieran a la citada entidad pública.

2. La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol se regirá por el presente Decreto-Ley, por la Ley 9/2007, de 22 de octubre, por las disposiciones de su ley de creación y por sus Estatutos, en lo que no se opongan a aquélla, por la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía y por la restante normativa de aplicación.

3. El objeto de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol será:

a) La coordinación de la gestión de los servicios sanitarios de las agencias públicas empresariales que se le adscriban.

b) La gestión del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga).

c) La gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en la provincia de Málaga, coordinando sus servicios y recursos con los de los restantes centros sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Artículo 10. Adscripción de empresas públicas sanitarias.

Se adscriben a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería, la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir y la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir.

Dichas entidades adoptarán la configuración de agencia pública empresarial de las previstas en el artículo 68.1.b) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, conforme a la disposición transitoria de la misma.

1.5.2 Estructura de Centros

A continuación se detalla la **estructura de Centros** adscritos a las distintas Agencias Públicas Empresariales Sanitarias de Andalucía:

1. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol

- a. Hospital Costa del Sol de Marbella
- b. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena
- c. CARE: Centro de Alta Resolución de Mijas

2. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

- a. Hospital de Poniente: El Ejido
- b. Hospital de Alta Resolución de Guadix
- c. Hospital de Alta Resolución de el Toyo
- d. Hospital de Alta Resolución de Loja

3. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir

- a. Hospital de Alto Guadalquivir de Andujar
- b. Hospital de Montilla
- c. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura
- d. Hospital de Alta Resolución de Puente Genil
- e. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete
- f. Hospital de Alta Resolución de Valle del Guadiato
- g. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real

4. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir

- a. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte
- b. Hospital de Alta Resolución Morón de la Frontera
- c. Hospital de Alta Resolución de Écija
- d. Hospital de Alta Resolución de Utrera

5. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

- a. Servicio Provincial en cada una de 8 provincias de Andalucía

Los **Hospitales de Alta Resolución**: representan un nuevo planteamiento de asistencia sanitaria en Andalucía, mediante el que se pretende incrementar la calidad y accesibilidad de los ciudadanos a la atención especializada, disminuir los tiempos de demora, desarrollar el uso de las nuevas tecnologías de la información aplicadas al sector salud y favorecer las consultas de acto único. Estos centros se configuran como **hospitales de proximidad**, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos o en zonas con gran crecimiento estacional, por lo que ofrecen una atención adaptada a las características de cada entorno.

El modo de organización de estos centros fomenta la **coordinación asistencial** entre los servicios de Atención Especializada y Primaria, impulsa las **estrategias de alta resolución** a través de la cirugía sin ingreso, las **consultas de acto único** y las unidades de hospitalización. En concreto, una de sus principales características es la realización de la consulta de acto único, lo que supone, que en una misma visita, al paciente se le practican todas las pruebas necesarias, se le ofrece un diagnóstico y se le prescribe un tratamiento.

Actualmente, está prevista la creación final de una red de 22 hospitales de este tipo en diversas comarcas de la comunidad autónoma, con el fin de permitir que el 99 por ciento de los andaluces se sitúe a menos de 30 minutos de un centro hospitalario. Por ejemplo: El Toyo en Almería; Sierra de Segura y Alcaudete en Jaén; Puente Genil y Valle del Guadiato en Córdoba; Guadix y Loja en Granada; Benalmádena en Málaga; y Sierra Norte y Utrera en Sevilla.

Salud Responde: es un Centro de Información y Servicios de la Consejería de Salud, de acceso multicanal al Sistema Sanitario Público de Andalucía, en funcionamiento desde 2003. Está gestionado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y el Servicio Andaluz de Salud, diseñado para satisfacer las necesidades de información y servicios de ciudadanos y profesionales sanitarios y disponible las 24 horas de todos los días del año en un teléfono único centralizado. Entre su cartera de servicios destaca la gestión y asignación online de citas médicas de atención primaria.

1.5.3 Régimen Jurídico

En la propia normativa de **creación de la empresa pública** se fija que ésta gozará de **personalidad jurídica propia**, de plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines y de patrimonio propio. Así, en lo concerniente a su estructura y funcionamiento, la empresa pública se rige por su propia ley de creación, por sus estatutos y por las normas que se dicten en desarrollo de la misma.

Igualmente, le es aplicable la Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Ley de Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, la normativa que regula el régimen de responsabilidad de las Administraciones Públicas y demás normativa de general aplicación para las entidades de derecho público de la Junta de Andalucía.

En cuanto al **régimen aplicable al personal** de la empresa pública hay que significar que éste se rige por el Derecho laboral y demás normas que resulten de aplicación. Los procesos selectivos para acceso a plazas, excepto para los puestos directivos o de confianza, estarán sujetos a los principios constitucionales de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, así como tendrán en cuenta la reserva legal de plazas para discapacitados. También pueden trabajar en estas empresas personal sanitario que procediendo de un Servicio de Salud ostenta la condición de personal estatutario sujeto a la Ley 55 /2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. (B.O.E. nº 301, de 17 de diciembre).

Estas empresas, según lo establecido en sus correspondientes decretos de creación tienen por objeto llevar a cabo la gestión de sus hospitales, la prestación de asistencia sanitaria a las personas incluidas en el ámbito geográfico y poblacional que se les asigne, así como aquellas funciones que en razón de su objeto se les encomienden.

La creación de este tipo de empresas públicas obedeció al hecho de que entre las figuras jurídicas posibles, y a juicio de la Consejería de Salud, era la que mejor se adecuaba a la gestión de los servicios hospitalarios, garantizando el carácter público de la prestación de la asistencia sanitaria en su ámbito geográfico y poblacional, por variadas razones de naturaleza, organización, régimen de actividad, funciones y objetivos a cumplir.

Con la opción de la Empresa Pública prevista en la Ley General de la Hacienda Pública de Andalucía, se podía conseguir una **equilibrada combinación entre las técnicas públicas y privadas de administración**, que demandaba una actividad como la prestación de estos servicios sanitarios.

Con posterioridad a la creación de estas empresas, y con la finalidad de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de asistencia especializada y de lograr una mejor distribución de los flujos de actividad, la Consejería de Salud incorporó al Sistema Sanitario Público Andaluz, una nueva tipología de centros sanitarios (CHARE), adscritos cada uno de ellos a las citadas empresas públicas.

Lo que se pretendía es que la trayectoria de las diferentes empresas públicas sanitarias demostrase la compatibilidad entre la oferta de servicios de calidad, una organización más integrada y efectiva, así como la gestión más eficiente de los recursos, convirtiéndolas así en uno de los instrumentos clave, que pueden coadyuvar en un futuro a garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por ello, las características de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución aconsejan adoptar una forma de gestión que permita obtener los mayores beneficios en calidad asistencial, organización y eficiencia, como es la de empresa de carácter público, así como aprovechar la experiencia acumulada en los diferentes hospitales que han adoptado esta forma.

1.5.3.1 Normativa de creación

La creación y estructura de cada una de estas empresas es la siguiente:

1) La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. El Hospital Costa del Sol es responsable de la gestión y prestación de la atención especializada en el ámbito territorial de la Costa del Sol en Málaga, creada por la Disposición Adicional Decimoctava de la Ley 4/1992 de 30 de Diciembre de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993 y regulada por sus propios normas fundacionales, definidas según Decreto 104/1993 de 3 de Agosto por el que se aprueban sus Estatutos.

De acuerdo con éstos, los órganos rectores de esta empresa son el Consejo de administración y el Director Gerente. Además como órgano de participación, el Consejo de Administración ha creado una Comisión Consultiva integrada por representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma, de la Empresa Pública, de las Administraciones Locales, de las organizaciones Empresariales, Sindicales y de los Consumidores y Usuarios.

Esta empresa la conforman:

- El Hospital Costa del Sol, creado en 1993 cuyo ámbito territorial estaba delimitado por los municipios: Benahavis, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas y Ojén.
- El Centro de Alta Resolución de Especialidades (CARE) de Mijas, creado en 2005, y cuya actividad sanitaria está dirigida principalmente a los ciudadanos de estos municipios, que precisen asistencia especializada y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, siempre en régimen de consultas externas.
- El Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, creado en noviembre de 2007.

La población de referencia adscrita a esta empresa es:

| POBLACION EPHCS | |
|----------------------------------|---------------------|
| H. Costa del Sol y CARE de Mijas | 372.964 hab. |
| HAR Benalmádena | 58.854 hab. |
| Total EPHP | 431.818 hab. |

El Decreto 190/2006, de 31 de octubre de 2006. (BOJA nº 221, de 15 de noviembre) modificó sus estatutos con el fin de que esta empresa pública pasara a gestionar todos los Centros de Alta Resolución (Chare) que se creasen en la provincia de Málaga.

2) La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente, estando adscrita a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, es responsable de la gestión y prestación de la atención especializada en el ámbito territorial de la zona del Poniente en Almería, creada por Disposición Adicional Segunda de la Ley 9/1996 de 26 de Diciembre, por la que se aprueban Medidas de acompañamiento a los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1997 y regulada por sus

propias fundacionales, definidas según Decreto 131/1997 de 13 de Mayo, por el que se aprueban sus Estatutos.

De acuerdo con éstos, los órganos rectores de esta empresa son el Consejo de administración y el Director Gerente. Además el Consejo de Administración contará con una Comisión Consultiva como órgano asesor.

Esta empresa la conforman:

- Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).
- Hospital de Alta Resolución del Toyo, creado en 2005, este hospital nace para prestar atención sanitaria a una población de referencia conformada por la periferia de Almería capital y los municipios de Níjar y Carboneras.
- Hospital de Alta Resolución de Guadix (Granada), creado en 2007. y nace para prestar atención sanitaria a una población de referencia conformada por la comarca de Guadix.

La población de referencia adscrita a esta empresa es:

| POBLACION EPHP | |
|-----------------------|---------------------|
| H. de Poniente | 225.731 hab. |
| HAR el Toyo | 58.332 hab. |
| HAR Guadix | 50.658 hab. |
| Total EPHP | 334.721 hab. |

El Decreto 190/2006, de 31 de octubre de 2006. (BOJA nº 221, de 15 de noviembre) modificó sus estatutos con el fin de que esta empresa pública pasara a gestionar todos los Centros de Alta Resolución (Chare) que se creasen en la provincia de Almería y Granada.

3) La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir, estando adscrita a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, es responsable de la gestión y prestación de la atención especializada en el ámbito territorial correspondiente a Andujar (Jaén) y su comarca. Fue creada por la Ley 11/1999 de 30 de Noviembre y está regulada por los preceptos de la misma y los contenidos de sus Estatutos de funcionamiento, establecidos según Decreto 48/2000 de 7 de Febrero.

Esta empresa la conforman:

- Hospital alto Guadalquivir. Andújar (Jaén), creado en 1999.

- Hospital de Montilla, creado en 2003.
- Hospital de de Alta Resolución Sierra del Segura, creado en 2005
- Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, creado en 2006
- Hospital de Alta resolución de Alcaudete, creado en 2006
- Hospital Valle del Guadiato, creado en 2009.

La población de referencia adscrita a esta empresa es:

| POBLACION EPHAG | |
|------------------------|---------------------|
| H. Alto Guadalquivir | 66.000 hab. |
| H. de Montilla | 62.000 hab. |
| HAR Sierra de Segura | 30.000 hab. |
| HAR de Puente Genil | 44.000 hab. |
| HAR de Alcaudete | 11.000 hab. |
| HAR Valle del Guadiato | 26.000 hab. |
| TOTAL EPHAG | 239.000 hab. |

El Decreto 190/2006, de 31 de octubre de 2006. (BOJA nº 221, de 15 de noviembre) modificó sus estatutos con el fin de que esta empresa pública pasara a gestionar todos los Centros de Alta Resolución (Chare) que se creasen en la provincia de Córdoba y Jaén.

4) La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir, estando adscrita a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, es creada por Ley 3/2006 de 19 de Junio, para la que gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución (CHARE) de las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla, y también se encargará de la gestión que se le atribuya en parte de las dependencias del antiguo Hospital Militar de Sevilla, así como del hospital municipal de Écija. Los estatutos de funcionamiento de esta empresa se regulan por Decreto 190/2006, de 31 de octubre de 2006. (BOJA nº 221, de 15 de noviembre).

Esta empresa la conforman:

- Hospital de Alta Resolución de Utrera
- Hospital de Alta Resolución de Ecija
- Hospital de Alta Resolución de Morón
- Hospital de Alta Resolución Sierra Norte

La población de referencia adscrita a esta empresa es:

| POBLACION EPHBG | |
|------------------------|---------------------|
| HAR Utrera | 58.899 hab. |
| HAR Morón | 39.957 hab. |
| HAR Ecija | 55.564 hab. |
| HAR Sierra Norte | 21.177 hab. |
| TOTAL EPHBG | 175.597 hab. |

5) La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES), responsable de la gestión y prestación de las actuaciones de Emergencias Sanitarias en el territorio de Andalucía. Su marco regulador viene definido por la Ley 2/1994 de 24 de Marzo de creación de la Empresa, así como por el Decreto 88/1994 de 19 de Abril, por el que se aprueban sus Estatutos de funcionamiento.

Actualmente cuenta con dos Sedes: en Málaga, en el Parque Tecnológico de Andalucía, y en Sevilla, en la Isla de la Cartuja. Asimismo dispone de **ocho servicios provinciales** en las diferentes capitales andaluzas.

Según se recoge en sus estatutos los órganos rectores de esta empresa son el Consejo de administración y el Director Gerente. Además, como órgano de participación, el Consejo de Administración ha creado una Comisión Consultiva integrada por representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma, de la Empresa Pública, de las Administraciones Locales, de las organizaciones Empresariales, Sindicales y de los Consumidores y Usuarios.

1.5.4 Objetivos y funciones

Los **objetivos y fines** que deben perseguir estas **Empresas Públicas (no se incluye a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias)**, con pleno respeto a los principios y derechos reconocidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía son:

- 1) Prestar una asistencia sanitaria, personalizada y de calidad a la población adscrita.

- 2) Garantizar al enfermo un proceso de diagnóstico correcto y rápido, la aplicación del tratamiento más eficiente, procurando la recuperación, así como la reincorporación del paciente a su medio, tan pronto como sea posible.
- 3) Prestar servicios sanitarios especializados, asegurando al conjunto de la población incluida en su ámbito de actuación, la equidad en el acceso a los procesos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.
- 4) Atender a las necesidades integrales del paciente y mejorar su satisfacción acerca de la atención e información recibida, trato personalizado e intimidad.
- 5) Colaborar con los Distritos de Atención Primaria, fomentando el desarrollo de estrategias conjuntas, a fin de garantizar una asistencia integral a la población incluida en su ámbito.
- 6) Colaborar con los dispositivos de emergencias sanitarias en la atención que deba prestarse con tal carácter a la población incluida en su ámbito de actuación.
- 7) Desarrollar los programas de formación y docencia que, en el ámbito del Sistema Sanitario Público, se incardinan en la actuación de la Empresa Pública.
- 8) Desarrollar e impulsar los programas de investigación orientados a la promoción de la salud y prestación de la asistencia sanitaria, en el marco de las directrices generales establecidas por la Consejería de Salud.
- 9) Conseguir la máxima eficiencia en la utilización de sus recursos, adoptando los instrumentos de gestión que la situación del Hospital demande.

En orden a la consecución de los objetivos citados, las empresas públicas ejercerán las siguientes **funciones**:

- 1) La organización, gestión y administración del Hospital correspondiente y de los Centros Periféricos que en su caso se determinen.
- 2) La planificación, establecimiento, dirección y administración de los diferentes servicios e instalaciones del Hospital y de los Centros Periféricos que en su caso se determinen.
- 3) La elaboración del Reglamento de Régimen Interior de la Empresa Pública, previa audiencia de los representantes sindicales, sometiéndolo a las Consejerías de Economía y Hacienda y Salud para su aprobación, así como velar por la observancia del mismo.
- 4) La planificación, proyección, contratación y ejecución de las obras de mantenimiento, conservación y reparación.

- 5) Elaborar la información sanitaria precisa, de acuerdo con los sistemas de información establecidos por la Consejería de Salud.
- 6) Proponer a la Consejería de Salud la fijación, actualización y revisión de las cuantías de los ingresos de derecho público.
- 7) Proponer a la Consejería de Salud la determinación, actualización y revisión de las cuantías de los ingresos de derecho privado, conforme a la legislación vigente.
- 8) Y, en general, ejercer cuantas funciones sean necesarias en orden a facilitar la asistencia sanitaria y conseguir la rentabilidad y eficacia en la explotación del Hospital y de los Centros Periféricos que, en su caso, se determinen.

Los **objetivos y fines** que debe perseguir **la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias**, y que son fijados en sus estatutos son:

- a) La planificación y el desarrollo de programas dirigidos a la prevención y a la promoción de la salud, en el campo de actuación de las emergencias sanitarias.
- b) La organización y gestión funcional y económicamente integradas de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias que le sean encomendadas por la Consejería de Salud.
- c) La organización y gestión funcional y económicamente integradas de los dispositivos sanitarios de atención a las emergencias, que le sean encomendadas por la Consejería de Salud.
- d) La optimización de la gestión económica y financiera, la mejora de las condiciones de eficacia y productividad, y la rentabilización global de los activos asignados a la Empresa.
- e) El desarrollo de programas de investigación innovadores en la prestación de servicios sanitarios en el campo de las urgencias, emergencias y catástrofes.
- f) La participación en la formación pre y postgraduada de los profesionales sanitarios y no sanitarios en el ámbito de los conocimientos de urgencias y emergencias.
- g) La coordinación de los recursos sanitarios, tanto propios como del resto de la Comunidad Autónoma, en caso de catástrofe sanitaria.
- h) La cooperación con las Administraciones, Corporaciones, Entidades y particulares cuya competencia o actividad tenga incidencia o sea de interés para la mejor gestión del sistema integral de atención a las emergencias sanitarias.

En orden al cumplimiento de sus objetivos, la **EPES ejercerá las funciones** que con carácter enunciativo y no limitativo, se detallan a continuación:

1.- En relación con los servicios sanitarios de emergencias de titularidad de la Comunidad Autónoma, que la Empresa gestione de modo directo, corresponden a la misma, especialmente, las siguientes funciones:

- a) La organización, gestión y administración de los servicios sanitarios de emergencias y de sus instalaciones.
- b) La planificación, proyección, contratación y ejecución de las obras de ampliación, mantenimiento y reparación de las instalaciones ya existentes, así como la construcción de nuevas instalaciones, cuando ello se le encomiende o autorice por la Consejería de Salud.
- c) Proponer a los órganos competentes la fijación, actualización y revisión de los ingresos de derecho público.
- d) Fijar, actualizar y revisar, conforme a la legislación vigente, las cuantías de sus ingresos de derecho privado.
- f) Y en general, ejercer cuantas funciones sean necesarias en orden a facilitar la atención sanitaria integral a los pacientes afectos de procesos emergentes, y conseguir la rentabilidad y productividad en dichos servicios.

2.- Asimismo la EPES cooperará con la Consejería de Salud, cuando sea requerida para ello, en relación con la formulación y seguimiento de la planificación de la atención sanitaria al enfermo urgente de la Comunidad Autónoma, así como en orden a cualesquiera otras actividades propias de dicha Consejería.

3.- Además de las funciones anteriormente relacionadas, cuando las circunstancias lo aconsejen y ello redunde en el logro de la mayor eficacia, celeridad y simplificación en la tramitación y resolución de los expedientes administrativos, el titular de la Consejería de Salud podrá delegar en la EPES, el ejercicio de otras funciones concernientes o conectadas con su objeto, de conformidad con lo previsto en la normativa vigente.

1.5.5. Actividad y Cartera de Servicios

Tal y como recoge la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, estas empresas públicas de carácter sanitario, como **integrantes del Sistema Sanitario Público**, dedican todos sus recursos, medios y actuaciones a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, de la prevención y de la atención sanitaria.

Como se ha comentado anteriormente, las características poblacionales y de cartera de servicios de estos centros obligan a una organización singularizada, adaptada a las necesidades de cada entorno geográfico, lo que exige una mayor capacidad de articular soluciones específicas en cada una de estas empresas públicas.

Estas empresas vienen demostrando que es factible la compatibilidad entre la oferta de servicios de calidad, una organización más integrada y efectiva, así como una gestión eficiente de los recursos. Precisamente son éstos tres ingredientes fundamentales para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.

1) Cartera de Especialidades de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol

Tabla 1.11. Cartera de Especialidades APES Costa del Sol

| AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL SANITARIA COSTA DEL SOL | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| ÁREAS MÉDICAS | ÁREAS QUIRÚRGICAS | ÁREAS DE DIAGNÓSTICO Y APOYO CLÍNICO |
| Cardiología | Anestesiología | Análisis Clínicos |
| Cuidados Intensivos | Cirugía General y Digestiva | Anatomía Patológica |
| Digestivo | Cirugía Ortopédica y Traumatología | Farmacia Hospitalaria |
| Hematología | Dermatología | Medicina Preventiva |
| Medicina Interna | Ginecología y Obstetricia | Radiodiagnóstico |
| Nefrología | Oftalmología | Microbiología y Parasitología |
| Neumología | Otorrinolaringología | |
| Oncología | Urología | |
| Pediatría/Neonatología | | |
| Rehabilitación | | |
| Urgencias | | |

Fuente: Elaboración propia

2) Cartera de Especialidades de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

Tabla 1.12. Cartera de Especialidades APES Hospital de Poniente

| AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| ÁREAS MÉDICAS | ÁREAS QUIRÚRGICAS | ÁREAS DE DIAGNÓSTICO Y APOYO CLÍNICO |
| Aparato Digestivo | Anestesiología y Reanimación | Análisis Clínicos |
| Cardiología | Cirugía General y Digestiva | Anatomía Patológica |
| Hematología y Hemoterapia | Dermatología | Farmacia Hospitalaria |
| Hemodiálisis | Obstetricia y Ginecología | Medicina Preventiva |
| Medicina Intensiva | Oftalmología | Radiodiagnóstico |
| Medicina Interna | Otorrinolaringología | Microbiología y Parasitología |
| Medicina Tropical | Cirugía Ortopédica y Traumatología | |
| Neumología | Urología | |
| Pediatría | | |
| Rehabilitación y Fisioterapia | | |
| Salud Mental | | |
| Cuidados Críticos y Urgencias | | |

Fuente: Elaboración propia

3) Cartera de Especialidades de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir

Tabla 1.13. Cartera de Especialidades APES Hospital Alto Guadalquivir

| AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL SANITARIA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| ÁREAS MÉDICAS | ÁREAS QUIRÚRGICAS | ÁREAS DE DIAGNÓSTICO Y APOYO CLÍNICO |
| Aparato Digestivo | Anestesiología y Reanimación | Análisis Clínicos |
| Cardiología | Cirugía General y Digestiva | Anatomía Patológica |
| Hematología y Hemoterapia | Dermatología | Farmacia Hospitalaria |
| Medicina Intensiva | Obstetricia y Ginecología | Medicina Preventiva |
| Medicina Interna | Oftalmología | Radiodiagnóstico |
| Neumología | Otorrinolaringología | Microbiología y Parasitología |
| Pediatría | Cirugía Ortopédica y Traumatología | |
| Rehabilitación y Fisioterapia | Urología | |
| Cuidados Críticos y Urgencias | | |

Fuente: Elaboración propia

4) Cartera de Especialidades de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir

Tabla 1.14. Cartera de Especialidades APES Bajo Guadalquivir

| AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL SANITARIA BAJO GUADALQUIVIR | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| ÁREAS MÉDICAS | ÁREAS QUIRÚRGICAS | ÁREAS DE DIAGNÓSTICO Y APOYO CLÍNICO |
| Aparato Digestivo | Anestesiología y Reanimación | Biología |
| Cardiología | Cirugía General y Digestiva | Farmacia Hospitalaria |
| Medicina Interna | Dermatología | Medicina Preventiva |
| Neumología | Obstetricia y Ginecología | Radiodiagnóstico |
| Rehabilitación y Fisioterapia | Oftalmología | |
| Cuidados Críticos y Urgencias | Otorrinolaringología | |
| | Cirugía Ortopédica y Traumatología | |
| | Urología | |

Fuente: Elaboración propia

5) Cartera de servicios de la Empresa Pública de Emergencias (EPES)

EPES gestiona conjuntamente con el Servicio Andaluz de Salud el Centro Salud Responde y desarrolla el plan integral de Telemedicina en Andalucía. Desde los Centros Coordinadores de EPES además de gestionar el teléfono de emergencias 061 con sus recursos propios se da respuesta a otra serie de demandas, entre ellas:

- Coordinación de la Urgencia Sanitaria a través del Teléfono de Urgencias Sanitarias de Andalucía (TUSA) 902 505 061.
- Asistencia sanitaria a la emergencia.
- Gestión del Transporte Secundario Terrestre de Pacientes Críticos en capitales de provincia.
- Transporte Aéreo de Pacientes Críticos nacionales.
- Coordinación de la red de transporte urgente.
- Cobertura sanitaria a eventos especiales, Dispositivos Sanitarios de Riesgo Previsible.
- Coordinación del teléfono de la Red de Alerta Integral.

1.5.6 Calidad y Acreditación

En los últimos años la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha mantenido un esfuerzo para seguir avanzando en la consolidación del Sistema Sanitario Público Andaluz, mediante la innovación y desarrollo de políticas que apuesten por el protagonismo del ciudadano como eje central del mismo. En este sentido, elementos como la calidad del proceso asistencial desde un enfoque integral, la continuidad de la asistencia, las mejoras en la accesibilidad a los servicios, etc., desde una perspectiva de mayor transparencia ante el ciudadano, se articulan como piezas fundamentales en las acciones a desarrollar.

Las políticas de calidad han sido instrumentos básicos para el desarrollo de las Empresas Públicas Sanitarias en Andalucía, y han quedado demostradas en las distintas acreditaciones de calidad que han recibido. En particular están acreditados con sistemas de gestión de la calidad:

Empresa Pública Sanitaria Costa del Sol:

- Acreditación Joint Commission International, tanto el Hospital Costa del Sol como el HAR de Benalmádena.
- Certificación Aenor de la norma UNE-EN-ISO 9001:2008 para los servicios de: Aprovisionamiento, Mantenimiento de equipos electromédicos y Anatomía Patológica.
- Certificación Aenor de la norma UNE-EN-ISO 14001:2004 para la Gestión Medioambiental.
- Por último la acreditación por la Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía de la Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología.
- Certificación Aenor de la norma UNE-EN-ISO 14001:2004 para la Gestión Medioambiental.
- Acreditación avanzada de la Agencia de Calidad Sanitaria

Empresa Pública Sanitaria Alto Guadalquivir:

- Certificación Aenor de la norma UNE-EN-ISO 14001:2004 para la Gestión Medioambiental.
- Acreditación avanzada de la Agencia de Calidad Sanitaria

Empresa Pública de Emergencias (061):

- Certificación Aenor de la norma UNE-EN-ISO 9001:2008 de todos sus centros para las actividades de: el diseño y la prestación de servicios de coordinación y asistencia sanitaria en urgencias, emergencias, transporte secundario de enfermeros críticos, dispositivos sanitarios de riesgo previsible y catástrofes.

1.5.7 Régimen Jurídico para Recursos Humanos

La **Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía**, regula, en su **artículo 70**, el apartado de Personal de las agencias públicas empresariales:

1. El personal de las agencias públicas empresariales se rige en todo caso por el **Derecho Laboral**.

2. El **personal directivo** de las agencias públicas empresariales que ocupe ocupa puestos de trabajo determinados como tales en sus estatutos, tendrá un régimen jurídico según el previsto en el artículo 13 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, y en la normativa de desarrollo dictada por la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Los profesionales de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) no están sometidos a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y su vinculación será laboral y no estatutaria.

Las APES acordarán con los representantes de los trabajadores, mediante los Convenios Colectivos, las condiciones laborales que se aplican a todos los trabajadores y las trabajadoras que presten sus servicios bajo la dependencia y por cuenta de la empresa pública.

1.5.8 Régimen Económico Financiero

1.5.8.1. La Contabilidad

El régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero de la empresa pública será el establecido en el **Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía** y en las demás disposiciones que le sean de aplicación.

En materia contable, las empresas públicas sanitarias están sometidas al **Plan General de Contabilidad de las Sociedades Mercantiles del Sector Público Andaluz**, de las Agencias Públicas Empresariales y de las entidades asimiladas, aprobado mediante Resolución de 2 de octubre de 2009 de la Intervención General de la Junta de Andalucía. El Plan consta de cinco partes:

- 1) Marco conceptual
- 2) Normas de registro y valoración
- 3) Cuentas anuales
- 4) Cuadro de cuentas
- 5) Definiciones y relaciones contables

Si bien en el presente estudio no se efectúa un análisis exhaustivo y completo de este plan, al menos se destacan los aspectos más relevantes en cuanto a la información a incluir, sus requisitos y presentación de las cuentas anuales.

Las **cuentas anuales** de una entidad comprenden el balance, la cuenta de pérdidas y ganancias, el estado de cambios en el patrimonio neto, el estado de flujos de efectivo y la memoria. Estos documentos forman una unidad y se elaborarán con una periodicidad de doce meses, salvo en los casos de constitución, modificación de la fecha de cierre del ejercicio social o disolución.

Las cuentas anuales deben redactarse con claridad, de forma que la información suministrada sea comprensible y útil para los usuarios al tomar sus decisiones económicas, debiendo mostrar la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la entidad, de conformidad con las disposiciones legales.

- Requisitos de la información incluida en las Cuentas Anuales

La información incluida en las cuentas anuales debe ser relevante y fiable:

Relevante cuando es útil para la toma de decisiones económicas.

Fiable cuando está libre de errores materiales y es neutral. Una cualidad derivada de la fiabilidad es la integridad, que se alcanza cuando la información financiera contiene, de forma completa, todos los datos que pueden influir en la toma de decisiones, sin ninguna omisión de información significativa.

Adicionalmente, la información financiera debe cumplir con las cualidades de comparabilidad y claridad:

La **comparabilidad**, que debe extenderse tanto a las cuentas anuales de una entidad en el tiempo como a las de diferentes entidades en el mismo momento y para el mismo período de tiempo.

La **claridad** implica que, sobre la base de un razonable conocimiento de las actividades económicas, la contabilidad y las finanzas empresariales, los usuarios de las cuentas anuales, mediante un examen diligente de la información suministrada, puedan formarse juicios que les faciliten la toma de decisiones.

- Principios contables

La contabilidad de la entidad y, en especial, el registro y la valoración de los elementos de las cuentas anuales, se desarrollarán aplicando obligatoriamente los principios contables que se indican a continuación:

- 1. Empresa en funcionamiento.** Se considerará, salvo prueba en contrario, que la gestión de la entidad continuará en un futuro previsible, por lo que la aplicación de los principios y criterios contables no tiene el propósito de determinar el valor del patrimonio neto a efectos de su transmisión global o parcial, ni el importe resultante en caso de liquidación.
- 2. Devengo.** Los efectos de las transacciones o hechos económicos se registrarán cuando ocurran, imputándose al ejercicio al que las cuentas anuales se refieran, los gastos y los ingresos que afecten al mismo, con independencia de la fecha de su pago o de su cobro.
- 3. Uniformidad.** Adoptado un criterio dentro de las alternativas que, en su caso, se permitan, deberá mantenerse en el tiempo y aplicarse de manera uniforme para transacciones, otros eventos y condiciones que sean similares, en tanto no se alteren los supuestos que motivaron su elección. De alterarse estos supuestos podrá modificarse el criterio adoptado en su día; en tal caso, estas circunstancias se harán constar en la memoria, indicando la incidencia cuantitativa y cualitativa de la variación sobre las cuentas anuales.
- 4. Prudencia.** Se deberá ser prudente en las estimaciones y valoraciones a realizar en condiciones de incertidumbre. Únicamente se contabilizarán los beneficios obtenidos hasta la fecha de cierre del ejercicio. Por el contrario, se deberán tener en cuenta todos los riesgos, con origen en el ejercicio o en otro anterior, tan pronto sean conocidos, incluso si sólo se conocieran entre la fecha de cierre de las cuentas anuales y la fecha en que éstas se formulen. En tales casos se dará cumplida información en la memoria, sin perjuicio de su reflejo, cuando se haya generado un pasivo y un gasto, en otros documentos integrantes de las cuentas anuales.
- 5. No compensación.** Salvo que una norma disponga de forma expresa lo contrario, no podrán compensarse las partidas del activo y del pasivo o las de

gastos e ingresos, y se valorarán separadamente los elementos integrantes de las cuentas anuales.

- 6. Importancia relativa.** Se admitirá la no aplicación estricta de algunos de los principios y criterios contables cuando la importancia relativa en términos cuantitativos o cualitativos de la variación que tal hecho produzca sea escasamente significativa y, en consecuencia, no altere la expresión de la imagen fiel.

En los casos de conflicto entre principios contables, deberá prevalecer el que mejor conduzca a que las cuentas anuales expresen la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la entidad.

- Elementos del Balance y la Cuenta de Pérdidas y Ganancias

Los elementos que, cuando cumplan los criterios de reconocimiento que se establecen posteriormente, se registran en el balance, son:

- 1) **Activos:** bienes, derechos y otros recursos controlados económicamente por la entidad, resultantes de sucesos pasados, de los que se espera que la entidad obtenga beneficios o rendimientos económicos en el futuro.
- 2) **Pasivos:** obligaciones actuales surgidas como consecuencia de sucesos pasados, para cuya extinción la entidad espera desprenderse de recursos que puedan producir beneficios o rendimientos económicos en el futuro. A estos efectos, se entienden incluidas las provisiones.
- 3) **Patrimonio neto:** constituye la parte residual de los activos de la entidad, una vez deducidos todos sus pasivos. Incluye las aportaciones realizadas, ya sea en el momento de su constitución o en otros posteriores, por sus socios o propietarios, que no tengan la consideración de pasivos, así como los resultados acumulados u otras variaciones que le afecten.

Los elementos que, cuando cumplan los criterios de reconocimiento que se establecen posteriormente, se registran en la cuenta de pérdidas y ganancias o, en su caso, directamente en el estado de cambios en el patrimonio neto, son:

- 1) **Ingresos:** incrementos en el patrimonio neto de la entidad durante el ejercicio, ya sea en forma de entradas o aumentos en el valor de los activos, o de disminución de los pasivos, siempre que no tengan su origen en aportaciones, monetarias o no, de los socios o propietarios.
- 2) **Gastos:** decrementos en el patrimonio neto de la entidad durante el ejercicio, ya sea en forma de salidas o disminuciones en el valor de los activos, o de reconocimiento o aumento del valor de los pasivos, siempre que no tengan su origen en distribuciones, monetarias o no, a los socios o propietarios, en su condición de tales.

Los ingresos y gastos del ejercicio se imputarán a la cuenta de pérdidas y ganancias y formarán parte del resultado, excepto cuando proceda su imputación directa al patrimonio neto, en cuyo caso se presentarán en el estado de cambios en el patrimonio neto, de acuerdo con lo previsto en la segunda parte del Plan General de Contabilidad o en una norma que lo desarrolle.

- Los criterios de valoración

La valoración es el proceso por el que se asigna un valor monetario a cada uno de los elementos integrantes de las cuentas anuales, de acuerdo con lo dispuesto en las normas de valoración relativas a cada uno de ellos. A tal efecto se tendrán en cuenta los siguientes criterios de valoración:

- 1) **Coste histórico o coste**, es su precio de adquisición o coste de producción.

El precio de adquisición es el importe en efectivo y otras partidas equivalentes pagadas, o pendientes de pago, debiendo estar todas ellas directamente relacionadas con ésta y ser necesarias para la puesta del activo en condiciones operativas.

El coste de producción incluye el precio de adquisición de las materias primas y otras materias consumibles, el de los factores de producción directamente imputables al activo, y la fracción que razonablemente corresponda de los costes de producción indirectamente relacionados con el activo, en la medida en que se refieran al período de producción.

El coste histórico o coste de un pasivo es el valor que corresponda a la contrapartida recibida a cambio de incurrir en la deuda o, en algunos casos, la cantidad de efectivo y otros activos líquidos equivalentes que se espere entregar para liquidar una deuda en el curso normal del negocio.

2) Valor razonable es el importe por el que puede ser intercambiado un activo o liquidado un pasivo, entre partes interesadas y debidamente informadas, que realicen una transacción en condiciones de independencia mutua. El valor razonable se determinará sin deducir los costes de transacción en los que pudiera incurrirse en su enajenación.

No tendrá en ningún caso el carácter de valor razonable el que sea resultado de una transacción forzada, urgente o como consecuencia de una situación de liquidación involuntaria.

3) Valor Neto Razonable es el importe que la entidad puede obtener por su enajenación en el mercado, en el curso normal del negocio, deduciendo los costes estimados necesarios para llevarla a cabo, así como, en el caso de las materias primas y de los productos en curso, los costes estimados necesarios para terminar su producción, construcción o fabricación.

4) Valor actual es el importe de los flujos de efectivo a recibir o pagar en el curso normal del negocio, según se trate de un activo o de un pasivo, respectivamente, actualizados a un tipo de descuento adecuado.

5) Valor en uso es el valor actual de los flujos de efectivo futuros esperados, a través de su utilización en el curso normal del negocio y, en su caso, de su enajenación u otra forma de disposición, teniendo en cuenta su estado actual y actualizados a un tipo de interés de mercado sin riesgo, ajustado por los riesgos específicos del activo que no hayan ajustado las estimaciones de flujos de efectivo futuros.

6) Coste de ventas son los costes incrementales directamente atribuibles a la venta de un activo en los que la entidad no habría incurrido de no haber tomado la decisión de vender, excluidos los gastos financieros y los impuestos sobre beneficios. Se incluyen los gastos legales necesarios para transferir la propiedad del activo y las comisiones de venta.

7) Coste amortizado de un instrumento financiero es el importe al que inicialmente fue valorado un activo financiero o un pasivo financiero, menos los reembolsos del principal que se hubieran producido, más o menos, según proceda, la parte imputada en la cuenta de pérdidas y ganancias, mediante la utilización del

método del tipo de interés efectivo, de la diferencia entre el importe inicial y el valor de reembolso en el vencimiento y, para el caso de los activos financieros, menos cualquier reducción de valor por deterioro que hubiera sido reconocida, ya sea directamente como una disminución del importe del activo o mediante una cuenta correctora de su valor.

8) Coste de transacción o atribuibles a un activo o pasivo financiero son los costes incrementales directamente atribuibles a la compra, emisión, enajenación u otra forma de disposición de un activo financiero, o a la emisión o asunción de un pasivo financiero, en los que no se habría incurrido si la entidad no hubiera realizado la transacción. Entre ellos se incluyen los honorarios y las comisiones pagadas a agentes, asesores, e intermediarios, tales como las de corretaje.

9) Valor contable en libros es el importe neto por el que un activo o un pasivo se encuentra registrado en balance una vez deducida, en el caso de los activos, su amortización acumulada y cualquier corrección valorativa por deterioro acumulada que se haya registrado.

10) Valor residual de un activo es el importe que la entidad estima que podría obtener en el momento actual por su venta u otra forma de disposición, una vez deducidos los costes de venta, tomando en consideración que el activo hubiese alcanzado la antigüedad y demás condiciones que se espera que tenga al final de su vida útil.

- Principios y normas de contabilidad generalmente aceptados

Tienen esta consideración los principios y normas de contabilidad los establecidos en:

- a) El Código de Comercio y la restante legislación mercantil.
- b) La legislación autonómica de carácter mercantil y contable.
- c) El Plan General de Contabilidad y sus adaptaciones sectoriales.
- d) El Plan General de Contabilidad aplicable a Empresas de la Junta de Andalucía.
- e) Las normas de desarrollo que, en materia contable, establezca en su caso el Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas, y
- f) La demás legislación española que sea específicamente aplicable.

1.5.8.2. Control y Fiscalización

La Ley General de la Hacienda Pública de Andalucía recogía la obligatoriedad de sometimiento a un **control financiero permanente** de las **empresas públicas** de la Junta de Andalucía. Con posterioridad, diversas normas han modelado la forma de realizar este control destacando, entre otras:

- El Acuerdo de 8 de mayo de 2007, del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, por el que se aprueba el Programa de Control a realizar en el ejercicio 2007 y siguientes de las empresas de la Junta de Andalucía sometidas a control financiero permanente, y se establecen otras medidas de control financiero.
- La Resolución de 15 de diciembre de 2009 de la Intervención General de la Junta de Andalucía, que aprobó medidas acerca de la implantación del procedimiento y técnicas de control financiero permanente a las sociedades mercantiles, empresas, entidades y particulares por razón de las subvenciones, créditos, avales y demás ayudas concedidas por la Junta o por sus organismos.
- La última normativa de la Junta de Andalucía en materia de control financiero y que deroga la ley 5/1983 es el Decreto Legislativo 1/2010 que aprueba el Texto Refundido de la Ley general de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía.

Según esta normativa el control financiero permanente es el control regular posterior sobre la totalidad de las operaciones de contenido económico de la entidad sujeta al mismo, y que persigue un **triple objetivo**:

- a) La comprobación del **cumplimiento de la legalidad** y de las normas directrices de aplicación.
- b) En su caso, **examen de las cuentas anuales**, con objeto de emitir un dictamen sobre si las mismas se gestionan y presentan de acuerdo con los principios y normas contables aplicables al efecto.
- c) Examen y **juicio crítico sobre la gestión** de los programas asignados a la entidad sujeta a control, con objeto de verificar si su ejecución se ha desarrollado de forma **económica, eficaz y eficiente**.

La **Intervención General de la Junta de Andalucía** contará con la colaboración de las **unidades de control interno** creadas en las Agencias Públicas Empresariales que

están sometidas a control financiero permanente, en el desarrollo de los trabajos de ejecución del plan anual de auditorías.

Las Agencias Públicas están obligadas a elaborar un **programa de actuación, inversión y financiación** que contendrá:

a) Un estado en el que se recoja las inversiones reales financieras a efectuar durante su ejercicio.

b) Un estado que especifique las aportaciones de la Junta de Andalucía o de sus agencias administrativas participes en el capital de las mismas, así como las demás fuentes de financiación de sus inversiones.

c) La expresión de los objetivos que se alcanzaran en el ejercicio, y entre ellos, las rentas que se esperan generar.

d) Una memoria de la evaluación económica de la inversión o inversiones que vayan a iniciarse en el ejercicio.

1.5.8.3 El Presupuesto

El Sistema Sanitario Público es concebido en el título VII de la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria. Tiene como principios fundamentales: universalidad, integridad y calidad en la atención sanitaria.

Dentro de las funciones básicas de la **Consejería de Salud** se establece la **función de financiación**, mediante la cual se financia a los organismos y entidades públicas proveedores de servicios sanitarios, que son fundamentalmente: el Servicio Andaluz de Salud, la Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol, la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

La Consejería asigna el presupuesto con criterios para la optimización de su gestión y asimismo controla los parámetros de eficiencia integral y la política de inversiones en infraestructura y equipamientos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El **presupuesto** de la Consejería de Salud se **distribuye mediante los correspondientes programas** a todos los órganos que de ella dependen. Para el estudio que nos ocupa es de destacar el **programa “41 C Atención Sanitaria”**. Este programa, que se comparte con el Servicio Andaluz de Salud, agrupa toda la Asistencia Sanitaria e integra la prestación de asistencia a la población con derecho a cobertura sanitaria pública que llevan a cabo el SAS, como principal proveedor sanitario, las Empresas Públicas Sanitarias adscritas y los Centros Concertados.

La Consejería de Salud **gestiona de forma directa en este Programa**, entre otros:

- La prestación de asistencia sanitaria de carácter especializado a la población con derecho a cobertura sanitaria pública por las Empresas Públicas Hospitalarias dependientes de la Consejería de Salud, con la amplitud prevista en sus Carteras de Servicios y para la población definida.
- La prestación de asistencia sanitaria en casos de emergencias sanitarias a la población con derecho a cobertura sanitaria pública por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- La prestación de asistencia sanitaria por los hospitales concertados, de carácter complementario a la prestada por los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía que contribuyen a la reducción de las listas de espera y en la adecuación a los Decretos relativos a garantía de plazo.
- La atención podológica a pacientes diabéticos en los términos definidos.

Respecto a la Atención Sanitaria, las **Empresas Públicas Hospitalarias** recogen, en general, en sus **presupuestos de explotación** las dotaciones necesarias para llevar a cabo sus actividades de acuerdo con sus carteras de servicios.

El **Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2015**, integra, de conformidad con lo establecido en el artículo 33.2 del Texto Refundido de la Ley

General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo, los **presupuestos de explotación y capital** correspondientes a las **Agencias públicas empresariales**, sociedades mercantiles de participación mayoritaria por la Junta de Andalucía o sus agencias administrativas (tanto los presupuestos de los grupos de consolidación como los individuales de cada una de las entidades que integran dicho grupo). Asimismo, se incluyen los presupuestos de explotación y capital de los consorcios, fundaciones y demás entidades referidas en el artículo 5.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía.

En el ejercicio 2015, la previsión de financiación presupuestaria de las Agencias públicas empresariales de la Junta de Andalucía vinculadas al ámbito asistencial sanitario ha sido:

Tabla 1.15. Previsión de financiación presupuestaria de las APES 2015

| EMPRESA | TRANSFERENCIA DE FINANCIACIÓN |
|--|-------------------------------|
| Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol | 131.935.118,00 |
| Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Poniente de Almería | 108.227.423,00 |
| Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir | 102.239.008,00 |
| Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir | 41.626.015,00 |
| Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.(EPES) | 78.094.644,00 |
| TOTAL EMPRESAS PÚBLICAS (Ambito Sanitario) | 462.122.208,00 |

Fuente: Elaboración propia

Esta financiación de las APES, en torno a los **462 millones de euros**, supone algo más del 15.66% del total previsto para el ejercicio 2015 de la previsión de financiación presupuestaria de las empresas, entidades, fundaciones y consorcios de la Junta de Andalucía que ascenderá a **2.951 millones de euros**. En este total se incluyen, entre otras, algunas entidades vinculadas al ámbito sanitario como:

Sociedades Mercantiles de participación mayoritaria:

- Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A. (EASP).

Fundaciones, Consorcios y demás entidades del sector público andaluz

- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental.
- Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud.
- Fundación Instituto Mediterráneo para el Avance de la Biotecnología y la Investigación (IMABIS).
- Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental Alejandro Otero (FIBAO).
- Fundación Pública Andaluza Gestión e Investigación Salud Sevilla (FISEVI).
- Fundación Rey Fahd Bin Abdulaziz.
- Fundación Hospital San Juan de Dios y San Rafael.

Entidades Asimiladas

- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

CAPÍTULO 2

LOS RECURSOS HUMANOS EN LA GESTIÓN PÚBLICA

2.1 INTRODUCCIÓN

Actualmente la literatura especializada sigue abordando aspectos sustanciales en torno a la ética y los recursos humanos, y cómo se mantiene la disyuntiva de su abordaje, en el sentido de que al igual que algunas organizaciones han empezado a situar a “su gente” en su dimensión central, también lo es, que otras muchas siguen utilizando a su personal como mero recurso. Las primeras, han empezado a dar un giro a los recursos humanos y saben que disponen de personas con recursos. Las segundas, siguen teniendo a los recursos humanos como un recurso más.

Quizás, uno de los retos más inmediatos para las instituciones sea la construcción de una organización donde, efectivamente, las **personas** que la integran estén en el **centro de la misma**. En cualquier caso, paulatinamente y desde las propias empresas, consultorías, universidades, escuelas de negocios y expertos en la materia, se está empujando en un cambio de concepción, fomentando expresiones como “desarrollo”, “dirección”, “liderazgo”... en un área o departamento de “dirección o desarrollo de personas” (Moreno, 2005). La cuestión es de gran calado. Las empresas que se deciden a cambiar la denominación de este departamento, lo hacen desde el convencimiento de que la tarea no es tanto “gestionar” personas, sino “dirigir o liderar” personas. El reto es desarrollar personas, teniendo presente que estas pequeñas modificaciones conceptuales traslucen, sin embargo, cambios de gran envergadura.

Refiriéndonos al libro de Casado (2003: 339), las personas son el alma de la empresa; como tal se sabe que existe y, sin embargo, apenas se conoce su naturaleza, sus problemas y sus remedios, como tampoco reconocemos su gran importancia para el cuerpo empresarial.

A pesar de la importancia del **capital humano**, y de todo lo que se escribe en torno al principal valor de una organización, muchos artículos siguen abordando la sorpresa y preocupación sobre el hecho de que se sepa tan poco acerca de cómo gestionarlo. Parece un discurso vacío, hueco, sobre un tema del que hay que preocuparse sólo en momentos de bonanza económica; una especie de retórica empresarial a usar en foros y actos públicos cuando las cosas van bien.

Hasta que las empresas no consideren a sus activos humanos, en toda la amplia y compleja dimensión de este calificativo, que en realidad es un sustantivo, como auténtico capital, y le otorgue tanta importancia como al capital financiero, no

avanzaremos y seguiremos sumidos en la gestión de paradojas casi esquizoides que minarán la confianza, impedirán el compromiso y disociarán el alma, la razón y la voluntad de nuestra más importante ventaja competitiva: nuestras personas (Moreno, 2005)”.

Esto es extensible también a las organizaciones públicas que tendrán que ir incorporando en sus fundamentos el **valor del compromiso** de los profesionales (funcionarios) que desempeñan sus funciones en aras de un servicio público.

Tanto investigadores como directivos del área de recursos humanos han sugerido que éstos son determinantes clave de los resultados empresariales. Así, existen investigadores que relacionan las prácticas de dirección de recursos humanos con la marcha de los trabajadores, con la productividad, con los beneficios financieros, con la supervivencia, con el valor de la empresa o como establecen Chang y Huang 2005 (citados por González, 2008) con el desempeño organizativo.

Existe un área creciente de investigación que se ha denominado **dirección estratégica de recursos humanos**, que resalta el papel importante y estratégico de la dirección de las personas en la consecución de los objetivos empresariales, e investigadores como Wright and McMahan (1992) ya la definían como el “conjunto de actividades planificadas de recursos humanos que permiten a la empresa alcanzar sus objetivos”

Determinados estudios y trabajos se fundamentan en la hipótesis de que la utilización por parte de una empresa de iniciativas y prácticas que requieran una alta participación o un alto compromiso de sus empleados tiene una influencia positiva sobre los resultados que dicha organización alcance. Los **siete factores** que se pueden considerar como claves y que explicarían las **políticas de recursos humanos de alto compromiso** serían:

- 1) Ambiente: A partir de los indicadores que hacen referencia al grado de motivación de los empleados, a la cantidad de información que éstos comparten y a la presencia en la empresa de un clima de alta cooperación y confianza. Así, estas variables parecen implicar un buen ambiente en la empresa, ya que los empleados se sienten motivados y el clima reinante es favorable. Por estas razones, el nombre asignado a este factor fue ambiente.
- 2) Formación.

- 3) Apoyo a la innovación.
- 4) Retribución basada en Resultados.
- 5) Selección.
- 6) Retribución basada en conducta.
- 7) Diseño de puestos.

Muchos de ellos han demostrado que la forma de dirigir a los trabajadores tiene influencia sobre el éxito que alcanza la organización y los resultados obtenidos respaldan la hipótesis de que aquellas que utilizan un conjunto de prácticas de recursos humanos de alto compromiso obtienen mejores resultados que aquellas organizaciones que no las emplean (González, 2008).

El compromiso se presenta como un aspecto central en la formulación de políticas y estrategias destinadas a los empleados de las organizaciones, entendiendo que las prácticas de recursos humanos de alto compromiso o alta implicación crean una fuerza de trabajo motivada y altamente comprometida con los destinos de la organización, y a su vez pueden mejorar los conocimientos, destrezas y habilidades tanto de los trabajadores actuales como potenciales, fomentando la retención de empleados.

2.2 LA GESTIÓN PÚBLICA DE LOS RECURSOS HUMANOS

2.2.1. Los Recursos Humanos y la función pública

La ideología propia del inicio del liberalismo, cuando comienzan a conformarse las instituciones del Estado contemporáneo, otorga un papel subsidiario a la Administración pública y, consecuentemente, a sus recursos humanos, papel que ha recuperado actualidad con las últimas reformas.

Para Arenilla (2005), esa ideología encontrará en muchos países indudables ventajas en el establecimiento de un régimen especial para sus agentes públicos que les garantice la profesionalidad con el fin de separar la política de la Administración y dar estabilidad a ésta para mantenerla alejada, en lo posible, de los vaivenes políticos. En este esquema general, cada sistema político buscará la solución más adecuada atendiendo a su cultura política y administrativa.

Un aspecto importante que caracteriza a la Administración pública, es que una modificación profunda en la gestión de las personas a su servicio tendrá incidencia en su entorno institucional público y en el social, lo que en modo alguno sucede con los cambios introducidos en las organizaciones privadas, por muy extensas que estas sean. Por ello, cuando tratamos con recursos humanos de la administración pública debemos tener en cuenta su singularidad frente a sus homólogos de instituciones privadas, incluso cuando realizan funciones equiparables. Lo que les debe distinguir a ambos, públicos y privados, no son necesariamente los medios, sino los fines a los que se encaminan su actuación.

Hoy en día, nadie duda de que una de las partes más importantes de una organización, si no la que más, la constituye el capital humano. Si nos situamos en el **ámbito público** este hecho se amplifica, principalmente por dos motivos:

- El elevado número de personas que trabajan en el sector y el peso que las remuneraciones del personal representan en el presupuesto.
- La diversidad y la complejidad de los tipos de personal que trabajan en la administración, como por ejemplo: el sanitario, el docente y el de justicia.

Los recursos humanos, precisamente por su magnitud y complejidad, suponen un área clave y capital en la planificación y la ejecución de la mayoría de las fiscalizaciones. A todo ello hay que sumar la diversidad de normativa aplicable y los nuevos retos de la sociedad del siglo XXI, como son las políticas de género, las medioambientales y las de seguridad e higiene en el trabajo, entre otras (Vidal y Julián, 2010).

Los gastos del personal al servicio de las administraciones públicas representan, el desembolso más importante de cualquier Administración Pública y reflejan asimismo la relevancia que tienen las retribuciones de personal en la configuración y posterior ejecución de sus presupuestos.

En cualquier administración, la gestión de estos gastos se considera como elemento esencial o crítico, tanto para aquellos que ostentan responsabilidades como para aquellos que se ocupan de procesos más técnicos, sobre todo teniendo en cuenta la importancia que tiene actualmente los sistemas de información que soportan los procesos de gestión, a la hora de administrar los recursos públicos (García, 2014).

2.2.1.1 Evolución de los modelos de función pública

Como respuesta a las críticas generalizadas al sector público por sus problemas de eficacia, escasez de productividad, ética profesional y falta de orientación al ciudadano como cliente, en las últimas décadas, se han producido reformas en los recursos humanos en la mayor parte de los países de la OCDE. (OCDE 2000a, OCDE 2000b).

La consecuencia ha sido la introducción de una serie de modificaciones en los sistemas de empleo, de variable intensidad. En países como Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, Suiza y Suecia, han optado por la transformación profunda del modelo de empleo y la gestión de personas, mientras que en el Sur de Europa se ha producido la inclusión de una serie de reformas más limitadas. A medio camino encontramos a Holanda, los demás países nórdicos, Canadá y Estados Unidos.

Todas esas reformas se encaminan básicamente a acercar los recursos humanos al sector privado, a dar más flexibilidad y libertad a los órganos de gestión, a asegurar la responsabilidad de estos órganos y de sus gerentes y a mejorar la imagen como empleador.

En Europa, los autores coinciden en que no se puede hablar de la prevalencia de un sistema de función pública sobre otro, aunque convencionalmente los sistemas de función pública europeos se dividieran entre el modelo continental y el anglosajón (Martínez, 1999). Nos encontramos con que la clasificación en sistemas abiertos y cerrados ha devenido, más que en una convergencia entre los dos modelos, en una clasificación poco operativa. En cada sistema nacional de función pública han ido introduciéndose en los últimos años una serie de soluciones de gestión que no permiten una clasificación que tome como referencia los parámetros en los que se sustentaban los modelos.

Si tomamos como ejemplo Francia, paradigma del modelo cerrado, es dudoso que la principal explicación de las dificultades de introducir reformas profundas en su sector público en general sea la existencia de un “esprit de corps” (espíritu de cuerpo) en su función pública. Para Bodiguel (2001) es más probable encontrar las resistencias en la insuficiente implicación del personal de la Administración en el cambio, en las reticencias de la dirección política y administrativa, en la mala comprensión de los mecanismos de implantación de reformas por parte de los políticos y en las reformas con objetivos contradictorios.

Las **reformas en los sistemas de función pública** de los últimos años en los países occidentales no resultan bien explicadas si atendemos a su posible ordenación en modelos abiertos y cerrados. Así, si comparamos la función pública en Estados Unidos, Reino Unido, Francia, España, Italia y Alemania en los últimos 20 años, observaremos una serie de notas comunes que superan la diferenciación en los modelos clásicos.

Los rasgos comunes de los cambios son: la reducción de efectivos (salvo en Francia) las revisiones y cambios en el estilo y la modalidad de gestión, las modificaciones en las formas de contratación; las alteraciones en los mecanismos de determinación de los salarios; la variación del grado de autonomía de los directivos; la descentralización en algunas agencias; la introducción de cursos de tipo hacendístico; desarrollo de competencias; la mayor apertura y representatividad de la función pública; la descentralización de la negociación; o el paso del directivo-funcionario al manager.

En España, la evolución de la función pública en los últimos años, aporta rasgos tanto o más definitorios de su sistema:

- la fuerte descentralización a favor de las comunidades autónomas y, en menor medida, de los municipios.
- la pérdida de efectivos y de peso de la Administración General del Estado.
- la contratación descentralizada.
- la fragmentación de los sistemas territoriales de función pública a favor de agencias, empresas públicas, fundaciones, etc., que han desarrollado modelos propios de gestión de los recursos humanos.
- la pérdida paulatina de un modelo de referencia en la gestión de las personas en la Administración pública
- la estancamiento de los sistemas de función pública territorial
- la laboralización de determinados niveles de las Administraciones y de los nuevos organismos, etc.

Esto ha llevado a algún autor como Martínez (1999) a hablar de la inexistencia de un modelo en el caso español, aunque como se puede ver en los países de la OCDE, no es un rasgo sólo predicable de nuestro país. En el caso de Estados Unidos así como en algunos países europeos como España, la nueva reforma del Estatuto del empleado público es la creación de modelos de función pública autonómica cada vez más divergentes.

En definitiva, se puede concluir que los distintos sistemas nacionales de función pública presentan en su interior distintas formas de abordar los mismos problemas atendiendo al nivel territorial y al tipo de organismo de que se trate.

En las últimas décadas, se están produciendo en los países de la OCDE unos cambios que responden a una alteración profunda de las ideas respecto a la actuación pública, fundamentalmente debido a tres factores interrelacionados (Baena, 2000):

- la alteración de los valores de la sociedad producida por la decadencia de las filosofías, ideologías y religiones.
- la pérdida de la creencia de que una vez adoptada una decisión política bastaba con ejecutarla para lograr sus objetivos.
- la crisis financiera de los Estados.

El resultado ha sido una crisis de legitimidad que tiene como consecuencia que los ciudadanos no acepten de buen grado el Estado ni la Administración. Ésta se vincula a un sentimiento de frustración acrecentado con los casos de corrupción y malversación, que se producen con alguna frecuencia. Para Arenilla (2003), el ciudadano se siente alejado así de sus instituciones políticas y administrativas y de sus dirigentes e integrantes.

Todo ello hace que autores como Baena (2000) hablen de un retroceso y una reinención del Estado.

La corriente de pensamiento que afronta esta crisis de legitimidad de lo público y que ha logrado extenderse y ser generalizadamente aceptada es la **Nueva Gestión Pública** (NGP) que incluye los viejos y compartidos principios de la eficacia y la eficiencia con otros nuevos como la calidad, la desregulación, la reducción o reinención del Estado y la gestión próxima a la empresa privada (Olías de Lima, 2001).

Toma elementos de diversas corrientes conservadoras como, por ejemplo, que los principales valores sociales se realizan mejor por el mercado; que la Administración pública es en principio inferior a la privada siendo menos eficaz y menos responsable; que la Administración pública debe ser minimizada y debe adoptar la ética y la forma de actuar de los negocios. Pero también los toma de posiciones más progresistas que se basan en que los usuarios de los servicios han de ser objeto de toda clase de

consideraciones y que las unidades del sector público han de situarse o posicionarse frente al mercado, tratando de adaptar las organizaciones públicas a sus principios. Los proyectos de reforma de la gestión pública vienen buscando el desarrollo del gerencialismo propio, que termine con las disfunciones del modelo burocrático imperante. Este nuevo **gerencialismo público**, por tanto, intenta que se produzca una transformación cultural: “de una cultura burocrática a la cultura de la responsabilidad”.

Tabla 2.1. Aspectos diferenciadores entre Cultura burocrática y Cultura de la responsabilidad.

| CULTURA BUROCRÁTICA | CULTURA DE LA RESPONSABILIDAD |
|--|---|
| Focalizada a la observancia del principio de legalidad. | Legalidad: sí, pero también énfasis en los principios de economía, eficacia, eficiencia y demás principios de buen gobierno |
| Antidiscrecionalidad. | Autogestión, discrecionalidad y flexibilidad a los centros gestores. |
| “Círculo vicioso burocrático”: la subordinación de los gestores a los criterios de órganos rectores del presupuesto origina una despersonalización por la gestión desarrollada, lo que da lugar a malos resultados, frente a los que se reacciona incrementando aún más los controles. | Evaluación y Rendición de cuentas. Responsabilidad por la gestión desarrollada. Evaluación + Aprendizaje + Retroalimentación. |
| Cultura del gasto: gestionar bien se confunde con alto grado de ejecución. | Conciencia de coste |
| Énfasis en el continuismo y la estabilidad organizativa. Rigidez para adaptarse a los cambios. | Capacidad de adaptación al cambio |
| Opacidad. | Orientación al ciudadano y demás grupos de interés. |

Fuente: Elaboración Propia

Esta NGP ha tenido muchas líneas de críticas, desde que su aplicación produce una marginación primero de la política y luego de los aspectos sociales de la gestión pública hasta que la eficiencia no resuelve por sí sola los problemas de gestión de las Administraciones Públicas. Quizás la más dura es aquella que proviene de la consideración éticamente superior de los principios de la burocracia pública sobre los de las empresas e individuos que se atienen a las reglas del mercado (Frederickson en Román, 2001; 231)

En definitiva, la corriente teórica que funciona como una suerte de ideología comúnmente aceptada que alimenta los procesos reformadores en los recursos humanos de los países de la OCDE de las últimas décadas, es la nueva gestión pública, que se soporta fundamentalmente en la incorporación en el campo público de los principios de las organizaciones comerciales. A pesar de las críticas recibidas, no se ha impedido la extensión masiva de los principios de la NGP en el campo de la gestión de las personas de la Administración Pública.

2.2.1.2 La gestión de las personas en el ámbito público

La dirección de las organizaciones, tanto del sector público como privado, es cada vez más dirección de intangibles que provienen de las personas (Parrés, 2010); los responsables de la ejecución de las políticas públicas tiene que ser conscientes de la necesidad de desarrollar un efectivo liderazgo de personas y ser capaces de movilizar a sus colaboradores hacia los resultados esperados.

Las **reformas producidas en los recursos humanos** en las Administraciones públicas de los países de nuestro entorno en las dos últimas décadas, se caracterizan por la búsqueda de la eficiencia a través de la gestión como en una empresa privada, por la disminución de las diferencias entre los empleados públicos y privados y por la introducción de principios de gestión como la privatización o la externalización. Es decir, han asumido los fundamentos básicos de la nueva gestión pública.

La aproximación al sector privado se observa en la disminución de la estabilidad y la seguridad en el empleo y la reducción de la dificultad de despido en varios países. Esta reforma se ve favorecida por la tendencia a descentralizar los empleados públicos de los órganos centrales en agencias y similares.

La reducción del tamaño del sector público y de sus efectivos también es una constante en las reformas (Gualmini, 2004: 124). No obstante, parece que en los últimos años las tendencias a la reducción de efectivos se han estabilizado.

El recurso al mercado para la prestación de servicios públicos está generalizado en los países de nuestro entorno. La reducción del sector público no siempre significa que se dejen de prestar y suministrar servicios y bienes públicos, sino que en la mayor parte de las ocasiones lo que se hace es buscar distintas formas de que el mercado sea el que los preste o suministre. Así, han aparecido diversos mecanismos alternativos para prestar los servicios públicos que reducen los efectivos de las Administraciones públicas : acuerdos de prestación de servicios con otras agencias gubernamentales u ONG; reemplazar la estructura pública por contratistas privados; el incremento de las concesiones; acuerdos con agencias públicas que permiten a las empresas privadas desarrollar servicios públicos a cambio de un precio o el cobro de una tasas; la autoayuda habitual en desarrollo de programas comunitarios mediante el recurso a voluntarios; o la utilización de incentivos fiscales y de regulación.

Por lo que respecta a las retribuciones (Coleman, 2003) nos encontramos con estrategias públicas de aproximación al sector privado equivalente o en clara competencia con él, introduciendo novedades en los mecanismos de determinación de los salarios.

La descentralización se convierte en otro **principio de gestión** vinculado a la nueva gestión pública, tratando de promover la eficiencia y la eficacia, la calidad, la motivación y, especialmente, de orientar a los trabajadores públicos a la consecución de resultados. En un sistema descentralizado, los órganos centrales de gestión de personal suelen retener el control sobre el establecimiento de las políticas de personal, los costes de personal, las condiciones de empleo, el comportamiento y la disciplina, la salud y la seguridad en el trabajo, las políticas de igualdad de oportunidades y las condiciones de empleo y la gestión de los funcionarios superiores.

Otro efecto de la descentralización es que la **creación de agencias, empresas públicas, fundaciones y otros entes**, permite la selección del personal a través de mecanismos flexibles y no sometidos a regulaciones y acuerdos de negociación rígidos.

En el caso de España, entre los administrativistas se ha generado un debate que, en su formulación última, gira en torno a la pregunta siguiente (Pascual, 2010): ¿es compatible con el marco constitucional que la Administración se valga, para el cumplimiento de sus fines de interés general, de entidades que se rijan por el derecho privado, con las menores o nulas garantías que ello comporta?. Según el autor, la respuesta es mayoritariamente afirmativa, aunque no sin matices.

Las concesiones administrativas, fundaciones y demás vehículos para la huida del derecho administrativo se caracterizan por una menor transparencia que las privadas y un **débil control externo**; ese control externo que en las empresas privadas proporciona el mercado de control corporativo, los mercados profesionales y los mercados de capitales. **La empresa pública** tiene además múltiples objetivos, doble relación de agencia (ciudadano, político, gestor), propiedad difusa y una suficiencia financiera que no depende de la competencia sino de decisiones políticas (Meneu y Ortún, 2011)

En resumen, se puede decir que los principales postulados de la nueva gestión pública, de las corrientes que tienen como referencia para el ámbito público las técnicas y principios de gestión del mercado, se han extendido de una manera generalizada a los distintos sistemas de función pública. Además, esos principios han afectado a todos los aspectos de la gestión de las personas independientemente de la adscripción teórica de los sistemas de recursos humanos a los modelos abierto o cerrado.

Uno de los principios básicos de la nueva gestión pública es dejar que los gerentes gestionen (Oliás de Lima, 2001: 22-3). El nuevo papel de los directivos públicos en su transformación en *mánager* supone cambios en las obligaciones del trabajo y en los objetivos. Ya no se trata principalmente de ser eficaz en el cumplimiento de los procedimientos formales y de poseer unos buenos conocimientos técnicos y un saber experto de la organización. Ahora se trata de mediar en los conflictos entre sistemas de personal que pueden entrar en conflicto; de evaluar comparativamente la privatización o la externalización de un servicio; de trabajar en equipo con dirigentes de su propio ente o de otros, sean estos públicos o privados; de planificar el número de empleados, propios o contratados, necesarios para prestar un determinado servicio y establecer sus costes comparativos; de minimizar las pérdidas; de gestionar diversos tipos de empleo; de evaluar y motivar al personal del que es responsable; de dar

cuenta de sus objetivos ante la dirección política; y de ser evaluados de forma periódica.

La concepción tradicional del directivo público se fundamentaba en que su delimitación de los políticos era difusa (Baena, 2000: 35-8) hasta el punto de que el ciudadano no podía distinguirlos fácilmente, por lo que se incluían ambos en el concepto de altos responsables de la gestión pública (Arenilla, 2003: 132). La corriente de la nueva gestión pública parte de la idea contraria: es posible, y necesario, delinear las tareas que realizan los gestores y las que realizan los políticos. Esto conlleva, para que la gestión sea eficaz, el otorgamiento de plenos poderes a los *mánager* o gerentes para llevar a cabo su misión.

El *mánager* ha ampliado la figura tradicional del directivo público incorporando a empleados no permanentes al servicio de la Administración pública. Su entrada en escena, ha debilitado la rendición de cuentas de los políticos a los ciudadanos al distinguir entre la responsabilidad de los políticos y la imputabilidad de la marcha de los servicios a los *mánager* o gerentes.

Las **tendencias de futuro en la gestión de las personas en el ámbito público** pasan por favorecer los cambios tendentes a conseguir una Administración más flexible y más próxima al sector privado comercial. En esta tendencia general el desafío más importante en la actualidad es lograr reclutar y retener al personal altamente cualificado y conseguir que ejerza el liderazgo en la Administración pública (Beecher ,2003)

No obstante, la Administración Pública corre el riesgo de contagiarse de las “malas influencias” del sector privado comercial conforme más se flexibiliza, produciéndose el debilitamiento de la Administración al olvidar que cuando se privatiza, se externaliza o se utilizan las reglas del mercado, es preciso un Estado fuerte (Donahue, 1991) que no olvide cuáles son sus principios.

El objetivo del fortalecimiento del liderazgo es reclutar y formar funcionarios superiores que puedan transmitir al resto del personal un espíritu más sólido de servicio público dirigido a las necesidades de las sociedades actuales, a la vez que consiguen que los servicios sean más eficaces para el gobierno y los ciudadanos. En este sentido el **liderazgo** está en el centro de la buena gobernanza y requiere de unos nuevos principios éticos.

Las **exigencias de la gestión pública** son cada vez mayores en términos de eficacia, eficiencia y economía, sin olvidar la obvia sujeción a la legalidad y a la normativa contable y financiera. Pero el **nuevo gestor público** no debe ser ajeno a la pertinencia social y política de sus actuaciones así como a nuevas demandas de la ciudadanía en materia de ecología, equidad o impacto de género, entre otros aspectos.(Fernández, 2011).

Se le exige que sea un agente activo y pasivo de un ordenamiento jurídico diverso y disperso, una persona polivalente y multidisciplinar que forma parte de una organización compleja, interactúa con equipos, habilita espacios para la participación ciudadana, y en definitiva, trabaja para la “cosa pública” y el interés general.

Durante las últimas dos décadas, ha habido un fuerte impulso de las cuestiones relativas a la **transparencia** dentro del Sector Público, especialmente al calor de las recomendaciones de organismos e instituciones como la OCDE, el FMI o la propia Unión Europea. La transparencia mejora la rendición de cuentas (accountability) y la eficiencia del Sector Público, incentiva las prácticas presupuestarias legales y fomenta conductas éticas recomendables, lo cual ha supuesto mayores exigencias al gestor público.

En cualquier caso, lo cierto es que se ha generalizado la aprobación de **nuevos códigos éticos** fomentados por organismos como la OCDE, o el Consejo de Europa que suelen tener en común los siguientes nuevos valores:

- la protección del interés público de acuerdo con el ordenamiento jurídico
- la lealtad institucional
- la imparcialidad y objetividad
- la integridad, honestidad y ejemplaridad
- la austeridad
- la profesionalidad
- la iniciativa, diligencia y receptividad
- la responsabilidad y la transparencia
- la confidencialidad

El **nuevo líder de la Administración pública** debe ayudar a los individuos y a los grupos a conseguir las metas de la organización y a encontrar comprensión en su trabajo (Beecher, 2003). En este sentido, muchos expertos opinan que el fortalecimiento del liderazgo de los directivos de la Administración y la selección y

retención de sus cuadros se han convertido en factores estratégicos del éxito en la gestión de los recursos humanos públicos en los países de nuestro entorno.

A ellos hay que unir la reorientación de la consecución de los logros individuales y de grupo, incluso de las unidades organizativas, para que satisfagan los objetivos comunes a la administración correspondiente.

También se trata de reforzar los principios éticos en el actuar público, con el fin de recuperar la legitimidad perdida de las instituciones públicas. Finalmente, las tendencias que se avecinan nos hablan de la compatibilidad entre la particularización de la gestión pública y de sus personas y la consecución de los objetivos de la sociedad.

2.2.1.3 Revisión del sistema de gestión de Recursos Humanos

Durante la primera década de este siglo, hemos asistido a procesos de consolidación fiscal que buscan la estabilidad y la sostenibilidad de las finanzas a medio y largo plazo y su compatibilidad con un crecimiento sostenido de la tasa media potencial de la economía. Al mismo tiempo, la maduración de las sociedades democráticas ha favorecido la modificación de las expectativas de los ciudadanos que exigen cada vez más servicios públicos y de mayor calidad a unos costes razonables (Ruiz Álvarez, 2005).

Esta **doble realidad** descrita, por una parte, la necesidad de alcanzar unas finanzas públicas sostenibles en el largo plazo, y por otra parte, la obligación de entender las nuevas demandas de servicios de los ciudadanos, están perfilando sin duda las reformas de los gobiernos occidentales para adaptarse a este nuevo escenario, cada vez más complejo y sin duda más exigente con los resultados.

Un estudio de la OCDE(2005), sobre reformas organizativas de los gobiernos, muestra como éstos tratan de hacer frente a esta doble realidad por medio de estructuras de gestión más transparentes, más alineadas con las preferencias de los ciudadanos, más flexibles, más eficientes, y orientadas su gestión a la responsabilidad por los resultados.

Es indudable que los gobiernos de hoy en día son más abiertos, accesibles, y con mayor capacidad de respuesta que en el pasado y, de hecho, se pueden observar

numerosos ejemplos de aparición de nuevas legislaciones que obligan a una mayor transparencia informativa y cambian la estructura de los servicios con mayor atención al ciudadano.

El cambio de enfoque hacia una **gestión por resultados** obliga a las organizaciones a explicitar sus objetivos y establece las bases para la evaluación posterior. Ello entronca con los objetivos de eficiencia y mayor transparencia al permitir de manera objetiva la presentación de los resultados de la gestión por parte de los gestores.

La mayoría de los países de la OCDE sostienen, con lógicas variaciones, **sistemas de gestión de Recursos Humanos** diferentes a los del sector privado. Así, el estatus de sus funcionarios es diferente al del resto de los trabajadores debido al entendimiento implícito de que aquellos trabajadores, que tienen que servir con objetividad a los gobiernos, deben gozar de mayor estabilidad en el empleo, pues dicha estabilidad fomenta su actuación no partidaria.

En el marco explicativo de la **teoría de la elección colectiva**, el Estado se configura como un instrumento creado por los individuos para la provisión directa o indirecta de un conjunto de bienes y servicios públicos, que no suministra el mercado de forma eficiente o equitativa, siguiendo sus preferencias. Lógicamente las preferencias de los individuos no son iguales, y posiblemente cada uno de los ciudadanos tiene una visión diferente sobre la combinación de bienes y servicios que espera del sector público y la forma de financiarla.

La OCDE (2002) en un informe que hace una revisión de diez años de intentos de modernización en la Gestión de Recursos Humanos (GRH), pone de manifiesto que la tendencia de estos sistemas es **promover el compromiso de los miembros de la organización con los resultados de la misma**. En este esquema de pensamiento, se busca alcanzar un alto grado de desempeño por parte de los funcionarios, al servicio del cual se desarrolla la estrategia general de recursos humanos de la organización.

El informe señala que este nuevo enfoque exige el compromiso de los trabajadores con dichos resultados, y a la vez hace necesaria una revisión de los siguientes elementos básicos de todo el sistema de gestión de recursos humanos:

- Analizar el nivel de efectividad de los sistemas de selección y reclutamiento seleccionando a funcionarios de alto rendimiento.

- Examinar de los sistemas de formación continua para comprobar si contribuyen a la adquisición de habilidades y actitudes hacia un mejor desempeño.
- Alinear los sistemas de incentivos y motivación con el nivel de desempeño de los funcionarios.
- Revisar los sistemas de provisión de puestos de trabajo y rotación para comprobar si permiten el desarrollo de las capacidades del personal.
- Impulsar y revisar los sistemas de evaluación del desempeño del personal.
- Fortalecer los sistemas de compensación a los funcionarios, no solo los materiales vinculados al salario, sino los inmateriales relacionados con el reconocimiento.
- Garantizar que se promociona a los que ofrecen el mejor desempeño.

En este sentido, la OCDE concluye que existe una tendencia hacia la individualización de las políticas de recursos humanos que tratan de discriminar positivamente a los funcionarios, en detrimento de las políticas colectivas que tratan de forma igualitaria al conjunto de los funcionarios. Esta tendencia mejorará la capacidad de respuesta de la Administración Pública para atender las necesidades de los ciudadanos, aunque esto pueda suponer una excesiva focalización en los intereses individuales de los funcionarios en detrimento de los valores colectivos y comportamientos éticos en este ámbito laboral.

Sin embargo, como señala en su informe la OCDE (2005), a pesar del limitado impacto que la retribución variable tiene sobre la **motivación del funcionario**, tal vez los mayores efectos positivos han sido la introducción y el fortalecimiento de los sistemas de objetivos generales para la organización y particulares para los equipos de trabajo, con un resultado indudable para la **productividad de la institución**. Además según la todavía limitada experiencia disponible, parece que los sistemas de incentivos diseñados y basados en equipos combinados con esquemas individuales, muestran un mejor resultado que los sistemas de base estrictamente individual.

La realidad muestra que los resultados de productividad están soportados en la **optimización del uso de los recursos humanos**, tecnológicos y financieros. Por lo que la gerencia debe diseñar herramientas e implementar estrategias que marquen el rumbo a seguir para alcanzar las metas, que no es otra que la eficacia organizativa. Para ello, se deberá impulsar acciones dirigidas a desarrollar la motivación y el compromiso de los empleados, a fortalecer la cultura común y a mejorar sus competencias profesionales.

Sobre la **importancia que tiene la dirección** desde la perspectiva de la dirección de personas, el secreto de las organizaciones exitosas se basa en dirigir la atención hacia los trabajadores y servir a los clientes. Esta circunstancia refuerza la necesidad de las organizaciones de velar por la calidad de vida de sus trabajadores garantizando su capacitación, bienestar y motivación lo cual coadyuva a desarrollar en las personas el compromiso, responsabilidad y sentido de pertenencia con la organización (Pereda, et al, 2014).

2.3 POLITICA DE PERSONAL EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

2.3.1 Políticas de Recursos Humanos en evolución

Los **sistemas sanitarios** como conglomerados de organizaciones profesionales complejas, están basados en la coordinación de agentes profesionales, conocimiento y gestión. Sin duda, han experimentado una gran evolución, no sólo en términos cuantitativos, sino también cualitativos; y deberán enfrentar una profunda transformación en los próximos años para hacer frente a profundos cambios que están siendo impulsados por la propia evolución de las estructuras sociales y económicas y del conocimiento científico-técnico (Hernández, 2005).

Es evidente que las respuestas públicas a esta difícil compatibilidad entre posibilidades (oferta) y expectativas (demanda) constantemente crecientes y capacidades de gasto, si no decrecientes sí limitadas o cuanto menos no capaces de evolucionar al mismo ritmo, han ido cambiando en los últimos decenios.

En términos sin duda demasiado generales, los expertos han identificado tres grandes modelos en nuestro país:

a) A finales de los setenta y principios de los ochenta, el enfoque predominante era del tipo **macro ó administrativo**: se trata de establecer topes presupuestarios a nivel general que son trasladados a cada uno de los centros de gasto en que se estructura el sector. Comienza a instalarse la idea de que es preciso poner coto a la extraordinaria capacidad de los profesionales para consumir recursos mediante sus decisiones clínicas; y se comienza a profesionalizar la gestión de centros, mediante una separación, más o menos rígida, entre gestores y profesionales en un sistema en el que estas líneas de separación apenas sí existían.

Durante los primeros gobiernos de la democracia predomina la necesidad de desbancar a las viejas élites médicas y se llevan a cabo actuaciones de gestión encaminadas a enderezar las conductas de los profesionales, lo que produce un distanciamiento o extrañamiento de la profesión médica y una cierta conflictividad. Finalmente las políticas macro de contención del gasto se evidencian inoperantes, debiendo ser asumido un importante déficit presupuestario, justo cuando las finanzas públicas se enfrentan a la grave crisis de los primeros noventa. Como buena noticia, durante esta época se produce un extraordinario desarrollo de la Enfermería, en todos sus ámbitos: formación, modelos, prácticas y gestión.

b) Cuando la experiencia internacional demuestra que estos enfoques administrativistas o formales son incapaces de controlar un gasto que, de hecho, son los propios profesionales quienes determinan mediante sus propias prácticas, se desarrolla un **enfoque de tipo meso o gestor**; se admite que, si el gasto se determina y produce en los centros, es preciso dotar a éstos de sistemas, herramientas y capacidades gestoras que les permitan gestionar los recursos, entre ellos, los humanos, con mayor flexibilidad y responsabilidad. Se establecen nuevas fórmulas de gestión, se generalizan sistemas de información para la evaluación del rendimiento y de contabilidad analítica de imputación de costes.

En España, este enfoque supuso el desarrollo de **tres tipos de herramientas**:

1.- la generalización de los sistemas información sobre el desempeño de los centros y servicios, tipo grupos de diagnóstico relacionados (GDR), análisis del case-mix, contabilidad analítica etc.

2.- el establecimiento de contratos programa con centros y servicios, completado con tímidos e irregularmente aplicados sistemas de incentivos ligados al rendimiento.

3.- la apertura de centros sanitarios con nuevas formulas de titularidad jurídica: empresa pública, fundaciones, consorcios, gestión privada, externalización, con mayor autonomía de gestión y flexibilidad en la selección y retribución del personal sanitario.

c) Finalmente, cuando se admite que estos esquemas han permitido avances sólo muy reducidos, o que funcionan bien durante sólo algún tiempo, se introducen **esquemas de tipo micro**, orientados directamente a modelar las prácticas clínicas, tratando de controlar la variabilidad no justificada en las decisiones médicas (Meneu 2002), pasando por encima, si es preciso, de los sistemas organizativos tradicionales.

Con herramientas de gestión profesional, como la epidemiología clínica (o práctica basada en la evidencia) o la gestión de unidades clínicas, y sistemas de información mucho mejor integrados y robustos, comienzan a establecerse fórmulas de organización que intentan un alineamiento de incentivos entre sistema y profesional. Se generan nuevas fórmulas organizativas basadas en algo similar a la reingeniería de procesos y en la generación de equipos de alto rendimiento. También se produce una revisión de los sistemas tradicionales de distribución de funciones, especialmente entre médicos y enfermeras y entre especialidades médicas y quirúrgicas (Buchan y Calman, 2004).

Como consecuencia de este tipo de políticas, en España se han desarrollado unidades clínicas (generalmente denominadas “Institutos”) en ciertas áreas médico-quirúrgicas y se han establecido sistemas retributivos y de incentivos algo más robustos, si bien en general este tipo de política continúan teniendo un carácter más bien experimental en un entorno que continúa sometido de manera bastante rígida a los sistemas burocráticos y centralistas.

Las políticas de recursos humanos han sido diferentes en cada uno de estos enfoques, pero lo cierto es que la evolución camina en un sentido inequívoco: **la gestión de recursos humanos es gestión de profesionales.**

En España, la profesión médica tiene poca capacidad de interlocución con las administraciones y corporaciones y, lo que es peor, con la propia sociedad; con su independencia y prestigio social amenazados por unas relaciones peligrosas con la industria; en una situación de creciente desmotivación e insatisfacción laboral y una cierta cultura de sálvese quien pueda; y con condiciones laborales, sistemas organizativos y políticas de recursos humanos manifiestamente mejorables.

Para aquellos que han llegado a la convicción de que el Sistema Sanitario Público (SSP) está amenazado en su **sostenibilidad** por problemas estructurales, no sólo financieros, que requieren cambios profundos en los modelos de organización y gestión, el foco debe ponerse, sobre todo, en los recursos humanos (Hernández, 2005)

Las organizaciones profesionales descansan necesariamente en la capacidad facultativa de sus empleados para tomar decisiones a tiempo real; en la adecuada gestión de un conocimiento científico-técnico que crece exponencialmente y que es

cada vez más difícil de evaluar, especialmente en términos de coste/beneficio; en la existencia de culturas profesionales como imput ambivalente que no siempre estimula la compatibilidad de las propias necesidades o intereses con las de los clientes y la propia empresa (incluso, en el caso de las profesiones sanitarias, de la propia sociedad); y en una motivación que necesariamente tiene altos componentes intrínsecos y es, por ello, mucho menos moldeable y menos permeable a sistemas de incentivos estándar.

2.3.2 EL PROFESIONAL EN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

El Sistema Sanitario Público (SSP) conformado por los servicios de salud de titularidad pública del SNS, es un complejo conglomerado de instituciones, servicios y profesionales, altamente descentralizado en el nivel político-territorial, pero altamente centralizado en el plano organizativo.

El **Sistema Nacional de Salud -SNS-** se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. Está fuertemente funcionarizado (con la excepción, si acaso, de Cataluña) en el que un altísimo porcentaje del personal es contratado directamente por las administraciones públicas y percibe sus retribuciones en forma de salarios altamente estables ligados básicamente al puesto desempeñado y escasos rendimientos derivados de aspectos productivos o competencias profesionales.

La titularidad y competencias de planificación, dirección y gestión corresponden, en gran parte, a las comunidades autónomas (CCAA) (que asumen en torno al 91% del presupuesto sanitario), si bien existe una cierta presencia de las administraciones Central y Local (8% y 1% respectivamente). Las competencias sobre los servicios y recursos del antiguo Instituto Nacional de la Salud fueron transferidas a las comunidades autónomas entre 1981 (Cataluña) y 2002 (10 CCAA); únicamente en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla continúan siendo gestionados los servicios de salud desde la Administración Central, a través del Instituto de Gestión Sanitaria, dependiente actualmente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El gobierno central a través del Ministerio de Sanidad tiene la responsabilidad de promover la coordinación y cooperación en el sector sanitario. A partir del año 1986 se realiza la transformación de un Sistema de Seguridad Social (modelo Bismarck) de financiación de los servicios sanitarios por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo Beveridge con financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado.

El **traspaso de funciones y servicios a las 17 CCAA** comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en diciembre de 2001, quedando completado el proceso de descentralización que conocemos hoy en día, a partir de los siguientes Reales Decretos:

- Cataluña: Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.
- Andalucía: Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero.
- País Vasco: Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre.
- Valencia: Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre.
- Navarra: Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre.
- Galicia: Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre.
- Canarias: Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo.
- Asturias: Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre.
- Cantabria: Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre.
- La Rioja: Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre.
- Murcia: Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre.
- Aragón: Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla-La Mancha: Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre.
- Extremadura: Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre.
- Baleares: Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre.
- Madrid: Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla y León: Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, definió la estructura organizativa con un gobierno central que, a través del Ministerio de Sanidad, asumía la responsabilidad de áreas estratégicas como la coordinación general y la legislación sanitaria básica; la definición de la cartera de servicios básica del SNS; la política farmacéutica; y la educación sanitaria de pre y posgrado. El Ministerio asume el poder legislativo, establece los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes comunidades autónomas.

Las 17 comunidades autónomas tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por el gobierno central. Dentro del Ministerio y con participación de todas las comunidades autónomas se crea el **Consejo Interterritorial de Sanidad** con la finalidad de promover la cohesión y la calidad del sistema, principios básicos de la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**.

El Ministerio es responsable directo de la planificación, gestión y administración de las comunidades autónomas de Ceuta y Melilla, en materia sanitaria, por medio del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, y considera imprescindible la adaptación del INSALUD en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

En este contexto de descentralización de la gestión sanitaria, el **gasto sanitario público en España (2010-2011)**, incluyendo gasto de cuidados de larga duración, se sitúa en casi **75 mil millones de euros**, lo que supone un 74,2% del gasto sanitario total del país, que asciende a casi 101 mil millones de euros. Como porcentaje del PIB, el gasto sanitario total en España es de 9,6%. El gasto sanitario público representa el 7,1% del PIB y supone un gasto por habitante de 1.622 euros.

En comparación con nuestro país, los países de Unión Europea (UE-27) gastan de media 9,0 % del PIB, con un rango que va desde el 12% del PIB de Países Bajos, Alemania o Francia hasta el 6% del PIB de Estonia o Rumania.

Desde una **dimensión funcional del gasto sanitario público**, los servicios hospitalarios y especializados son los que representan algo más de la mitad del gasto (56,0% y 38.588 millones de euros), seguidos por la prestación farmacéutica, 19,4% (13.380 millones de euros) y los servicios de atención primaria de salud con 15,5% (10.651 millones de euros).

En cuanto a la **clasificación económico-presupuestaria**, sin incluir el gasto en cuidados de larga duración, algo más de 44.9% del gasto sanitario público total (69.000 millones de euros) corresponde a la **remuneración del personal**, en números

absolutos representa casi **31.000 millones de euros**. La actividad concertada supone un 10,7 % (7.389 millones de euros) del gasto total.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud con el fin de acercar los servicios básicos a la población.

En los centros de salud y hospitales de la sanidad pública trabajan alrededor de **272.000 médicos y enfermeras** con una claro predominio femenino, 7 de cada 10. Los médicos suponen algo más de 114.000, siendo el colectivo de enfermería el más numeroso con 157.000 profesionales. A estas cifras de personal sanitario, habría que añadir el personal en período de formación postgrado, entre los que destacan los alrededor de 19.000 médicos internos y residentes que están en los hospitales públicos. Además está el personal de gestión y servicios (personal no sanitario)

En España están en funcionamiento **790 hospitales** (1,8 por 100.000 habitantes) con una dotación de **162.538 camas instaladas** (352,5 por 100.000 habitantes). Por dependencia funcional de cada 10 hospitales 4 son públicos (44.1%) y 6 privados, proporción que se invierte cuando contamos la titularidad de las camas instaladas, de cada 10 camas instaladas 7 son públicas (68.3%) y 3 privadas.

El **personal del SSP** presta servicios para, al menos, 42 entes públicos contratadores, cuyas personalidades jurídicas van desde la aún más habitual de Organismo Autónomo, Agencia Administrativa etc., hasta otras fórmulas incorporadas más recientemente, como Empresa Pública, Fundación, Consorcio Público, Agencia Pública Empresarial etc..

La mayor parte del personal tiene la consideración de **Personal Estatutario**, que es una formulación original de los Estatutos de Personal Facultativo, Sanitario No Facultativo y No Sanitario de los años sesenta, validada ya en la democracia por la Ley de Función Pública del año 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986; y desarrollada, nada menos que 17 años después, mediante la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del **Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud**.

Desde el punto de vista de las políticas de personal, el proceso descentralización territorial es ante todo un **proceso de diferenciación**. Cuando se producen las transferencias sanitarias y cada servicio de salud establece y aplica con amplios

grados de libertad sus propios marcos laborales (sus propias políticas y desarrollos) se posibilita el que el personal de unos servicios se compare con los demás.

El Marco actual del SSP español ha ido superando viejos problemas del pasado: ha finalizado el proceso de descentralización territorial, se ha legislado un estatuto marco que acabó con un vacío legislativo de más de 30 años; la integración funcional y cultural de redes asistenciales y recursos es un hecho; y la alta inestabilidad ocasionada por una precariedad laboral es hoy en día menos masiva y dañina.

Por ello, muchos expertos destacan que ahora habría que centrar los esfuerzos en superar otros contenciosos relacionados con las políticas de recursos humanos en el SSP: flecos derivados de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias; el Estatuto del Residente; mayor relación entre retribuciones y rendimiento; mayor desarrollo de la carrera profesional, etc.

En este contexto, en las **políticas de recursos humanos en el Sistema Sanitario Público** de España se pueden destacar tres grandes apartados:

1) Las **orientaciones políticas y financieras** del sistema sanitario y su propia evolución, especialmente en un sistema territorialmente descentralizado que no debería excluir una redefinición de las competencias y responsabilidades del gobierno central, como evidencia la experiencia de países con estructuras federales (The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002)

2) Las **formas organizativas** que necesariamente irán siendo cada vez más planas, con mayor responsabilización de los profesionales y con **sistemas de control más efectivos**.

3) Su carácter de **conglomerado de organizaciones profesionales** con importantes especificidades de dirección y gestión, especialmente en lo que se refiere al profesionalismo y las culturas profesionales y al papel de los incentivos internos.

La extraordinaria capacidad que tienen los centros sanitarios y los profesionales para decidir sobre el uso de costosos medicamentos, pruebas diagnósticas y recursos asistenciales financiados por toda la sociedad es una prerrogativa derivada del **contrato social entre sociedad y profesionales**. Ello implica que la sociedad tenga

una garantía de compromiso, independencia y excelencia profesional que las administraciones sanitarias, en su rol de agencia, deben garantizar.

Precisamente ello enlaza con la necesidad de reforzar los valores profesionales, que sólo se consigue con transparencia y normas.

CAPÍTULO 3

EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

3. 1. MARCO JURIDICO ADMINISTRATIVO

3.1.1 Introducción

El **Servicio Andaluz de Salud (SAS)** fue mediante la Ley 8/1986 (BOE Num.124 de 24 de mayo de 1986) y de acuerdo con lo previsto en el artículo 64 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía está adscrito a la Consejería de Salud y desarrolla las funciones que le están atribuidas bajo la supervisión y control de la misma, siendo su misión prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.

Su marco de referencia lo componen:

- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía.
- IV Plan Andaluz de Salud.
- Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014.
- Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud como agencia administrativa de las previstas en el artículo 65 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, se adscribe a la Consejería de Salud dependiendo específicamente de la Viceconsejería de Salud.

A él se le adscriben la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, a la que están adscritas la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir, sin perjuicio de su dependencia de la Consejería de Salud y encontrándose bajo la dirección de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos.

El **primer nivel de atención** es la atención primaria de salud, que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en distritos de atención primaria, estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en ese ámbito.

Actualmente hay funcionando 1.518 centros de atención primaria de salud.

El **segundo nivel**, de atención hospitalaria, atiende a los pacientes que precisan de hospitalización. Dispone de consultas externas ambulatorias en hospitales y en centros periféricos.

El Servicio Andaluz de Salud cuenta con 27 hospitales, distribuidos por toda la geografía andaluza. Asimismo se hace cargo funcionalmente de los centros pertenecientes a Agencias Públicas Empresariales Sanitarias y del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Además, existen 14 Áreas de Gestión Sanitaria que implican un modelo de organización de gestión unitaria de los niveles de Atención Primaria y de Hospitalaria, en una demarcación territorial específica.

Finalmente, los Centros de Transfusión Sanguínea configuran una red específica con el fin de asegurar la disponibilidad de componentes sanguíneos y la correcta preservación de tejidos.

Esta breve descripción del SAS atisba un escenario bastante exigente en cuanto a los recursos necesarios para llevar a cabo su misión:

- El SAS cuenta con 92.711 profesionales (media anual) para atender su red asistencial: 24.359 en atención primaria y 68.352 atención hospitalaria. (Año 2013)
- En el año 2015, cuenta con un presupuesto inicial de 7.763.892 miles de euros.

3.1. 2 Principales Normas Generales

Las principales normas generales que enmarcan el funcionamiento del Sistema Sanitario Público, enfocado fundamentalmente al Servicio Andaluz de Salud y con cierta trascendencia en el área de profesionales serían:

- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 Abril 1986)
- Ley del Servicio Andaluz de Salud (Ley 8/1986, de 6 de Mayo)
- Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998, de 15 de Junio)
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de Mayo).
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- Ley Ordenación Profesionales Sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de Noviembre)
- Ley de Medidas para la reforma de la Función Pública (Ley 30/1984, de 2 Agosto 1984)
- Ley de Ordenación de la Función Pública de la Junta de Andalucía (Ley 6/1985, de 28 de Noviembre)
- Estatuto de los trabajadores. (Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de Marzo)
- Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de Diciembre)
- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público
- Decreto de Asistencia Jurídica al Servicio Andaluz de Salud. (Decreto 257/2005, de 29 de Noviembre)
- Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo)
- Decreto-Ley 5/2010 de 27 de julio, de Reordenación del Sector Público
- Resolución de 2 de diciembre de 2010, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud aprobado por la Resolución de 9 de noviembre de 2004 de este órgano directivo. (BOJA núm. 241 de 13 de diciembre de 2010)
- Resolución de 11 de abril de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Agencia (BOJA núm. 86 de 07/05/2014)

Por su importancia, probablemente algunas de **las leyes que más han influido en el devenir de los profesionales del Sistema Nacional de Salud** han sido:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 1,2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

- La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

Esta última, asume el mandato del artículo **149.1.18 de la Constitución Española** y del art.84 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de Abril) que estableció que un Estatuto Marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los servicios de salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos.

Esta ley, que es aplicable al **personal estatutario** que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado, de manera clara establece el **carácter funcional de la relación estatutaria**, describiendo sus propias peculiaridades especiales.

3.2. PLAN DE ORDENACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

3.2.1 Introducción

La Ley 55/2003, por la que se aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, viene a unificar la normativa a aplicar a todo el personal estatutario, con independencia de su anterior clasificación entre personal facultativo, personal sanitario no facultativo o personal no sanitario.

El Estatuto Marco contempla como Instrumento clave en materia de personal, dentro de cada Servicio de Salud, el **Plan de Ordenación de Recursos Humanos** (en adelante PORH), y de hecho en su artículo 13 lo define como el instrumento básico de planificación global de los mismos dentro de los Servicios de Salud, en el que se han de especificar los objetivos a conseguir en materia de personal, los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos, pudiendo a su vez establecer las medidas necesarias para conseguir dicha estructura, especialmente en materia de cuantificación de recursos, programación del acceso, movilidad geográfica y funcional, promoción y reclasificación profesional.

Por su parte, el artículo 12.1 establece que la planificación de los recursos humanos estará orientada a su adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo,

formación y capacitación, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios.

En Andalucía, mediante Resolución de 9 de noviembre de 2004 (BOJA 223 de 16 noviembre) el Servicio Andaluz de Salud aprobó el PORH configurado como una **herramienta de gestión** que permitiera orientar las decisiones que van a afectar a los profesionales a lo largo de su vida laboral al servicio de ese Organismo, en cuestiones tan importantes como son las referidas a los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo, movilidad geográfica, promoción o reclasificación profesional, así como en materia de jubilación, tanto voluntaria como forzosa.

Posteriormente, y mediante Resolución de 2 de diciembre de 2010 (BOJA 241 de 13 diciembre) se modifica el PORH del Servicio Andaluz de Salud aprobado por la Resolución de 9 de noviembre de 2004. La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud recoge con carácter general la jubilación forzosa a los 65 años, a diferencia del régimen estatutario anterior que la establecía a los 70 años. No obstante, el propio Estatuto Marco contempla la posibilidad de prolongación voluntaria de la permanencia en el servicio activo hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad, siempre que quede acreditado que el profesional reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento, en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos.

En este sentido, el PORH del Servicio Andaluz de Salud, aprobado por la Resolución de 9 de noviembre de 2004, tras analizar las plantillas de los diferentes centros sanitarios y del SAS en su conjunto, concluyó que en aquel momento no existían necesidades de organización que hicieran necesario excepcionar ninguna categoría profesional o especialidad de la regla general de jubilación forzosa al cumplimiento de los 65 años de edad en una aplicación directa del Estatuto Marco, con el objetivo de una renovación generacional progresiva de profesionales y conocimientos, y de abrir oportunidades de promoción a los profesionales que permanecían.

En 2010 se observó que tras el análisis de la situación actual y futura tanto del sistema sanitario como de sus profesionales, se ponía de manifiesto la previsión de un importante número de jubilaciones de personal licenciado sanitario en el año 2015, así como las necesidades de profesionales que en los próximos años iba a tener el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Para abordar esta situación, se hacía

necesario posibilitar la prolongación voluntaria de la permanencia en servicio activo del personal licenciado sanitario de las categorías de Jefes de Servicio, Jefes de Sección y Facultativos Especialistas de Área en sus distintas especialidades, Médicos de Familia en sus diferentes destinos (EBAP/UGC, Dispositivo de Apoyo, DCCU, SCCU, CTS), Pediatras de atención primaria, y Odontostomatólogos, en los términos del artículo 26.2 de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco, a través de la modificación del Punto 7.1.2 del vigente Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SAS.

Los Planes de Ordenación de Recursos Humanos tal y como se conciben en la Ley 55/2003, permiten adecuar la planificación de recursos humanos a las necesidades sanitarias de los ciudadanos que en cada momento se plantean. Y por ello, la modificación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SAS, supone una medida adecuada para dar cobertura a las necesidades sanitarias de la población, de acuerdo con el análisis realizado de la situación actual y futura del sistema sanitario y sus profesionales, reforzando la calidad de la asistencia sanitaria.

En concreto, la mencionada modificación de 2010 se basaba en la necesidad de buscar un equilibrio entre la tasa de sustitución adecuada del personal licenciado sanitario especialista que accedería a la jubilación forzosa conforme a las normas vigentes, y la formación de nuevos profesionales cuya duración mínima es de diez años, en un contexto de incremento del número de plazas de formación de especialistas y de plazas de formación universitaria.

Con posterioridad, la sentencia de fecha 13.3.2013 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo recaída en el Recurso Casación núm. 209/2012 entiende que la vigencia del PORH no puede extenderse más allá del año 2008, salvo que se hubiera procedido a su prórroga o a la elaboración de un nuevo Plan. Ello se fundamenta en que, como instrumentos de planificación global, los planes ciñen su ámbito de aplicación a las previsiones que en ellos se contienen y, desde luego, de los que resulten de sus términos o de su tenor literal, pero no más allá de ellos.

El PORH aprobado mediante la resolución de 9 de noviembre de 2004 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud contiene previsiones estadísticas del número de jubilaciones previstas para los años 2004-2008, adopta como ámbito normativo de referencia el III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 y el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre políticas de personal para el período 2003 a 2005.

Si bien el PORH del SAS aprobado en su día tiene un carácter vivo y un horizonte temporal abierto, no previendo una vigencia temporal determinada, dicha sentencia aconseja y exige que se establezca un **procedimiento continuado de revisión**.

Por todo ello, se publicó la Resolución de 11 de abril de 2014 (BOJA 86 de 27 mayo) de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprobaba el PORH de la Agencia (SAS), en el que se establecía que la ampliación de la edad de jubilación no era una medida deseable, ya que a la vista de los datos extraídos de los nuevos estudios poblacionales y de estructura de plantilla del Servicio Andaluz de Salud, Anexos 1 y 2, cabía concluir que dar cumplimiento a lo regulado en el Estatuto Marco estableciendo la edad de jubilación a los 65 años era, en el nuevo horizonte definido en los citados estudios, perfectamente asumible en todas las categorías y compatible con la garantía de las necesidades asistenciales y organizativas de los Centros e Instituciones del Servicio Andaluz de Salud a excepción de la posibilidad de la prolongación voluntaria de la permanencia en servicio activo hasta los 67 años al personal licenciado sanitario de las categorías de Jefes de Servicio, Jefes de Sección y Facultativos Especialistas de Área en sus distintas especialidades, Médicos de Familia en sus diferentes destinos (EBAP/ UGC, Dispositivo de Apoyo, DCCU, SCCU, CTS), Pediatras de atención primaria, y Odontostomatólogos, no existiendo, por el contrario evidencia alguna que demuestre la necesidad de prolongar más allá de las citadas edades la permanencia en el servicio activo a los profesionales que voluntariamente lo solicitasen según se plantea en el punto 2 del artículo 26 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Asimismo, la propia Resolución recogía que debía contemplarse la prórroga excepcional en el servicio activo desde la edad reglamentaria de jubilación hasta los 70 años cuando concurren necesidades asistenciales justificadas por carencias de profesionales en determinadas zonas y especialidades de difícil cobertura.

La edición del PORH se configura como una herramienta de gestión que ha de permitir orientar las decisiones que van a afectar a los profesionales a lo largo de su vida laboral al servicio de esta Agencia, en cuestiones tan importantes como son las referidas a los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo, movilidad geográfica, promoción o reclasificación profesional, así como en materia de jubilación, tanto voluntaria como forzosa y permanecerá en vigor mientras que no se modifique o se apruebe uno nuevo por Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, siguiendo el procedimiento normativamente establecido, tras negociación en

el seno de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre políticas de personal o porque nuevos estudios de demografía sanitaria así lo aconsejen.

3.2.2 Objetivos del Plan de Ordenación de Recursos Humanos

Los objetivos del Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud (SAS), son los objetivos a conseguir en materia de Recursos Humanos en el seno del Servicio Andaluz de Salud, los cuáles vienen determinados por el siguiente **marco de referencia normativo**:

- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía
- Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud
- Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- IV Plan Andaluz de Salud

El **objetivo general en materia de personal en el Servicio de Salud**, de acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, se podría establecer como:

“Adecuación continua de una plantilla de profesionales que permita cumplir con los fines que la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía confiere al Servicio Andaluz de Salud, aumentando cada vez más la autonomía de los profesionales y buscando mejorar la cantidad y calidad de las prestaciones sanitarias que presta a la población. Siempre con una orientación clara hacia el paciente/usuario, garantizando la continuidad asistencial y la accesibilidad a los servicios. Además, adaptándose continuamente a las estrategias de renovación y los cambios que se pudieran producir, manteniendo en todo momento altos niveles de calidad y eficiencia”.

A partir de aquí se desarrollan los **siguientes objetivos específicos**:

1. Poseer una plantilla de profesionales con una alta orientación al paciente/usuario, que entienda al usuario como el centro del Sistema Sanitario de Andalucía.
2. Disponer de la cantidad de RRHH necesarios para cumplir con los fines que la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía le confiere al SAS.
3. Poseer una plantilla con gran capacidad de autonomía orientada a mejorar la cantidad y la calidad de las prestaciones sanitarias que presta a la población.
4. Poseer una plantilla de profesionales con una elevada capacidad de adaptación al cambio.

5. Poseer una plantilla de profesionales que se preocupen por mejorar su capacidad técnica y la práctica en el desempeño de sus funciones.

6. Poseer una plantilla de personal sanitario altamente cualificado y con capacidad para buscar información científica en bases de datos y en Internet.

7. Poseer una plantilla de profesionales orientados al trabajo por objetivos, con valoración del trabajo desempeñado a través de incentivos.

La influencia de dicho **marco normativo** en el desarrollo del Plan de Ordenación de Recursos Humanos, se concreta en los siguientes aspectos fundamentales:

- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía:

Entre las funciones que se le atribuyen al Servicio Andaluz de Salud se encuentran:

- Gestión y administración de los centros y de los servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica y funcional.
- Prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios sanitarios.
- Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones que le están encomendadas.
- Aquellas que se le atribuyen reglamentariamente.

Posteriormente, esta misma Ley en su artículo 71, establece que al Servicio Andaluz de Salud se le asignarán, con arreglo a la normativa de aplicación, los **medios personales** y materiales precisos para el cumplimiento de los fines que la presente Ley le atribuye.

- Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud:

Este Plan Estratégico reconoce, en las soluciones que propugna, el **papel trascendente** que el Plan Andaluz de Salud otorga a los **profesionales** en el proceso de **reorientación de los Servicios Sanitarios**, como protagonistas de los procesos de atención y relación con los usuarios y como administradores de recursos públicos para el desarrollo de los mismos, como también responde a las demandas, cada vez más insistentes, que los ciudadanos como financiadores del sistema ejercen en busca de un control que les permita comprobar que sus preferencias son suficientemente consideradas.

El Plan además hace hincapié en la necesidad de modernizar los servicios que presta a la población de la Comunidad Andaluza y de mantener un enfoque continuo de

mejora de la calidad profesional para responder más y mejor a las necesidades y demandas de Andalucía para los próximos años.

El Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado un **proceso de descentralización y asunción de responsabilidades y autonomía** por parte de **los profesionales**. Así, el Decreto 462/1996 de la Consejería de Salud, incrementa los niveles de implicación y participación de los profesionales sanitarios, regulando la composición y funciones de las Juntas Facultativas y de Enfermería, asignándoles entre otros cometidos de participación y asesoramiento, la capacidad para proponer la Dirección Médica y de Enfermería, la evaluación de los acuerdos con las Unidades y la responsabilidad de impulsar, controlar y evaluar los proyectos de mejora de la calidad, formación e investigación.

El Plan Estratégico identifica la **gestión clínica** como el ámbito específico donde las decisiones de los médicos y enfermeras, en el conjunto de procesos que se producen en la relación con sus pacientes, pueden tener mayor impacto sobre la optimización de los recursos y la mejora de la calidad de los servicios.

También destaca que los cambios que vienen produciéndose en las organizaciones públicas de servicios sanitarios, la introducción de nuevas tecnologías, la posibilidad de utilizar más información y sobre todo más compleja, el hecho de que los conocimientos clínicos se dupliquen cada cinco años y sobre todo la responsabilidad de los profesionales en la gestión de la variabilidad clínica, hacen de la **formación continuada** una herramienta imprescindible para alcanzar unos **servicios eficaces y eficientes**.

En definitiva, desde el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud se propone aumentar la autonomía de sus profesionales, con el convencimiento de que ello redundará en un mejor ejercicio profesional y en una mejora de la calidad y cantidad de las prestaciones sanitarias a los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

- Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

La Consejería de Salud, como centro corporativo integrado por diversos proveedores sanitarios públicos o concertados, es responsable de la creación del Marco Político-estratégico en materia de Calidad y Eficiencia, que regulará sus respectivos contratos programas. Este marco condicionará la prestación de servicios de todos sus

proveedores, que deberán adaptar sus planes de gestión a las líneas estratégicas definidas.

Todas las Organizaciones, incluido el Servicio Andaluz de Salud, están afectadas por el Plan de Calidad, que se constituye en el marco de referencia en materia de calidad, su implantación y seguimiento para todos y cada uno de los proveedores de salud.

Este Marco establece un enfoque de calidad centrado en el elemento básico del sistema sanitario: el proceso asistencial, integral y único, entendido desde la perspectiva del ciudadano. Así, la **Continuidad Asistencial** pasa a ser el criterio clave y determinante que inspira organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.

Para desarrollar este marco estratégico se establecieron las siguientes líneas de trabajo:

- Línea de Calidad y Procesos Asistenciales
- Línea de Desarrollo de Profesionales.
- Línea de Evaluación y Prospectiva.
- Línea de Investigación.
- Línea de Sistemas y Tecnologías de la Información.
- Línea de Comunicación.
- Línea de Financiación.

En relación con la **Línea de Desarrollo de Profesionales**, se definieron a su vez los siguientes objetivos:

- Gestión adecuada y eficiente de los recursos humanos.
- Describir un modelo de incentiación-motivación.
- Comunicación interna.
- Plan Especial para los gestores.

Asimismo, para la consecución de estos objetivos en materia de Recursos Humanos habría que tener en cuenta unos planteamientos previos:

- El gran cambio esperado, es decir, la **transformación de las formas de trabajo** y su incorporación a **la cultura** de todos y cada uno de los/as profesionales del sistema, es un objetivo a medio plazo y nunca lineal. Por tanto, la implantación y obtención de resultados será progresiva.

- El apoyo de Comunicación al Plan Especial para los Gestores es prioritario, ya que no está determinado por los procesos asistenciales y tiene una gran importancia estratégica. Se trata de convertir a los **gestores en los líderes del proyecto** y en sus máximos promotores, a partir del análisis y la redefinición del rol

directivo en el sistema sanitario público y de la vinculación de dicho rol con todas las **políticas de profesionales: selección, formación y desarrollo, retribución, etc.**

- IV Plan Andaluz de Salud:

Las predicciones demográficas indican que la población andaluza está en un proceso de **envejecimiento progresivo** que implica un mayor uso de los recursos sanitarios, en un escenario donde el incremento en el número de años vividos se debe acompañar de una buena salud, ya que disponer de una sociedad más saludable es una forma de incrementar la justicia y la eficiencia social. Las personas con buena salud contribuyen al desarrollo social y económico y consumen menos recursos sanitarios, por lo que es necesario evitar que la población enferme mediante actuaciones de **promoción, prevención y protección**.

Los datos demuestran que existen grandes diferencias sociales en la salud (gradiente social en la salud), de manera que las personas con los niveles más altos de ingresos, educación y posición social disfrutan de una mejor salud, una vida más larga y un mejor pronóstico en caso de enfermar, que los de los niveles más bajos.

Este es el motivo por el que el IV Plan Andaluz de Salud (PAS) se proponía para los años siguientes profundizar en el **conocimiento de las desigualdades en salud** y reducirlas. Para ello se planteaba como eje transversal la incorporación progresiva de la estrategia de Salud en todas las Políticas. Además, este PAS se plantea la preparación ante nuevos retos derivados de la globalización y del cambio climático y quiere saber qué impacto tienen en Andalucía y su influencia en las acciones de protección, prevención y actuación ante emergencias.

Asimismo, quiere explorar los activos de salud (elementos o recursos que aumentan la capacidad de los individuos, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar). El objetivo es conocer los activos de salud disponibles en Andalucía, rescatarlos, generarlos y potenciarlos.

La **salud es un derecho** que hay que garantizar y un requisito para el progreso y para vivir la vida en su máxima plenitud. Este es el motivo por el que IV Plan Andaluz de Salud se planteara trabajar en la estrategia de Salud en todas la Políticas con las demás instituciones y administraciones, además de introducir instrumentos ágiles de evaluación y gestión. Así se potencia que las iniciativas de descentralización y acercamiento del sistema sanitario público para resolver las necesidades de salud de

la ciudadanía incorporen una perspectiva de **equidad y sostenibilidad**, para que se ofrezcan los mejores servicios y las tecnologías más eficientes.

Para ello este Plan considera fundamental la incorporación de la **participación y el protagonismo de los/las profesionales**. Como consecuencia de todo lo anterior, el IV Plan Andaluz de Salud busca cumplir **seis compromisos esenciales**:

1. Aumentar la esperanza de vida en buena salud
2. Proteger y Promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la sostenibilidad, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.
3. Generar y desarrollar los activos de salud de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.
4. Reducir las desigualdades sociales en salud.
5. Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con **el liderazgo de los/las profesionales**.
6. Fomentar la **gestión del conocimiento** e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.

3.2.3 Análisis de la Plantilla

El SAS disponía a fecha 30 de junio de 2013 de 90.666 efectivos, de los que aproximadamente el 26% trabajan en el ámbito de Atención Primaria, y el 72 % en Atención Hospitalaria.

El colectivo más numeroso en Atención Primaria es el de Médico mientras que en Atención Especializada es el de Enfermera.

Tabla 3.1. Distribución de efectivos según categoría profesional y ámbito. SAS

| CATEGORIA | AP | AE | CRTS | D.prov | SSCC | Total |
|--|---------------|---------------|------------|------------|------------|---------------|
| DIRECCION | 53 | 223 | 13 | 0 | 1 | 290 |
| CARGO INTERMEDIO FACULTATIVO | 190 | 989 | 0 | 2 | 1 | 1.182 |
| CARGO INTERMEDIO ENFERMERIA | 273 | 810 | 8 | 0 | 0 | 1.091 |
| CARGO INTERMEDIO PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS | 98 | 604 | 11 | 6 | 20 | 739 |
| MEDICINA AP (1) | 7.509 | 0 | 0 | 2 | 14 | 7.525 |
| FEA (2) | 0 | 8.791 | 21 | 2 | 16 | 8.830 |
| MEDICINA DE FAMILIA EN SCCU | 5 | 885 | 51 | 2 | 1 | 944 |
| MIR | 1.192 | 3.222 | 0 | 0 | 0 | 4.414 |
| ATS/DUE | 6.018 | 16.563 | 102 | 23 | 9 | 22.715 |
| AUXILIAR ENFERMERIA | 1.357 | 12.717 | 0 | 1 | 0 | 14.075 |
| MATRONA | 203 | 643 | 0 | 0 | 0 | 846 |
| ENFERMERIA FORMACION | 35 | 307 | 0 | 0 | 0 | 342 |
| FISIOTERAPIA | 311 | 411 | 0 | 0 | 0 | 722 |
| FARMACIA FUNCIONARIOS | 294 | 0 | 0 | 0 | 0 | 294 |
| VETERINARIA FUNCIONARIOS A4 | 518 | 0 | 0 | 0 | 1 | 519 |
| TECNICO DE SALUD | 184 | 0 | 0 | 2 | 4 | 190 |
| TECNICO ESPECIALISTA | 232 | 4.040 | 188 | 2 | 2 | 4.464 |
| PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS GRUPO A | 44 | 292 | 0 | 15 | 68 | 419 |
| PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS GRUPO B | 416 | 576 | 13 | 3 | 20 | 1.028 |
| PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS GRUPO C | 274 | 2.256 | 14 | 19 | 31 | 2.594 |
| PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS GRUPO D | 4.748 | 8.960 | 79 | 26 | 38 | 13.851 |
| PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS GRUPO E | 20 | 3.161 | 0 | 2 | 0 | 3.183 |
| RPT/SSCC | 0 | 0 | 0 | 1 | 408 | 409 |
| TOTAL | 23.974 | 65.450 | 500 | 108 | 634 | 90.666 |

Fuente: Plan Ordenación de Recursos Humanos del SAS

En la siguiente tabla, se muestra la distribución de dicha plantilla atendiendo al ámbito de trabajo (ya sea esta Atención Especializada (AE), Atención Primaria (AP), Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas CRTS, Delegaciones Provinciales (D. prov) y Servicios Centrales (SSCC) así como por las principales categorías profesionales.

En relación con la **composición de la plantilla global**, es de destacar que más de una cuarta parte de la misma esté constituida por enfermeras, el 15% por auxiliares de enfermería y otro 15% por personal de gestión y servicios del grupo D. Con respecto a la categoría de médicos constituye en torno al 20% de los efectivos.

Tabla 3.2. Distribución porcentual de efectivos según categoría profesional. SAS

| CATEGORÍA | % |
|--------------------------------------|----------------|
| ATS/DUE | 25,10% |
| Auxiliar Enfermería | 15,50% |
| Gestión y Servicios Grupo D | 15,30% |
| FEA | 9,70% |
| Médicos Atención Primaria | 8,30% |
| Técnico/a Especialista | 4,90% |
| EIR: MIR, FIR, QUIR, PIR | 4,90% |
| Gestión y Servicios Grupo E | 3,50% |
| Gestión y Servicios Grupo C | 2,90% |
| Cargo Intermedio Facultativo | 1,30% |
| Cargo Intermedio Enfermería | 1,20% |
| Gestión y Servicios Grupo B | 1,10% |
| Médico de Familia en SCCU | 1,00% |
| Matrona | 0,90% |
| Cargo Intermedio Gestión y Servicios | 0,80% |
| Fisioterapeuta | 0,80% |
| Veterinario Funcionario/a A4 | 0,60% |
| Gestión y Servicios Grupo A | 0,50% |
| RPT/SSCC | 0,50% |
| EIR: Enfermería Formación | 0,40% |
| Farmacéutico Funcionario/a A4 | 0,30% |
| Directivos | 0,30% |
| Técnico/a de Salud | 0,20% |
| TOTAL | 100,00% |

Fuente: Plan Ordenación de Recursos Humanos del SAS

Si se excluyen los Especialistas Internos Residentes la plantilla efectiva se sitúa en 85.910 profesionales.

Algunos **datos interesantes del Plan**, en cuanto la distribución de la **plantilla por edad y sexo** son:

- Más del 67 % de los efectivos son mujeres por lo que podemos definir la plantilla como claramente feminizada.
- Más del 74% de la plantilla tiene menos de 55 años por lo que no podemos hablar de plantillas envejecidas.
- Respecto a los profesionales de medicina tanto del ámbito de primaria como de hospitales, un 44% son mujeres.
- En profesionales de medicina se manifiesta la tendencia a la feminización pues el porcentaje de mujeres < 50 años es mayor que el de hombres por lo que, en los próximos años, cabe esperar que los porcentajes relativos se inviertan.

- Para profesionales de medicina el número de efectivos con edad menor o igual a 55 años se sitúa alrededor del 70%
- Por otro lado, como venía siendo, el personal sanitario no facultativo es mayoritariamente femenino.

En cuanto al **envejecimiento de la plantilla**, la edad media de la plantilla del SAS se sitúa en 50 años (desviación típica de 8,23 años) excluidos los especialistas en formación. Por grupos, el más envejecido es el del personal de gestión y servicios con una desviación típica inferior a la del conjunto. Si bien la edad media es un parámetro útil para describir la plantilla no es suficiente. Por ello nos parece interesante adoptar un criterio que nos permita tipificar el envejecimiento de las plantillas.

Al igual que en otros estudios de demografía sanitaria realizados por la Consejería competente en materia de Salud, se admite el criterio de que una plantilla está envejecida cuando más del 30% de sus efectivos tiene una edad igual o superior 55 años. En el caso de la de la plantilla del SAS casi el 32% cumpliría este criterio. Si lo analizamos según colectivos es el personal sanitario facultativo el que tiene un porcentaje superior de mayores de 55 años; destacando de entre de estos los cargos intermedios–direcciones de UGC y los médicos/as de AP; asimismo el personal sanitario del Grupo C y auxiliares de enfermería se encuentran con porcentajes próximos o superiores al 40% de mayores de 55 años.

Tabla 3.3. Porcentaje por grupos profesionales de efectivos con edad ≥ 55 años.

| TIPO DE PERSONAL | Número | ≥ 55 años | % |
|-----------------------------------|---------------|----------------|--------------|
| Directivo | 290 | 74 | 25,50% |
| Personal sanitario facultativo | 18.481 | 6.665 | 36,10% |
| Personal sanitario no facultativo | 44.916 | 13.618 | 30,30% |
| Personal de gestión y servicios | 22.223 | 7.056 | 31,80% |
| TOTAL | 85.910 | 27.413 | 31,9% |

Fuente: Plan Ordenación de Recursos Humanos del SAS

Según las especialidades el porcentaje es superior al 40% además de en Medicina de Familia, en Análisis Clínicos, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Microbiología y Parasitología y Anatomía Patológica.

El **análisis de la previsión de jubilaciones**, probablemente constituya uno de los elementos esenciales del Plan, en cuanto permite regular la salida de profesionales del sistema, teniendo en cuenta las previsiones de jubilación de los próximos ejercicios, la

edad media de las plantillas, los sistemas de acceso de profesionales sanitarios y el ritmo de incorporación de nuevos profesionales, las necesidades sanitarias de la población, la ubicación geográfica de los efectivos etc.

A diferencia de los anteriores Estatutos que establecían la jubilación forzosa a los 70 años, el Estatuto Marco recoge la jubilación forzosa a los 65 años, con carácter general, siendo ello causa de pérdida de la condición de personal estatutario. Dicha jubilación forzosa se producirá como regla general a la edad de jubilación ordinaria que resulte en aplicación de la normativa vigente de Seguridad Social en cada momento.

Corresponde, pues, a los planes de ordenación de recursos humanos fijar las **necesidades de la organización** que podrían dar lugar a los supuestos en que podría autorizarse excepcionalmente la prolongación de la edad de jubilación. Como comentamos anteriormente, inicialmente se entendió la oportunidad de no admitir supuestos de prolongación de la edad de jubilación más allá de la prevista legalmente, lo cual aportó, sin duda, aspectos positivos, permitiendo, un relativo rejuvenecimiento de la plantilla atendida por los nuevos profesionales que se incorporaban a la misma.

Posteriormente, vimos como mediante la Resolución de 2 de diciembre de 2010, por la que se modificaba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud, se establecía la posibilidad de la **prolongación voluntaria** de la permanencia en servicio activo pero sólo al personal licenciado sanitario de las categorías de Jefes de Servicio, Jefes de Sección y Facultativos Especialistas de Área en sus distintas especialidades, Médicos de Familia en sus diferentes destinos (EBAP/UGC, Dispositivo de Apoyo, DCCU, SCCU, CTS), Pediatras de atención primaria, y Odontostomatólogos,

La última versión del PORH 2013, concluye que dicha modificación (prolongación voluntaria de la permanencia) no debe de extenderse más allá de los 67 años, cuestión que es perfectamente asumible y compatible con la garantía de las necesidades asistenciales y organizativas de los Centros e Instituciones del Servicio Andaluz de Salud, no existiendo, por el contrario evidencia alguna que demuestre la necesidad de prolongar la permanencia en el servicio activo a los profesionales que voluntariamente lo solicitasen según se plantea en el punto 2 del artículo 26 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En el anterior PORH se analizaba el proyecto de investigación denominado “Demography is Destiny”. Entre las medidas de gestión que destacaban en dicho informe, se encuentra una que establece:

- en el caso de organizaciones en las que la edad media de los empleados de alta cualificación sea elevada, concentrándose la mayoría de estos en tramos de edades muy cortos, como puede ser el caso de determinadas especialidades médicas, se aconseja reclutar y retener a jóvenes trabajadores, incorporándolos cuanto antes a la organización para minimizar el efecto que tendrá el abandono masivo de profesionales al cumplir la edad de jubilación.

Debido a la elevada edad media de algunas categorías profesionales y en especial de algunas especialidades dentro de estas categorías, se hace imprescindible comenzar a introducir profesionales jóvenes en la organización que minimice el efecto que puede tener la jubilación masiva que se puede producir en unos años, especialmente relevante en algunas especialidades como Medicina Familiar y Comunitaria y Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Conseguidos parcialmente los objetivos que se planteaban en la anterior edición de este PORH y ante la oportunidad actual de atender a nuevas necesidades y nuevos retos como los descritos, resulta adecuado **actuar de forma excepcional**, sobre los supuestos en que podría admitirse la prórroga de la edad de jubilación ante una solicitud de los interesados que cumpla con los requisitos previstos legalmente.

Según los datos que aporta la última edición del Plan, se confirma la tendencia creciente del número de jubilaciones en los próximos 15 años, para el personal sanitario no facultativo y en el personal sanitario facultativo. En el caso del de gestión y servicios esta tendencia se extiende para los próximos 20 años.

Tabla 3.4. Porcentaje de Jubilaciones en periodo (2013-2022) por Grupo de Personal.

| TIPO DE PERSONAL | Plantilla efectiva | Jubilaciones 2013-2022 | % |
|-----------------------------------|--------------------|------------------------|---------------|
| Dirección | 290 | 54 | 18,60% |
| Personal sanitario facultativo | 18.481 | 5.193 | 28,10% |
| Personal sanitario no facultativo | 44.916 | 11.130 | 24,80% |
| Personal de gestión y servicios | 22.223 | 5.705 | 25,70% |
| TOTAL | 85.910 | 22.082 | 25,70% |

Fuente: Plan Ordenación de Recursos Humanos del SAS

Así, se puede observar que el total de jubilaciones previstas para el periodo (2013-2022) son algo más de 22.000, y si se mantiene la misma plantilla efectiva, se jubilaría un 25,7% de la plantilla de profesionales del SAS (se excluye en este cómputo los EIR).

3.3 CALIDAD Y ACREDITACIÓN

3.3.1 Concepto y modelos de Calidad

El concepto de Calidad es un concepto cambiante que ha ido evolucionando en el tiempo, pudiéndose hablar de **seis etapas muy claras en la evolución** del mismo:

1. Etapa Artesanal: Donde la Calidad suponía hacer las cosas bien a cualquier costo. Los objetivos que perseguía el artesano eran su satisfacción personal y la satisfacción de su comprador, no importaba el tiempo que le llevara.

2. Etapa de la Industrialización: Donde el concepto de Calidad fue sustituido por el de Producción, hacer muchas cosas y muy deprisa sin importar con qué calidad. El objetivo era satisfacer la demanda de bienes (generalmente escasos) y aumentar los beneficios. La cantidad y el tiempo son los conceptos importantes.

3. Etapa de Control Final: En esta etapa lo importante ya no era la cantidad de producto fabricado, sino que el cliente lo recibiera según sus especificaciones. La producción había aumentado considerablemente con el establecimiento del trabajo en cadena, pero esto había producido un efecto secundario no deseado causado por el aburrimiento y la apatía de los trabajadores que originaba fallos en el producto y clientes descontentos. El cliente ya no se conforma con cualquier cosa y empieza a exigir que el producto que recibe cumpla con lo que ha especificado, lo que origina el nacimiento del **control de calidad** entendido como control final.

4. Etapa de Control en Proceso: Los defectuosos que se encontraban durante la inspección final, no sólo se producían durante el proceso de fabricación, sino que también eran provocados por el mal estado o la no conformidad de la materia prima utilizada. Esto llevó a establecer nuevos puntos de inspección, por un lado una inspección en la materia prima, y por otro, una inspección durante el proceso. Pero las

inspecciones, a las que tanto tiempo dedicaban, en realidad no mejoraban nada. Se identificaban los defectos y el lugar donde se producían, pero no evitaban que se produjeran. El producto seguía llevando un costo añadido causado por los defectos de fabricación, además del costo que suponía la propia inspección. El cliente está descontento y ya no quiere sólo que se le envíe los productos buenos sino que todos los productos que se fabriquen sean buenos y que se le entreguen en el plazo pactado porque sabe que, en caso contrario, él estaría pagando los defectuosos. Estaba claro que había que hacer algo, y lo lógico era invertir menos dinero en inspecciones y más dinero en la prevención de los defectos. De esta forma surge el control en proceso que permite tomar acciones preventivas.

5. Etapa de Control en Diseño: Se tenía controlado el proceso y se adoptaban acciones correctoras y preventivas, pero se seguían detectando problemas de calidad que aparecían durante la vida útil del producto y que no eran imputables ni a la materia prima, ni a las máquinas, ni a la mano de obra, ni al proceso. El problema estaba en el propio diseño, se detectaban problemas surgidos del hecho de que la especificación era irrealizable con los medios disponibles. Esto hizo necesario abordar desde el principio la posibilidad de realizar un producto que se ajustara a los medios disponibles y que ofreciera garantía de "no fallo", no sólo en el proceso de fabricación sino incluso una vez en poder del cliente.

La calidad empieza a programarse desde el propio proyecto (en el diseño) para que el producto además de estar adaptado a un proceso productivo, tenga una vida útil garantizada (fiabilidad del producto), lo que además simplifica considerablemente las tareas de control. **La calidad** ya no se centra exclusivamente en el producto, **empieza a formar parte de las personas**. Todos los integrantes de la organización y/o empresa intervienen, directa o indirectamente, en cómo salga el producto final, por lo tanto, hay que organizarse, programarse, fijar objetivos y delimitar responsabilidades. Esta es la mejor forma para asegurar que el resultado de la actividad sea lo que se pretende y no una sorpresa.

6. Mejora Continua: En el mercado actual para ser competitivos, hay que dirigirse hacia la excelencia y eso sólo se consigue a través de la Mejora Continua de los productos y/o servicios. Hay que implantar un **Sistema de Gestión** que permita conseguir que lo que el cliente busca, lo que se programa y lo que se fabrica sea la misma cosa, hay que buscar la Calidad Total.

La evolución del concepto de calidad hacia la "Excelencia" o la Calidad Total" ha sido posible gracias a las ideas aportadas por los grandes "Gurús de la Calidad" (Crosby, Stewart, Isikawa, Taguchi, etc) pero quizás, destacar entre ellos a Edward Deming y a Joseph Juran.

Para Edwards Deming (1989) la Calidad se lograba cuando los costos disminuían al producirse menos errores, menos reprocesos, mejor utilización de la maquinaria, del equipo y de los materiales, y menos demora en la fabricación y en la entrega. Hace énfasis en la **prevención, el valor de los empleados, el análisis de procesos y el liderazgo de la dirección**. Su estrategia está basada en catorce puntos clave:

1. Crear constancia en la mejora de productos y servicios, con el objetivo de ser competitivo y mantenerse en el negocio, además proporcionar puestos de trabajo.
2. Adoptar una nueva filosofía de cooperación en la cual todos se benefician, y ponerla en práctica enseñándola a los empleados, clientes y proveedores.
3. Desistir de la dependencia en la inspección en masa para lograr calidad. En lugar de esto, mejorar el proceso e incluir calidad en el producto desde el comienzo.
4. Terminar con la práctica de comprar a los más bajos precios. En lugar de esto, minimizar el costo total en el largo plazo. Buscar tener un solo proveedor para cada ítem, basándose en una relación de largo plazo de lealtad y confianza.
5. Mejorar constantemente y por siempre los sistemas de producción, servicio y planeamiento de cualquier actividad. Esto va a mejorar la calidad y la productividad, bajando los costos constantemente.
6. Establecer entrenamiento dentro del trabajo (capacitación).
7. Establecer líderes, reconociendo sus diferentes habilidades, capacidades y aspiraciones. El objetivo de la supervisión debería ser ayudar a la gente, máquinas y dispositivos a realizar su trabajo.
8. Eliminar el miedo y construir confianza, de esta manera todos podrán trabajar más eficientemente.
9. Borrar las barreras entre los departamentos. Abolir la competición y construir un sistema de cooperación basado en el mutuo beneficio que abarque toda la organización.
10. Eliminar eslóganes, exhortaciones y metas pidiendo cero defectos o nuevos niveles de productividad. Estas exhortaciones solo crean relaciones de

rivalidad, la principal causa de la baja calidad y la baja productividad reside en el sistema y este va más allá del poder de la fuerza de trabajo.

11. Eliminar cuotas numéricas y la gestión por objetivos.
12. Remover barreras para apreciar la mano de obra y los elementos que privan a la gente de la alegría en su trabajo. Esto incluye eliminar las evaluaciones anuales o el sistema de méritos que da rangos a la gente y crean competición y conflictos.
13. Instituir un programa vigoroso de educación y auto mejora.
14. Poner a todos en la compañía a trabajar para llevar a cabo la transformación. La transformación es trabajo de todos.

A modo de ejemplo se puede citar aspectos que forman parte de su propuesta y que se vienen retirando durante décadas. **La importancia del factor humano en las organizaciones**, implica:

- Estas deben poner el acento en la **calidad de los trabajadores** más que en la de los productos.
- La tarea más importante de la dirección es lograr que sus colaboradores trabajen con más **entusiasmo** y no con más esfuerzo.
- La filosofía de no dejar pasar un día sin introducir una mejora en los procesos productivos o el que los trabajadores deben ser **considerados en la toma de decisiones** de la organización, son un ejemplo de lo señalado.

Podríamos concretar **dos aspectos importantes en torno a la calidad**:

- La calidad consiste en adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor. La planificación de calidad es la actividad para desarrollar los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes. (Planificación, medida y mejora).
- Se puede definir la gestión de la calidad como el conjunto de caminos mediante los cuales se consigue la calidad deseada. Su fundamento principal es que la calidad realizada, la calidad programada y la calidad necesaria coincidan entre sí. Todo lo que está fuera de esta coincidencia será motivo de derroche, gasto superfluo e insatisfacción.

3.3.2 Dimensiones de la calidad

En relación con la prestación de servicios sanitarios, se destacan algunos de los aspectos más importantes de las distintas dimensiones de la calidad.

Efectividad: A esta dimensión pertenecen características como el conocimiento y experiencia técnica de los prestadores de servicios, así como las habilidades para relacionarse y comunicarse de los profesionales entre sí y con los pacientes, el uso adecuado de la tecnología y, de manera muy importante, la forma en que los profesionales interactúan con los pacientes para que la atención cumpla su propósito. Dicho de otra manera, la atención dispensada debe apoyarse en la **evidencia científica**, de tal forma que la reciba todo aquel que pueda beneficiarse.

Oportunidad: Se refiere a que el paciente reciba la atención en el momento que lo requiera, de acuerdo con su situación clínica.

Seguridad: Toda intervención asistencial, preventiva, diagnóstica o terapéutica, debe ejecutarse sin causar lesiones adicionales que puedan evitarse. Los pacientes no deben ser lesionados por los cuidados que pretenden ayudarlos.

Eficiencia: El paciente debe recibir la atención que requiere, en el momento que la requiere y de manera segura, al menor coste posible y con los recursos disponibles. Los “desperdicios” deben evitarse incluyendo el de suministros, equipos, ideas y energía.

Equidad: La atención no debe variar en efectividad, oportunidad, seguridad y eficiencia por características como sexo, creencias religiosas, ideas políticas, ubicación geográfica o nivel socioeconómico.

Atención centrada en el paciente: La atención debe ser respetuosa con las preferencias, necesidades y valores de los pacientes. Estos últimos deben guiar todas las decisiones clínicas.

La **Evaluación y mejora** de calidad consiste en establecer cuál es, en cada momento, la práctica considerada como correcta, compararla con la que estamos realizando, establecer los motivos por los que tenemos problemas, aplicar los cambios necesarios

para mejorarlos y comprobar si son eficaces. El ciclo de evaluación es la madre del sistema de calidad (Ciclo Deming):

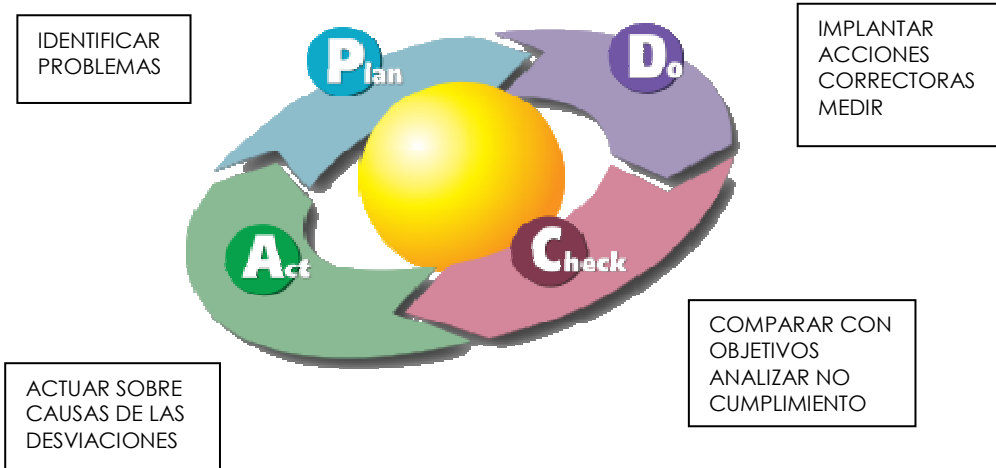


Figura: Ciclo Deming

3.3.3 Programas de calidad internos y externos

Los realiza la propia organización para mejorar su práctica. Pueden tener dos enfoques:

- Hacia la orientación por problemas
 - Identificar los problemas
 - Priorizarlos según riesgo, magnitud, coste, posibilidad de resolución
 - Analizar los más prioritarios
 - Solventarlos
 - Reevaluar
- En base a sistemas de monitorización
 - Identificar dimensiones (tareas, tipo de pacientes, estructura y circuitos)
 - Establecer indicadores y estándares
 - Adjudicar responsabilidades de medición
 - Realizar mediciones, discutirlos en sesión clínica y consensuar mejoras
 - Registrar la evolución del programa

La organización de un programa interno de calidad se estructura en comisiones y grupos de mejora.

Programas de calidad externos: Modelos de gestión de la calidad

Los modelos más ampliamente difundidos en el mundo Sanitario son los basados en el Sistema de Acreditación de la Joint Commission, los Sistemas de Aseguramiento de la Calidad basados en las Normas de la serie ISO- 9000, y los Sistemas de Gestión de Calidad Total según el Modelo Europeo propuesto por la EFQM (European Foundation for Quality Management).

* **Modelo de la Joint Commission on Accreditation:** Es una institución Americana que desde el año 1951 viene elaborando estándares de calidad para la Acreditación de Centros Sanitarios. Estándares que se constituyen como un compromiso de calidad con los pacientes en cuanto a su seguridad, atención y asistencia. Los divide en dos grandes grupos o bloques:

1. Funciones centradas en los Pacientes: Son funciones y procesos que están directamente relacionados con el paciente, como el acceso y la continuidad de la asistencia o los derechos de los pacientes y familiares.

2. Funciones Centradas en la Organización: Son funciones y procesos que, aunque no los experimenta directamente el paciente, sí que son fundamentales para poder proporcionarle una asistencia de calidad. En este grupo se consideran, entre otros, el liderazgo, la mejora de la calidad en la organización y la gestión de los recursos.

El cumplimiento de dichos estándares supone la obtención del Certificado o Acreditación.

* **Sistemas de Aseguramiento de la Calidad (SAC) según las Normas ISO-Organismo Internacional de Normalización:** Establecen, en una serie de puntos, los requisitos que deben cumplir las empresas para satisfacer a los clientes. Su principal objetivo es garantizar la Calidad del producto y/o servicio prestado, en base a una metodología definida de trabajo y a unos ensayos registrados que, por un lado, prueben el correcto desarrollo de las tareas, y por otro, sirvan para analizar toda la información registrada y en base a ella, actuar para corregir los errores.

Un SAC abarca desde compras, control del diseño, control de la documentación, realización de ofertas, identificación de los productos, control de los procesos, trazabilidad e inspección, hasta el tratamiento de los productos no conformes,

almacenamiento, formación, etc. Que sea un sistema supone que todas las actividades deben realizarse siempre de la misma forma.

Se necesita un soporte documental donde quede reflejada la Política de calidad de la organización, las responsabilidades, las acciones, estrategias, instrucciones, etc. de la empresa. En definitiva, se trata de poner por escrito el Qué, Quién, Cómo, Cuándo y Dónde para todas y cada una de las actividades de la empresa.

* **Sistema de Gestión de Calidad Total según la EFQM:** Consiste en implantar una metodología de trabajo que permita, a través de la Mejora continua de todas las actividades de la empresa, alcanzar la excelencia empresarial.

El Modelo es una poderosa herramienta de diagnóstico para identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora. Consta de 9 elementos llamados "criterios" que definen las áreas sobre las cuales se debe realizar la reflexión o diagnóstico, agrupados en dos apartados: Cinco "Agentes" o aspectos que deben gestionar los directivos de la organización y Cuatro "Resultados" que son consecuencia de la gestión de los agentes y que, a su vez, permiten realimentarles con información.

Tiene su base en la Lógica REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión) Si lo comparamos con el Ciclo PDCA, los Resultados y el enfoque corresponderían a la P (Plan), el despliegue a la D (Do), la evaluación a la C (Check), y cerraríamos el ciclo con la revisión a la A (Act). Hay que determinar los Resultados que se quieren obtener, determinar la política y la estrategia para obtenerlos (Enfoque), implantar las acciones para llevarlos a cabo (Despliegue), y realizar mediciones sobre el grado de cumplimiento (Evaluación) que conducen al aprendizaje y a la implantación de las mejoras necesarias (Revisión). Supone entender:

- Que la Calidad y la Excelencia afectan a toda la organización.
- Que la Mejora Continua, debe ser aplicada a todas y cada una de las actividades de la organización (además de a las personas).
- Que todas las personas forman parte de la organización y deben asumir como propias la misión, visión y valores de la organización.

Pero lo importante no es el Modelo a seguir, sino mejorar el funcionamiento y la actividad de la empresa u organización, lo que hace necesario la utilización de Auditorías o Evaluaciones como métodos o herramientas para conocer la situación real de la organización (tanto a priori, como a posteriori), así como para conocer la efectividad del modelo implantado.

*** Resumen comparativo entre los tres modelos de gestión anteriormente descritos:**

- Modelo de la Joint Commission: es prescriptivo, propone unos estándares de obligado cumplimiento para la obtención de la Acreditación.
- Modelo ISO: es Normativo y Prescriptivo, dice cómo hay que hacer las cosas. Propone una serie de requisitos de obligado cumplimiento. Una vez cumplidos se obtiene un Certificado concedido por una empresa externa acreditada para ello.
- Modelo EFQM: A diferencia de los Sistemas de Aseguramiento de la Calidad basados en las Normas ISO, no es un Modelo Normativo, ni prescriptivo, no dice como hay que hacer las cosas, lo que pretende es ayudar a cualquier empresa u organización a conocerse mejor a sí misma y en consecuencia, a mejorar su funcionamiento. Da una serie de recomendaciones basadas en la mejora continua.

3.3.4 Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía entiende el Plan de Calidad como instrumento estratégico que crece en extensión, fortaleza y profundidad a medida que se implanta y mejora, un plan que avanza buscando de forma permanente la excelencia sobre la base de la propia capacidad de innovación. Durante los últimos quince años, la evolución de los distintos planes ha tenido un reflejo claro en las formas de hacer las cosas en el sistema sanitario, desarrollando una base de conocimiento eficaz para explorar el futuro.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha en el año 2000 el **I Plan de Calidad**, concebido como un modelo estratégico en torno a la mejora continua y como apuesta irrenunciable y firme para garantizar la calidad de los servicios sanitarios públicos a los andaluces y andaluzas, desde la visión de situar al ciudadano en el centro del sistema.

En 2005 se presentó el **II Plan de Calidad**, con una clara vocación de continuidad y consolidación de las políticas de calidad y de las actuaciones desarrolladas con anterioridad, pero al mismo tiempo perfilando un nuevo espacio al incorporar un conjunto de iniciativas de perfil muy innovador para la búsqueda de la excelencia en la prestación de servicios. Todo ello con el objetivo de seguir ofreciendo respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas de ciudadanos y profesionales,

consolidando el camino ya iniciado en lo referente a la optimización de los procesos que facilitan la generación, captación, gestión e intercambio de conocimiento, y universalizando el desarrollo de herramientas de carácter estratégico y de apoyo a la gestión de los servicios como la Gestión Clínica, la Gestión por Procesos, la Gestión por Competencias y el Modelo de Acreditación basado en la autoevaluación y la mejora continua.

Con la actualización llevada a cabo en el **III Plan de Calidad 2010-2014**, la Consejería de Salud se centra, claramente, en torno a **tres escenarios**:

- **La Ciudadanía**, y su posición que debe ocupar en un sistema sanitario que considera la participación, la autonomía en la toma de decisiones, la diversidad y la corresponsabilidad como valores que deben formar parte esencial nuestra organización y de nuestra sociedad en su conjunto.

- **Los Profesionales**, como elementos esenciales de las actuaciones en salud favoreciendo en el conjunto del sistema sanitario la generación de conocimiento, su transmisión, diseminación y aplicación, posibilitando un sistema de salud excelente que contribuya de forma aún más notable al desarrollo social y al crecimiento económico de Andalucía.

- **El Espacio Compartido**, donde se produce el encuentro entre pacientes y profesionales sanitarios, donde se originan las actuaciones clínicas a partir de la relación entre la persona con un problema de salud o una necesidad de atención y el equipo profesional.

Objetivos del Escenario 1: La Ciudadanía

- 1.- La Persona, sus diferencias y su estado de salud orientarán la atención sanitaria promoviendo estilos de vida saludables y facilitando el desarrollo de su proyecto vital.
- 2.- Una respuesta única para una atención sanitaria integrada, integral y segura a la ciudadanía.
- 3.- La comunicación y la participación de la ciudadanía potenciarán la autonomía de la persona y la corresponsabilidad en el cuidado de su salud y en la utilización de servicios.
- 4.- Incorporar los valores y preferencias de la persona en las decisiones, facilitando el intercambio de conocimiento entre la ciudadanía y los profesionales.

Objetivos del Escenario 2: Los Profesionales

- 1.- Reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo competencial y la gestión de su conocimiento.
- 2.- El profesional se constituye en agente facilitador del paciente en el recorrido por el sistema sanitario, en el desarrollo efectivo de los derechos y en la utilización de los servicios en el marco de la corresponsabilidad.
- 3.- Desarrollar la estrategia en I+D+I ampliando su desarrollo a nuevas expectativas, como generadora de conocimiento y motor del desarrollo de Andalucía.
- 4.- Desarrollar y consolidar instrumentos accesibles, personalizados y amigables de soporte a la gestión del conocimiento.
- 5.- Redefinir las competencias profesionales para potenciar la complementariedad y flexibilidad de los diferentes roles profesionales.
- 6.- Adecuar la organización a sus profesionales, contemplando su diversidad, sus características específicas en un entorno de trabajo saludable, confortable y seguro, adaptado a sus necesidades.

Objetivos del Escenario 3: Espacio Compartido

- 1.- Fortalecer el desarrollo de la Gestión Clínica, extendiendo plenamente el modelo y alcanzando su máximo potencial de excelencia e innovación. Un espacio conformado por la Unidad de Gestión Clínica, más descentralizado, más interactivo, más integrado.
- 2.- Realizar una profunda transformación del modelo organizativo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, de modo que dé soporte al desarrollo de la gestión clínica, favoreciendo la autonomía de los profesionales, la descentralización de los servicios y el avance hacia una Organización más horizontal que cuente con la ciudadanía como parte activa del modelo.
- 3.- Situar el conocimiento como un valor esencial de la Organización, para la mejora de la calidad de los servicios y los resultados en salud de la población.
- 4.- Potenciar una estrategia de desarrollo del espacio común, basada en valores compartidos entre la ciudadanía, los profesionales y la organización.

Los Sistemas Sanitarios Públicos, como organización, expresan reiteradamente que su **principal activo es su capital humano**. Hablar de capital humano es hablar de las personas y del capital intelectual y emocional que atesoran y de la gran importancia que una adecuada gestión del conocimiento y emociones de los profesionales tendrá en el cambio y mejora continua como organización.

En este sentido resulta imprescindible buscar un espacio común entre los **profesionales y la organización** que favorezca la apuesta clara de los profesionales por la calidad y la búsqueda de la excelencia y que haga visible el compromiso efectivo de la organización por dar una respuesta adecuada a sus necesidades y expectativas.

3.3.5 La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Según se define en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la **Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía** es un “elemento nuclear que facilitará las estrategias de mejora de los centros y situará al Sistema Sanitario Público Andaluz como un sistema que busca la excelencia en la prestación de los servicios. Para ello, abordará los siguientes objetivos:

- Desarrollar el Modelo de Calidad de la Consejería de Salud en todos los centros y organizaciones sanitarias de Andalucía.
- Fomentar la cultura de calidad y seguridad en el Sistema Sanitario Andaluz.
- Promover actuaciones que permitan la generación de conocimiento sobre calidad y la difusión e intercambio del mismo dentro del Sistema Sanitario.
- Incrementar la confianza de los ciudadanos hacia el Sistema Sanitario Andaluz.
- Impulsar la mejora continua dentro del Sistema Sanitario Andaluz identificando espacios de mejora.

La Agencia, como entidad certificadora de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales, de formación continuada y de páginas web, persigue la excelencia en la atención sanitaria y favorecer una cultura de la mejora continua. Es también una organización generadora de conocimiento sobre calidad, obtenido del trabajo de investigación de los profesionales de la Agencia y también de los propios procesos de evaluación, que se convierten en una valiosa fuente de información para recopilar buenas prácticas y espacios de mejora comunes.

El **Modelo de Acreditación del Sistema Sanitario Público Andaluz** ostenta una serie de características propias:

- Es **coherente** con los planes y herramientas de gestión para la mejora continua en el SSPA: la gestión clínica, la gestión por procesos, la gestión por competencias y la gestión del conocimiento.

Los estándares presentes en los diferentes programas toman como referencia el marco normativo de Salud de Andalucía, el Plan Andaluz de Salud, los Planes Integrales, los Procesos Asistenciales Integrados, los Procesos de Soporte, los contenidos de los Contratos Programa y Acuerdos de Gestión Clínica, recomendaciones sobre mejores prácticas, elementos de seguridad, las necesidades y expectativas de los ciudadanos, etc.

- Aborda la calidad desde un **enfoque integral**, a través de los Programas de Acreditación dirigidos a los diferentes elementos que intervienen en la atención sanitaria: Centros Sanitarios y Unidades de Gestión Clínica, Oficinas de Farmacia, Unidades de Hemodiálisis, Unidades de Investigación, Laboratorios Clínicos, Actividades, Programas y Centros de Formación Continuada, Competencias Profesionales, etc.

- Tiene **carácter progresivo**, identificando distintos tramos o grados de avance hacia la excelencia. Más allá de suponer un “hito” aislado o un reconocimiento obtenido en un momento determinado, la acreditación es un proceso dinámico, continuo y evolutivo que refleja y pone de manifiesto no sólo el momento en el que se está sino, y sobre todo, el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad.

Los **Programas de Certificación** de la Agencia de Calidad Sanitaria se orientan a los siguientes ámbitos:

- **Centros y Unidades Sanitarias** (centros asistenciales, unidades sanitarias, oficinas de farmacia, unidades de hemodiálisis, laboratorios clínicos, centros y unidades de diagnóstico por la imagen, centros de salud bucodental, centros sin internamiento, establecimientos sanitarios de ortopedias, etc.).

- **Servicios Sociales** (servicios residenciales, servicios de atención de día, servicios de información y asesoramiento, etc.).

- **Competencias Profesionales** (para los distintos grupos de profesionales, especialidades, disciplinas y puestos de trabajo).

- **Formación Continuada** (actividades, programas y centros de formación).

- Páginas Web Sanitarias.

El Modelo de Certificación parte de un patrón de referencia con el que los centros, unidades, profesionales, páginas web, etc. caminan hacia la mejora de sus servicios a las personas y a la puesta en marcha de unas herramientas de gestión de mejora de la calidad.

Los contenidos de los distintos programas se articulan en torno a **cinco bloques/dimensiones** que tienen que ver con:

- El Ciudadano
- La Atención sanitaria integral
- Los Profesionales
- Las Áreas de soporte
- La Eficiencia y los resultados

En todos los programas de certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria se otorga un papel relevante a la **Autoevaluación**, pues permite identificar a los implicados su posición actual, determinar a dónde quieren llegar y planificar las actuaciones para conseguirlo, generando un espacio de consenso y de mejora compartida:

- En el caso de los procesos de certificación de centros y unidades sanitarias, servicios sociales, formación continuada y páginas web, en la autoevaluación se analizan los estándares y su propósito, reflexionándose sobre qué es lo que se hace y cómo puede demostrarse, dando lugar a las evidencias positivas y sobre qué resultados se han obtenido y cómo se pueden mejorar, dando lugar a la identificación de áreas de mejora.

- En el caso de los **procesos de certificación de competencias profesionales**, en la autoevaluación se analizan las competencias y buenas prácticas presentes en el desempeño profesional, aportándose evidencias y pruebas que demuestran el nivel de competencia que los profesionales tenían previamente o que han alcanzado durante el proceso.

La evaluación externa es otro de los elementos comunes de los procesos de acreditación tanto de Centros y Unidades sanitarias como de competencias profesionales. Realizada por los equipos de evaluadores de la Agencia, en esta fase se observan y reconocen las evidencias presentes (documentales, de observación, mediante entrevistas), asociadas a los distintos elementos de calidad y seguridad, y,

en función de su cumplimiento se determina el grado de acreditación obtenido, los puntos fuertes, las potencialidades y las áreas de mejora.

La International Society for Quality in Health Care (Isqua), una de las organizaciones mundiales de referencia en materia de certificación de calidad, ha acreditado la validez internacional (hasta 2018) de los estándares de los programas de acreditación referidos a unidades de gestión clínica, laboratorios clínicos, centros de hemodiálisis y de diagnóstico por la imagen de Andalucía.

3.3.6 La Acreditación de competencias profesionales.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, dispone en su artículo 34 que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud y añade, en su artículo 40, que el desarrollo profesional constituye un aspecto básico de la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes en relación, entre otros ámbitos, a la evaluación de competencias.

El artículo 42 de la citada ley, en el apartado 1, define la competencia profesional de los profesionales sanitarios y, en el apartado 2, señala que las Comunidades Autónomas serán competentes en su ámbito geográfico para acreditar a las entidades autorizadas para la evaluación de la competencia de los profesionales. Con posterioridad, el artículo 4.6 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ha venido a establecer que los profesionales sanitarios habrán de acreditar regularmente su competencia profesional.

En el ámbito normativo de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la **Ley 2/1998**, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en su artículo 44.2, establece las características fundamentales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, figurando entre ellas la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

La mejora continua de la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como principio que debe presidir las actuaciones sobre protección de la salud de la Administración sanitaria y que se recoge **tanto en las leyes de ámbito estatal como autonómico**,

exige la implantación de los instrumentos adecuados que permitan garantizar al ciudadano la calidad de la asistencia que recibe. En este contexto el I y II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, elaborados por la Consejería de Salud pretenden consolidar la cultura de mejora continua en la asistencia sanitaria orientada a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano, para lo que se requiere la incorporación de instrumentos de carácter estratégico, como el **modelo de gestión por competencias**.

Este modelo se concibe como un modelo de desarrollo profesional que persigue el desarrollo de profesionales excelentes a través de los procesos fundamentales de formación, evaluación y reconocimiento. En este sentido, la acreditación de competencias profesionales se convierte en un elemento clave de las estrategias de evaluación de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía requiere de una habilitación profesional otorgada por las titulaciones respectivas y unas pruebas de selección o un cumplimiento de requisitos para acceder a un puesto determinado. Es por ello que se reconoce de forma automática un nivel básico de acreditación, antes de someterse al proceso voluntario de evaluación del nivel de competencia. La acreditación no cuestiona la competencia básica de los profesionales sino que quiere ser un instrumento puesto a disposición de aquellos profesionales que deseen incorporarse a un proceso de mejora continua.

En este sentido, el **Decreto 18/2007, de 23 de enero**, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, pretende favorecer la calidad asistencial garantizando, mediante el establecimiento de un **sistema de acreditación**, que los profesionales sanitarios cumplen los requisitos necesarios para prestar sus servicios en un puesto de trabajo con un determinado nivel de competencia, con independencia de la valoración del resultado de la acreditación de la competencia profesional que se realice en el **sistema de reconocimiento de desarrollo profesional**.

El artículo 6 del Decreto 18/2007, establece los Niveles de acreditación:

1. La superación de las pruebas de selección o el cumplimiento de los requisitos de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía supondrá el reconocimiento del nivel básico de competencia.

2. Desde este nivel básico, y tras la superación de un proceso voluntario de evaluación, el nivel de la competencia profesional podrá acreditarse, por el órgano competente, en alguno de los siguientes niveles: avanzado, experto o excelente.

En cuanto al Órgano competente y sus funciones, el artículo 9 establece la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento es el **órgano competente para la acreditación** de la competencia profesional.

La evaluación del nivel de competencias será realizada por la entidad evaluadora designada por la Consejería competente en materia de Salud y deberá ser independiente de la gestión de los centros y servicios del Sistema Sanitario Público, estando obligada a emitir la correspondiente certificación del resultado de la evaluación individualizada, de acuerdo con los criterios y estándares definidos por el órgano competente en acreditación.

Por tanto, el papel de Acreditación lo asume la Dirección General, mientras que la Agencia de Calidad, designada por la Consejería de Salud, asumirá como entidad evaluadora el pertinente proceso de evaluación del nivel competencial profesional que conllevará la correspondiente certificación. Para ello, ha puesto en marcha diferentes programas de **acreditación**, entre los que se encuentra el de **Competencias Profesionales**, que plantea un modelo de certificación basado en la práctica real del trabajador, que reconoce los logros obtenidos a lo largo de su trayectoria y que favorece su desarrollo profesional.

El programa y sus diferentes manuales es fruto de la colaboración de la Agencia de Calidad Sanitaria con las diferentes sociedades científicas y con los propios profesionales sanitarios, quienes han identificado las competencias que debe tener un profesional y las buenas prácticas que ha de realizar en su puesto de trabajo, así como las evidencias y pruebas que permitirán reconocerlas.

Para facilitar al profesional la realización de su proceso de acreditación, la Agencia de Calidad Sanitaria ha elaborado una herramienta informática denominada ME_jora P, a la cual se puede acceder a través de su página web, la cual permite al profesional estar en contacto con los evaluadores de la Agencia, aportar sus pruebas y evidencias y consultar en cualquier momento el estado de su proceso de acreditación.

La **Certificación de Competencias Profesionales** se concibe como el proceso que observa y reconoce de forma sistemática la proximidad entre las competencias que realmente posee un/a profesional y las definidas en su manual de competencias. Es un proceso voluntario a través del cual el profesional revisa, de forma sistemática, su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia, que tenía previamente, o que ha alcanzado durante el proceso de acreditación. El Programa de Certificación de Competencias Profesionales pretende garantizar la presencia y/o adquisición de nuevas competencias, así como un determinado nivel de desarrollo de las mismas a lo largo de la vida profesional.

La Certificación es un proceso dinámico, que plantea una evaluación periódica cada cinco años, para verificar la presencia o adquisición de nuevas competencias y su grado de desarrollo.

El Proceso de Certificación consta de cuatro fases:

Fase 1: La Solicitud

Fase 2: La Autoevaluación

Fase 3: La Evaluación

Fase 4: La Certificación

Certificarse significa obtener un reconocimiento, expreso y público, del cumplimiento de los requisitos necesarios para prestar una asistencia de calidad, así como el inicio de una línea de mejora continua por parte de un profesional. Por ello, la Certificación no es un fin en sí misma, sino un proceso dinámico, continuo y evolutivo, que brinda a los profesionales la oportunidad de establecer alternativas de desarrollo para crecer en calidad. (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015)

Cuando un profesional es competente en un ámbito concreto de su desempeño, presenta una serie de comportamientos, observables y medibles, que verifican la presencia de una determinada “competencia profesional”, estaremos ante un conjunto de comportamientos que constituyen sus “buenas prácticas”, que pueden observarse y medirse a través de “evidencias y pruebas”.

Una vez que el profesional da por finalizada su autoevaluación, la Agencia de Calidad Sanitaria revisa las pruebas aportadas a través de profesionales expertos en cada disciplina o especialidad y, en función de las mismas, emite un Informe de Resultados y la correspondiente Certificación del resultado de la evaluación, de acuerdo con los

criterios y estándares definidos, en el Nivel de desarrollo que el profesional haya alcanzado:

- Nivel Avanzado
- Nivel Experto
- Nivel Excelente

La Certificación tendrá un periodo de vigencia de cinco años. Transcurrido dicho periodo, la Certificación dejará de tener efectos, salvo que con anterioridad se hubiera iniciado el proceso de reacreditación.

A modo de ejemplo, para el Profesional Médico/a de Atención Primaria, su cuadro competencial, objeto de Certificación sería:

Tabla 3.5. Cuadro de competencias profesionales del Médico de Atención Primaria

| BLOQUES | CRITERIOS. Competencias |
|------------------------------------|---|
| I. EL CIUDADANO | 1. Orientación al Ciudadano |
| II. LA ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL | 2. Promoción de la salud, prevención y atención comunitaria |
| | 3. Atención al individuo y a la familia |
| | 4. Gestión por procesos asistenciales integrados |
| III. EL/LA PROFESIONAL | 5. Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales |
| | 6. Actitud de progreso y desarrollo profesional |
| | 7. Compromiso con la docencia |
| | 8. Compromiso con la investigación |
| IV. LA EFICIENCIA | 9. Uso eficiente de los recursos |
| V. LOS RESULTADOS | 10. Orientación a resultados en el desempeño |

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

El establecimiento del sistema de acreditación del nivel de la **competencia profesional** de los profesionales sanitarios se constituye como un elemento fundamental para responder a los retos de calidad y mejora de los servicios públicos sanitarios, para lo cual se precisa de su implicación, generando a su vez mecanismos incentivadores de la mejora continua en la práctica diaria.

3.4. PLAN DE CALIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESPAÑOLA

En el ámbito de la Administración General del Estado, el Ministerio de Administraciones Públicas, a través de una Secretaría de Estado para la Administración Pública, se constituye en el Departamento responsable de impulsar y desarrollar la política general de calidad. Su misión es: "Impulsar y dirigir la organización y racionalización de la Administración del Estado a través de la optimización del uso de sus recursos y la mejora de las técnicas de gestión pública, en aras a lograr una Administración eficiente al servicio del ciudadano y adaptada al Estado autonómico y a la Unión Europea".

El **Real Decreto 951/2005 de 29 de Julio**, por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad en la Administración General del Estado, tiene como objeto el diseño de un marco general para la mejora de la calidad en la Administración General del Estado que permite integrar de forma coordinada y sinérgica una serie de programas básicos para mejorar continuamente los servicios, mediante la participación de los distintos actores interesados: decisores políticos y órganos superiores, gestores y sociedad civil.

El marco de actuación incluye los siguientes programas:

- 1) Programa de análisis de la demanda y de evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios.
- 2) Programa de cartas de servicios.
- 3) Programa de quejas y sugerencias.
- 4) Programa de evaluación de la calidad de las organizaciones.
- 5) Programa de reconocimiento.
- 6) Programa del Observatorio de la Calidad de los Servicios Públicos.

El programa de análisis de la demanda tiene por objeto la detección de las necesidades y expectativas de los usuarios acerca de los aspectos esenciales del servicio, en especial sus requisitos, formas y medios para acceder a él y los tiempos de respuesta.

Por su parte, el programa de cartas de servicios obliga a todas las organizaciones de la Administración del Estado a elaborar Cartas de Servicios en las que, siguiendo un marco de referencia, declaren públicamente los servicios que prestan y sus

compromisos en cuanto a estándares de calidad, así como los dispositivos de seguimiento y evaluación.

De todos estos programas, destacaríamos el programa de evaluación de la calidad de las organizaciones, cuya finalidad es contribuir, mediante el reconocimiento de las organizaciones, a la mejora de la calidad y a la innovación en la gestión pública, a través de dos subprogramas o acciones: el reconocimiento a la excelencia y los premios a la calidad e innovación en la gestión pública. Se establecen dos niveles para dicha evaluación: autoevaluación y evaluación externa.

El propósito de la **autoevaluación** es el análisis regular, por las propias organizaciones, de sus procesos y resultados de gestión para identificar los puntos fuertes y las deficiencias y determinar los oportunos planes de mejora.

La evaluación externa, por su parte, conlleva la realización, por parte de las correspondientes Inspecciones Generales de Servicios, de la validación de las autoevaluaciones en curso o de la realización de evaluaciones conforme a un modelo de aprendizaje e innovación diseñado al efecto por el Ministerio de Administraciones Públicas, a modo de autoevaluaciones asistidas.

La Resolución de 6 de febrero de 2006, de la Secretaría General para la Administración Pública, aprueba directrices para el desarrollo de los programas establecidos en el Real Decreto 951/2005. En ella, la Secretaría de Estado señala, como modelo de gestión de la calidad reconocido, el **Modelo EFQM** de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, en su adaptación realizada por el Ministerio de Administraciones Públicas.

Este modelo está indicado para la **autoevaluación** de unidades administrativas que hayan alcanzado un cierto nivel de madurez organizacional y de experiencia en gestión de calidad. Las directrices para su aplicación se encuentran en la Guía de Autoevaluación para la Administración Pública, que constituye para los gestores públicos, un instrumento práctico de ayuda para realizar la autoevaluación de sus organizaciones siguiendo las directrices del Modelo EFQM de Excelencia.

3.4.1. Aplicación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad.

El modelo europeo de gestión de la calidad, EFQM, para las Administraciones Públicas, ha de servir para que sus organizaciones puedan realizar un diagnóstico de su situación, conocer sus puentes fuertes y débiles y desarrollar sus áreas de mejora.

Se compone de nueve criterios, y para cada uno de ellos se establece:

- a) una definición que expresa el fin a conseguir
- b) una serie de subcriterios que constituyen los interrogantes que cada unidad administrativa debe responder sobre las acciones concretas que está llevando a cabo en aras del cumplir el objeto establecido en el criterio de referencia.

Criterios agentes facilitadores

1) Criterio 1. Liderazgo

Definición:

En este criterio se describe cómo los directivos y los líderes de la unidad administrativa, con su comportamiento y sus decisiones, se implican directamente, estimulan la gestión de calidad en la Administración Pública y desarrollan y facilitan la consecución de la misión, visión y valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo.

Subcriterios:

- Desarrollo de la misión, visión y valores por los líderes que actúan como modelo y en coherencia con la gestión de calidad.
- Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua de un sistema de gestión de calidad en la unidad.
- Implicación de los líderes con los clientes, con otros interesados y aquellas unidades o instituciones públicas o privadas que se relacionan con la unidad.
- Motivación, apoyo y reconocimiento de los esfuerzos y logros de las personas de la unidad.

2) Criterio 2. Política y estrategia

Definición:

Mediante este criterio se debe conocer cómo la unidad administrativa formula, desarrolla y revisa su planificación y estrategia, centrada en los usuarios y en el interés general, y la convierte en planes y acciones concretos.

Subcriterios:

- La política y la estrategia de la unidad se fundamentan en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los interesados.
- La unidad administrativa obtiene y utiliza la información procedente de las actividades relacionadas con la medición del rendimiento, la investigación, el aprendizaje, y la creatividad para fundamentar la planificación y estrategia.
- La unidad administrativa desarrolla, revisa y actualiza la planificación y la política.
- La unidad administrativa, a través de los procesos clave, despliega su planificación y política.
- La unidad administrativa comunica e implanta su política y su estrategia.

3) Criterio 3. Personas

Definición:

A través de este criterio se debe examinar cómo la Administración, en sus diferentes organismos y unidades, desarrolla y aprovecha al máximo todo el potencial del **personal** que le presta servicio, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Subcriterios:

- Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y de la capacidad de las personas de la organización.
- Implicación y asunción de responsabilidades por parte del personal de la organización
- Impulso de un dialogo eficaz entre las personas y la organización

- Recompensa, reconocimiento y atención al personal de la organización

4) Criterio 4. Alianza y recursos

Definición:

Este criterio describe cómo cada unidad planifica y desarrolla la cooperación con otras unidades o con otras organizaciones o personas externas, y cómo gestiona sus recursos eficaz y eficientemente.

Las unidades y organizaciones administrativas están sujetas a una regulación específica de los recursos. El ordenamiento jurídico establece una serie de limitaciones y requisitos especiales para la gestión de los recursos materiales que hacen que las unidades administrativas tengan una capacidad para su utilización diferente a la que tienen las organizaciones privadas.

En la autoevaluación se debe medir cómo cada unidad coopera o trabaja asociadamente con el exterior, y cómo emplea los recursos, para el cumplimiento de su planificación y estrategia, teniendo en cuenta las peculiaridades propias de las Administraciones Públicas. La unidad administrativa debe describir todas las limitaciones que tiene para el uso de los recursos.

Subcriterios:

- Gestión de las alianzas externas, tanto con otras organizaciones como con los proveedores.
- Gestión de los recursos económicos y financieros
- Gestión de los edificios y de otros bienes.
- Gestión de las tecnologías avanzadas, que incluya el respeto por el medio ambiente
- Gestión de la información y del conocimiento

5) Criterio 5. Procesos

Definición:

Con este criterio se trata de conocer cómo la organización diseña, gestiona y mejora sus procesos para apoyar su planificación y estrategia, así como para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

En la Administración Pública, los procesos clave se encuentran tanto en las unidades prestadoras de servicios al usuario como en las unidades de apoyo.

Subcriterios:

- Diseño y gestión sistemática de los procesos.
- Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, con objeto de satisfacer plenamente a usuarios e interesados, generando cada vez mayor valor.
- Diseño y desarrollo de los servicios y prestaciones sobre la base de las necesidades y expectativas de los clientes.
- Gestión de producción, distribución, prestación del servicio y atención al público
- Gestión y mejora de las relaciones con los clientes

Criterios de Resultado

6) Criterio 6. Resultados en los clientes

Definición:

En este criterio se evalúa qué logros está alcanzando la organización en relación con sus clientes, entendiendo por cliente el que se beneficia directamente de las actividades de los servicios administrativos o quien los utiliza.

Los usuarios de los servicios son los clientes directos. No obstante, los ciudadanos, las organizaciones, los grupos sociales y la sociedad en su conjunto pueden ser, asimismo, clientes al beneficiarse de la actividad administrativa, o utilizar los servicios administrativos.

Subcriterios:

- Medidas de percepción. Estas medidas se refieren a la percepción que tienen los clientes de la organización, y se obtienen, por ejemplo, de las encuestas a clientes, grupos focales, felicitaciones y quejas.
- Indicadores de rendimiento. Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar la percepción de sus clientes externos.

Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a la imagen externa; los productos y servicios; apoyo y atención a dichos productos y servicios y la fidelidad.

7) Criterio 7. Resultados en las personas

Definición:

Mediante este criterio se debe examinar qué logros está consiguiendo la organización en relación con el personal que la integra.

Subcriterios:

- Medidas de percepción. Estas medidas se refieren a la percepción de la organización por parte de las **personas que la integran**, y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones del desempeño estructuradas.

Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a: la motivación y la satisfacción.

- Indicadores de rendimiento. Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas que la integran, así como para anticipar sus percepciones.

Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a: los logros, la motivación e implicación, satisfacción y los servicios que la organización proporciona a las personas que la integran.

8) Criterio 8. Resultados en la sociedad

Definición:

A través de este criterio se debe conocer qué logros se están alcanzando para satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos sociales y de la sociedad en general.

En este criterio se evalúa el impacto en la sociedad de las actividades que realicen las organizaciones públicas que no sean consecuencia directa del cumplimiento de sus funciones.

Subcriterios:

- Medidas de percepción. Estas medidas se refieren a la percepción que tiene la sociedad de la organización y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, informes, artículos de prensa, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades de la Administración.

Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:

- La imagen general de la organización.
- Las actividades realizadas como miembro responsable de la sociedad, implicación en las comunidades donde opera.
- Actividades encaminadas a reducir y evitar las molestias y daños provocados por sus actividades y durante el ciclo de vida de sus productos y servicios.
- Información sobre las actividades de la organización que contribuyen a la preservación y mantenimiento de los recursos.

- Indicadores de rendimiento. Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad.

Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a:

- Tratamiento de los cambios en los niveles de empleo.
- Relaciones con las autoridades y órganos
- Felicitaciones y premios recibidos

9) Criterio 9. Resultados Clave

Definición:

A través de este criterio se debe conocer qué se está consiguiendo respecto a los objetivos contenidos en la planificación y en la estrategia para satisfacer las aspiraciones de los usuarios e interesados con la organización.

En el epígrafe de resultados hay que situar todo lo que se considere logros importantes para la unidad a corto, medio y largo plazo, sean de carácter económico o no. La medición de los resultados ha de efectuarse consecuentemente de acuerdo con la planificación y la estrategia (criterio 2) y con los procesos críticos analizados (criterio 5).

Las distintas unidades de la Administración Pública pueden tener encomendadas la consecución de resultados muy diferentes entre sí y, en muchos casos, éstos no serán

la obtención de beneficios, ya que no prestan servicios directos al ciudadano mediante la contraprestación de un precio real. Esta circunstancia se tendrá en cuenta al realizar la autoevaluación sobre los resultados.

Subcriterios:

- Resultados Clave del Rendimiento de la Organización. Estas medidas son los resultados clave definidos por la organización y acordados en su política y estrategia.
 - Los resultados económicos y financieros pueden incluir entre otros factores: cumplimiento de los presupuestos, auditoría de cuentas, rentabilidad de las inversiones y superávit, beneficios o déficit, según proceda.
 - Los resultados no económicos pueden incluir entre otros los siguientes ítems: resultados obtenidos en comparación con los objetivos establecidos, tiempo de lanzamiento de nuevos productos y servicios, índices de éxito definidos en función de la misión y visión, cumplimiento de la legislación y los códigos de conducta o de buenas prácticas, resultados de las auditorías e inspecciones reglamentarias, rendimiento de los procesos.

- Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización. Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar y entender los procesos y predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.
Según los fines de la organización, los indicadores clave del rendimiento pueden hacer referencia a medidas:
 - Económicas y financieras: tesorería, costes de mantenimiento, costes de los proyectos, calificación crediticia,
 - No financieras:
 - Procesos (rendimiento, evaluaciones, innovaciones, duración de los ciclos).
 - Recursos externos, incluidas las alianzas (rendimiento de los proveedores, precios de los proveedores, número y valor añadido de las alianzas, número y valor añadido de las mejoras conjuntas logradas con los asociados).
 - Edificios, equipos y materiales (índices de defectos, rotación de inventarios, uso).
 - Tecnología (ritmo de innovación, valor de la propiedad intelectual, patentes, royalties).

- Información y conocimiento (accesibilidad, integridad, valor del capital intelectual).
- Porcentaje de recursos contencioso-administrativos fallados a favor del demandante.
- Porcentaje de resoluciones adoptadas por silencio positivo.

3.5. LA GESTIÓN DE PERSONAS

Al hablar de profesionales, siempre debemos tener presente que nos referimos a personas. Por tanto, es muy importante lo que el profesional hace, pero también lo que sabe, lo que es y lo que siente.

Sin duda alguna, el **ser humano** es el elemento que da vida a todas las organizaciones en las que está presente, siendo el **elemento más preciso y completo** para el crecimiento y la evolución de toda la sociedad. En este sentido, los **paradigmas conceptuales de la gestión de personas** implican tener presentes:

- **Capital Profesional:** Los conocimientos y habilidades técnicas se relacionan directamente con la actividad productiva y de ellos depende directamente la calidad científico-técnica. Este es el capital que siempre ha estado presente en nuestras organizaciones, y por el que se ha valorado a las personas que trabajan en ellas, hablamos por tanto de “recursos humanos”.
- **Capital Intelectual:** El conocimiento es el verdadero motor de las organizaciones, ligado a la innovación y mejora continua. Por ello, para las organizaciones saber gestionar el potencial del conocimiento existente en ellas, compartirlo, difundirlo etc., se ha convertido en una prioridad y casi en un requisito de supervivencia.
- **Capital Emocional:** Sin duda alguna, las emociones y sentimientos forman parte y son consustanciales con la persona, y le dan identidad, y por tanto han de ser incorporados a la gestión, y a convertirlos en la fuerza que revitalice las organizaciones y el elemento de relación más importante entre las personas.

Sin duda alguna, estos nuevos paradigmas se comportan como un todo conceptual interrelacionado y nos permiten comprender la realidad de la gestión de las personas,

y al mismo tiempo, desde ellos es posible establecer las políticas estratégicas y los objetivos de cambio que requieren las organizaciones del futuro (Miralles, 2002).

Las instituciones sanitarias se vienen caracterizando por un **cambio de rol** del ciudadano que ha pasado de ser pasivo a asumir un rol de cliente activo que quiere participar y tomar protagonismo en las decisiones y formas de ser atendido. Por tanto, el objetivo de las organizaciones sanitarias es prestar un servicio sanitario de máxima calidad, que responda a las expectativas de sus clientes. Sin duda alguna, hay que trabajar para obtener las cotas más altas de calidad percibida por el ciudadano individual y colectivamente entendido, lo que supone un marco claro de trabajo tanto para las políticas estratégicas como para los planes estratégicos y de calidad de los Organismos.

Todo lo anterior unido al impacto y las transformaciones que están provocando las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, como elemento dinamizador e inductor de nuevas formas de atención sanitaria, de comunicación e interacción entre personas, etc., conlleva la necesidad clara y evidente de que las **políticas de gestión de personas** se comporten como políticas estratégicas en las organizaciones e instituciones sanitarias, como políticas facilitadoras y posibilitadoras de un servicio de alta calidad y excelencia, siempre que estén orientadas al:

- cliente externo y poder fijar el cuánto y cuándo
- cliente interno (profesional) y poder fijar el cómo.

Para ello, se precisa de unas **líneas de acción**:

- 1) El profesional, se convierte en el protagonista de su desarrollo personal y profesional, llevando a cabo acciones y promoviendo actitudes que facilitan el cambio y la mejora en su organización.
- 2) La participación de los profesionales en entornos alejados de estilos autoritarios, jerarquías impuestas y fomentando por el contrario la aparición de liderazgos situacionales.
- 3) Valorar la cultura de la organización como la mejora continua, el aprendizaje cooperativo, la creatividad y la ilusión en herramientas que generan valor,

Esas líneas de acción deberían motivar un cambio en la Gestión de Personas, a través de la consecución de una serie de **objetivos**:

- Garantizar la eficacia y la eficiencia en la gestión de personas.
- Redefinir los puestos de trabajo para marcar las competencias necesarias y establecer criterios de desarrollo para los profesionales que los ocupen.
- Integrar y desarrollar las tecnologías de la información y comunicación
- Descentralizar y dar mayor participación a los profesionales para que adquieran más autonomía ligada a responsabilidad.
- Fomentar nuevos estilos de dirección que potencie el papel de los colaboradores.

En este contexto, la **gestión por competencias**, como modelo conceptual, permite entender toda la gestión de personas de forma coherente y cohesionada y también replantear las tradicionales políticas de selección, formación y retribución, entre otras. Todo ello, para construir un sistema integrado e integrador que facilite a las organizaciones hacer realidad la nueva filosofía de gestión de personas basada en una concepción humanista de las mismas.

Por tanto, el elemento angular son las **competencias**, entendidas como aquellos elementos adquiridos o inherentes a la persona que se comportan como fundamentales para garantizar el éxito, y que, gestionados de forma adecuada, son predictivos del grado de éxito en el desempeño en el puesto de trabajo.

Para poder clasificarlas, podemos usar las **clasificaciones** más comunes:

- 1) Según el ámbito personal que definen, se consideran tres tipos:
 - a. Competencias de conocimientos o saber.
 - b. Competencias de habilidades o saber hacer.
 - c. Competencias de actitud o ser.
- 2) Según el grado de afectación en la organización, se consideran dos tipos:
 - a. Competencias Comunes (Nucleares o Esenciales): referidas a los valores y objetivos de la organización y afectan a todos sus puestos de trabajo.
 - b. Competencias Específicas: referidas al puesto de trabajo concreto.

La gestión por competencias, tiene unas **características** muy definidas:

- 1) Es un modelo integral que afecta a todas las políticas y herramientas de la organización, a todas las áreas y/o departamentos, y a todos los profesionales y directivos de la misma.

- 2) Es un modelo previsional que permite contar con personas que competencialmente se adecúan a las exigencias, por lo que habrá que definir ahora las competencias que el día de mañana darán sus resultados. Por tanto permitirá hacer que la organización esté preparada para afrontar los retos del futuro.

Sin duda esta evolución marca también el cambio que se ha venido gestando en los tradicionales departamentos de “recursos humanos” o de “personal”, para pasar a convertirse en unas estructuras más dinámicas donde se materialice también la gestión de personas, ya que se ha comprobado que ni la gestión económica del gasto de Personal, ni la gestión administrativa tradicional (contratos, nóminas, seguros sociales, etc.) aportan valor, inducen cambios y entusiasmo. Son sólo procedimientos y garantías que resultan imprescindibles para que la organización camine en la senda de la seguridad jurídica y administrativa.

En este sentido, las **áreas de gestión de personas** se convierten en facilitadores y asesores, definiendo las políticas, diseñando herramientas, y metodología necesaria para que cada proceso se desarrolle con absoluta normalidad. Asimismo, deben colaborar con los llamados **gestores de personas**, que son aquellos responsables de equipos de profesionales que tienen un papel fundamental en el cambio y la transformación de la organización, al actuar directamente sobre los profesionales operativos. Por tanto, tienen que ejercer un rol complejo que incluye: motivar, evaluar, identificar y atender las necesidades de desarrollo y formación de todos y cada uno de los profesionales que pertenecen a su equipo.

Los **Mapas de Competencias** se comportan como el centro del modelo de gestión por competencias aportando cohesión y coherencia a todas las políticas de gestión de personas ya que permiten:

- Fijar los criterios cualitativos para elegir a la persona que ocupará un puesto de trabajo determinado.
- Fijar los criterios de evaluación del desarrollo profesional
- Fijar los contenidos necesarios a incluir en las acciones formativas
- Definir las rutas profesionales o alternativas de desarrollo de puestos de trabajo diferentes.
- Definir los criterios de diseño organizacional y funcional.

3. 6. LAS POLÍTICAS DE PROFESIONALES

3.6.1 Selección

A la hora de plantear la política de Selección de personal y provisión de puestos en el Servicio Andaluz de Salud, habría que hacer mención a los siguientes puntos:

- 1) Personal Estatutario
 - Procesos ordinarios de selección y provisión
 - Proceso extraordinario de consolidación y provisión
 - Bolsa de empleo temporal
 - Promoción interna temporal
 - Comisiones de servicio
 - Provisiones temporales
 - Nombramientos eventuales para atención continuada
 - Desplazamiento de personal que ocupa plaza con carácter provisional y reubicación de personal interino
 - Reingreso provisional al servicio activo
- 2) Personal Funcionario
- 3) Cargos directivos e intermedios
- 4) Normas de aplicación general a procesos selectivos y de provisión

Abordaremos de manera sucinta aquellos que por su trascendencia y volumen se consideran más importantes, que son los Procesos ordinarios de selección y provisión así como la Bolsa de Empleo Temporal.

3.6.1.1 Procesos ordinarios de selección y provisión

La **Ley 55/2003**, 3, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece en su artículo 30, que la **selección del personal estatutario fijo** se efectuará, con carácter periódico, en el **ámbito que en cada servicio de salud se determine**, a través de convocatoria pública y mediante procedimientos que garanticen los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, así como el de competencia. Las convocatorias se anunciarán en el boletín o diario oficial de la correspondiente Administración pública

Asimismo, en su artículo 31, define los sistemas de selección:

1. La selección del personal estatutario fijo se efectuará con **carácter general** a través del sistema de **concurso-oposición**. La selección podrá realizarse a través del sistema de oposición cuando así resulte más adecuado en función de las características socio-profesionales del colectivo que pueda acceder a las pruebas o de las funciones a desarrollar. Cuando las peculiaridades de las tareas específicas a desarrollar o el nivel de cualificación requerida así lo aconsejen, la selección podrá realizarse por el sistema de concurso.

2. La **oposición** consiste en la celebración de una o más pruebas dirigidas a evaluar la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones, así como a establecer su orden de prelación. La convocatoria podrá establecer criterios o puntuaciones para superar la oposición o cada uno de sus ejercicios.

3. El **concurso** consiste en la evaluación de la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones a través de la valoración con arreglo a baremo de los aspectos más significativos de los correspondientes currículos, así como a establecer su orden de prelación.

La convocatoria podrá establecer criterios o puntuaciones para superar el concurso o alguna de sus fases.

En Andalucía, el **Decreto 136/2001, de 12 de junio**, tiene por objeto la regulación de los sistemas de selección del personal estatutario y la provisión de las plazas básicas vacantes de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud.

Con posterioridad se publica el **Decreto 176/2006, de 10 de octubre**, por el que se modifica el Decreto 136/2001. Esta norma realiza algunas modificaciones en temas como el baremo de méritos, aspectos relativos a la Oposición, Concurso, Convocatorias etc.

El artículo 3 del Decreto 136/2001, establece que la provisión de plazas básicas vacantes de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud se realizará por los sistemas de

- Promoción interna
- Reingreso al servicio activo
- Concurso de traslado
- Sistemas de selección de oposición, concurso y concurso-oposición.

Para ello, en su artículo 4 establece que la Oferta de Empleo Público de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud determinará el número de plazas que vayan a ser objeto de provisión mediante los sistemas selectivos de personal estatutario, teniendo en cuenta que entre una Oferta y la siguiente no deberán transcurrir más de tres años. Asimismo, dispone que las convocatorias de procesos selectivos correspondientes a una Oferta de Empleo Público no precisarán la realización previa de un concurso de traslado.

El artículo 18 establece que, en relación con los Sistemas selectivos, la selección del **personal estatutario fijo** se efectuará por el Servicio Andaluz de Salud con carácter general a través del sistema de **Concurso-Oposición**.

La selección podrá realizarse a través del sistema de **Oposición** cuando así resulte más adecuado en función de las características socio-profesionales del colectivo que puede acceder a las pruebas o de las funciones a desarrollar.

Finalmente, cuando las peculiaridades de las tareas específicas a desarrollar y el nivel de cualificación requerido así lo aconsejen, la selección podrá realizarse por el sistema de **Concurso**.

A continuación detallaremos algunos de los aspectos más importantes de cada uno de ellos, y que figuran en el Decreto 136/2001:

Sistema de Oposición:

- Este sistema supone la realización por las personas aspirantes de uno o varios ejercicios, según prevea la convocatoria, a fin de evaluar la competencia, aptitud e idoneidad de las mismas para el desempeño de las funciones propias de la categoría y, en su caso, especialidad, de la plaza convocada.

- Tales ejercicios podrán consistir en pruebas de conocimientos generales o específicos, así como cualquier otro sistema que resulte adecuado para asegurar la objetividad y racionalidad del proceso selectivo, y su adecuación a las funciones a realizar. De ser varios, estos pueden ser eliminatorios en los términos que la convocatoria disponga.

- La convocatoria podrá establecer criterios o puntuaciones para superar la oposición o cada uno de sus ejercicios. Las puntuaciones obtenidas por las personas aspirantes establecerán el orden de prelación de éstas.

Sistema de Concurso:

- Este sistema consiste en la evaluación de la competencia, aptitud e idoneidad de las personas aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones a través de la valoración de los aspectos más significativos de los correspondientes currículos, conforme a lo establecido en el baremo de méritos, que habrá de ajustarse a lo previsto con carácter general en el Anexo del presente Decreto.

- Los méritos valorados por el Tribunal, a efectos de determinar la puntuación del concurso que establecerá el orden de prelación de las personas aspirantes, serán los que éstos ostenten el día de publicación de la convocatoria en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, y hayan sido alegados y acreditados durante el plazo de presentación de solicitudes.

- La convocatoria podrá establecer criterios o puntuaciones para superar el concurso o algunas de sus fases.

Sistema de Concurso-Oposición:

- El sistema de concurso-oposición consistirá en la realización sucesiva, en el orden que la convocatoria determine, de los dos sistemas anteriores.

- La puntuación máxima de la fase de oposición habrá de ser igual a la máxima total del baremo de la fase de concurso.

- La puntuación obtenida en la fase de concurso no podrá ser aplicada, en ningún caso, para superar la fase de oposición.

- Podrá superar la fase de oposición un número de personas aspirantes superior al de plazas convocadas

3.6.1.2 Personal Estatutario. Bolsa de Empleo Temporal

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco, dispone en el artículo 33.1 que la selección de personal estatutario temporal se efectuará a través de los procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección, procedimientos que se basarán en los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, y que serán establecidos previa negociación en las mesas correspondientes.

El sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos del Servicio Andaluz de Salud se encuentra regulado en el Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad desde octubre de 2005, actualizado en un texto refundido en julio de 2010, concretamente a través de la **Resolución de 21 de junio de 2010**, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, por la que

se dispone la aprobación y publicación del texto refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad, suscrito entre la Administración Sanitaria de Andalucía (SAS) y las Organizaciones Sindicales que se citan, el 18 de mayo de 2010, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud

El Servicio Andaluz de Salud define este proceso de incorporación como “Bolsa única del SAS”, sustentado en la transparencia y basado en los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad. Un proceso que se constituye sobre un modelo de baremo homogéneo y de procedimiento único para toda Andalucía.

En relación con los **principios y criterios generales**, destaca que la selección de personal estatutario temporal se regirá por los siguientes:

1. Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario temporal.
2. Eficacia y agilidad en el proceso de selección.
3. Objetividad y transparencia.
4. Participación de las Organizaciones Sindicales de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad.
5. Sistema único común y simultáneo en todo el Servicio Andaluz de Salud.
6. Planificación de las necesidades de recursos humanos
7. Descentralización de la gestión. La gestión y el acceso para la selección de las personas candidatas que estén inscritas en la Bolsa de Empleo de Personal Temporal del SAS estará descentralizada en todos los centros del SAS, conforme a las normas y a la distribución de competencias definidas en este Pacto.
8. Coordinación de los sistemas de selección de personal estatutario temporal en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
9. Simultaneidad del proceso en todos los Centros del Servicio Andaluz de Salud.
10. El proceso de selección se soporta en un aplicativo informático único y común para todo el Servicio Andaluz de Salud, creado y gestionado técnicamente desde la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del SAS.

En cuanto a la selección de personal estatutario temporal podrá realizarse por uno de estos **dos procedimientos**:

1. Con carácter general, mediante Bolsa de Empleo de personal estatutario temporal, en los casos y conforme las condiciones definidas en el Capítulo IV.
2. Mediante Oferta Pública Específica. Este procedimiento se empleará en los casos y condiciones establecidas en el Capítulo V de este Pacto.

A efectos de **ofertas de trabajo**, todas las posibles modalidades de vinculación temporal a plazas estatutarias de carácter básico se agrupan en dos clases, en función de su duración estimada a priori:

1. **Vinculaciones temporales de larga duración:** Incluye los siguientes supuestos:

- a) Los nombramientos interinos definidos en el artículo 9.2 de la citada Ley 55/2003, cuando sean a tiempo completo.
- b) Los nombramientos de sustitución definidos en el artículo 9.4 de la Ley 55/2003, cuando sean a tiempo completo, y siempre que tengan su causa en alguno de los siguientes supuestos:
 1. Promoción interna temporal del titular de duración superior a cuatro meses.
 2. Comisión de servicio.
 3. Permiso sindical a tiempo total del titular.
 4. Servicios especiales, servicios bajo otro régimen jurídico, suspensión o excedencia del titular, siempre que suponga la reserva de plaza.
 5. Reserva de plaza básica de un titular por ocupar otro puesto de trabajo.

2. **Vinculaciones temporales de corta duración:** Incluye los siguientes supuestos:

- a) Los nombramientos de sustitución definidos en el artículo 9.4 de la Ley 55/2003, no incluidos en el punto anterior IV.2.1 de este Pacto (Incapacidades Temporales, Maternidad, Vacaciones, Permisos y Licencias, Promoción interna temporal del titular de duración inferior a cuatro meses).
- b) Los nombramientos eventuales del artículo 9.3 de la Ley 55/2003.
- c) Cualquier modalidad de vinculación temporal a tiempo parcial, según lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 55/2003.

Para todas las categorías y áreas específicas a que se refiere el punto IV.1 se aprobará **un baremo**, que incluirá similares méritos y ponderación que los empleados en los procesos de selección definitiva. Los baremos serán expresión de las competencias profesionales definidas por el Servicio Andaluz de Salud. Se establecen 3 apartados principales en el baremo:

1. Experiencia profesional.
2. Formación.
 - a) Formación académica.
 - b) Formación especializada.
 - c) Formación continuada.
3. Otros méritos.

A cada uno de estos tres apartados se le otorga el siguiente peso en la puntuación total:

Tabla 3.6. Baremo de Méritos (Selección de Personal Estatutario Temporal del SAS)

| APARTADO | P. LICENCIADO. VALOR MÁXIMO | P. DIPLOMADO. VALOR MÁXIMO | P. DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y OTRO PERSONAL. VALOR MÁXIMO |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| EXPERIENCIA PROFESIONAL | 55 | 55 | 55 |
| FORMACIÓN | 55 | 45 | 35 |
| Formación Académica | 8 | 6 | 10 |
| Formación especializada | 25 | 9 | 0 |
| Formación Continuada | 30 | 30 | 25 |
| OTROS MÉRITOS | 20 | 20 | 10 |

Fuente: Resolución de 21 de Junio de 2010 de la Dirección General de Profesionales del SAS

El punto V de dicho Pacto, establece la Selección mediante Oferta Pública Específica, cuando se trate de tareas específicas o conocimientos técnicos, que si bien correspondan a las funciones de una determinada categoría, requieran de una experiencia o formación determinada, se efectuará un proceso de selección, que realizará la Dirección del Centro donde se encuentra el puesto a cubrir.

Actualmente, la **normativa** que regula todo del Proceso de Selección de Personal Estatutario Temporal es:

- Resolución de 12 de junio de 2015, de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica parcialmente el texto refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad suscrito el 18 de mayo de 2010 entre la Administración Sanitaria de Andalucía-SAS y las Organizaciones Sindicales -SATSE, CC.OO., UGT, CSI-CSIF, SMA y USAE-, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud.
- Resolución de 25 de agosto de 2014, de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica parcialmente el texto refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad suscrito el 18 de mayo de 2010 entre la Administración Sanitaria de Andalucía-SAS y las Organizaciones Sindicales –SATSE, CC .OO., UGT, CSI -CSI F, SMA y US AE–, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud.
- Resolución de 21 de noviembre de 2013, de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica el texto refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad suscrito el 18 de mayo de 2010 entre la Administración Sanitaria de Andalucía-SAS y las organizaciones sindicales –SATSE, CC.OO., UGT, CSI-CSIF, SMA y USAE–, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud.
- Resolución de 21 de junio de 2010, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, por la que se dispone la aprobación y publicación del Texto Refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad, suscrito entre la Administración Sanitaria de Andalucía-SAS y las Organizaciones Sindicales -SATSE, CC.OO., UGT, CSI-CSIF, SMA y USAE-, el 18 de mayo de 2010, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud. (BOJA núm 137 de 14 de julio de 2010)

3.6.2 Retribuciones

A la hora de plantear la política de Retribuciones de en el Servicio Andaluz de Salud, habría que hacer mención a los siguientes puntos:

- 1) Normativa de Aplicación General
- 2) Personal Estatutario
- 3) Personal Funcionario

Abordaremos de manera sucinta aquellos que por su trascendencia y volumen se consideran más importantes. En principio, para entender la política retributiva habría que hacer referencia a las siguientes disposiciones legales:

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Artículos 41 a 45)
- Real Decreto Ley de Régimen Retributivo del Personal Estatutario (RD 3/1987 de 11 de septiembre) Derogado por la Ley 55/2003.
- Resolución de la Dirección General de Profesionales 0018/2015, de 9 febrero, sobre Retribuciones del personal de Centros e Instituciones Sanitarias. Ejercicio 2015.

Estatuto Marco (Artículos 41 a 45)

El Estatuto Marco, desarrolla en su Capítulo IX, el apartado de Retribuciones, para lo cual emplea 5 artículos, concretamente los que van del 41 al 45. Por su interés, pasamos a reproducirlos:

Artículo 41. Criterios generales.

1. El sistema retributivo del personal estatutario se estructura en **retribuciones básicas y retribuciones complementarias**, responde a los principios de cualificación técnica y profesional y asegura el mantenimiento de un modelo común en relación con las retribuciones básicas.
2. Las **retribuciones complementarias** se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados.
3. La cuantía de las retribuciones se adecuará a lo que dispongan las correspondientes leyes de presupuestos. Elemento fundamental en este

apartado es, en cualquier caso, la **evaluación del desempeño** del personal estatutario que los servicios de salud deberán establecer a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia. La evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de determinación de una parte de estas retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza.

4. Los servicios de salud de las comunidades autónomas y entes gestores de asistencia sanitaria establecerán los mecanismos necesarios, como la ordenación de puestos de trabajo, la ordenación de las retribuciones complementarias, la desvinculación de plazas docentes u otros, que garanticen el pago de la actividad realmente realizada.

5. El personal estatutario no podrá percibir participación en los ingresos normativamente atribuidos a los servicios de salud como contraprestación de cualquier servicio.

6. Sin perjuicio de la sanción disciplinaria que, en su caso, pueda corresponder, la parte de jornada no realizada por causas imputables al interesado dará lugar a la deducción proporcional de haberes, que no tendrá carácter sancionador.

7. Quienes ejerciten el derecho de huelga no devengarán ni percibirán las retribuciones correspondientes al tiempo en que hayan permanecido en esa situación, sin que la deducción de haberes que se efectúe tenga carácter de sanción disciplinaria ni afecte al régimen de sus prestaciones sociales.

Artículo 42. Retribuciones básicas.

1. Las **retribuciones básicas** son:

a) El **sueldo** asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño conforme a lo previsto en los artículos 6.2 y 7.2 de esta ley.

b) Los **trienios**, que consisten en una cantidad determinada para cada categoría en función de lo previsto en el párrafo anterior, por cada tres años de servicios. La cuantía de cada trienio será la establecida para la categoría a la que pertenezca el interesado el día en que se perfeccionó.

c) Las **pagas extraordinarias** serán dos al año y se devengarán preferentemente en los meses de junio y diciembre. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y trienios, al que se añadirá la catorceava parte del importe anual del complemento de destino.

2. Las retribuciones básicas y las cuantías del sueldo y los trienios a que se refiere el apartado anterior serán **iguales en todos los servicios de salud** y se determinarán, cada año, en las correspondientes **Leyes de Presupuestos**. Dichas cuantías de sueldo y trienios coincidirán igualmente con las establecidas cada año en las correspondientes Leyes de Presupuestos Generales del Estado para los funcionarios públicos.

Artículo 43. Retribuciones complementarias.

1. Las retribuciones complementarias son **fijas o variables**, y van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus conceptos, cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada servicio de salud.

2. Las retribuciones complementarias podrán ser:

a) **Complemento de destino** correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual del complemento de destino se abonará en 14 pagas.

b) **Complemento específico**, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto por una misma circunstancia.

c) **Complemento de productividad**, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.

d) **Complemento de atención continuada**, destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada. e) **Complemento de carrera**, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

Artículo 44. Retribuciones del personal temporal.

El personal estatutario temporal percibirá la totalidad de las retribuciones básicas y complementarias que, en el correspondiente servicio de salud, correspondan a su nombramiento, con excepción de los trienios.

Artículo 45. Retribuciones de los aspirantes en prácticas.

En el ámbito de cada servicio de salud se fijarán las retribuciones de los aspirantes en prácticas que, como mínimo, corresponderán a las retribuciones básicas, excluidos trienios, del grupo al que aspiren ingresar.

Real Decreto Ley de Régimen Retributivo del Personal Estatutario (RD 3/1987 de 11 de septiembre)

Aunque este Decreto Ley quedó derogado tras la entrada en vigor de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco, es importante conocerlo para saber de dónde provienen las retribuciones que actualmente están fijadas para el personal estatutario.

En el preámbulo de dicho Decreto Ley, se establecía:

“La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, prevé la aprobación de un Estatuto-Marco para el personal de las Instituciones Sanitarias Públicas del Sistema Nacional de Salud, a cuyo efecto el Ministerio de Sanidad y Consumo. ha iniciado, desde principios de 1987, los trabajos necesarios para la elaboración de un Anteproyecto de Estatuto Marco, con participación de los representantes del personal. Como quiera que, de acuerdo con la reciente doctrina del Tribunal Constitucional, será necesario regular el Estatuto mediante una norma con rango de Ley, lo que, inevitablemente, supondrá demorar el calendario inicialmente trazado, resulta necesario aprobar, siquiera sea provisionalmente, el nuevo sistema retributivo. Esto permitirá satisfacer las remuneraciones del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, dentro del actual ejercicio económico”.

Ni que decir tiene, que el retraso en la definición y concreción de la Ley del Estatuto Marco ha sido considerable, puesto que pasaron más de 17 años hasta que la Ley fue aprobada en 2003.

En aquel momento, y a los efectos del percibo de las retribuciones básicas que se establecían en ese Real Decreto-ley, las diversas categorías del personal estatutario

se clasificaban de acuerdo con la titulación académica exigida para el ingreso en ellas, en los siguientes grupos:

Grupo A: Título de Doctor, Licenciado, Ingeniero, Arquitecto o equivalente.

Grupo B: Título de Ingeniero Técnico, Diplomado Universitario, Arquitecto Técnico, Formación Profesional de tercer grado o equivalente.

Grupo C: Título de Bachiller Superior, Formación Profesional de segundo grado o equivalente.

Grupo D: Título de Graduado Escolar, Formación Profesional de primer grado o equivalente.

Grupo E: Certificado de Escolaridad.

Resolución 0018/2015 de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud

En el Título II de **Ley 6/2014, de 30 de diciembre**, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2015 «De los créditos de personal», se incluyen las normas que regulan el régimen de las retribuciones del personal al servicio del sector público andaluz, recogiendo la normativa estatal de carácter básico.

Las retribuciones del ejercicio 2015, del personal que percibe sus retribuciones en aplicación del Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre y sus normas de desarrollo son:

- a) Las **retribuciones básicas (sueldo y trienios)** quedan fijadas en las cuantías recogidas en los Anexos II y III.
- b) El **complemento de destino** correspondiente a los distintos niveles de puestos de trabajo queda fijado en las cuantías recogidas en el Anexo IV.
- c) El **complemento específico** que, en su caso, esté asignado al puesto que se desempeñe, queda fijado en las cuantías recogidas en el Anexo I. El complemento específico anual se percibirá en catorce pagas iguales, de las que doce serán de percibo mensual y dos adicionales, del mismo importe que una mensual, en los meses de junio y diciembre, respectivamente.
- d) El resto de las **retribuciones complementarias** quedan fijadas en las cuantías recogidas en los Anexos V al XIII.
- e) Las **pagas extraordinarias** de los meses de junio y diciembre de 2015 quedan fijadas en las cuantías que se recogen al final del Anexo III.
- f) Los **complementos personales y transitorios** y retribuciones de carácter análogo reconocidos al personal se mantienen inalterables.

NOTA: Los Anexos a que hacen referencia los puntos anteriores y posteriores, están incluidos en dicha Resolución y no se han incorporado a este trabajo.

En la Resolución se incluyen también:

- Retribuciones del ejercicio 2015, del personal no integrado en los regímenes estatutarios de la Seguridad Social, personal de cupo y zona y cualquier tipo de personal no incluido en el ámbito de aplicación del Real Decreto-Ley 3/1987.

- Retribuciones del ejercicio 2015, del personal funcionario del Cuerpo Superior Facultativo de las II.SS de la Junta de Andalucía, Especialidades de Farmacia y Veterinaria.

- Retribuciones del ejercicio 2015, del personal en Formación

- Retribuciones del ejercicio 2015, del personal con Plaza Vinculada

3.6.3 Formación y Desarrollo

La **Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias define a la **formación continuada** como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

Asimismo, desarrolla los **objetivos** de la formación continuada:

a) Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.

b) Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.

c) Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.

d) Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.

- e) Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

3.6.3.1 Acreditación de las Actividades de Formación

La **Ley 2/1998** de 15 de junio, de Salud de Andalucía, preceptúa en el artículo 79, que corresponde a la Consejería de Salud la función de formar, reciclar y perfeccionar de manera continua a los profesionales sanitarios y no sanitarios del campo de la salud y de la gestión y administración sanitarias, desde una perspectiva interdisciplinaria, debiéndose establecer reglamentariamente los principios a que han de ajustarse el desarrollo y ejecución de estas funciones.

En el **Decreto 245/2000**, 31 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, se creó la **Secretaría General de Calidad y Eficiencia** y dependiendo de ella, la **Dirección General de Organización de Procesos y Formación**, a las que se les encomendó respectivamente las políticas de formación, desarrollo profesional y acreditación de los profesionales en el Sistema Sanitario Público Andaluz y centros concertados y el establecimiento del sistema de acreditación y la certificación para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los centros concertados.

Asimismo, el **Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias**, tiene como fin regular, dentro del sistema de acreditación, el procedimiento y los órganos que posibiliten el desarrollo de la acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía y cuyos objetivos nacen de las necesidades siguientes:

- a) Mejorar la calidad de la formación continuada sanitaria, contribuyendo a mantener y aumentar las competencias de los profesionales sanitarios.
- b) Adecuar la formación continuada sanitaria a las necesidades de salud de los andaluces y al desarrollo tecnológico, científico y de organización, eficaz y eficiente, del sistema sanitario y sus profesionales.
- c) Garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias a través de la formación continuada, herramienta fundamental de la política de gestión de personas y fórmula de garantía de eficacia de cualquier proceso de transformación y cambio.

Este Decreto tiene por objeto establecer, el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias y las estructuras organizativas necesarias para su desarrollo.

La Dirección General de Organización de Procesos y Formación es el órgano competente para la acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias para lo que desarrollará las siguientes funciones:

a) La acreditación de actividades concretas de formación sanitaria continuada, a solicitud de las personas o entidades organizadoras de las mismas, con validez en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

b) La realización de las auditorias, evaluaciones y actuaciones que se deriven del presente Decreto.

Igualmente corresponderán a este órgano las funciones de secretaría técnica del sistema de acreditación de actividades de formación continuada y, en particular, las siguientes:

a) Recepción y registro de las solicitudes de acreditación.

b) Valoración de las solicitudes.

c) Notificar las resoluciones de acreditación.

d) Mantener los sistemas de información y registro necesarios para la gestión del proceso de acreditación.

En el artículo 4, se establece que se crea el **Consejo Andaluz de Formación Continuada de las profesiones sanitarias**, adscrito a la Consejería de Salud, como órgano colegiado de carácter consultivo, al que se le encomienda el asesoramiento de la política en materia de formación continuada de las profesiones sanitarias. Este Consejo estará compuesto por los siguientes miembros:

a) Presidente: El titular de la Secretaría General de Calidad y Eficiencia o persona en quien delegue.

b) Vocales:

- El titular de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación de la Consejería de Salud o persona en quien delegue.

- El titular de la Dirección General de Formación Profesional.

- El titular de la Dirección General de Personal y Servicios del Servicio Andaluz de Salud o persona en quien delegue.

- El titular de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud o persona en quien delegue.

- El titular de la Dirección del Instituto Andaluz de Administración Pública o persona en quien delegue.
 - Uno, en representación de las Empresas Públicas Sanitarias Andaluzas.
 - El titular de la Dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública o persona en quien delegue.
 - Dos, en representación del Consejo Andaluz de Universidades.
 - Uno, en representación del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos
 - Uno, en representación del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos.
 - Uno, en representación del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios.
 - Uno, en representación del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
 - Uno, en representación del Consejo Andaluz de Colegios de Diplomados de Enfermería.
 - Uno, en representación de los Colegios Oficiales de Psicólogos de Andalucía Oriental y Andalucía Occidental.
 - Uno, en representación del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía.
 - Dos, en representación de las Sociedades Científicas inscritas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
 - Uno, en representación de los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad.
 - Uno, en representación de la Confederación de Empresarios Andaluces.
 - Uno, en representación de la Red de Comisión Docente de Andalucía
 - Uno, en representación de las Unidades de Investigación de Andalucía.
 - Uno, en representación de la Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria.
- c) Actuará de Secretario un funcionario de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación con voz y sin voto.

Corresponde al Consejo Andaluz de Formación Continuada de las profesiones sanitarias el desarrollo de las siguientes funciones:

1. Promover y orientar los criterios de elaboración de planes de formación continuada de las profesiones sanitarias y su actualización periódica.
2. Proponer iniciativas y actuaciones que mejoren el grado de eficiencia de los programas de formación continuada de las profesiones sanitarias.
3. Detectar y analizar las necesidades formativas de los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
4. Proponer la definición de las áreas y materias de acreditación preferente para la formación continuada en cada una de las distintas especialidades y profesiones sanitarias, así como las que abarquen a distintas especialidades de una misma profesión o de varias profesiones.
5. Analizar los métodos educativos más adecuados y proponer iniciativas que favorezcan el fomento de actividades de investigación sobre la formación continuada de las profesiones sanitarias.
6. Realizar estudios, informes y cualquier otra actuación que le sean encomendada por la Consejería de Salud en relación con la formación continuada de las profesiones sanitarias

Procedimiento de Acreditación

Las personas o entidades organizadoras de actividades formativas, que quieran acreditar las mismas, deberán presentar solicitud conforme a lo previsto en este Decreto, respecto de aquellas actividades presenciales y mixtas, impartidas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como de las no presenciales organizadas e impartidas por personas o entidades organizadoras con residencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La evaluación de las actividades de formación continuada de las que se haya solicitado acreditación se llevará a cabo a través de expertos en docencia y formación continuada, de forma anónima e independiente, según criterios generales comunes y mínimos establecidos en la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Acreditación de Actividades de Formación Continuada

1. La acreditación de actividades de formación continuada exigirá como requisitos mínimos, un componente cuantitativo ponderado, basado en la duración de la actividad y un componente cualitativo que constará de:
 - a) Objetivos generales y específicos.
 - b) Organización y logística (recursos materiales y humanos, estructura de la actividad y la adecuación entre la duración y los objetivos.

- c) Pertinencia de la actividad.
- d) Metodología docente, para conseguir los objetivos de la actividad formativa, el sistema pedagógico propuesto y el material de soporte escogido.
- e) Evaluación propuesta, de los participantes, de los docentes y de la propia actividad, en relación con los objetivos propuestos y las necesidades concretas.

2. Las acreditaciones de las actividades formativas emitidas de conformidad con lo dispuesto en el presente Decreto tendrán validez para todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el Convenio de Conferencia Sectorial Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias.

3. La emisión de diplomas y certificaciones correspondientes a los docentes y discentes de las actividades de formación continuada es responsabilidad del Centro o Unidad docente organizadora de la misma, en los que deberá constar el número de créditos concedidos.

3.6.3.2 Carrera y Desarrollo Profesional

Para encuadrar los aspectos fundamentales de la Carrera y el Desarrollo profesional, hay que tener presentes las aportaciones que sobre estas materias han hecho:

- 1) La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 2) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- 3) La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud
- 4) La Resolución de 29 de octubre de 2008, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, por la que se convoca, con carácter abierto y permanente, proceso de acceso al modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud y de promoción y mantenimiento de niveles de Carrera Profesional reconocidos para Licenciados y Diplomados Sanitarios.

-

1) **La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, establece en su artículo 41 que la **carrera profesional** es el **derecho** de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su

desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.

2) La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, nos presenta la regulación estatal del desarrollo profesional, concretamente en su artículo 38 que establece:

1. Las Administraciones sanitarias regularán, para sus propios centros y establecimientos, el reconocimiento del desarrollo profesional, dentro de los siguientes

principios generales:

a) El reconocimiento se articulará en cuatro grados. Las Administraciones sanitarias, no obstante, podrán establecer un grado inicial, previo a los anteriormente indicados. La creación de este grado inicial deberá comportar su homologación de acuerdo con lo previsto en el artículo 39 de esta ley.

b) La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación. La evaluación habrá de tener en cuenta también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica definidas en el artículo 10 de esta ley.

c) Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, cinco años desde la precedente evaluación positiva. En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde ésta.

d) La evaluación se llevará a cabo por un comité específico creado en cada centro o institución. El comité estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del servicio o unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como de evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas de su ámbito de competencia.

e) Los profesionales tendrán derecho a hacer constar públicamente el grado de desarrollo profesional que tengan reconocido.

f) Dentro de cada servicio de salud, estos criterios generales del sistema de desarrollo profesional, y su repercusión en la carrera, se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y

asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos.

2. Los centros sanitarios privados en los que existan profesionales sanitarios que presten servicios por cuenta ajena establecerán, en la medida en que lo permita la capacidad de cada centro, procedimientos para el reconocimiento del desarrollo profesional y la carrera de los mismos, que se adecuarán a los criterios fijados en este título. Los procedimientos a que se refiere el párrafo anterior serán supervisados, en su implantación y desarrollo, por la Administración sanitaria correspondiente. En cada centro se deberá conservar la documentación de evaluación de los profesionales de cada servicio o unidad de éste.

3. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad exclusivamente a través del ejercicio profesional por cuenta propia podrán acceder voluntariamente a los procedimientos de reconocimiento del desarrollo profesional, en la forma en que se determine por la correspondiente Administración sanitaria. En todo caso, dichos profesionales deberán superar las mismas evaluaciones que se establezcan para quienes presenten servicios por cuenta ajena en centros sanitarios.

3) La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en su artículo 40 establece los criterios generales de la carrera profesional:

1. Las comunidades autónomas, previa negociación en las mesas correspondientes, establecerán, para el personal estatutario de sus servicios de salud, mecanismos de carrera profesional de acuerdo con lo establecido con carácter general en las normas aplicables al personal del resto de sus servicios públicos, de forma tal que se posibilite el derecho a la promoción de este personal conjuntamente con la mejor gestión de las instituciones sanitarias.

2. La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

3. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

4. Los criterios generales del sistema de desarrollo profesional recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos. Su repercusión en la carrera profesional se negociará en las mesas correspondientes.

4) La Resolución de 29 de octubre de 2008, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud (BOJA 240 de 3 diciembre 2008) convoca con carácter abierto y permanente, proceso de acceso al modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud, y de promoción y mantenimiento de niveles de Carrera Profesional reconocidos, para Licenciados y Diplomados Sanitarios.

En dicha Resolución se define el baremo de méritos para el personal licenciado y diplomado sanitario y diplomado y licenciado de gestión y servicios. Un Baremo de Méritos que está compuesto por los factores:

- Complemento al Rendimiento Profesional
- Evaluación del Desempeño Profesional
- Formación
- Docencia
- Investigación
- Compromiso con la Organización.

En el caso de los Licenciados Sanitarios, los méritos a valorar en el Baremo de Méritos tienen una traducción en puntos de los seis factores definidos anteriormente. La Resolución citada, fijaba que en función de los puntos obtenidos por el profesional, éste podría, promocionar, mantener, o descender de nivel.

A modo de ejemplo, se presenta el cuadro de puntuación para Licenciados Sanitarios:

Tabla 3.7. Baremo de Méritos de Personal Licenciado Sanitario (Niveles de carrera profesional)

| NIVEL | PROMOCIÓN | MANTENIMIENTO | DESCENSO |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| NIVEL I | | | |
| NIVEL II | Objetivo: \geq 230 puntos | Objetivo: \geq 95 puntos | Objetivo: $<$ 95 puntos |
| NIVEL III | Objetivo: \geq 270 puntos | Objetivo: \geq 115 puntos | Objetivo: $<$ 115 puntos |
| NIVEL IV | Objetivo: \geq 310 puntos | Objetivo: \geq 145 puntos | Objetivo: $<$ 145 puntos |
| NIVEL V | Objetivo: \geq 320 puntos | Objetivo: \geq 155 puntos | Objetivo: $<$ 155 puntos |

Fuente: Elaboración Propia

El Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) de 9 de junio de 2015 ha publicado sendas resoluciones que introducen modificaciones en el modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud (SAS). En una de ellas se establece la incorporación de evaluadores externos en las Comisiones de Valoración de Carrera Profesional de Centro: un evaluador designado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y vocal designado por las Sociedades Científicas.

En la segunda resolución publicada en BOJA se modifica la composición de la Comisión Central de Valoración para Personal Licenciado y Diplomado Sanitario, en la que se integran la representación tanto de la Administración, como de las Organizaciones Sindicales integrantes de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad y que no se actualizaba desde 2010.

3.7. LAS POLÍTICAS DE PROFESIONALES EN LAS AGENCIAS PÚBLICAS EMPRESARIALES SANITARIAS

3.7.1. Derecho Laboral en las Agencias Públicas Empresariales

La **Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía**, establece en su **artículo 68**, algunas consideraciones fundamentales sobre las Agencias Públicas Empresariales:

1. Las agencias públicas empresariales son entidades públicas a las que se atribuye la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público, sean o no susceptibles de contraprestación, y que aplican técnicas de gestión empresarial en ejecución de competencias propias o de programas específicos de una o varias Consejerías, en el marco de la planificación y dirección de estas. Las **agencias públicas empresariales** pueden ser de **dos tipos**:

- a) Aquellas que tienen por objeto principal la producción, en régimen de libre mercado, de bienes y servicios de interés público destinados al consumo individual o colectivo mediante contraprestación.
- b) Aquellas que tienen por objeto, en ejecución de competencias propias o de programas específicos de una o varias Consejerías, y en el marco de la planificación y dirección de estas, la realización de actividades de promoción pública, prestacionales, de gestión de servicios o de producción de bienes de interés público, sean o no susceptibles de contraprestación, sin actuar en régimen de libre mercado.

2. Las agencias públicas empresariales se adscriben a una o varias Consejerías. Excepcionalmente pueden adscribirse a una agencia cuyo objeto además consista en la coordinación de varias de ellas. Asimismo, se podrán aplicar técnicas de coordinación funcional entre varias agencias públicas empresariales que compartan la misma adscripción orgánica, a través de órganos o unidades horizontales.

Asimismo, el **artículo 69** establece el **Régimen jurídico y ejercicio de potestades administrativas**:

1. Las agencias públicas empresariales a que hace referencia la letra a) del apartado 1 del artículo 68 de esta Ley se rigen por el Derecho Privado, excepto en las cuestiones relacionadas con la formación de la voluntad de sus órganos y con el ejercicio de las potestades administrativas que tengan atribuidas y en los aspectos específicamente

regulados en esta Ley, en sus estatutos, en la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía y demás disposiciones de general aplicación.

Las agencias públicas empresariales a que hace referencia la letra b) del apartado 1 del artículo 68 de esta Ley se rigen por el **Derecho Administrativo** en las cuestiones relacionadas con la formación de la voluntad de sus órganos y con el ejercicio de las potestades administrativas que tengan atribuidas y en los aspectos específicamente regulados en esta Ley, en sus estatutos, en la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía y demás disposiciones de general aplicación. En los restantes aspectos se regirán por el Derecho Administrativo o por el Derecho Privado según su particular gestión empresarial así lo requiera.

2. Las agencias públicas empresariales ejercerán únicamente las potestades administrativas que expresamente se les atribuyan y solo pueden ser ejercidas por aquellos órganos a los que en los estatutos se les asigne expresamente esta facultad. No obstante, a los efectos de esta Ley, los órganos de las agencias públicas empresariales no son asimilables en cuanto a su rango administrativo al de los órganos de la Administración de la Junta de Andalucía, salvo las excepciones que, a determinados efectos, se fijen, en cada caso, en sus estatutos.

3. En el caso de que se trate de funciones que impliquen la participación directa o indirecta en el ejercicio de las potestades públicas o en la salvaguarda de los intereses generales que deban corresponder exclusivamente a personal funcionario de acuerdo con la legislación aplicable en materia de función pública, podrá llevarlas a cabo, bajo la dirección funcional de la agencia pública empresarial, el personal funcionario perteneciente a la Consejería o la agencia administrativa a la que esté adscrita. A tal fin, se configurarán en la relación de puestos de trabajo correspondiente las unidades administrativas precisas, que dependerán funcionalmente de la agencia pública empresarial.

La dependencia de este personal supondrá su integración funcional en la estructura de la agencia, con sujeción a las instrucciones y órdenes de servicio de los órganos directivos de la misma, quienes ejercerán las potestades que a tal efecto establece la normativa general. El decreto por el que se aprueben los estatutos de la agencia contendrá las prescripciones necesarias para concretar el régimen de dependencia funcional, el horario de trabajo y las retribuciones en concepto de evaluación por desempeño y las relativas al sistema de recursos administrativos que procedan contra los actos que se dicten en ejercicio de las potestades administrativas atribuidas a la agencia.

Por su parte, el **artículo 70**, aborda el apartado de **Personal de las agencias públicas empresariales**:

1. El personal de las agencias públicas empresariales se rige en todo caso por el **Derecho Laboral**, así como por lo que le sea de aplicación en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Será seleccionado mediante convocatoria pública en medios oficiales, basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad.

2. Es **personal directivo** de las agencias públicas empresariales el que ocupa puestos de trabajo determinados como tales en los estatutos, en atención a la especial responsabilidad, competencia técnica y relevancia de las tareas asignadas. Su régimen jurídico será el previsto en el artículo 13 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, y en la normativa de desarrollo dictada por la Comunidad Autónoma de Andalucía.

3. La **determinación y modificación de las condiciones retributivas**, tanto del personal directivo como del resto del personal de las agencias públicas empresariales, requerirán el informe previo y favorable de las Consejerías competentes en materia de Administración Pública y de Hacienda. Estas Consejerías efectuarán, con la periodicidad adecuada, controles específicos sobre la evolución de los gastos de personal y de la gestión de los recursos humanos, conforme a los criterios previamente establecidos por las mismas.

Por tanto, los profesionales de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) no están sometidos a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y su vinculación será laboral y no estatutaria.

A través de los **Convenios Colectivos**, las APES acuerdan con los representantes de los trabajadores las condiciones laborales que se aplican a todos los trabajadores y las trabajadoras que presten sus servicios bajo la dependencia y por cuenta de la empresa pública. Normalmente quedan **excluidos**, expresamente, los siguientes supuestos:

- Las relaciones a que se refiere el artículo 2 del Estatuto de los Trabajadores (ET), especialmente y de forma expresa, las establecidas con personas que desempeñen funciones de alta dirección.(Directores/as y Subdirectores/as).
- El personal religioso y potestativo sujeto a concierto, y, por tanto, no vinculado laboralmente con la empresa.
- Aquellas personas físicas vinculadas con la empresa con un contrato no laboral de prestación de servicios, sea de naturaleza civil, mercantil o administrativa.

- El personal que tenga un vínculo laboral con empresas subcontratadas para realizar algún servicio en la empresa.

Las condiciones pactadas en el convenio constituyen un todo orgánico e indivisible quedando las partes obligadas al cumplimiento de su totalidad. Serán consideradas globalmente, con referencia a cada trabajador/a en su respectivo grupo profesional.

En función de su permanencia, los **contratos de trabajo** podrán concertarse por tiempo **indefinido o por duración determinada**, y tanto a tiempo pleno como a tiempo parcial, y bajo cualquier modalidad de contrato de entre las autorizadas por la Legislación vigente.

Será **personal eventual** el contratado para atender la acumulación de tareas o exceso de requerimientos de prestación de servicios, aun tratándose de la actividad normal de la Empresa. En tales casos, se estará a lo previsto en el Estatuto de los Trabajadores. El contrato eventual tendrá una duración máxima de doce meses en un período de dieciocho.

Será **personal con contrato de interinidad** el contratado para sustituir a otro de la empresa con derecho a reserva del puesto de trabajo durante su ausencia o para cubrir plazas vacantes mientras se sustancia el proceso de selección.

Los/as **Médicos Internos Residentes (MIR)**, se regirán por la normativa que les es propia, y en todo caso por las condiciones establecidas en su contrato o regulación expresa de la que se informará debidamente al Comité de Empresa.

3.7.2. Principales políticas de Profesionales

Selección

Tal y como establece el Decreto 98/2011, de 19 de abril, la selección del personal de la Agencia se realizará mediante **convocatoria pública** en medios oficiales y con sujeción a los principios constitucionales de mérito, igualdad y capacidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 70.1 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, y teniendo en cuenta la reserva legal de plazas para personas con discapacidad establecida para la Administración General de la Junta de Andalucía.

La APES adecuará la disponibilidad de sus recursos en cada momento a la satisfacción de las necesidades sociales que constituyen su objetivo, lo que habrá de traducirse en un organigrama funcional de cuya evolución, en su caso, se mantendrá informado a los/as representantes de los/as trabajadores/as.

La Selección de personal en las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) está regulada en sus Convenios Colectivos debiendo, asimismo, cumplirse con los **principios de acceso** que establece la Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público (publicidad, igualdad, capacidad, mérito y libre concurrencia).

A modo de ejemplo, en el Convenio de la APES Hospital Alto Guadalquivir se establecía que la selección del personal debe responder a los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, teniendo los/as representantes de los/as trabajadores/as un papel importante de participación, velando por el cumplimiento de estos principios y haciéndolos compatibles con el fin último de la Empresa. El sistema de cobertura de puestos de trabajo permanentes se realiza mediante el siguiente orden de prelación:

- 1) Traslado interno
- 2) Proceso de promoción interna
- 3) Movilidad voluntaria entre APES
- 4) Proceso de selección externo.

Cuando el proceso de cobertura de puesto de trabajo se realizara por procesos de selección externos, estos atenderán, igualmente, a criterios objetivos de publicidad, idoneidad y concurrencia de candidatos, siguiendo el mecanismo y criterios de valoración establecidos en las bases del proceso para cada convocatoria, bien para la contratación de personal indefinido o temporal.

La fecha de los procesos de selección externos (temporales o indefinidos) que se realicen para la cobertura de puestos de trabajo estables, la metodología referente a los mismos, los resultados etc., serán comunicados a los/las representantes de los/las trabajadores/as, que estarán presentes en las pruebas de selección. De igual forma, serán comunicados al Comité de Empresa los/las profesionales que estén en las **bases de datos** de personas de la APES, como susceptibles de ser convocados/as para la cobertura temporal de puestos de trabajo.

La reubicación de los **listados de contratación** derivados de los procesos de selección externos consiste en recoger en un único listado a todos/as los/as profesionales de distintas categorías, que han **superado previamente un proceso de selección externo temporal**, con el fin de su posterior contratación temporal cuando surja la necesidad en cualquiera de los centros de la APES. Cada dos años se procederá a la actualización del listado de reubicación que esté vigente en la empresa pública, que se desarrollará en virtud de las bases del proceso establecidas para cada convocatoria y del procedimiento establecido en cada momento. Con carácter previo a la convocatoria de actualización se creará una comisión paritaria que entre sus competencias estarán, establecer los criterios de valoración de dicho proceso y actualizar, en su caso, el procedimiento de reubicación establecido en cada momento. Estos procesos selectivos incluyen normalmente valoración curricular, pruebas de aptitud y entrevistas de actitud.

En definitiva, a través de pactos con los representantes de los trabajadores se configuran bolsas de trabajo que son utilizadas para la selección y contratación de profesionales, si bien la característica diferenciadora con las bolsas de empleo temporal del Servicio Andaluz de Salud es que todos los profesionales que figuran en bolsa de la APES han superado un proceso de selección completo.

La normativa aplicable sería:

- Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Decreto 98/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, y se modifican los de otras Agencias Públicas Empresariales Sanitarias.
- Convenios Colectivos de las APES.
- Bases de los Procesos de selección que se sustancian a través de Resoluciones de la Dirección Gerencia de la Agencia.

Retribuciones

La Estructura Retributiva de la APES persigue una política salarial justa y equitativa, que compense el valor añadido a la organización de cada profesional. Es un medio para alcanzar los objetivos estratégicos de la misma.

Las retribuciones en todas las Agencias se estructuran en **percepciones fijas** en razón de la categoría y puesto que se desempeña (salario base y complemento funcional), y **percepciones variables** ligadas al trabajo efectivamente desempeñado

(nocturnidad, jornada complementaria, guardias y/o continuidades asistenciales, festivos, turnicidad, incentivos variables, etc.).

El personal directivo y responsable (mando intermedio) está fuera de convenio a efectos de retribuciones.

La **estructura retributiva** estará constituida por el sueldo base, y los complementos salariales que, en su caso, se integren en la misma de conformidad con el Estatuto de los trabajadores y la regulación contenida en los Convenios Colectivos publicados en el BOJA:

a) Sueldo Base.

Es un concepto salarial fijo, asignado en función del grupo profesional al que se pertenezca. Se distribuye en catorce pagas (doce mensuales y dos extraordinarias). Se abonará según anexo correspondiente para cada grupo profesional, categoría y nivel.

b) Complemento Funcional.

Se percibirá por el desempeño efectivo de un puesto de trabajo dentro de cada grupo profesional. Supone la diferenciación de niveles dentro de cada grupo profesional. Se percibe en cada una de las doce pagas ordinarias mensuales.

La fecha regular de devengo de la nómina mensual será la del último día laborable del mes.

Se abonará según anexo correspondiente para cada grupo profesional, categoría y nivel.

La hora normal u ordinaria de trabajo es el resultado de la suma del salario base y el complemento funcional correspondiente, dividido por el número de horas de jornada ordinaria anual máxima de trabajo.

c) Incentivos Variables:

1. Incentivos A.

Es un concepto salarial variable, no consolidable. Está vinculado a la evaluación del cumplimiento de los objetivos marcados por el área correspondiente. La cuantía del Incentivo A viene determinada por la cantidad resultante de aplicar los porcentajes que se señalan en el Anexo correspondiente a la suma del salario base y el complemento funcional que el/la trabajador/a tenga en cada momento.

2. Módulo Asistencial.

Es un incentivo variable vinculado a la consecución de una serie de objetivos que tienden a la mejora de la atención del/de la paciente y usuarios/as por los/as facultativos/as de la APES.

Las APES han venido incorporando, desde su nacimiento, una importante cantidad de salario fijado a incentivos (retribuciones variables), superior a la utilizada en el Servicio Andaluz de Salud.

d) Pagas Extraordinarias:

Se percibirán dos pagas extraordinarias al año: Junio y Diciembre

e) Complemento de nocturnidad:

Los/as trabajadores/as con turno de trabajo rotatorio, que implica la realización de jornadas por la noche, percibirán un importe determinado por noche trabajada y según el grupo profesional al que pertenezca.

f) Complemento de domingos y festivos:

Los/as trabajadores/as que realicen jornada en domingos o festivos, percibirán un importe determinado según el grupo profesional de pertenencia, en función de los turnos realizados en dichos días.

g) Complemento por guardias médicas:

Las guardias médicas se prorratearán en vacaciones en función de la media aritmética de las cantidades percibidas por las mismas efectivamente realizadas en el semestre anterior. No percibiéndose en procesos de Incapacidad Temporal.

h) Complemento por guardias de supervisores/as:

Las guardias de supervisores/as se prorratearán en vacaciones en función de la media aritmética de las cantidades percibidas por las mismas efectivamente realizadas en el semestre anterior. No percibiéndose en procesos de Incapacidad Temporal.

i) Complemento por trienio trabajado:

Se establecen en el anexo de cada convenio, las cantidades que por este concepto, han de percibirse por cada tres años de servicio en la APES (trienios), y ello, en cifra igual en función del grupo de pertenencia y no por el puesto circunstancialmente desempeñado.

j) Complemento de turnicidad:

a) Turno diurno.

Los/as trabajadores/as de la empresa pública que realicen sus funciones en el turno diurno en mañana y tarde conjuntamente, tendrán derecho a percibir un complemento de turnicidad que se abonará con carácter mensual.

b) Turno rotatorio.

Los/as trabajadores/as de la empresa pública que realicen sus funciones en el turno rotatorio, tendrán derecho a percibir un complemento de turnicidad que se abonará con carácter mensual.

La normativa aplicable sería:

- Convenios Colectivos de las Agencias para el personal sujeto a convenio.
- Pactos en contrato de trabajo para el personal no sujeto a convenio.
- A las Agencias, como administración pública se les ha aplicado las limitaciones establecidas por:
 - las Leyes de Presupuestos
 - el Decreto-Ley 1/2012, de 19 de junio, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía.
 - el Decreto-ley 3/2012, de 24 de julio, por el que se modifica el Decreto-ley 1/2012, de 19 de junio, de medidas fiscales, administrativas, laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía, para adaptarlo al Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Formación

El propio Convenio Colectivo de la APES reconoce y valora la necesidad de fomentar la **formación y el perfeccionamiento profesional** de todos/as sus trabajadores/as, al objeto de adecuar las competencias de los/as mismos/as a los avances científicos y organizativos, por lo que ésta comprenderá no solo las materias que los/as trabajadores/as utilicen directamente en el desarrollo de sus tareas habituales, sino también aquellas materias o técnicas que puedan suponer una formación adicional y les permita mejorar su **rendimiento** en el puesto de trabajo.

La formación se trabaja a través de planes de formación propios de las APES que se conforman en base al **análisis de necesidades** que se realiza a nivel interno.

El **Plan de Formación**, que se formula anualmente desde una política de formación que pretende la adquisición de las competencias necesarias para intervenir en los

diferentes procesos, debe ajustarse al presupuesto previsto para formación. La Dirección de la APES será responsable de promover, organizar, coordinar, y supervisar todas las actividades de formación, debiendo contar con el Comité de Empresa.

Normalmente disponen de planes de formación interna y recursos para financiar formación externa.

Parte de la **financiación** necesaria proviene del presupuesto del Hospital y otra parte es recibida de subvenciones de la Fundación tripartita para la formación en el empleo.

El propio convenio estipula que la financiación del plan de formación, a fin de alcanzar una amplia reinversión, se hará preferentemente con cargo a las cuotas de Formación Profesional, gestionadas a través de la fundación para la formación continua (FORCEM) o de la institución o instituciones similares que puedan establecerse, en su caso con análogas dotaciones económicas y finalidades.

Dentro de la **formación profesional en el trabajo**, cabe distinguir entre los siguientes casos:

a) Formación necesaria para el correcto desempeño del puesto de trabajo:

La Empresa organizará las acciones de formación necesarias para el correcto desempeño de las funciones asociadas al puesto de trabajo, tanto al inicio de la relación laboral como ante la introducción de un nuevo método de trabajo, técnica, instrumentación, etc. Esta formación computará como jornada laboral, y los gastos que se originen serán por cuenta de la agencia.

b) Formación complementaria, de perfeccionamiento y desarrollo profesional:

Las partes firmantes asumen el contenido de los acuerdos nacionales sobre formación profesional continua por el que se regulan las acciones formativas de los/as trabajadores asalariados, declarando que sus efectos se aplicarán en el ámbito funcional del Convenio Colectivo de la Agencia.

De todos los cursos de formación organizados por la APES se expiden los oportunos certificados de asistencia, con especificación de horas lectivas.

La normativa aplicable sería:

- Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Convenios Colectivos de las Agencias para el personal sujeto a convenio.
- Planes de Formación, Procedimientos internos.

Carrera y Desarrollo Profesional

El Convenio colectivo de la Agencia prevé la **adhesión al modelo de carrera profesional** del SSPA mediante la adaptación de la normativa que emita el Servicio Andaluz de Salud a la naturaleza de la APES. Esto permite que se pueda hablar del

modelo de carrera profesional del SSPA. Por ello, los niveles de carrera, requisitos de ascenso, efectos y retribuciones, proceso de certificación, periodicidad y demás disposiciones son los mismos que para el profesional del SAS.

A través de Resolución, la Dirección Gerencia de la APES, convoca, con carácter abierto y permanente, proceso de acceso al modelo de carrera profesional de dicha agencia y de promoción y mantenimiento de niveles de carrera profesional reconocidos, para licenciados y diplomados/as sanitarios.

Esta convocatoria se realiza de conformidad con lo establecido en el artículo 41 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y en el artículo 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y el Acuerdo de 16 de mayo de 2006, sobre políticas de personal para el periodo 2006 a 2008, publicado en BOJA nº146, de 31 de julio de 2006, que establece el modelo de carrera profesional.

El desarrollo procedimental de la carrera profesional en la APES, es similar al del SAS, con sus resoluciones de convocatorias de carrera, comisiones centrales y comisiones de valoración por categorías, etc.

- Normativa aplicable (Leyes, Decretos, Órdenes, Resoluciones)

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Acuerdo de 16 de mayo de 2006, sobre políticas de personal para el periodo 2006 a 2008, publicado en BOJA nº146. (Pacto de Carrera Profesional del SAS).
- Resoluciones de la Dirección Gerencia de la Agencia por la que se convoca proceso de acceso al modelo de Carrera Profesional.
- Convenios Colectivos de las Agencias para el personal sujeto a convenio.

CAPÍTULO 4

EL CONTROL INTERNO

4.1. MARCO CONCEPTUAL DEL CONTROL INTERNO

4.1.1. El riesgo y la necesidad de control

Las organizaciones empresariales tienen la necesidad vital de disponer de sistemas formalizados de gestión que faciliten la dirección y coordinación de sus diferentes áreas/unidades, así como de las actividades que en ellas se realizan.

El control empresarial se ha convertido en un tema analizado y recogido por muchos autores, con diferentes perspectivas, destacando la mayoría de ellos su importancia y absoluta necesidad. A continuación se exponen algunas de las opiniones y valoraciones que podrían enmarcar, la ubicación, la significación y las claves del **control interno** en las organizaciones empresariales:

- Aguirre (1995) tipifica las siguientes funciones dentro del ámbito de la administración de una empresa: planificar, organizar, ejecutar y controlar.

Estas cuatro funciones están integradas porque se desarrollan en el ámbito de una misma unidad económica, se ejecutan por los mismos gestores y **se influyen entre sí**, y porque todas ellas exigen la toma de decisiones para ser operativas.

- Pérez-Carballo (2002) define el control como aquella función que pretende asegurar la **consecución de los objetivos** y planes prefijados en la fase de planificación. Como última etapa del proceso de gestión, el control se centra en actuar para que los resultados generados en las fases que le preceden sean los deseados.

Como forma de conseguir su supervivencia, la dirección de una empresa tratará de asegurar que las actividades se realicen de la manera más adecuada (adaptación al entorno y coordinación entre unidades) y que el coste de estos recursos sea inferior a los ingresos que obtenga de su transformación y comercialización. Para el logro de esta tarea, es necesario que existan mecanismos de control que faciliten que las actividades internas sean coherentes con los fines de la empresa y las exigencias del entorno.

- Para Amat (2002) el logro de los objetivos globales de la empresa exige, a medida que su dimensión es mayor, su fragmentación en diferentes objetivos específicos para los diferentes centros de responsabilidad. En función de estos elementos (objetivos,

responsabilidades, recursos) cada persona toma decisiones y obtiene unos determinados resultados. Por ello, es necesario que exista un sistema de medición y **evaluación** de la actuación individual y organizativa y del resultado que se obtiene.

De acuerdo con la opinión de este autor la necesidad del control está ligada a la existencia de recursos escasos, la discrecionalidad en la toma de decisiones, las diferencias en los objetivos, necesidades y motivaciones entre diferentes personas y grupos, y la propia complejidad de la realidad organizativa.

- Según Almela (1991) el aumento en la complejidad empresarial supone una **delegación** de facultades, y esto exige la implantación de los controles necesarios para conseguir que las responsabilidades delegadas por los propietarios y directivos de la empresa se conserven unidas a los mismos.

- Autores como Roca y Soldevila (2002) clasifican los **modelos de control** en **tres corrientes** en función de los presupuestos antropológicos y sociológicos utilizados:

- 1) Sistemas mecanicistas y formales de control, son los que cuentan con un elevado grado de formalización, lo que supone que el procedimiento de medición está perfectamente definido y su aplicación mecánica no ofrece duda alguna en la posterior evaluación. Estos mecanismos de control se aplican en organizaciones que tienen unos objetivos claros y perfectamente definidos por la dirección a través de la política de empresa.

Dentro de esta corriente se incluyen la teoría clásica o tradicional de la organización y la teoría de la Contingencia.

- 2) Sistemas de control psicosociológicos, cuyos defensores afirman que el control del comportamiento individual no puede conseguirse únicamente a través del uso de técnicas cuantitativas, sino que responde básicamente a condiciones psicosociales. Se incorporan las relaciones humanas como factor clave en el diseño del sistema de control, haciendo hincapié en los objetivos individuales de cada uno de los empleados, y su relación con los de la organización.
- 3) Sistemas de control basados en las culturas corporativas. Esta corriente no solo tiene en cuenta los diferentes aspectos formales y psicosociales de la organización, sino que introduce la cultura de las organizaciones y de los individuos que la integran.

Para esta corriente el “management” está basado en conceptos como ética, flexibilidad, calidad y potencial humano. La solución a muchos de los problemas empresariales se halla no solo en la forma de utilizar la tecnología

sino, fundamentalmente, en cómo conseguir maximizar las capacidades de los recursos humanos disponibles en una organización.

- De manera parecida Amat (2002) realiza una clasificación que expresa como el control, ya sea poco o muy formalizado, es fundamental para asegurar que todas y cada una de las actividades de una empresa se realizan de la forma deseada y contribuyen a la consecución de los objetivos globales. Así, dentro del concepto de control se pueden distinguir **dos perspectivas** claramente diferenciadas:

- 1) Una perspectiva limitada de lo que significa el control en la organización, centrada en muchos casos en el cálculo contable del resultado. En este sentido el control se entiende como el análisis *a posteriori* y en términos monetarios de la eficacia de la gestión de los diferentes responsables de la empresa, en relación a los resultados que se esperaban conseguir o a los objetivos que se habían predeterminado. Bajo esta perspectiva lo más habitual es utilizar sistemas de control contables.
- 2) Una perspectiva más amplia del control que no solo considera los aspectos financieros sino también, y especialmente, el contexto en el que se realizan las actividades y, en particular los aspectos ligados al comportamiento individual, a la cultura organizativa y al entorno. En este ámbito el control se ejerce a través de diferentes mecanismos que no solo miden el resultado final obtenido sino que también, especialmente, tratan de orientar e influir en que el comportamiento individual y organizativo sea el más conveniente para alcanzar los objetivos de la organización.

- Asimismo, Pérez-Carballo (2002) pone de manifiesto que el proceso sustancial del control consiste en **comparar lo real con lo planeado**. La diferencia entre ambos refleja el grado de cumplimiento de los objetivos, las desviaciones. De la interpretación de tales desviaciones nacen las acciones a realizar para la consecución de los objetivos que supone el fin último de la función de control.

En síntesis, **sin objetivos no puede haber control** y sin acciones éste pierde todo su valor como **instrumento de mejora de la gestión**.

El Control Interno es una herramienta surgida de la imperiosa necesidad de accionar proactivamente, los efectos de suprimir y / o disminuir significativamente la multitud de riesgos a los cuales se hayan afectadas los distintos tipos de organizaciones, sean estas privadas o públicas, con o sin fines de lucro.

Son innumerables las normas y reglamentaciones, de carácter impositivas, laborales, ecológicas, de consumidores, contables, bancarias, societarias, bursátiles, etc., que, provenientes de organismos internacionales, nacionales, autonómicos, provinciales y municipales, obligan a las administraciones de las organizaciones a mantenerse muy alerta ante los riesgos que la falta de cumplimiento de las mismas podría significar para sus patrimonios y su propia viabilidad.

El constante avance que en los diversos países ha tenido la burocracia estatal y para-estatal sobre los entes privados, ha llevado a éstos a la búsqueda de herramientas o instrumentos que permitan, "suprimir y / o disminuir" significativamente los riesgos a los cuales se encuentran expuestos. En este sentido el control interno nace como forma de **gestionar los posibles riesgos** que puedan surgir en cualquier tipo de negocio.

La evaluación del riesgo en una empresa consiste en identificar y analizar aquellos factores que puedan afectar a la consecución de los objetivos con el fin de determinar la forma en que tales riesgos pueden ser gestionados.

La definición de los objetivos de una organización implica una evaluación de los riesgos que pueden afectar a su cumplimiento y mecanismos de control adecuados para su detección y actuaciones de respuesta, en el caso necesario. De este modo se origina un proceso dinámico que implica la mejora continua en la definición de objetivos y en la gestión de riesgos y mecanismos de control.

A juicio de Barrio Tato y Barrio Carvajal (2008), **los objetivos** que hay que tener en cuenta en el análisis de riesgos se pueden agrupar en tres grandes **categorías**:

- objetivos operacionales
- objetivos relacionados con la información financiera
- objetivos de cumplimiento.

Una empresa está expuesta a una serie de riesgos motivados entre otras por las siguientes causas:

- por acciones de mala fe, que bien por parte de su personal o de sus clientes y proveedores supongan un riesgo de cometer incumplimientos de normativas legales y/o errores internos de buena fe.

- por acciones del tipo accidental (como pueden ser incendios, o las pérdidas de archivos en el sistema informático), o por último la falta de previsiones en materia de seguridad interna.

Cualquiera de estos sucesos supone para la entidad pérdidas económicas, que en muchos casos pueden poner en riesgo la continuidad de la propia empresa. A modo de ejemplo pensemos en las pérdidas que por defectos en los procesos productivos afectan a la calidad de los productos y servicios, y con ello a los costes (reprocesamiento, garantías, desperdicios) como así también a la degradación en la reputación de la empresa.

La Dirección de una empresa, en el desarrollo de sus funciones, es responsable de administrar sus activos e inversiones, si bien en el ejercicio de esta responsabilidad está expuesta a una serie de riesgos de cierta importancia. En este sentido un **sistema de control interno** permite evitar o al menos mitigar estos riesgos, proporcionando a la dirección una relativa tranquilidad en el desarrollo de su gestión, convirtiéndose en un **instrumento de apoyo a la gerencia**.

El American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) pone de manifiesto que el establecimiento y correcto mantenimiento de un sistema de control interno es responsabilidad de la gerencia. El sistema estará bajo la supervisión continua de la gerencia, para asegurarse que funciona de acuerdo con las directrices marcadas por la propia dirección.

En este sentido, autores como Howard F. Stettler, 1982 (citado por Almela Díez, 1991 bis) ponen de manifiesto que no es suficiente con que la gerencia sea responsable del establecimiento de dicho sistema, sino que esto ha de llevarse a efecto logrando el «máximo beneficio, al mínimo coste y manteniendo unas cotas de calidad».

Para Díaz Zurro (2002) el fundamento del control interno no responde a la necesidad de asegurar el cumplimiento de una obligación impuesta desde fuera, aunque no cabe olvidar que éste es en la práctica uno de sus resultados, sino que responde a un **principio de autocontrol**.

El control interno es tan **antiguo como la propia economía** y como afirma Almela Díez (1991) ya era utilizado por los romanos para la autorización de los gastos y de los

impuestos, responsabilidad del Senado romano, mientras que los fondos eran custodiados por los administradores de la Asamblea legislativa.

Otro claro ejemplo está en el siglo XV, cuando los Medicis introdujeron un control eficaz sobre las cantidades de materias primas puestas en cada fase de fabricación en sus fábricas de tejidos, cotejando las cantidades suministradas a cada puesto de trabajo con las unidades fabricadas por el mismo.

4.1.2. Evolución del concepto de control interno

Sin duda, la gran evolución en la concepción del control interno ha venido de la mano del crecimiento de la actividad económica y la aparición de las grandes organizaciones empresariales, abarcando una gran variedad de operaciones técnicas especializadas, y contando con un gran número de trabajadores y delegaciones en diferentes puntos geográficos.

En este sentido Vela y Marco (1982) señalan que el origen de esta evolución del control interno se encuentra en países como Estados Unidos, Inglaterra y demás países incluidos dentro del área de influencia anglosajona, cuyo estudio, perfeccionamiento y avance de las técnicas y procedimientos de la auditoría, emprendieron un proceso revisionista que se puede denominar “la revolución del control interno”.

Distintas organizaciones internacionales han venido proponiendo que en las memorias anuales de las empresas, la gerencia reconociese sus responsabilidades en la preparación de estados financieros, respecto a principios de contabilidad, sistema contable y control interno, así como una descripción del trabajo del Comité de Auditoría y la respuesta de la empresa a las deficiencias importantes de control interno destacadas por los auditores externos.

En este sentido y a modo de ejemplo, la SEC (Securities and Exchange Comisión) en EEUU, ha exigido a todas aquellas compañías que coticen en Bolsa en ese país, incluir en sus memorias anuales una declaración firmada por sus órganos directivos acerca de la calidad de sus sistemas de control interno de naturaleza contable.

Tras una revisión bibliográfica acerca de las diversas **definiciones de control interno**, unas referidas al control interno en el ámbito empresarial y otras aplicadas al sector público en particular, destacaríamos las siguientes:

➤ En la evolución de la teoría del Control Interno, éste estuvo muy ligado a los sistemas contables de cualquier organización, considerándose a los controles como mecanismos o prácticas para prevenir o identificar actividades no autorizadas. Así pues, podemos encontrar una primera definición de control interno desde un punto de vista puramente contable. En este sentido, el manual de auditoría del Registro de Economistas Auditores define el Control Interno como:

“El sistema que comprende la estructura, las políticas, los procedimientos y las cualidades del personal de una empresa, tendentes a: proteger sus activos, asegurar la validez de la información, promover la eficiencia en las operaciones, estimular y asegurar el cumplimiento de las políticas y directrices emanadas de la Dirección”.

➤ El Instituto Americano de Contables Públicos Certificados (AICPA) en el Statement on Auditing Procedure del año 1973, da la siguiente definición del control interno:

“El control interno comprende el plan de organización y los métodos adoptados en una empresa para salvaguardar sus activos, comprobar la corrección de sus registros de contabilidad, promover la eficiencia operacional y fomentar las normativas empresariales establecidas.”

Esta definición a juicio del Instituto de Censores Jurados de Cuentas de España es, sin lugar a dudas, la más amplia que hasta el momento se había adoptado sobre control interno, ya que a éste se le considera como el medio por el que la gerencia empresarial obtiene la protección, control e información necesarios para dirigir la organización empresarial eficazmente.

Se amplió por tanto la definición de control interno para admitir que, en un sistema global de control, existen dos aspectos distintos: los controles administrativos y los controles contables.

➤ Otra definición la encontramos en el Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, cuando en el Informe Coso (1992) define el Control Interno como:

“El proceso que ejecuta la administración con el fin de evaluar operaciones con seguridad razonable en tres principales categorías: Efectividad y eficiencia

operacional, Contabilidad de la información financiera y cumplimiento de políticas, leyes y normas".

➤ Para Almela Díez (1991) la definición que más se adapta a la concepción actual de control interno nos la proporciona el Institute of Internal Auditors (IIA), al expresar que:

“un control es toda acción llevada a cabo por la dirección para favorecer la posibilidad de que los objetivos y metas establecidos sean alcanzados. La dirección planifica, organiza y dirige la ejecución de acciones suficientes para proporcionar razonable seguridad de que los objetivos y metas se logren. Así, el control es la consecuencia de una apropiada planificación, organización y dirección por parte de la gerencia”.

A continuación, destacamos algunas de las reflexiones realizadas por distintos autores e instituciones públicas en relación con el **control interno en el ámbito del sector público**:

➤ El Seminario Internacional de auditoría Gubernamental realizado en Austria en 1971, bajo el patrocinio de la Organización de Naciones Unidas y la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI), define el concepto de control interno como:

"El plan de organización y el conjunto de medidas y métodos coordinados, adoptados dentro de una entidad pública para salvaguardar sus recursos, verificar la exactitud y el grado de confiabilidad de sus datos contables, promover la eficiencia en las operaciones y estimular la observación de la política."

El interés por este tema respondía a dos hechos importantes: en primer lugar, a partir de la década de los 70 el sector público había crecido de manera significativa en los países en desarrollo, tanto en magnitud como en volumen de operaciones, y, en segundo lugar, las entidades públicas eran muy reacias a efectuar cambios para disponer de una administración moderna y eficaz, a pesar que se encontraban en un escenario distinto.

➤ Sánchez Revenga, 1989 (Citado por Urbano López de Meneses, 2009) define el control interno como:

“aquel control que se realiza por órganos dependientes de la propia autoridad que tiene a su cargo la responsabilidad de la gestión del gasto”.

- Según Urbano (2009), este concepto está relacionado con la posibilidad que tienen los gestores de establecer medidas internas de control, con la restricción de que debe tratarse de comprobaciones desarrolladas por entidades instituciones pertenecientes al ente controlado, pero que gozan de plena independencia en el ejercicio de sus funciones.
- Otros autores como Adán Carmona (2008) incide en el hecho de que el control interno de la gestión económico-financiera del sector público estatal no está mencionado en la Constitución Española (CE), por lo que quien gobierne la cosa pública puede modular ese control como desee o bien prescindir en la práctica del mismo, ya que solo el Tribunal de Cuentas, como supremo órgano fiscalizador de las Cuentas y de la gestión económica del Estado así como del sector público (art. 136 CE), debe rendir cuentas a las Cortes Generales.

Este mismo autor en su artículo “El encaje actual del control interno en el sector público estatal” (2008) hace un análisis de la Ley General presupuestaria de 2003 y afirma que se definen las auditorías en dicha ley de una forma muy general y se manifiesta en nueve modalidades (regularidad contable, cumplimiento, operativa...), de las que, la más importante y más utilizada siguiendo el guión de la ayuda al gestor, debería ser la valoración independiente y objetiva del nivel de eficacia, eficiencia y economía alcanzado en la utilización de los recursos públicos. Sin embargo los planes de auditoría se centran más en las auditorías de regularidad contable o de cumplimiento (legalidad) que en la de economía, eficacia y eficiencia.

- En el año 2006, el Comité Interinstitucional de las Universidades Públicas de Colombia definió el Control Interno como

“El conjunto de principios, fundamentos, reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre sí y unidos a las personas que conforman una organización pública, se constituye en un medio para lograr el cumplimiento de su función administrativa, sus objetivos y la finalidad que persigue, generándole capacidad de respuesta ante los diferentes públicos o grupos de interés que debe atender”.

- Autores como Barrio Tato y Barrio Carvajal, (2008) asocian el control interno con el buen gobierno al afirmar que:

“Un buen gobierno implica la existencia de políticas, estrategias y controles orientados a la consecución de los objetivos y a garantizar que las empresas utilizan

sus recursos de una manera eficaz, además de asegurar la existencia de un sistema para el control y gestión de los recursos”.

➤ A nivel europeo el Servicio de Auditoría Interna de Bélgica define el control de gestión interno como:

“los dispositivos permanentes adoptados por una entidad para reducir los riesgos y asegurar que las actividades son debidamente dirigidas en todos los niveles”. (Urbano, 2009)

Como ya se ha señalado anteriormente, con el paso del tiempo las herramientas de control interno sobrepasaron las fronteras del ámbito puramente contable y se empezaron a aplicar no solo en organizaciones de carácter privado sino también en las públicas.

El control de la actividad económico financiera del sector público no puede ser ajeno a los cambios que experimenta la realidad sobre la que recae. De esta forma los objetivos y la tendencia, por la que debe evolucionar el control de la actividad económica del sector público, debe ser similar a la tendencia, a los objetivos que se deben perseguir en la actividad económica-financiera pública (Pérez Pérez, 2008).

Para Parrés (2010), la función de control interno no puede seguir obviando por más tiempo el análisis y evaluación de los resultados e impactos de la acción pública, sino que, por el contrario, debe revalorizarse, incorporando valor añadido propio de nuestra actual sociedad del conocimiento: ofreciendo información valiosa para el directivo y gestor público que permita orientar la toma de decisiones sobre el rumbo a seguir en el proceloso océano de la gestión pública, suministrando información que permita evaluar el nivel de resultados de los servicios públicos y si se desarrollan los principios y prácticas de buena gestión sobre las que existe consenso académico y profesional, y facilitando en último término, el cumplimiento del principio de transparencia de la gestión desarrollada, por ciento uno de los mejores indicadores del grado de madurez democrático de las sociedades avanzadas.

Otro aspecto más, en esta evolución del concepto de control, ha sido la relación establecida por diversos autores entre el concepto de “control interno” y “el control de gestión”. En este sentido Robert N. Anthony y Vijay Govindarajan (2003) definen el control de gestión como el proceso por el cual los directivos influyen en otros miembros de la organización para que implanten las estrategias de la organización.

Para estos autores el control de gestión implica un conjunto de actividades que incluyen:

- La planificación de lo que la organización debería hacer.
- La coordinación de actividades de distintas partes de la organización.
- La comunicación de la información
- La evaluación de la información
- La decisión, si procede, de las acciones a tomar
- La influencia en las personas para que cambien su comportamiento

Finalmente, y en relación con el control interno en el ámbito de lo público, los modelos de control orientados a resultados en entornos dinámicos, complejos y de incertidumbre, como son los entornos en los que se desarrollan la mayoría de las políticas públicas actuales, deben intentar complementar el análisis de la adecuación a la legalidad y los indicadores tradicionales basados en las tres “E” (Eficiencia, Eficacia y Economía) con lo que los expertos denominan **las tres “D”**:

- Diagnóstico: la capacidad de la organización analizada para identificar nuevos problemas o desafíos o la redefinición de los actuales, teniendo en cuenta los cambios en el entorno y las expectativas y necesidades de sus grupos de interés.

- Diseño: la capacidad de la organización para facilitar un proceso de formulación de las políticas, estrategias y objetivos necesarios para enfrentarse a los nuevos problemas identificados.

- Desarrollo: la capacidad de la organización para desplegar las estrategias y objetivos diseñados, implantar las nuevas soluciones, superando conflictos y resistencias y aprendiendo de la propia experiencia.

4.1.3 El control interno en el contexto internacional

La terminología que podemos encontrar asociada a los conceptos de control y auditoría interna es muy variada en el contexto internacional y de hecho se utiliza de manera indistinta: Auditoría Superior, Auditoría Gubernamental, Auditoría Pública, Fiscalización, Fiscalización Pública, o Fiscalización Superior.

Al mismo tiempo, también son variadas las entidades que se encargan de estas cuestiones: Auditorías Generales, Contralorías Generales, o Tribunales de Cuentas, etc.

La falta de precisión en leyes y normativas ha hecho que se produzcan afirmaciones como: “en ninguna parte se define el significado de palabras tan básicas como

fiscalización, así como tampoco se explica en ninguna parte el significado de una palabra tan utilizada en el terreno de la empresa privada como es auditoría". (Gómez Maldonado, 2009)

En el ámbito internacional, algunos de los informes que marcan la **cronología inicial** sobre investigación del control interno, en la última década del siglo XX, son:

- Antes de 1970: Regulaciones puntuales por asociaciones profesionales como American Institute of Certified Public Accountants (AICPA)
- 1973: Nace la U.S. Securities and Exchange Commission (SEC), como organismo regulador en EEUU, que propone la creación de los comités de auditorías independientes
- 1977: Se promulga la Ley de prácticas corruptivas en el extranjero.
- 1978: Se constituye la Treadway Commission de donde nacerá la primera descripción formal del Código de buen Gobierno. COSO(1992)
- 1992: Informe COSO (USA). Las entidades promotoras de ese informe son: American Accounting Association(AAA), American Institute of Certified Public Accountants (AICPA), Financial Executive Institute (FAI), Institute of Internal Auditors (IIA) e Institute of Management Accountants (IMA)
- 1992: Informe Cadbury (UK)
- 1994: King Report (RSA)
- 1995: Informe Greenbury (UK) y Vienot (FR)
- 1996: Informe COCO (CAN)
- 1998: Informe Olivencia (ESP) Informe Turnbull (UK) e Informe Hampel (UK)
- 1999: Informe Vienot II (FR) CMV (PORT) IAIM (IRL)
- 2000: Informe Ribbon (USA) y Combined Code (UK)

Revisados estos antecedentes internacionales, la información sobre control interno comienza a ser obligatoria a partir de las disposiciones que desarrolla la Ley Sarbanes - Oxley Act (Agosto 2002), si bien la cuestión no es nueva ya que el salto cualitativo más importante tiene lugar con ocasión de la publicación del informe COSO en Septiembre de 1992.

La **Ley Sarbanes – Oxley Act** constituye la regulación mas importante en el ámbito financiero de los Estados Unidos. Conocida como SOX, SOA o SARBOX, nació como respuesta a una serie de escándalos corporativos que afectaron a empresas estadounidenses a finales de 2001, producto de quiebras, fraudes y otros manejos administrativos no apropiados, que mermaron la confianza de los inversores, respecto

de la información financiera emitida por las empresas. Este texto legal abarca temas como el buen gobierno corporativo, la responsabilidad de los administradores, la transparencia, y otras importantes limitaciones al trabajo de los auditores.

Son muchos los autores que señalan la importancia que la Ley Sarbanes ha tenido en el desarrollo del control en las organizaciones, como Durán Baquerizo (2004), cuando afirma que en el ámbito internacional, la inquietud por el control interno cuenta con importantes referencias, aunque con diferente enfoque: la americana (la SOA y disposiciones posteriores), y la europea (el Informe Winter, cuyo desarrollo corresponde a cada país de la Unión Europea).

Asimismo, Jiménez Montañés, (2006) señala que la promulgación de la Ley Sarbanes-Oxley ha marcado un hito en el comportamiento de las organizaciones. Esta ley denominada “Public Company Accounting Reform and Investor Protection Act”, otorga un papel estratégico a la Auditoría Interna en el cumplimiento de la calidad y transparencia de los Estados Financieros, al establecer en la sección 404 la “Evaluación de la gerencia de los controles internos”, que se centra en la presentación de informes de control interno.

Probablemente, una de las principales novedades implantadas en materia de Control Interno en EEUU derivadas de esta ley, fue el requerimiento que se hizo a la SEC (U.S. Securities and Exchange Commission) para que como Comisión de Valores de Estados Unidos exigiera a las compañías la inclusión de información sobre el control interno en la presentación de sus cuentas anuales. Para ello las empresas cotizadas en bolsa deben remitir a la SEC un informe de la dirección sobre el control interno contable.

En Europa, una aportación importante al estudio del control interno de las organizaciones fue el Informe Winter en el año 2003, con un triple objetivo:

- Fomentar la adaptación del derecho societario en Europa a las exigencias de la culminación del mercado único.
- Agilizar y optimizar el funcionamiento de los mercados de valores y a fomentar el uso de las modernas tecnologías para mejorar los procesos societarios y
- La generalización de las prácticas de buen gobierno.

En España desde la publicación en 1998 del Informe Olivencia, los pronunciamientos oficiales sobre buen gobierno se han ido sucediendo, (Ley 44/2002 de 22 de

Noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, Informe de la Comisión Aldama en 2003 para el fomento de la Transparencia y Seguridad en los Mercados y en las Sociedades Cotizadas). Todas estas iniciativas tienen como objetivo fomentar en las empresas el rigor en las prácticas de buen gobierno.

En este sentido, Durand Baquerizo (Año 2004) indica que las sociedades cotizadas en nuestro país deben cumplir los siguientes requisitos en materia de información extracontable:

- transparencia
- existencia de una Comisión de Auditoría
- obligatoriedad anual de hacer público un informe de buen gobierno.

Las **condiciones** más importantes que debe cumplir un **sistema de control interno** con objeto de asegurar su **eficacia** (Almela, 1991) son:

- a) Objetivos y planes bien definidos, que estarán basados en normas de realización previamente establecidas, servirán primordialmente para, planificar y controlar adecuadamente las operaciones, con el fin de disminuir el riesgo de las incertidumbres empresariales, incluyendo instrucciones que definan claramente la constitución y la jerarquía de la empresa.
- b) Estructura organizativa sólida. Dicha estructura proveerá una segregación apropiada de las responsabilidades funcionales, pudiendo variar con el tamaño de la empresa, sus actividades, localización geográfica, grado de interacción con otros entes, diversidad de productos, modalidades de comercialización, etc.
- c) Procedimientos efectivos y documentados, cuya finalidad es evitar que se diluyan y disimulen responsabilidades en caso de actuaciones no satisfactorias. Con tal motivo es recomendable que los deberes, funciones y formas o prácticas de operar que deban desarrollar los diferentes componentes que integran la empresa, estén claramente expresados por escrito.
- d) Sistemas de autorización y de registro. La empresa debe contar con un plan de autorizaciones, registros contables y procedimientos adecuados para proporcionar un buen control contable sobre los activos, los pasivos, los ingresos y los gastos.
- e) Competencia e integridad del personal. La calidad del personal estará en relación con sus responsabilidades. Al respecto, el AICPA (American Institute of CPAs) manifiesta que de poco vale una organización perfecta y el establecimiento de procedimientos de autorización, ejecución y control adecuado, si quienes deben aplicar esos procedimientos no lo hacen eficazmente.

- f) Un órgano de supervisión y de vigilancia que pueda suministrar una garantía razonable de que las operaciones de gestión son realizadas sólo por quienes tienen autoridad para ello y que el registro de las operaciones es llevado a cabo tal y como la dirección ha indicado.
- g) El propio AICPA es de esta opinión, al manifestar que «la gerencia es la responsable de la creación y mantenimiento del sistema de control interno, encargándose también de la responsabilidad de su supervisión y vigilancia»

Para autores como Jiménez Montañés (2006), la realización de una eficaz **evaluación del sistema de control interno** de una organización debe emplear un amplio concepto de control interno. En este aspecto, el Instituto de Auditores Internos considera que la **guía más importante** para este campo es el informe “Control Interno-Un Marco Integral”, publicado en 1992 y 1994 y modificado en 2004, por el Comité de Organizaciones Patrocinadas, más conocido como Informe COSO.

Este informe, que analizaremos posteriormente, incorpora la gestión de riesgos como elemento clave del marco del control interno y se define como un proceso en el que deben estar involucrados el Consejo de Administración, la dirección y el resto de personal de la compañía, integrado dentro del establecimiento de la estrategia corporativa, y diseñado para la identificación y gestión de los riesgos, de tal manera, que se asegure de un modo razonable la consecución de los objetivos establecidos por la organización.

Por lo tanto, las exigencias sobre el control interno requeridas por la Ley Sarbanes-Oxley ya fueron marcadas por el Informe COSO y, de hecho, esta Ley lo señala como el marco de control interno a seguir en las evaluaciones y auditorías de las empresas. Un marco, que para Jiménez Montañés (2006) contiene algunos aspectos muy relevantes que lo caracterizan:

- El control interno aparece definido de manera amplia, no estando restringido por tanto únicamente a los controles contables y a la información financiera.
- Los informes financieros y contables son importantes pero existen otros aspectos como la protección de los recursos, la eficiencia y la eficacia de las operaciones y el cumplimiento de leyes y regulaciones contables, que también se consideran importantes para el negocio. Estos otros factores tienen incidencia en los estados contables...
- El control interno es responsabilidad de la Dirección, pero requiere la participación de todas las personas dentro de la organización para ser eficaz.

- El marco de control está unido a los objetivos del negocio y es lo suficientemente flexible para ser adaptable.

En Europa, la entrada en vigor del artículo 59.1.c) del Reglamento (CE) N.º 1083/2006, de 11 de julio y el artículo 58.1.c) del Reglamento (CE) N.º 1198/2006, de 27 de julio, exige designar una Autoridad de Auditoría en cada Estado miembro, funcionalmente independiente de las autoridades de gestión y de certificación, a la que corresponden las funciones relativas a :

- asegurarse de que se realizan auditorías para comprobar el funcionamiento eficaz del sistema de gestión y control de los programas operativos,
- garantizar que las auditorías de las operaciones se basan en muestras representativas
- cerciorarse de que los trabajos de auditoría tienen en cuenta normas de auditoría internacionalmente aceptadas
- cerciorarse de que los organismos que realizan directamente los controles cuentan con la necesaria independencia funcional.

Además, se exige que los documentos a presentar a la Comisión Europea —entre otros, la estrategia de auditoría, los informes anuales de control y las declaraciones de cierre— sean elaborados por la Autoridad de Auditoría nacional. (Pérez Pérez, 2008)

4.1.4 Las reformas del sistema de control interno en la U.E.

La **Comisión Europea**, aun no siendo una administración pública nacional, es una administración pública que gestiona un importante volumen de recursos económicos, con más de 142 mil millones de euros en 2014.

El dinero del presupuesto se gasta en aquellos escenarios donde tiene más sentido poner los recursos en común que actuar individualmente: por ejemplo, para construir mejores conexiones de transporte, energía y comunicaciones entre países miembros, mejorar el medio ambiente en todo el continente, aumentar la competitividad mundial de la economía europea y ayudar a los científicos e investigadores europeos a unir sus fuerzas más allá de las fronteras, por el bien de toda Europa.

Los escándalos financieros que afectaron a la **Comisión Santer**, provocaron la dimisión en pleno del colegio de Comisarios en marzo de 2009, y puso en cuestión el funcionamiento del sistema de gestión financiera de la UE. Esto supuso la creación

de un Comité de Expertos que analizaran los procedimientos y prácticas que habían motivado que no se detectaran los casos de fraude ó mala gestión. La principal conclusión de dicho Comité fue que la Comisión Europea tomaba decisiones políticas sin realizar un análisis previo de las condiciones en que se debería ejercer ni evaluar los recursos necesarios para implementarlos. De este modo, se ponían en marcha nuevas políticas para las que no se establecía la oportuna dotación de medios.

El informe señalaba que los propios Comisarios no tenían control sobre la Administración que se supone dirigen, ya que estaban más preocupados en lanzar nuevas políticas, pero no en organizar el aparato administrativo que las pusiera a funcionar.

Ante esta situación, el Parlamento Europeo le encargó al Comité de Expertos que hicieran unas recomendaciones sobre las reformas a realizar, cuyas conclusiones fundamentales fueron:

- Sistema de Control basado en una combinación de una gestión financiera de alta calidad en la fuente conjuntamente con un régimen de auditoría ex post.

- Subraya el conflicto existente entre las funciones de auditoría interna y la de tradicional de control previo, y rechaza que se agrupen bajo una misma Dirección General, de tal forma que el auditor interno acabará cuestionando operaciones a las que el interventor ha concedido el visado previo.

- Creación de un Servicio de Auditoría Interna separado de la estructura organizativa de direcciones y que suponga un instrumento de diagnóstico para detectar deficiencias estructurales y organizativas.

Fruto de lo anterior, se presentó en 2004 un **libro blanco para la reforma de la Comisión de las Comunidades Europeas**, que plantea una serie de reformas entre las que se encuentra una reforma radical en la que el control interno pasa a ser una responsabilidad de los departamentos gestores. En definitiva, cada Dirección General debía emitir Informe anual sobre el funcionamiento de los controles internos establecidos bajo su responsabilidad. Para ello, cada Director General debería contar con su propio equipo de auditoría interna que le informe sobre el funcionamiento de los sistemas de control interno de la propia Dirección General.

Aunque el libro blanco no mencione, de manera expresa, el informe COSO, el nuevo modelo propuesto se fundamenta en una concepción del control interno que, como propone COSO, pone el énfasis en la responsabilidad de los gestores y el papel de la

Alta Dirección para impulsar una cultura organizativa favorable al control y por tanto, al establecimiento y desarrollo del sistema de control interno (Miaja, 2010).

En Europa hay países como Reino Unido, Países Bajos, Suecia en los que sus sistemas de control interno enfatizan la responsabilidad de los gestores presupuestarios que deben emitir informes sobre el funcionamiento y efectividad de los sistemas de control interno, y otros Estados como Francia, Italia ó España en los que a pesar del desarrollo de la auditoría interna, siguen manteniendo los controles previos tradicionales.

La evolución reciente de los sistemas de control interno de los Estados miembros de la UE es muy distinta, y mientras en países que entraron con posterioridad al 2004, se les obligó a desarrollar sistemas de control interno acordes con el modelo propugnado por la Comisión, para los países que ya estaban incorporados con anterioridad se observa que van incorporando de forma voluntaria y progresiva, diversos elementos del marco conceptual del control interno propuesto por COSO.

En este sentido, podemos decir que en España, los sistemas de control interno de las organizaciones empresariales y/o administraciones públicas se están reformando siguiendo, en gran medida, los elementos del modelo COSO.

Llegados a este punto, debemos preguntarnos si la perspectiva que nos ofrece el modelo COSO es válida para juzgar nuestro sistema de control interno; si dicho modelo es una alternativa eficaz y viable a lo que tenemos y si merece la pena acometer un cambio de estas características. En este sentido, debería ser tomada en cuenta la opinión de profesionales desde ámbitos distintos del de los profesionales de la auditoría.

Como decía Milton Friedman: *“solamente una crisis, real o percibida como tal, permite un auténtico cambio, y es lo que parece ocurrir en estos últimos años en los que se está agudizando la crisis de confianza en las instituciones. En este sentido yo diría, aprovechémoslo”*.

4.2. CONTROL INTERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

4.2.1. Justificación

Desde la perspectiva de quien lo ejerce, a nivel internacional existe el consenso en cuanto a que el **control en el sector público** se clasifica en:

- el **control externo**: incluye desde la acción de los Órganos Superiores de Control hasta la de la sociedad civil, que exigen transparencia, eficiencia y eficacia en el uso de los fondos públicos

- el **control interno**: incluye la acción de la Administración como la principal responsable de la idoneidad de ese control interno y de su aplicación, y la de las Auditorías Internas como un mecanismo más de control, que desempeña una función asesora y de servicio que agrega valor a la gestión institucional y debe proporcionar una garantía razonable de que la actuación del jerarca (máxima autoridad institucional) y del resto del personal se ejecuta de conformidad con sanas prácticas y con el marco legal vigente.

El crecimiento de los mercados, los cambios tecnológicos, la promulgación de leyes y otros instrumentos jurídicos con mayores exigencias de control, el creciente reclamo a los administradores públicos de rendir cuentas por su gestión, son condiciones que requieren la toma de acciones concretas por parte de la Administración para mejorar sus sistemas de control interno, a fin de que éstos se conviertan en herramientas efectivas para conducir a las instituciones hacia el logro de su cometido, aprovechar al máximo los recursos disponibles y prevenir el desperdicio y el uso inadecuado o ilícito de esos recursos.

En este entorno, los dirigentes públicos y el resto de servidores de la Administración Pública deben caracterizarse, en su gestión, por un alto contenido de integridad personal y profesional y por la capacidad de comprender la importancia de diseñar, aplicar y mantener controles internos razonables que les permitan garantizar a la ciudadanía una gestión transparente y oportuna, respecto de la protección del patrimonio público y el cumplimiento de los objetivos y cometidos institucionales.

El control interno constituye, esencialmente, una **herramienta útil** para que la administración dirija su gestión y obtenga una seguridad razonable de que las actividades se están conduciendo al logro de los objetivos institucionales; por ello, también brinda elementos al jerarca (máxima autoridad), a los titulares subordinados y,

en general, a todo funcionario, para cumplir con su obligación de rendir cuentas en torno a su gestión respecto de los recursos públicos.

Por la naturaleza falible intrínseca al ser humano, el control interno está sujeto a la probabilidad de ser mal entendido o mal ejecutado, por el desconocimiento o actitudes como el descuido y la apatía, estados como la fatiga o acciones como la colusión, así como a la imposibilidad práctica de establecer sistemas de control interno que cubran todos los posibles riesgos que enfrente la organización. Estas situaciones provocan que el control interno sólo pueda rendir una seguridad razonable, y nunca una certeza absoluta, acerca del cumplimiento de los objetivos institucionales.

Para decidir si un mecanismo de control interno podría beneficiar a la Institución, habrá que tener en cuenta que no es lógico ni aceptable implantar controles cuyo costo sea mayor que el beneficio que pueda esperarse de ellos. En tal caso, lo que procedería, entre otros, es que la administración instale controles adicionales y complementarios, y aumente la supervisión de los procesos involucrados, procurando siempre que los controles diseñados e implantados agreguen valor a los procesos institucionales y no se conviertan en un obstáculo.

La **Comisión de Normas de Control Interno de la Organización Internacional de Instituciones Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI)** definió el control interno como el plan de organización y el conjunto de planes, métodos, procedimientos y otras medidas de una institución, orientados a proporcionar una garantía razonable de que se cumplen los objetivos de promover operaciones metódicas, económicas, eficientes y eficaces, así como productos y servicios de calidad esperada; preservar el patrimonio de pérdidas por despilfarro, abuso, la gestión, errores, fraudes o irregularidades; respetar las leyes y reglamentaciones y estimular la adhesión de los integrantes de la organización a las políticas y objetivos, y obtener datos financieros y de gestión completos y confiables y presentados a través de informes oportunos.

INTOSAI se refiere al control interno como una herramienta gerencial usada para brindar una seguridad razonable de que los objetivos gerenciales están siendo alcanzados. Asimismo, ha mantenido que el garantizar en sus organizaciones un ambiente de control eficaz es parte primordial de la responsabilidad que sobre el uso de los recursos públicos tiene la Administración.

A partir de ese momento se estableció un mejor señalamiento sobre algunos elementos fundamentales del actual concepto de control interno, el cual se ha definido como un proceso cuya responsabilidad corresponde a la máxima autoridad de la organización, y que debe asegurar razonablemente el logro de los objetivos institucionales.

Diversas agrupaciones profesionales de alto renombre a nivel mundial unieron esfuerzos con el fin de establecer un marco conceptual de control interno integrador de las definiciones y conceptos preexistentes, que permitiera a las organizaciones públicas y privadas, a las auditorías interna y externa, a los académicos y a los legisladores contar con un modelo de referencia común sobre el tema de control.

Como resultado, fue emitida la definición de control interno como un proceso ejecutado por el consejo de directores, la administración y otro personal de una institución, diseñado para proporcionar seguridad razonable con miras a la consecución de objetivos institucionales agrupados en tres categorías, a saber: la **efectividad y eficiencia** de las operaciones, la **confiabilidad** de la información financiera y el **cumplimiento** de las leyes y regulaciones aplicables a la organización.

El debate acerca del **comportamiento más o menos eficiente de las organizaciones** que integran el sector público ha ocupado un lugar importante tanto en la agenda de los gobiernos como, sobre todo, en los foros de discusión académicos desde la década de los años ochenta del siglo XX

La discusión aparecía mezclada con apreciaciones ideológicas sobre el papel que debería desempeñar el sector público en las modernas economías de mercado, aunque bien es cierto que ha sido más frecuente en unos que en otros.

Asimismo, lo que se reflejaba era un claro interés por estos temas y un cambio de actitud de la sociedad frente a la intervención pública, especialmente en lo que se refería a sus actividades provisoras, con un cuestionamiento de su **eficacia**, en un contexto en el que la mayor parte de los países desarrollados debieron enfrentarse al saneamiento de sus finanzas públicas.

En no pocas ocasiones, las políticas públicas muy generosas en sus prestaciones y poco estimulantes con el esfuerzo productivo individual, han ido generando

desequilibrios macroeconómicos y fiscales que a la larga condicionaban el mantenimiento del propio estado del bienestar.

Esto ha provocado un nuevo enfoque de análisis que explica los problemas de ineficacia del sector público como una consecuencia de un comportamiento organizativo ineficiente se ha ido abriendo paso en los últimos tiempos.

Esta aproximación inicial a la cuestión de la **eficiencia en el sector público** orientó las propuestas y medidas reformadoras en una línea clara: la reducción del peso del sector público en la economía, con un desplazamiento hacia el sector privado de muchas de aquellas actividades hasta aquel momento desempeñadas desde los gobiernos. La política decidida de aligeramiento de la presencia del sector público en Estados Unidos y en el Reino Unido caló en casi todos los países desarrollados, si bien con procesos muy diferentes. En el caso de España, al igual que en otros Estados miembros de la Unión Europea como Francia o Italia, el proceso fue mucho más lento, aunque iba a verse precipitado por la necesidad de sanear las cuentas públicas para el acceso a la última fase de la Unión Económica y Monetaria.

Para Stiglitz, 1989 (autor citado por Onrrubia, 2005a), esta aproximación parte de considerar al Estado como una organización económica compleja, encargada de la asignación y la distribución de recursos, así como de la regulación de las condiciones de acceso a los mercados. En consecuencia, las respuestas a encontrar son, esencialmente, soluciones de **gestión eficiente**, y deben ser buscadas en el ámbito del análisis microeconómico, donde juega un papel destacado la moderna economía de la organización.

La necesidad de dar respuestas satisfactorias, tanto a las imperfecciones del sistema de mercado como a los problemas de desigualdad y pobreza existentes emerge como un objetivo primordial de cualquier sociedad que desee alcanzar cuotas elevadas de bienestar social e individual. Para ello, las sociedades necesitan contar con sectores públicos eficaces capaces de proporcionar dichas respuestas.

Como señalan González-Paramo y Onrrubia, 2003 (citados por Onrrubia, 2005), la el problema de la eficiencia en el sector público es esencialmente de naturaleza microeconómica, por más que sus consecuencias se proyecten inevitablemente sobre la política fiscal. En consecuencia, cualquier propuesta de reforma dirigida a mejorar la eficiencia del sector público no puede afrontarse sin compatibilizar dentro de su

arquitectura organizativo-institucional los aspectos micro y macroeconómicos de la gestión pública.

Autores prestigiosos como Stiglitz o Tirole (Autores citados por Onrrubia, 2005), coinciden en afirmar que los problemas de actuación del sector público son consecuencia de la falta de respuestas eficientes a los problemas de **coordinación y de incentivos** a los que se enfrenta como organización. Mejorar la eficacia del sector público nos situaría, por tanto, ante la resolución de problemas de eficiencia en la gestión y, en definitiva, de eficiencia organizativa. En este sentido no hay que olvidar las limitaciones de naturaleza política que las características propias del Estado imponen a muchos aspectos de la organización pública (naturaleza de los objetivos elección de los gestores, la potencia de los incentivos, etc.).

Todo esto supone implantar arquitecturas organizativas capaces de resolver los múltiples problemas de coordinación y de incentivos, tanto personales como institucionales, que surgen a lo largo de los procesos de actuación pública.

Existe una especial predisposición por parte de políticos y burócratas a proponer **reformas de la gestión pública** alejadas de esta visión de eficiencia organizativa como señala Onrrubia (2005 bis). Estas reformas suelen ser de dos tipos según la concepción administrativista o gerencial que, por tradición, predomine en cada país:

- En la concepción administrativa se incluirán aquellas reformas de carácter estético, garantista y de organigrama, autocalificadas, con frecuencia, como iniciativas modernizadoras de la gestión pública.
- En la concepción gerencial se encontrarían aquellas reformas que promueven la implantación de sistemas de información y evaluación más o menos sofisticados, pero en estructuras organizativas carentes de los incentivos adecuados para su correcto funcionamiento y aprovechamiento.

Para Núñez Pérez (2009) la amplia relación de principios que han de caracterizar la actividad económico-financiera pública puede sintetizarse en el principio de transparencia, inherente a su propia naturaleza. Hay que matizar que, mientras el impulso de la transparencia en el sector privado es una necesidad sobrevenida como consecuencia de la complejidad sobre todo de los mercados financieros y del conocido fenómeno de la globalización, en el sector público la **transparencia y el control** es inherente a su propia naturaleza.

La transparencia en la actividad pública se presenta como la idealización de la organización democrática, en la que, además de los requisitos formales que la caracterizan, se encuentra permanentemente legitimada la posición de los responsables públicos al responder su actuación a los principios exigidos a una buena gestión.

La aparición de episodios de corrupción ha originado que se haya impulsado la preocupación por la **ética y la transparencia**, como dos referencias intrínsecamente interrelacionadas. La ética en la gestión pública trasciende el cumplimiento de la normativa vigente para detectar áreas de actividad necesitadas de una nueva y mejor regulación, cuya adaptación promueve, evitando que se lleven a cabo actuaciones que pudieran estar exentas de la exigencia de responsabilidades y que pudieran dar lugar a las pretensiones de buscadores de rentas en el ámbito público.

En la última década son muchas las reflexiones que se han producido sobre la necesidad de **mejorar los sistemas de control interno** en la Administración Pública. A modo de ejemplo, en las conclusiones del I Congreso Nacional de Auditoría del Sector Público (2004), se destacaba la necesidad de profundizar, por parte de las Intervenciones u Órganos de control interno, en el camino ya iniciado, de una potenciación de la realización de auditorías o controles financieros –especialmente en la actividad descentralizada o externalizada– que complementen las funciones tradicionales.

La evaluación del control interno en la realización de auditorías es imprescindible para evitar duplicidades y para un desarrollo eficiente de los trabajos de auditoría. Además, se constata la necesidad de establecer una función colaboradora entre la **intervención como órgano de control interno** y los **órganos de control externo**, en la realización de las auditorías públicas. Es importante que en la realización de éstas se tenga en cuenta que el destinatario último es el ciudadano, por lo que deben potenciarse, además de las auditorías sobre los estados financiero-contables y cumplimiento de la legalidad, las referidas a comprobar la bondad de la gestión realizada, en línea con la tendencia internacional.

En este mismo sentido autores como Adán Carmona (2008) establecen la necesidad de que en una sociedad desarrollada como la nuestra los **contribuyentes conozcan cómo funciona el sector público estatal** financiado con sus impuestos. Por ello, la publicación de los informes de control financiero permanente o de auditorías públicas,

una vez finalizado el proceso de puesta en superficie de las recomendaciones y conclusiones de los informes y conocida la correspondiente respuesta de los órganos controlados, debería ser obligatoria para la Administración. Esto impulsaría a los centros gestores a una mayor dedicación al cumplimiento de los objetivos de su programa, toda vez que pueden ser conocidos no solo por el resto de la Administración Pública sino por el contribuyente.

La **necesidad de control de las Administraciones Públicas** ha constituido siempre un tema fundamental de un Estado democrático (Grajal, 2011). En el caso de España, el artículo 103 de la Constitución Española de 1978, señala: “La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho”.

La importancia del control se fundamenta en garantizar el cumplimiento de dicho artículo constitucional, y en este sentido, la Gestión de RRHH de la Administración Pública pasa a ser un objetivo esencial de ese control, debido a la gran cantidad de recursos financieros que absorbe.

De manera evidente, la **preocupación por el control interno** de las organizaciones ha ido evolucionado y creciendo. En este sentido Pérez Pérez (2008) afirma que en los últimos años se han producido **cambios en la Administración Española** que han tenido una incidencia en la forma de controlarla:

- 1) En primer lugar se ha producido una **descentralización político-administrativa** del poder territorial a las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales. Se ha pasado de un control interno monolítico, ejercido por la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), a un modelo que descansa sobre diferentes órganos y sistemas de control independientes funcionalmente y dependientes orgánicamente de la Administración en la que están incardinadas
- 2) En segundo lugar la **incorporación del Estado Español a la Unión Europea** ha generado un proceso de supranacionalización. Esto ha supuesto la necesidad de articular procedimientos y sistemas de participación en el control de fondos comunitarios, que permitan atender las exigencias comunitarias, a la par que preserven la autonomía propia de nuestras instituciones territoriales. La Unión Europea ya impuso la obligación de articular sistemas de control de fondos

comunitarios para el marco estratégico 2007-2013 que respondieran a los principios de la Auditoría Única.

- 3) Por último la **desconcentración orgánica del estado español** en entidades instrumentales como Agencias Estatales, Fundaciones del sector público o los consorcios interterritoriales, en muchas ocasiones participadas por diferentes Administraciones Públicas.

Una muestra clara de esos cambios, es la **ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno**, establece que esas tres grandes vertientes deben ser los ejes fundamentales de toda acción política. Los países con mayores niveles en materia de transparencia y normas de buen gobierno cuentan con instituciones más fuertes, que favorecen el crecimiento económico y el desarrollo social. En estos países, los ciudadanos pueden juzgar mejor y con más criterio la capacidad de sus responsables públicos y decidir en consecuencia. Permitiendo una mejor fiscalización de la actividad pública se contribuye a la necesaria regeneración democrática, se promueve la eficiencia y eficacia del Estado y se favorece el crecimiento económico.

En aras a esa transparencia, se promulgó la **Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos**, que reconoce el derecho de los ciudadanos a relacionarse con la Administración por medios electrónicos, y se sitúa en el camino de la implantación de una cultura de transparencia que impone la modernización de la Administración, la reducción de cargas burocráticas y el empleo de los medios electrónicos para la facilitar la participación, la transparencia y el acceso a la información.

El título II de la Ley 19/2013, otorga rango de Ley a los principios éticos y de actuación que deben regir la labor de los miembros del Gobierno y altos cargos y asimilados de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales. Igualmente, se clarifica y refuerza el régimen sancionador que les resulta de aplicación, en consonancia con la responsabilidad a la que están sujetos. Este sistema busca que los ciudadanos cuenten con servidores públicos que ajusten sus actuaciones a los principios de eficacia, austeridad, imparcialidad y, sobre todo, de responsabilidad. Para cumplir este objetivo, la Ley consagra un régimen sancionador estructurado en tres ámbitos: infracciones en materia de conflicto de intereses, en materia de gestión económico-presupuestaria y en el ámbito disciplinario

4.2.2. Auditoría y control en el ámbito público

El Comité del Sector Público de la Federación Europea de Expertos Contables establece, en el ámbito de la Administración Pública, tres principios fundamentales del gobierno de las instituciones: transparencia, integridad y rendición de cuentas.

Para Barrio Tato y Barrio Carvajal (2008), estos principios, definidos en el informe Cadbury en el contexto del sector privado, deberían adaptarse al sector público considerando: la transparencia hacia los terceros interesados, la integridad basada en la honestidad y la rendición de cuentas de los órganos de gobierno. Así, se recomienda adoptar, para la mejora continua del sistema de control de riesgos, las mejores prácticas internacionales de transparencia y buen gobierno, tales como el marco *Enterprise Risk Management* (ERM) y el *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO).

En relación con la aplicación de las auditorías del ámbito privado al sector público, hay autores que destacan las limitaciones sobre todo en lo relativo al secreto profesional, que puede condicionar el principio de transparencia que todo ente público debe cumplir. En este sentido, Gómez Maldonado (2009) señala el condicionamiento que prevalece en la auditoría aplicada a la esfera pública por parte de la auditoría privada, que ha sujetado al auditor a mantener en secreto la información que maneja.

En este sentido el Código de Ética, publicado por el Comité de Normas de Auditoría de la INTOSAI (1998), en el capítulo 4, establece el secreto profesional, y dice: “La información obtenida por los auditores en el proceso de auditoría no deberá revelarse a terceros, ni oralmente ni por escrito”, así mismo esta norma también señala “Las Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS) tienen libertad para decidir el contenido de sus informes de auditoría”.

Luis Muñoz Garde, 2007 (citado por Gómez Maldonado, 2009), presidente de la Cámara de Comptos de Navarra (institución fiscalizadora de la gestión económica y financiera del Sector Público de la Comunidad Foral de Navarra), señala: “Abrir nuestras sedes abiertas y programas de visitas colectivos interesados, también simboliza una actitud positiva, un deseo de apertura, de transparencia, exigible a todas las instituciones y mas si cabe a estas”

Incluso Popritkin, Alfredo R. 2006 (citado por Gómez Maldonado, 2009) llega a decir: “no me imagino cómo un **auditor interno** que incrimine a su jefe, puede sobrevivir en una organización de la que espera que le siga pagando el sueldo”. Aunque tampoco se imagina cómo un Auditor Superior, Controlador General, o Presidente del Tribunal de Cuentas puede sobrevivir en una institución donde tiene que cumplir con los compromisos e intereses del poder.

En este contexto para Jiménez Montañés (2006) la actividad de **Auditoría Interna**, sólo podrá garantizar calidad sobre los aspectos que desarrolla, si el propio departamento de auditoría interna está certificado como de “calidad”, mediante el cumplimiento de un conjunto de exigencias, dependiendo del **sistema de certificación** utilizado para su propia valoración. De esta forma, se podrá garantizar la máxima que propone el Institute of Internal Auditors, “Auditando para crear valor”.

La necesidad de este tipo de certificación surge a raíz de la entrada en vigor en los Estados Unidos de la ya citada anteriormente Ley Sarbanes-Oxley, que ha implicado la necesidad de transparencia en las organizaciones; es decir, la consecuencia de auditorías realizadas poco claras, implican graves sanciones para los responsables de las mismas. Al mismo tiempo, esta ley plantea la exigencia de que las memorias de auditoría de las sociedades que cotizan en Estados Unidos, incluyan un informe de auditoría documentando los controles internos y los procedimientos desarrollados dentro de la empresa. Esto garantizará la certificación, por parte de la auditoría, de la efectividad del control interno de la entidad; requisito indiscutible para la Auditoría de los Estados Financieros.

La Ley Sarbanes, en su sección 404 “Evaluación de la gerencia de los controles internos”, requiere que la dirección de la empresa emita un **Informe Anual respecto de su evaluación del Control Interno** sobre la preparación de los Estados Financieros, que incluya:

- La responsabilidad de la Dirección de establecer y mantener un sistema adecuado de Control Interno sobre la preparación de los Estados Financieros.
- La identificación del marco de control, como el Informe COSO (no establecido como obligatorio, pero con mención especial en la Ley), utilizado por la empresa para la evaluación del Control Interno.
- La evaluación de la efectividad del Control Interno, incluyendo explícitamente un párrafo respecto de si el mismo es o no efectivo.

- Una declaración informando que los Auditores Externos, conjuntamente con la auditoría de los Estados Financieros, han probado la evaluación del Control Interno realizado por la empresa.

A nivel europeo la ejecución de los **controles internos** tanto por la UE como por los Estados miembros se desarrolla mediante auditorías aplicando “normas generalmente aceptadas”. En este sentido, se crean, entre otras organizaciones la Federación Internacional de Contadores (*Internacional Federation of Accountants*), la cual impulsó la creación de un cuerpo normativo común mediante la emisión de las Normas Internacionales de Auditoría (Internacional Auditing Standards), las denominadas normas del IFAC. Dichas normas de auditoría han sido adoptadas por las firmas privadas dentro del ámbito territorial europeo en el desarrollo de las auditorías.

Por otro lado, los **órganos de control externo** del sector público como forma de estandarizar toda la normativa aplicable en este campo emiten sus propias normas a través de la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (International Organization of Supreme Audit Institution), las denominadas normas de auditoría INTOSAI, cuyo seguimiento es impulsado por la Unión Europea.

Las opciones respecto de las posibles normas aplicables al **modelo de control interno armonizado en la Unión Europea** serían:

- Por un lado, se podrían aplicar las normas de auditoría del sector privado, en concreto las normas del IFAC, lo que evitaría un tratamiento divergente entre la auditoría del sector público y del sector privado y lo que, a la vez, supondría un acercamiento al proceso de armonización de la auditoría privada actualmente en marcha en la Comunidad.
- Por otro lado, se podría optar por aplicar al modelo de control interno armonizado las normas de auditoría aplicadas por los controladores externos del sector público, es decir, aplicar las normas INTOSAI, consiguiéndose de esta forma un acercamiento entre los resultados obtenidos por todos los controladores públicos ya sean internos o externos.

Por tanto, se pueden determinar, como normas de auditoría generalmente aceptadas, tanto las ampliamente utilizadas dentro del sector privado, es decir, las normas del IFAC o las del American Institute of Certified Public Accountants, como las utilizadas por el sector público, esto es, las normas INTOSAI.

Desde su inicio, **la guía de INTOSAI de 1992** para las **normas de control interno**, fue concebida como un documento vital para el diseño, implantación y evaluación del control interno. Posteriormente con objeto de incorporar los avances significativos y recientes en control interno, la guía incluyó en sus directrices el **informe COSO**, convirtiéndose de esta forma en un instrumento de gran utilidad tanto para el sector público, como ejemplo de un marco sólido de control interno para las organizaciones, como para los auditores como herramienta de evaluación.

En la actualidad son muchos los autores que abogan por la implantación de un sistema de control interno en las empresas según el Informe COSO. A modo de ejemplo, Mosqueda Almanza (2000), señala las relaciones existentes entre el establecimiento de una política de precios de transferencia internacionales y el proceso de control interno desde el punto de vista del informe COSO en las **empresas multinacionales**.

En este sentido países como Dinamarca, Finlandia, Suecia o Francia están aplicando como normas y principios de auditoría generalmente aceptados, las normas de auditoría INTOSAI o las han adaptado en su legislación interna, en el ejercicio de las actuaciones de auditoría interna.

4.3. EL CONTROL INTERNO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESPAÑOLA.

La evolución del Control Interno en la Administración Pública ha sido una constante en los últimos años, y probablemente la pregunta que se hacen los expertos en la materia sea si la incorporación de nuevos elementos al viejo modelo que surgió en el último tercio del siglo XIX, y que fundamentalmente se han desarrollado a partir de 1978, son suficientes para dar respuesta a la necesidades actuales y futuras.

Hay que tener en cuenta que la administración pública de hoy en día actúa en un mundo más complejo y exigente, donde debe relacionarse con ciudadanos y agentes políticos y económicos que le exigen eficiencia, eficacia y transparencia en sus actuaciones. Además, vivimos en un mundo mucho más abierto e internacionalizado, donde las transacciones comerciales entre distintos países alcanzan niveles difíciles de imaginar hace tan solo cuarenta años, las empresas han dejado de tener dimensión nacional, y un sinfín de organismos internacionales adoptan decisiones o emiten recomendaciones que condicionan la actuaciones de las administraciones públicas nacionales.

En este contexto, la **Auditoría del Sector Público cubre una triple vertiente:**

- Se ocupa de la **auditoría de estados financieros** de los entes público, donde los informes de ejecución presupuestaria cobran una especial relevancia.
- Se ocupa de una **auditoría de cumplimiento o de conformidad** dirigida a comprobar la legalidad y regularidad de las actividades de un organismo público en la realización de sus actividades y en cumplimiento de las leyes y reglamentos aplicables a las mismas.
- Finalmente las **auditorías de gestión**, también llamadas auditorías operativas, que son aquellas que proporcionan una información más precisa sobre la ejecución de un programa o una política concreta y que buscan proporcionar los indicadores necesarios sobre la eficiencia, la eficacia y la economía conseguida en una determinada acción o servicio público.

Las auditorías de gestión son un instrumento muy valioso para mejorar la gestión pública y cada día más recursos de la auditoría pública se dirigen hacia este tipo de auditorías. Hoy en día, nadie cuestiona **la importancia de los órganos de control**, y las contribuciones que los mismos hacen para la mejora de la gestión de los servicios públicos (Garrido-Lestache, 2014).

4.3.1. Control interno y la Intervención General de la Administración del Estado

El Real Decreto 2188/1995, de 28 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen del control interno ejercido por la Intervención General de la Administración del Estado establece que el control interno de la gestión económico-financiera del sector público estatal se realizará en los términos establecidos en el texto refundido de la Ley General Presupuestaria y en el presente Reglamento, sobre el conjunto de dicha actividad financiera y sobre los actos con contenido económico que la integran.

El **control interno** de la gestión económico financiera del sector público estatal se realizará mediante el ejercicio de la **función interventora y del control financiero**:

1) La función interventora tiene por objeto controlar todos los actos de la Administración del Estado y de sus Organismos autónomos que den lugar al reconocimiento de derechos y de obligaciones de contenido económico, así como los ingresos y pagos que de ellos se deriven y la recaudación, inversión o aplicación en general de los caudales públicos, con el fin de asegurar que la administración de la Hacienda Pública se ajusta a las disposiciones aplicables en cada caso.

2) El control financiero tiene por objeto comprobar que la actuación, en el aspecto económico-financiero, de los servicios, Organismos autónomos, sociedades y demás entes públicos estatales, cualquiera que sea su denominación y forma jurídica, se ajusta al ordenamiento jurídico así como a los principios generales de buena gestión financiera.

Este control comprenderá la verificación de la eficacia y eficiencia, así como el adecuado registro y contabilización de la totalidad de las operaciones realizadas por cada órgano o entidad y su fiel reflejo en las cuentas y estados que, conforme a las disposiciones aplicables, deban formar éstos. Dicha función podrá ejercerse con carácter permanente.

El control de eficacia, a ejercer por la Intervención General de la Administración del Estado, comprenderá el análisis del coste de funcionamiento y del rendimiento o utilidad de los respectivos servicios o inversiones, así como del cumplimiento de los objetivos de los correspondientes programas, sin que dicho control pueda emitir juicio sobre las decisiones de carácter político.

El control de eficacia se realizará sin perjuicio del que cada departamento ministerial, en el ámbito de sus competencias, pueda desarrollar en esta materia, por sí mismo o en colaboración con la Intervención General de la Administración del Estado. Cuando los presupuestos de los servicios o entidades públicas se formulen por programas, objetivos o planes de actuación el control financiero tendrá como objeto, entre otros, el examen, análisis y evaluación de los sistemas y procedimientos de seguimiento de objetivos aplicados por los órganos gestores, así como de cuantos documentos y antecedentes resulten necesarios para determinar el grado de fiabilidad de los datos contenidos en los informes que, con relación a la ejecución de los programas, deban rendir los órganos gestores responsables. A estos efectos, los órganos gestores habrán de establecer un sistema de seguimiento de objetivos adaptado a las necesidades propias de su gestión con la finalidad de poder evaluar el cumplimiento de los objetivos que han servido de base en la asignación de recursos

Los **principios** de ejercicio del control interno, que establece el Real Decreto son:

1. La Intervención General de la Administración del Estado, en el ejercicio de sus funciones de control interno, estará sometida a los principios de autonomía funcional, ejercicio desconcentrado y procedimiento contradictorio.

2. El control interno de la Intervención General de la Administración del Estado se ejercerá con plena autonomía respecto de las autoridades y demás entidades cuya gestión sea objeto del control. A tales efectos, los funcionarios que realicen el mismo tendrán independencia funcional respecto de los titulares de las entidades cuya gestión controlen y ajustarán sus actuaciones a las instrucciones impartidas al efecto por el citado centro directivo.

3. La Intervención General de la Administración del Estado dará cuenta a los órganos de gestión controlados de los resultados más relevantes de las comprobaciones efectuadas y recomendará las actuaciones que resulten aconsejables. De igual modo, este centro dará cuenta al Consejo de Ministros, a través del Ministro de Economía y Hacienda, de los resultados que por su especial trascendencia considere adecuado elevar al mismo, o cuando los responsables de la gestión no adopten las medidas correctoras propuestas.

4. Cuando la naturaleza del acto, documento o expediente lo requiera, la Intervención General de la Administración del Estado o sus Interventores Delegados, en el ejercicio de sus funciones de control interno, podrán recabar directamente de los distintos órganos de la Administración General e Institucional los asesoramientos jurídicos y los informes técnicos que consideren necesarios, así como los antecedentes y documentos precisos para el ejercicio de sus funciones de control

interno, con independencia del medio que los soporte. Cuando los asesoramientos e informes hayan de recabarse de órganos cuya competencia se extiende a la totalidad de dicha Administración, se solicitarán, en todo caso, por la Intervención General de la Administración del Estado.

5. La Intervención General de la Administración del Estado podrá interponer los recursos y reclamaciones que autoricen las disposiciones vigentes. Asimismo, podrá instar la declaración de lesividad y la revisión de oficio de aquellos actos que considere perjudiciales para los intereses económicos de la Hacienda Pública.

4.3.2. Control Interno y la Ley General Presupuestaria

La administración pública española dispone de un sistema de control interno sólidamente afianzado, cuyos elementos esenciales se diseñaron a finales del siglo XIX, lo que nos lleva a preguntarnos si existen otras formas de entender el control interno más adecuadas para organizaciones del tamaño y complejidad de la administración actual.

El artículo 140 de la vigente **Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria** (LGP) se refiere el control de la gestión económico-financiera del sector público estatal distinguiendo entre **control interno y externo**:

- En su condición de supremo órgano fiscalizador de las cuentas y de la gestión económica del Estado y del sector público, corresponde al **Tribunal de Cuentas** el **control externo** del sector público estatal, en los términos establecidos en la Constitución, en su ley orgánica y en las demás leyes que regulen su competencia.

- La **Intervención General de la Administración del Estado (IGAE)** ejercerá en los términos previstos en esta ley el **control interno** de la gestión económica y financiera del sector público estatal, con plena autonomía respecto de las autoridades y demás entidades cuya gestión controle.

La denominación de Intervención General del Estado proviene de un Decreto del presidente de la República, de 7 de enero de 1874.

A lo largo de su título VI, la LGP regula el control interno estableciendo sus objetivos, ámbito sobre el que actúa, principios en que se basa y formas de ejercerlo. Estos **objetivos** son:

a) Verificar el cumplimiento de la normativa que resulte de aplicación a la gestión objeto del control.

b) Verificar el adecuado registro y contabilización de las operaciones realizadas, y su fiel y regular reflejo en las cuentas y estados que, conforme a las disposiciones aplicables, deba formar cada órgano o entidad.

c) Evaluar que la actividad y los procedimientos objeto de control se realiza de acuerdo con los principios de buena gestión financiera y, en especial, los previstos en la Ley General de Estabilidad Presupuestaria.

d) Verificar el cumplimiento de los objetivos asignados a los centros gestores del gasto en los Presupuestos Generales del Estado.

De la regulación contenida en esta ley se desprenden las siguientes **características** del control interno:

-Tiene por objeto verificar la gestión económico-financiera de la administración tanto desde el punto de vista de cumplimiento de la normativa aplicable como de la eficacia y eficiencia de sus actuaciones y su sometimiento a principios de buena gestión financiera.

- Se concibe como una función específica, cuyo ejercicio se encomienda a un órgano especializado que forma parte de la estructura administrativa, pero goza de una amplia autonomía funcional (principio de autonomía)

- Se realiza a través de unidades destacadas ante los distintos servicios gestores (principio de ejercicio desconcentrado), que a todos los efectos dependen del órgano que tiene atribuida la función de control (principio de jerarquía interna)

- Actúa sobre todas las entidades que componen el sector público estatal, pero su intensidad y la forma en que se ejerce se modulan en función de los distintos tipos de entidad.

La ley contempla **tres modalidades** o formas de ejercer el control interno, la función interventora, el control financiero permanente y la auditoría pública:

- **La función interventora** se realiza mediante la inserción, en el procedimiento administrativo de gestión financiera, de un trámite cuyo objeto es verificar la regularidad de todo acto de gestión antes de que se aprueba, de modo que, en caso de detectarse irregularidades, la aprobación del acto se suspende hasta que se subsanen los defectos encontrados. Es por tanto un control previo de legalidad que se realiza sobre cada uno de los actos individuales de gestión financiera.

- **El control financiero permanente** se ejerce de manera continuada sobre un organismo u órgano de la administración, examinando su gestión económica-

financiera, informando sobre las deficiencias encontradas y proponiendo medidas de mejora. Se trata de un control concomitante que se realiza sobre la gestión financiera considerada en su conjunto.

- **La auditoría pública** consiste en una revisión sistemática de la gestión realiza por una entidad en un periodo concreto, con la finalidad de valorar su adecuación a determinados parámetros de buena gestión. Se trata de un control posterior, referido siempre a un periodo concreto, que puede tener por objeto la totalidad o un aspecto parcial de la gestión financiera de una entidad.

En aplicación del principio de autonomía funcional, los órganos de control interno de los ministerios y organismos públicos gozan de independencia respecto de las autoridades cuya gestión fiscalizan, estando sometidos únicamente a la jerarquía de la IGAE. Esta última, por su parte, aunque desde el punto de vista orgánico se inserta en el Ministerio de Economía y Hacienda, desde el punto de vista funcional depende directamente del Consejo de Ministros

Esta **autonomía funcional** va más allá de lo que es el mero ejercicio de las actividades de control previstas en la LGP y afecta a la determinación del marco normativo en que se desarrollan dichas actividades, ya que la IGAE tiene atribuida la **iniciativa normativa** para regular algunas de sus propias actuaciones.

La contrapartida de la independencia funcional de la IGAE es la existencia de un duro **régimen de responsabilidades** en virtud de la cual, los interventores que, en el ejercicio de la función interventora, no hubieran advertido por escrito de la improcedencia o ilegalidad del acto causante del perjuicio económico para la Hacienda Pública, están obligados, junto con los responsables de dicho acto, a indemnizarla.

Pero la LGP, no sólo le atribuye a la IGAE las funciones de control interno, sino también, a través del artículo 125, le atribuye el doble carácter de centro directivo y centro gestor de la contabilidad pública, y por tanto promueve:

- con relación al primero, las principales normas contables del sector público (Plan General de Contabilidad Pública)

- en relación al segundo gestionando la contabilidad pública de la Administración General del Estado, centralizando la información de las distintas entidades del sector público estatal y formando la Cuenta General del Estado.

Aunque la LGP regula solamente el control interno del sector público estatal, estos mismos principios organizativos se aplican al control interno **en las comunidades autónomas y entidades locales**, donde las funciones de control interno y contabilidad están atribuidas a una misma unidad administrativa, dotada de la más completa autonomía funcional y servida por funcionarios especializados que, en el ejercicio de sus funciones de fiscalización están sometidos a un particularmente severo régimen de responsabilidades.

Las sucesivas modificaciones de la LGP, han ido perfilando el contenido de las distintas modalidades de control, además del sistema de **control de legalidad**, como son el **control financiero** y el **control de eficacia**. De hecho, con la actual LGP de 2003, el control financiero ha acabado desdoblándose en las dos nuevas formas de ejercer el control y que acompañan a la función interventora, es decir, control financiero permanente y auditoría pública. En cuanto al control de eficacia, este ha quedado subsumido dentro de los principios de buena gestión financiera y ha pasado a formar parte de los fines del control financiero permanente y de la auditoría pública.

En este sentido, recientemente se ha publicado en el BOE, el texto consolidado con última modificación de fecha **17 de noviembre de 2014, en relación a la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria**. Un texto consolidado como documento que integra en el texto original de una norma las modificaciones y correcciones que ha tenido desde su origen.

La regulación contenida en esta ley no presenta modificaciones esenciales respecto de la regulación contenida en la anterior Ley General presupuestaria, centrándose las variaciones efectuadas respecto de la anterior regulación en una exposición más clara y sistemática del referido control interno, integrando en un solo título la materia que se encontraba dispersa en diferentes títulos en la anterior ley.

Asimismo, se trata unitariamente el control ejercido sobre las entidades que integran el sistema de la Seguridad Social y el correspondiente al resto del sector público estatal. Por otro lado, regula de una forma detallada, a diferencia de la anterior Ley General Presupuestaria, el control de carácter posterior, distinto de la función interventora, que se agrupa en dos modalidades con sustantividad propia: el control financiero permanente y la auditoría pública.

El capítulo I, relativo a las normas generales, configura el citado control como un control interno ejercido con plena autonomía respecto de las autoridades y entidades

cuya gestión económico-financiera se controla, y que tiene como objetivos la verificación del sometimiento de dicha gestión a la legalidad, a los principios de buena gestión financiera y a los establecidos en la citada Ley General de Estabilidad Presupuestaria. Asimismo, y en consonancia con la relevancia atribuida a la presupuestación por objetivos, el control se concibe asimismo como un instrumento adicional para asegurar su efectividad.

Se establecen a su vez en dicho capítulo las modalidades, que son la función interventora, el control financiero permanente y la auditoría pública, los principios de actuación y los deberes y facultades del personal controlador, regulándose por último los informes generales de control a remitir al Consejo de Ministros, y las especialidades normativas del control de las entidades que integran el sistema de la Seguridad Social.

En el capítulo II se regula el ejercicio de la función interventora, estableciendo su ámbito y sus modalidades de ejercicio, y los supuestos de no sujeción a fiscalización previa.

En relación con la regulación de la fiscalización limitada previa, las principales innovaciones se encuentran en el reflejo legal de determinados extremos objeto de verificación que antes se encontraban recogidos en Acuerdo del Consejo de Ministros, y en la supresión de la fiscalización plena posterior, superando así la confusión conceptual existente respecto a naturaleza de la comprobación posterior de los aspectos no examinados en la fiscalización limitada previa, que no forma parte de las actuaciones de fiscalización previa, dado su ejercicio posterior y la utilización de técnicas de auditoría, quedando englobada en las actuaciones de control financiero permanente.

Finalmente se regulan en dicho capítulo los reparos, el procedimiento de resolución de discrepancias y la omisión de fiscalización.

La regulación legal de este último aspecto constituye una novedad, dado el rango reglamentario de la anterior regulación, y que se encuentra justificada por su trascendencia en relación con la disciplina presupuestaria y los objetivos de la citada **Ley General de Estabilidad Presupuestaria**.

La atribución de un capítulo específico al control financiero permanente, considerado como instrumento esencial para el seguimiento y control del principio de estabilidad presupuestaria, y su regulación detallada, suponen asimismo una novedad, teniendo

en cuenta que en la anterior Ley General Presupuestaria se regulaba únicamente su ámbito de aplicación, estableciéndose en la actual ley su concepto, contenido y régimen jurídico de los informes derivados de su ejercicio, sometiéndose éste a un **Plan anual de control financiero permanente**, que asegure su planificación y sistemática.

Por último, se regula en el capítulo IV la auditoría pública, caracterizada por su carácter posterior y no permanente, y coexistente con el ejercicio de la función interventora, el control financiero permanente y la auditoría privada de la Ley 19/1988, de 12 de julio, de Auditoría de Cuentas, ejercida sobre las sociedades mercantiles estatales, en los supuestos establecidos por la legislación mercantil.

En este capítulo se regulan las modalidades de auditoría pública, el Plan anual de auditorías en el que se plasma su planificación anual y los informes resultantes de su ejercicio, destinándose la sección segunda a la regulación de la auditoría de las cuentas anuales de las entidades integrantes del sector público estatal, y la sección tercera a auditorías públicas específicas.

La Disposición adicional primera fija la **colaboración** entre la Intervención General de la Administración del Estado y las comunidades autónomas y entidades locales, y establece que la Intervención General de la Administración del Estado promoverá la celebración de convenios y otros mecanismos de coordinación y colaboración con los equivalentes órganos autonómicos de control y con los de las entidades que integran la Administración local en el ejercicio de las funciones contables y de control.

4.3.3. Control Interno y la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía

La **Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía**, que se refunde, es la norma de referencia en la delimitación del marco económico-financiero por el que debe regirse la Junta de Andalucía y los entes o entidades que la integran. Una Ley con más de un cuarto de siglo de existencia, cuyo contenido se ha visto lógicamente afectado por los acontecimientos que se han producido en este periodo de tiempo.

Por ello, y mediante **Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía**, que aborda en su **Título V**, el Control Interno y la Contabilidad Pública y dictamina que todos los actos, documentos y expedientes de la Administración de la Junta de Andalucía y de las entidades a las que se refiere dicho Título de los que se deriven derechos y obligaciones de contenido económico, serán intervenidos y contabilizados con arreglo a lo dispuesto por la presente Ley y por las disposiciones que la desarrollen.

En dicho Título se establece:

- **La Intervención General de la Junta de Andalucía** es el superior órgano de **control interno** y de **contabilidad pública** de la gestión económico-financiera de la Administración de la Junta de Andalucía y de sus entidades instrumentales.

- El **control interno** comprende el ejercicio de la **función interventora** y el **control financiero**.

- Las funciones de control interno y de contabilidad pública se ejercerán con plena autonomía respecto a los órganos y entidades sujetos a fiscalización.

1.- La **función interventora**, tiene por objeto controlar todos los actos que den lugar al reconocimiento de derechos y obligaciones de contenido económico, así como los ingresos y pagos que de ellos se deriven, y la recaudación, inversión o aplicación en general de los caudales públicos, con el fin de asegurar que la administración de la Hacienda de la Junta de Andalucía se ajuste a la legalidad económico-presupuestaria y contable aplicable en cada caso.

El ejercicio de la función interventora comprenderá:

- a) La intervención **crítica o previa** de todo acto, documento o expediente susceptible de producir derechos u obligaciones de contenido económico o movimiento de fondos y valores.

- b) La intervención formal de la ordenación del pago.

- c) La intervención material del pago.

- d) La intervención de la aplicación o empleo de las cantidades destinadas a obras, suministros o adquisiciones y servicios, que comprenderá tanto la intervención material como el examen documental

2.- El **control de carácter financiero** tendrá por objeto comprobar el funcionamiento económico-financiero de la Administración de la Junta de Andalucía, de sus entidades

instrumentales, de las instituciones, así como de los consorcios, fundaciones y demás entidades del artículo 5.1 y fondos carentes de personalidad jurídica a que se refiere el artículo 5.3 (ambos artículos del Texto Refundido). Asimismo, este control financiero será de aplicación a las Corporaciones de derecho público cuyos presupuestos hayan de ser aprobados por alguna de las Consejerías de la Junta de Andalucía.

Este control se efectuará mediante procedimientos y técnicas de auditoría en los siguientes casos:

a) **Las agencias públicas empresariales**, agencias de régimen especial, sociedades mercantiles del sector público andaluz y las entidades referidas en el artículo 5 de esta Ley. En este caso el control se referirá tanto a la total actuación de la entidad, como a aquellas operaciones individualizadas y concretas que por sus características, importancia o repercusión puedan afectar al desenvolvimiento económico-financiero de la misma.

b) Las sociedades mercantiles, empresas, entidades y particulares por razón de las subvenciones, créditos, avales y demás ayudas concedidas por la Junta de Andalucía y sus agencias. En estos casos el control tendrá por objeto determinar la situación económico-financiera de la entidad, y la inspección de las inversiones realizadas con créditos avalados por la Tesorería de la Junta, y/o de las ayudas concedidas por ésta.

c) Las Corporaciones de derecho público cuyos presupuestos hayan de ser aprobados por alguna de las Consejerías de la Junta de Andalucía.

Se entiende por **control financiero permanente** el control regular posterior sobre la totalidad de las operaciones de contenido económico de la entidad sujeta al mismo, con un triple objetivo:

a) Comprobación del cumplimiento de la legalidad y de las normas y directrices de aplicación.

b) En su caso, examen de las cuentas anuales, con objeto de emitir un dictamen sobre si las mismas se gestionan y presentan de acuerdo con los principios, criterios y normas contables aplicables al efecto.

c) Examen y juicio crítico sobre la gestión de los programas asignados a la entidad sujeta a control, con objeto de verificar si su ejecución se ha desarrollado en forma económica, eficaz y eficiente.

En sustitución de la intervención previa, por Acuerdo del Consejo de Gobierno podrá establecerse el **sometimiento a control financiero permanente** de

determinados órganos o servicios en los que se considere adecuada dicha fórmula de control.

Las **agencias públicas empresariales** y sociedades mercantiles del sector público andaluz que se encuentren sometidas a control financiero permanente deberán contar con **unidades propias de control interno**, que colaborarán con la Intervención General de la Junta de Andalucía en el desarrollo de los trabajos de ejecución del plan anual de auditorías.

4.4. NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO.

A continuación se expresan brevemente unas normas generales de control Interno que podrían proporcionar un esquema básico para la transparencia en la gestión pública en el marco de la legalidad, la ética y la rendición de cuentas.

4.4.1. Normas Generales relativas al concepto de control interno

1. Definición del control interno

El control interno será definido como la serie de acciones diseñadas y ejecutadas por la administración pública para proporcionar una seguridad razonable en torno a la consecución de los objetivos, fundamentalmente en las siguientes categorías:

- Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal
- Exigir confiabilidad y oportunidad de la información
- Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones
- Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico

El control interno, lejos de ser un fin en sí mismo que interfiera el accionar de las organizaciones, es un medio más para el logro de objetivos y la protección del patrimonio público. Por lo tanto, debe entenderse como un proceso que, bajo la responsabilidad indelegable del **jerarca** (persona que tiene una elevada categoría en una organización, empresa etc.), es ejecutado por ella y por todos y cada uno de los

integrantes de la organización. En este sentido, es un control administrativo que se crea dentro de los organismos como parte de su infraestructura y de la dinámica de los procesos de trabajo, para ayudar a los administradores en su labor de dirección, de manera que les permita alcanzar los resultados programados en sus planes tácticos y estratégicos. Es así como, mediante el control interno, se promueve la administración basada en resultados.

2. Objetivos del control interno

El control interno tiene como fin ayudar a la administración pública (administración activa) en el cumplimiento de sus objetivos, fundamentalmente en las siguientes categorías:

- Eficiencia y eficacia de las operaciones.
- Confiabilidad y oportunidad de la información.
- Cumplimiento de la normativa vigente.
- Protección y conservación del patrimonio contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

El sistema de control interno debe promover el esfuerzo de los miembros de la organización a todos los niveles, con miras al cumplimiento de estos objetivos, cuya consecución llevará, mediante un resultado sinérgico, al logro de las ideas rectoras de la institución, a saber, su misión, su visión y sus valores claves. Asimismo, debe señalar las actuaciones impropias que eventualmente se presenten.

3. Componentes del control interno

Los componentes del control interno son funcionales y orgánicos. Los componentes funcionales son:

- El ambiente de control
- La valoración del riesgo
- Los sistemas de información
- Las actividades de control
- El seguimiento.

En cuanto a los componentes orgánicos serían: La Administración activa y la Auditoría Interna.

La Administración pública, como componente orgánico con la responsabilidad establecida, debe fortalecer los cinco componentes funcionales del control interno a fin de obtener un sistema sano y confiable. En efecto, si bien el ambiente de control constituye la base fundamental del sistema, sobre la cual se apoyan e interactúan los otros cuatro componentes, lo cierto es que el sistema será tan fuerte como el más débil de sus componentes. Así, para aseverar que la organización cuenta con un sistema de control interno adecuado, es necesario poder afirmar lo mismo respecto a cada uno de sus cinco componentes. Por su parte, la Auditoría Interna, con su responsabilidad de asesoría, advertencia y fiscalización, debe emitir recomendaciones y sugerencias relevantes y oportunas para reforzar dichos componentes.

4. Responsabilidad por el control interno

La responsabilidad principal por el diseño, la implantación, la operación, la evaluación, el mejoramiento y el perfeccionamiento del control interno es inherente al jerarca y a los titulares subordinados de cada organización. Por su parte, las jefaturas en cada área de la Institución deben velar porque las medidas de control específicas relativas a su ámbito de acción sean suficientes y válidas, y porque los funcionarios sujetos a su autoridad jerárquica las apliquen cumplidamente. En este sentido, corresponde a los funcionarios sujetarse, en todo momento, a los controles definidos por la dirección para su puesto de trabajo; aplicarlos oportuna y correctamente, y hacer notar a sus superiores las deficiencias que observen en tales controles.

4.4.2. Normas Generales relativas al ambiente de control

1. Ambiente propicio para el control

La administración activa, como una de las cuatro categorías de actividades que lleva a cabo la Administración pública (junto a la consultiva, la deliberante y la de vigilancia) debe fomentar un ambiente propicio para la operación del control interno, mediante la **generación de una cultura** que promueva, entre los miembros de la institución, el reconocimiento del control como parte integrante de los sistemas institucionales.

Lo anterior implica generar un ambiente de trabajo que, por un lado, contribuya con la prestación oportuna de los servicios y la realización eficiente de las operaciones por

parte de todos los funcionarios, y por otro, incentive el apoyo continuo a las actividades prácticas y mecanismos de control vigentes dentro de la organización.

Como parte de ese ambiente, la administración debe promover actitudes acordes con la cultura de control, mediante la aplicación de una filosofía y estilo administrativos propicios para ese objetivo, y el empleo de las herramientas y los recursos que estime pertinentes para difundir esa cultura, como son los sistemas de incentivos y la capacitación.

2. Actitud de apoyo superior al control interno

El jerarca, en su calidad de responsable del sistema de control interno, debe mostrar constantemente una actitud de apoyo a las medidas de control implantadas en la institución, mediante la **divulgación** de éstas y un ejemplo continuo de apego a ellas en el desarrollo de las labores cotidianas.

3. Valores de integridad y ética.

Los responsables del control interno deberán determinar y fomentar los valores de integridad y ética de aplicación deseable para beneficiar el desarrollo de los procesos y actividades institucionales, así como establecer mecanismos que **promuevan la adhesión** del personal a esos valores.

4. Administración eficaz del potencial humano.

El control interno debe incluir las políticas y los procedimientos necesarios para asegurar una apropiada planificación y administración del potencial humano de la institución, de manera que se asegure desde el reclutamiento y hasta el mantenimiento al servicio de la institución, de funcionarios que reúnan **competencias** (habilidades, actitudes y conocimientos) idóneas para el desempeño de cada puesto.

La importancia del elemento humano radica en que el funcionamiento eficaz de los sistemas de control interno dependen de cuán adecuadamente **desempeñe su función** cada uno de los miembros de la organización y de cuán claramente comprendan su papel para el cumplimiento de los objetivos.

Para ello, se deben crear condiciones laborales idóneas, la promoción de actividades de **capacitación y formación** que permitan al personal aumentar y perfeccionar sus conocimientos y destrezas, y la existencia de un sistema de **evaluación del desempeño**, rendición de cuentas e incentivos que motiven la adhesión a los valores y controles institucionales.,

El proceso de administración mencionado debe contemplar definir políticas y procedimientos adecuados para que se ejecuten correctamente todas las tareas referentes a la planificación, adquisición, conducción y desarrollo del personal.

En general, la definición del **número de funcionarios** requeridos y de las competencias deseables debe estar respaldada por un **análisis** de la organización y sus actividades y ser producto de una adecuada **planificación** de personal.

5. Estructura organizativa.

El jerarca debe crear una estructura organizativa que apoye efectivamente el **logro** de los **objetivos organizacionales**, y por ende, la realización de los procesos, las labores y la aplicación de los controles pertinentes.

Hay que **distribuir las labores** que debe acometer una organización, distribuir las entre los diferentes puestos, y asignarles a estos últimos no sólo la **responsabilidad** por su cumplimiento, sino también la **autoridad necesaria** para ejecutarlas a cabalidad. Adicionalmente, deben establecerse las **relaciones jerárquicas** entre los puestos, los canales de **comunicación, coordinación e información** formal que se utilizarán en la organización.

6. Delegación

La delegación de funciones o tareas en un funcionario debe conllevar no sólo la exigencia de la **responsabilidad** por el cumplimiento de los procesos, actividades o transacciones correspondientes, sino también la **asignación de la autoridad** necesaria a fin de que ese funcionario pueda tomar las decisiones y emprender las acciones más oportunas para ejecutar su cometido de manera expedita y eficaz.

Es indispensable que el individuo a quien se exige la responsabilidad por un asunto en particular y se demanda la consecuente rendición de cuentas, también reciba la

autoridad necesaria para dirigir a las personas, obtener los recursos, la capacitación y los controles que hayan sido establecidos para llevar a cabo todas las gestiones requeridas para cumplir con las responsabilidades asignadas.

La delegación de autoridad hecha por el jerarca y por los demás niveles jerárquicos de la administración activa debe quedar formalmente establecida por escrito (en manuales u otros documentos de vigencia prolongada) como una medida de protección para la administración y el funcionario respectivo, y con el propósito de que éste conozca los límites de su ámbito de acción y actúe siempre dentro de ellos.

7. Coordinación de acciones organizacionales.

El control interno debe contemplar los mecanismos y disposiciones requeridos a efecto de que los diversos funcionarios y unidades participantes en la ejecución de los procesos, actividades y transacciones de la institución, desarrollen sus acciones de manera **coordinada y coherente**, con miras a la implantación efectiva de la estrategia organizacional para el logro de los objetivos.

Es indispensable que la normativa interna establezca **mecanismos de coordinación** específicos, incluyendo los de autorización y aprobación de transacciones, operaciones y procesos; la supervisión; el examen de la gestión en asuntos específicos; la evaluación regular del desempeño del personal; la celebración de reuniones periódicas para monitorizar el avance de determinados trabajos, y la revisión, por parte de personal especializado en diferentes disciplinas de las tareas que lo merezcan

8. Participación del personal en el control interno

El jerarca, con el apoyo de los titulares subordinados deberá instaurar las medidas de control propicias a fin de que los miembros del personal reconozcan y acepten la responsabilidad que les compete por el adecuado funcionamiento del control interno. De acuerdo con esa responsabilidad, los **funcionarios deberán participar** activamente en la aplicación y el mejoramiento de las medidas ya implantadas, así como en el diseño de controles aún más efectivos para las áreas de la organización donde desempeñan sus labores.

Todo servidor debe rendir cuentas por la manera como ha desempeñado las actividades que tiene encomendadas. Por tanto, le corresponde ejercer un **control permanente sobre su propio trabajo**, para determinar si su avance es satisfactorio, si se conduce con eficacia al logro del objetivo correspondiente y cómo mejorar los controles aplicados al respecto. Para ello se requiere una actitud crítica y constructiva con respecto a los controles que operan en el entorno de su labor, lo que implica que cada servidor debe tener un conocimiento adecuado del sistema de control interno y de la importancia de su contribución al logro de los objetivos organizacionales, a fin de que desarrolle un sentido de compromiso al respecto.

9. Adhesión a las políticas institucionales.

En el ejercicio de sus funciones, los servidores deben observar y contribuir con **sugerencias** a las políticas institucionales y a las específicas aplicables a sus respectivas áreas de trabajo, que hayan sido emitidas y divulgadas por los superiores jerárquicos, quienes además deben **instaurar medidas y mecanismos propicios** para fomentar la adhesión a las políticas vigentes.

10. Atmósfera de confianza.

Los responsables del control interno deberán estimular entre el personal la generación y el mantenimiento de una atmósfera de **confianza** basada en la difusión de **información** veraz, la **comunicación** adecuada, la **delegación de funciones** y técnicas de **trabajo participativo** y cooperativo con miras a la promoción de la lealtad, el desempeño eficaz y el logro de los objetivos institucionales.

Compartir la **información y el conocimiento** que ello implica, constituye un medio para lograr buenas comunicaciones y fortalecer el control al reducir la dependencia continua en la presencia, el juicio y la habilidad de una sola personal.

11. Auditoría interna.

Con las salvedades que procedan, cada institución debe contar con una auditoría interna adecuadamente organizada, que disponga de la independencia, el apoyo superior y los recursos necesarios para que pueda brindar una **asesoría** oportuna y profesional en el ámbito de su competencia y, de este modo, **agregar valor** a la gestión institucional. El jerarca y los titulares subordinados, por su parte, deberán

fortalecer la auditoría interna y procurar la implementación de las medidas necesarias para solventar las situaciones señaladas, por ella, de conformidad con la normativa jurídica, técnica y de otra naturaleza que resulte aplicable.

La auditoría interna es necesaria porque actúa como un control de controles respecto del sistema de control interno, y mediante su acción agrega valor a los procesos organizacionales como un apoyo a la administración. Además, el resultado de la fiscalización que lleva a cabo debe constituirse, para la ciudadanía, en una garantía razonable de que la actuación del jerarca y del resto del personal se realiza con apego a la legalidad y sanas prácticas.

4.4.3. Normas Generales relativas a la valoración del riesgo

1. Identificación y evaluación de riesgos.

La administración deberá identificar y evaluar los **riesgos** derivados de los **factores ambientales** que afectan a la institución, así como emprender las medidas pertinentes para afrontarlos de manera exitosa.

El riesgo se entiende como la **probabilidad** de que un evento interno o externo afecte negativamente la capacidad organizacional para alcanzar los **objetivos planteados** con **legalidad, eficacia, eficiencia y economía**.

Lo que hay detrás de un riesgo es, básicamente, la posibilidad de incumplir un objetivo. Así pues, hablar de riesgos debe verse, en buena medida, como equivalente a hablar de objetivos (González, 2013)

La **valoración** de los riesgos incluye su **identificación y evaluación**, y es un componente fundamental de todo sistema de control interno bien orientado. Esta valoración es más que un esfuerzo teórico y de reflexión que se lleva a cabo una sola vez; en realidad, constituye un proceso activo, continuo, diario y repetitivo que realizan, con la ayuda de un sistema de información adecuado, las personas que toman decisiones en todos los niveles de la institución. Lo importante de la evaluación radica en que permite:

- Identificar los factores que contribuyen a elevar el riesgo o a que éste se materialice.
- Empezar acciones adecuadas para enfrentar el riesgo y reducir su impacto
- Permanecer alerta ante cambios eventuales que podrían aumentar o disminuir la incidencia del riesgo sobre las actividades institucionales.

2. Planificación.

La identificación y evaluación de los riesgos, como componente del control interno, debe ser sustentado por un sistema participativo de planificación que considere la **misión y la visión** institucionales, así como objetivos, metas y políticas establecidos con base en un conocimiento adecuado de los medios interno y externo en que la organización desarrolla sus operaciones.

La valoración de los riesgos tiene como **requisito previo** un **sistema de planificación** que establezca, en **planes estratégicos y operativos** conocidos y aceptados por el personal, cuáles son los **objetivos** que se pretende lograr y controlar. Así la identificación y evaluación de riesgos se basa en una apropiada planificación porque, precisamente se trata de riesgos que obstaculizarían el logro de los objetivos previstos

El proceso planificador formula un **estado futuro que resulta deseable**, para lo cual examina el entorno, las características internas más relevantes, etc. Todo este esfuerzo se traduce en la definición clara de la misión (razón de ser u objetivo fundamental para cuya satisfacción fue creada la institución) y de la visión (situación en que la institución desea encontrarse en el futuro), como base para determinar los objetivos generales y las acciones globales que deben ejecutarse para llevar la institución hacia ese estado futuro deseado.

3. Indicadores de desempeño mensurables.

Los planes de la institución deberán establecer los mecanismos, criterios e indicadores que la administración usará para comprobar su cumplimiento y la medida en que han contribuido a satisfacer las metas, los objetivos y la misión institucionales.

La Administración debe asegurarse que los indicadores pertinentes hayan sido adoptados en **consenso** con los funcionarios responsables de la ejecución de esos planes y por ende del cumplimiento de dichos indicadores.

El uso adecuado de los indicadores en el **momento oportuno** es tan importante como su definición acertada: si no se recurre a ellos para evaluar el desempeño del personal y los responsables de las unidades, el esfuerzo de definirlos será infructuoso y, aunque estén óptimamente diseñados, no harán notar a tiempo las desviaciones ocurridas respecto de los planes y los resultados esperados.

4. Divulgación de los planes.

Los planes deberán ser **divulgados oportunamente** entre el personal respectivo para procurar un **conocimiento** y una aceptación general, así como el **compromiso** requerido para su cumplimiento.

Los planes oficiales deben ser dados a conocer al personal que debe haber participado en su definición. Es indispensable que se presenten al personal como instrumentos de gestión, y que su divulgación se oriente a conseguir su uso efectivo como herramientas para canalizar las actividades organizacionales.

5. Definición y comunicación de políticas de apoyo a los objetivos.

El Jерarca debe **definir y comunicar las políticas** necesarias para orientar el quehacer organizacional en aras de apoyar el cumplimiento adecuado de los objetivos institucionales. El personal debe cumplir con dichas políticas y, cuando corresponda, **canalizar sugerencias** al jерarca respectivo.

Las políticas son orientaciones básicas y parámetros de acción para el desempeño de las tareas. Su esencia radica en la definición **de un margen de discreción** y de ciertos **límites** dentro de los cuales el **funcionario puede actuar y tomar decisiones**.

6. Revisión de los objetivos.

El Jерarca respectivo, con el apoyo del resto del personal deberá **revisar periódicamente** los **objetivos** e introducirles las modificaciones requeridas para que

continúen siendo **guías** claras para la conducción de la institución y proporcionan un sustento oportuno al control interno institucional.

El proceso de **planeamiento** (estratégico, operativo y presupuestario) es un proceso que no acaba con la definición y emisión de los planes sino que es un **proceso permanente** que constituye un mecanismo para el conocimiento mejorado de la institución, de sus características positivas y negativas y de las fuerzas que le afectan o la benefician.

En el esfuerzo por **analizar los objetivos**, juega un papel importante los criterios de evaluación para identificar y subsanar cualquier **desviación** en la ejecución de los planes, y también para, en su caso, **enmendar estrategias** y marcar en qué áreas de su accionar deben realizarse las modificaciones respectivas.

7. Cuestionamiento periódico de los supuestos de planificación.

Las **premisas básicas** que sustentan los procesos de planificación y, por ende, el desarrollo de las labores institucionales cotidianas, deberán ser analizadas y **cuestionadas periódicamente** para determinar su validez ante los cambios ambientales internos y externos y asegurarse el cumplimiento de los objetivos y la misión institucionales.

4.4.4. Normas Generales relativas a las actividades de control

1. Prácticas y medidas de control.

La administración debe **diseñar y adoptar las medidas y las prácticas de control interno** que mejor se adapten a los procesos organizacionales, a los recursos disponibles, a las estrategias definidas para el enfrentamiento de los riesgos relevantes y a las características, en general, de la Institución y sus funcionarios, y que coadyuven de la mejor manera al logro de los objetivos y misión institucionales.

Las labores y los procesos organizacionales deben **incorporar medidas de control** que permitan saber si en la gestión se ha **actuado de conformidad** con la normativa legal, técnica y administrativa aplicable, así como determinar el grado en que el

cumplimiento de los objetivos ha sido impulsado por el desarrollo de esas labores y procesos.

Al definir cuáles mecanismos de control son los más apropiados, deben considerarse los **riesgos** identificados y evaluados para los diferentes procesos y actividades; la posibilidad de que se presenten **errores, omisiones o acciones** contrarias a los intereses de la organización durante el procesamiento; **el costo** que implicaría la operación de los mecanismos de control en cuestión, y la **capacidad** del personal para ponerlos en práctica.

2. Control integrado.

Las **medidas y las prácticas de control interno** diseñadas por la administración deberán establecerse para ejercer control previo, concomitante y posterior de tal modo que estén **integradas** en los procesos, actividades, operaciones y acciones y promuevan su ajuste a los objetivos y misión organizacionales.

El control interno debe ejercerse en **todas las etapas** de los procesos y al ser un **proceso dinámico** debe quedar establecido en los manuales de procedimientos que emita la administración.

3. Análisis de costo/beneficio.

La implantación de cualquier medida, práctica o procedimiento de control debe ser precedida por un **análisis de costo/beneficio** para determinar su viabilidad, su conveniencia y su contribución al logro de los objetivos.

La Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (**INTOSAI**) señala que mantener un sistema de control interno que eliminara todo riesgo de pérdida, resultaría una empresa utópica y probablemente más costosa que los beneficios obtenidos. En efecto, el control interno es de tal naturaleza que resulta imposible implantar un sistema perfecto que satisfaga todas las necesidades de la organización, por causa de factores tales como la disponibilidad de recursos de la institución y la falibilidad de los seres humanos encargados de diseñar los controles y de llevarlos a la práctica.

Como criterio elemental, debe tenerse en cuenta que ningún control debería implicar un costo mayor que el beneficio que pueda rendir. Se habla, entonces, de la **viabilidad y la conveniencia** como las dos consideraciones esenciales de si una media de control será **útil** para la organización.

La **viabilidad** tiene que ver con la capacidad de la institución de implantar y aplicar el control eficazmente, lo que está determinado, fundamentalmente, por su **disponibilidad de recursos**, incluyendo personal con capacidad para ejecutar los procedimientos y medias del caso y obtener los objetivos de control pretendidos. Por su parte, **conveniencia** se relaciona con los beneficios esperados en comparación con los recursos invertidos, y con la necesidad de que como indica otra norma, los controles se **acoplen a los procedimientos**, transacciones, operaciones y acciones de los funcionarios de manera natural y se conviertan en parte de ellos, a fin de que contribuyan al logro de los objetivos.

4. Responsabilidad delimitada.

La **responsabilidad** por cada proceso, actividad, operación, transacción o acción organizacional debe ser claramente **definida**, específicamente **asignada** y formalmente **comunicada** al funcionario respectivo, según el puesto que ocupa.

La definición de la estructura organizativa conlleva **analizar las labores** que se efectúan dentro de la institución y **asignar la responsabilidad** por su ejecución al puesto idóneo y, por ende, al individuo apropiado, indicando cuál será **el alcance de su injerencia** sobre los diversos procesos, actividades, operaciones y acciones organizacionales, y los parámetros con base en los cuales se evaluará su desempeño.

Normalmente, la **comunicación** de tales asuntos se hace mediante las **descripciones de puestos en manuales o compendios**, o por medio de instrucciones impartidas por escrito y en términos claros y específicos.

5. Instrucciones por escrito.

Las instrucciones de **alcance general** deben darse por **escrito** y mantenerse en un compendio ordenado, actualizado y de fácil acceso que sea de conocimiento **de todos** y cada uno de los funcionarios de la institución. De igual manera, las órdenes e instrucciones más **específicas** y relacionadas con asuntos particulares de especial

relevancia deben emitirse mediante nota **a los funcionarios responsables** de su cumplimiento.

Ejemplos de tales instrucciones son la asignación de nuevas funciones, la solicitud de reportes especiales y la designación para participar en comisiones o en grupos de trabajo con un fin específico.

6. Separación de funciones incompatibles.

Deberán **separarse y distribuirse** entre los diferentes puestos, las **funciones** que, si se concentraran en una misma persona, podrían comprometer el equilibrio y la eficacia del control interno y de los objetivos y misión institucionales. Igualmente, las **diversas fases** que integran un proceso, transacción y operación deben distribuirse adecuadamente, con base en su grado de **incompatibilidad**, entre los diversos funcionarios y unidades de la institución, de tal manera que el control por la totalidad de su desarrollo no se concentre en una única instancia.

Al asignar las labores a cada puesto, es preciso asegurar que en ninguno de ellas se **concentren funciones** de carácter incompatible, entendidas éstas como aquellas tareas cuya combinación en las competencias de una sola persona, eventualmente podría permitir la realización o el ocultamiento de **fraudes, errores u omisiones**.

De conformidad con lo dicho, entre otras, las **funciones de autorización, ejecución, aprobación y registro de transacciones**, así como las de custodia de recursos, deben **separarse** adecuadamente para reducir el riesgo de que se presenten situaciones irregulares que menoscaben la seguridad de los bienes de la institución y el cumplimiento de los objetivos. Por tal motivo, debe **evitarse** que ninguna unidad tenga a su cargo la **totalidad de una transacción, operación o proceso**, a efecto de evitar que posea un control completo de los recursos requeridos y las decisiones involucradas en su conclusión.

La implantación efectiva de medidas orientadas a asegurar la división del procesamiento de transacciones procura un **control cruzado** (entre unidades e individuos) de las actividades respectivas, con lo que se asegura, como efecto colateral, la corrección del resultado final.

7. Autorización y aprobación de transacciones y operaciones.

La ejecución de los procesos, operaciones y transacciones organizacionales deberá contar con la **autorización respectiva** de parte de los funcionarios con potestad para concederla. Asimismo, los resultados de la gestión deberán someterse al conocimiento de los individuos que, en vista de su capacidad técnica y designación formal, cuenten con autoridad jerárquica para otorgar la aprobación correspondiente.

Para que puedan rendir cuentas satisfactoriamente por el descargo de los asuntos que les han sido encomendados, los administradores de todo nivel deben ejercer un control permanente sobre los procesos, las operaciones y las transacciones de su competencia, según la **delegación recibida** de parte de los niveles superiores.

8. Documentación de procesos y transacciones.

Los **controles vigentes** para los diferentes procesos y actividades de la Institución, así como todas las transacciones y hechos significativos que se produzcan, deben **documentarse** como mínimo en cuanto a la descripción de los **hechos sucedidos**, al efecto o **impacto** recibido sobre el control interno y los objetivos institucionales, las **medidas** tomadas para su corrección y los **responsables** en cada caso; asimismo, la documentación correspondiente debe estar disponible para su verificación.

Los **objetivos institucionales**, los **controles** y los aspectos pertinentes sobre **transacciones** y **hechos significativos** que se produzcan como resultado de la gestión, deben respaldarse adecuadamente con la **documentación** de sustento pertinente. El primer requerimiento puede quedar satisfecho en los planes estratégicos y operativos de la organización y en la normativa interna vigente (manuales de puestos y procedimientos; circulares; disposiciones; acuerdos que consten en actas y se comuniquen a quien corresponda, etc.). El segundo tiene que ver con los documentos fuentes y los comprobantes de las transacciones y operaciones.

Para que se considere **útil y adecuada**, la **documentación**, en general, debe reunir los **siguientes requisitos**:

- Tener un propósito claro.
- Ser apropiada para alcanzar los objetivos de la organización.
- Servir a los directivos para controlar sus operaciones.
- Servir a los fiscalizadores u otras personas para analizar las operaciones.

- Estar disponible y ser accesible para que el personal apropiado y los auditores la verifiquen cuando corresponda.

9. Supervisión constante.

La **dirección** superior y los funcionarios que ocupan **puestos de jefatura** deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de los procesos, transacciones y operaciones de la institución, con el propósito de asegurar que las labores se realicen de **conformidad** con la normativa y las disposiciones internas y externas vigentes.

La supervisión es un **recurso** y una **obligación** de todo funcionario que realice funciones de administración a diversos niveles. Como **recurso** permite adquirir una seguridad razonable de que la gestión real es congruente con lo que se planeó hacer y mantener el control sobre cada paso de los procesos, transacciones y operaciones, desde el momento en que se propone y hasta después de su materialización. **Como obligación**, es mucho más que una mera observación de la forma como se desarrolla el quehacer organizacional, pues además involucra **comunicar** a los subalternos las observaciones y recomendaciones pertinentes para mejorar la gestión, aplicar justamente la **autoridad** precisa para que aquellas se implanten con eficiencia y puntualidad, y generar en el personal la **motivación** requerida para que colabore en la ejecución eficaz de los planes

10. Registro oportuno.

Los hechos causantes que afectan la toma de decisiones y acciones sobre los procesos, operaciones y transacciones deben **clasificarse y registrarse inmediata y debidamente**.

Los datos sobre transacciones realizadas por la organización y sobre hechos que la afecten, deben clasificarse y registrarse adecuadamente para garantizar que continuamente se produzca **y transmita a la dirección información fiable, útil y relevante** para el **control de operaciones** y para la **toma de decisiones**. Con ese fin, debe establecerse la organización y efectuarse el procesamiento necesario para registrar oportunamente la información generada durante la gestión organizacional y para elaborar los reportes que se requieran.

11. Sistema contable y presupuestario.

Se establecerán sistemas contables y presupuestarios de conformidad con las disposiciones legales y técnicas vigentes.

Como medida fundamental para un **control interno exitoso**, debe establecerse y mantenerse actualizado un **sistema de contabilidad** que brinde una garantía razonable de que los registros consideran tanto los recursos disponibles, como las **obligaciones** adquiridas por la institución, y que brinde un conocimiento oportuno de las transacciones y una expresión de los **resultados** de su gestión, de conformidad con los criterios técnicos y legales aplicables. Asimismo, es preciso que exista un **sistema presupuestario** congruente con la normativa aplicable y que permita a la institución conocer su **disponibilidad de recursos** para la ejecución de los planes. Para tales efectos debe considerarse la normativa emitida por las autoridades competentes en el sector público.

12. Acceso a activos y registros.

El **acceso** a los activos y registros de la organización debe estar claramente definido y **delimitado**, de modo que sólo lo obtengan los funcionarios autorizados por razón de su cargo y de las labores correspondientes.

Las **responsabilidades de los funcionarios** conllevan la necesidad de que éstos logren el acceso a los activos y la información requeridos para que su desempeño sea adecuado.

Por otra parte, es preciso contemplar el efecto de los sistemas de información computadorizados sobre el acceso a los recursos, particularmente en cuanto a las aplicaciones que se utilizan para conceder autorizaciones y aprobaciones, así como para obtener acceso a información específica que puede resultar sensible. En todo caso, deben implantarse las claves y los niveles de acceso pertinentes, así como los **controles de uso** y pistas de auditoría, que permitan seguir el rastro y conocer lo actuado por los funcionarios con acceso a los sistemas y para determinar su procedencia y legitimidad.

13. Revisiones de control.

Las **operaciones** de la organización deben ser sometidas a **revisiones de control** en puntos específicos de su procesamiento, que permitan detectar y corregir oportunamente cualquier **desviación** con respecto a lo planeado.

La administración debe **identificar los puntos** de cada transacción proceso u operación en los cuales debería aplicarse, sobre la marcha, una medida o un **procedimiento de control**, tal como una conciliación de anotaciones, una verificación de datos ó una revisión de resultados intermedios, para asegurar el avance correcto y legítimo de las actividades organizacionales.

14. Conciliación periódica de registros.

Deberán realizarse **verificaciones y conciliaciones** periódicas de los **registros** contra los documentos fuentes respectivos, para determinar y enmendar cualquier error u omisión que se haya cometido en el **procesamiento de los datos**.

Las **conciliaciones** proceden tanto entre los registros y los documentos fuente de las anotaciones respectivas, como entre los registros de un departamento contra los generales de la institución, para la información financiera, administrativa y estratégica propia de la gestión institucional.

15. Inventarios periódicos.

La **exactitud de los registros** sobre activos y disponibilidades de la institución deberá ser comprobada **periódicamente** mediante la verificación y el **recuento físico** de esos activos u otros como la información institucional clave.

La necesidad de contar con información financiera, administrativa y de otra naturaleza para la toma de decisiones es indicativa de la importancia de que los registros sean oportunamente actualizados y, aún más, de que sean **exactos y confiables**. Una práctica orientada a fomentar estos dos atributos es la verificación física de las cantidades y características de los activos que pueden ser sujetos a recuento, como son el mobiliario y equipo, los vehículos, los suministros, así como la información y el conocimiento clave para la institución.

16. Arqueos independientes.

Deberán ser efectuados arqueos independientes y **sorpresivos** de los fondos y otros activos de la institución (incluido el acopio de información clave), por **funcionarios diferentes** de aquellos que los custodian, administran, recaudan contabilizan y generan.

17. Formularios uniformes.

Deberán implantarse formularios uniformes para el **procesamiento, traslado y registro** de todas las transacciones que se realicen en la institución, los que contarán con una numeración preimpresa consecutiva que los identifique específicamente. Igualmente se establecerán los controles pertinentes para la **emisión, custodia y manejo** de tales formularios, según corresponda.

Los sistemas informáticos deberán considerar controles para asegurar la continuidad y secuencia en relación con los formularios virtuales que se generen en la institución. Con tal fin, es preciso implantar los controles de acceso a los sistemas (niveles, claves, etc.) que resulten más apropiados.

18. Rotación de labores.

Deberá contemplarse la conveniencia de **rotar sistemáticamente las labores** entre quienes realizan tareas o funciones afines, siempre y cuando la naturaleza de tales labores permita efectuar tal medida.

La práctica en cuestión procura que los funcionarios no tengan el control permanente de partes específicas de una transacción ni de los recursos que en ellas se emplean, lo que podría **evitar situaciones irregulares** en relación con tales transacciones y recursos. Asimismo, permite comparar el desempeño de funcionarios distintos en la misma actividad, lo cual permite **ajustar parámetros de eficiencia**. Finalmente, la rotación de deberes sirve como un **mecanismo de capacitación**, pues al desarrollar actividades diferentes, los funcionarios entran en contacto con las diversas etapas de los procesos organizacionales, y así llegan a comprender su integración en el logro de objetivos mayores.

La práctica de que los funcionarios disfruten oportunamente de las vacaciones permite efectuar una **rotación de funciones** de manera indirecta. Cuando un funcionario se encuentra disfrutando de sus vacaciones, otro debe asumir temporalmente esas labores, lo que no sólo permite un **control indirecto** de las actividades correspondientes (y por ende, la detección de omisiones o errores accidentales o voluntarios, así como la identificación de modos más eficientes de realizar las mismas labores), sino que evita la creación de “**funcionarios indispensables**” (aquellos sin cuya presencia no es posible continuar con procesos específicos, por lo que resultan virtualmente peligrosos para la salud de la organización, ante una eventual renuncia, incapacidad u otra situación que los aleje de la institución o los convierta en elementos negativos para ella).

19. Dispositivos de control y seguridad.

Los equipos utilizados deberán contar con dispositivos de control y seguridad apropiados para garantizar su óptimo uso en las labores que corresponde cumplir a la Institución.

4.4.5. Normas Generales relativas a sistemas de información

1. Obtención y comunicación de información efectivas.

La organización debe poner en ejecución los mecanismos y sistemas más adecuados para **obtener, procesar, generar y comunicar** de manera **eficaz, eficiente y económica**, la **información** financiera, administrativa, de gestión y de otro tipo requerida en el desarrollo de sus procesos, transacciones y actividades, así como en la operación de sus sistemas de control con miras al logro de los objetivos institucionales.

La información es un ingrediente vital para la conducción exitosa de una institución. Igualmente lo es la existencia de **medios eficientes para comunicar** esa información en un formato claro y conveniente, en los plazos más oportunos.

2. Calidad y suficiencia en la información.

El control interno debe contemplar los mecanismos necesarios que permitan asegurar la **confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la Información** que se genere y comunique.

La información es **fundamental para la toma de decisiones**, la dirección de las operaciones y, en general, para la administración de cualquier empresa. Por esa razón, el sistema de información debe contemplar mecanismos y procedimientos coherentes para asegurar que la información recopilada y generada presente un **alto grado de calidad**, para lo cual debe contener el **detalle adecuado** según las necesidades de los distintos niveles de gestión, poseer valor para la toma de decisiones, **ser oportuna** (facilitada en el tiempo adecuado), estar actualizada, y ser fácilmente accesible para las personas adecuadas. Además, la **cantidad suficiente** de información también es importante; debe procurarse que se disponga de la información necesaria para la toma de decisiones, sin que ello lleve a manejar volúmenes grandes de información, más allá de lo requerido, suficiente y conveniente.

3. Sistemas de información.

El sistema de información que diseñe e implante la organización deberá ajustarse a las características y ser apropiado para satisfacer las necesidades de ésta.

Los sistemas de información constituyen **un instrumento** para la implantación exitosa de las estrategias organizacionales y, por ende, para la **consecución de los objetivos y metas**. Por ello, para que sean **efectivos**, deben ser diseñados e implantados **“a la medida”** de la institución, y orientarse a la consecución de sus objetivos globales y de los específicos de cada actividad.

4. Controles sobre sistemas de información.

Los sistemas de información deberán contar con controles adecuados para garantizar la confiabilidad, la seguridad y una clara administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles.

Debe crearse una **estructura adecuada** para asegurar el **funcionamiento correcto** y continuo de los sistemas, su **seguridad física** y su **mantenimiento**, así como la integridad, la confiabilidad y la exactitud de la información procesada y almacenada.

5. Canales de comunicación abiertos.

Deberán establecerse canales de comunicación abiertos, que permitan trasladar la información de manera segura, correcta y oportuna a los **destinatarios idóneos dentro y fuera** de la institución.

En este sentido, el **funcionamiento eficaz** del sistema de control interno requiere la existencia de canales que posibiliten e incentiven la comunicación abierta, correcta y oportuna entre el **personal**.

Para la **comunicación externa** deberían aplicarse **controles más rigurosos**, a fin de procurar que se entere a las partes externas sobre la información que proceda y evitar que se divulguen datos cuya difusión será inconveniente; asimismo, esos canales deben promover la captación de conocimientos útiles sobre el entorno.

6. Archivo institucional.

La institución deberá implantar y aplicar políticas y procedimientos de archivo apropiados para la preservación de los **documentos e información** que **deba conservar** en virtud de su utilidad o requerimiento técnico o jurídico, incluyendo los informes y registros contables, administrativos y de gestión con sus fuentes de sustento.

La **administración debe establecer** los procedimientos y las políticas que deberán observarse en la creación y el mantenimiento de sus archivos, con base en las disposiciones técnicas y jurídicas existentes, en apoyo a los demás elementos del sistema de control interno.

4.4.6. Normas Generales relativas al seguimiento

1. Seguimiento del control interno en operación.

Deberá observarse y **evaluarse el funcionamiento de los diversos controles**, con el fin de determinar la vigencia y la calidad del control interno y emprender las modificaciones que sean pertinentes para mantener su efectividad.

Como se ha comentado ya, el control interno es un **proceso permanente** que debe llegar a convertirse en una **actitud** de todos los funcionarios, quienes deben percibirlo como un medio para procurar el cumplimiento de los objetivos de la institución. Se habla, entonces, del “**autocontrol**”, como una obligación inherente a todo funcionario.

Por su parte, la **Unidad de Auditoría Interna** debe **colaborar** en esa labor, aportando sus comentarios, sugerencias y asesoría.

2. Seguimiento de las actividades.

Las actividades que se efectúan en la organización deben estar sujetas a un **proceso de monitorización constante** que permita conocer oportunamente si la institución marcha hacia la consecución de sus objetivos, encauza las labores hacia tales objetivos y toma las acciones correctivas pertinentes.

Lo anterior permitirá identificar **eventuales desviaciones** y emprender **medidas correctivas** en el momento propicio, así como otras acciones que prevengan el surgimiento de situaciones similares en el futuro.

3. Seguimiento constante del ambiente.

El jerarca, en primera instancia, y por extensión, los titulares subordinados de todos los niveles de la organización, deben efectuar **un monitoreo constante del ambiente interno y externo** que les permita estar al tanto y tomar medidas oportunas sobre factores y condiciones real o potencialmente incidentes en el desarrollo de las funciones institucionales, la ejecución de los planes y el cumplimiento de los objetivos previstos.

Sin duda, el **conocimiento de la institución y su entorno** dará a la administración activa una **herramienta** de apreciable valor para realizar un trabajo que le permita conducir efectivamente a la institución hacia el cumplimiento de sus objetivos, de su misión y de su visión, enfrentando para ello las debilidades y amenazas y aprovechando las fortalezas y oportunidades.

4. Evaluación del desempeño institucional.

El jerarca y todos los funcionarios que participan en la conducción de las labores de la institución, deben efectuar una **evaluación permanente de la gestión**, con base en los **planes** organizacionales y las **disposiciones normativas** vigentes, para prevenir y corregir cualquier eventual desviación que pueda poner en entredicho el acatamiento de los principios de eficiencia, eficacia, economía y legalidad aplicables.

La **retroalimentación** obtenida con respecto al cumplimiento de los planes permite conocer si es necesario modificarlos para fortalecer a la organización y enfrentar cualesquiera peligros ambientales que existan en el momento o que puedan preverse en el futuro.

El proceso en cuestión permite crear una conciencia de rendición de cuentas respecto del logro de los resultados organizacionales, tanto dentro de la institución como hacia la colectividad.

5. Rendición de cuentas.

El jerarca y los demás funcionarios en todos los niveles de la Institución están **obligados a rendir cuentas** por el uso de los recursos, el cumplimiento de los objetivos institucionales y el logro de los resultados esperados, para lo que se apoyarán en el control interno.

Con este fin, el sistema de control interno debe ser tal que refuerce y apoye el compromiso por la rendición de cuentas, mediante un sistema de información gerencial que permita disponer de la información precisa para la evaluación del desempeño y la consecuente toma de decisiones.

6. Reporte de deficiencias.

Las **deficiencias y desviaciones de la gestión** de cualquier naturaleza y del control interno, deben ser **identificadas oportunamente y comunicarse** de igual modo al funcionario que posea la autoridad suficiente para emprender la **acción preventiva o correctiva** más acertada en el caso concreto.

La administración debe establecer formalmente, mecanismos y **canales de comunicación** que permitan a quienes detecten una **deficiencia** (los funcionarios, los supervisores, los auditores, etc.) **informar** de las situaciones detectadas a la persona capaz de emprender las disposiciones y de ejercer la autoridad precisa para corregirlas.

7. Toma de acciones correctivas.

Cuando el **funcionario responsable** con autoridad al efecto detecte alguna deficiencia o desviación en la gestión o en el control interno, o sea informado de ella, deberá determinar cuáles son sus causas y las opciones disponibles para solventarla y adoptar oportunamente la que resulte más adecuada a la luz de los objetivos y recursos institucionales.

La **efectividad del sistema de control interno** depende en buena parte, de que las deficiencias o desviaciones en la gestión sean identificadas oportunamente, de que éstas se comuniquen en el momento preciso a la persona apropiada dentro de la organización, y de que esa persona determine con claridad las opciones más convenientes para solucionar el caso particular y actúe de conformidad con ellas, para beneficiar la ejecución de los planes organizacionales.

8. Asesoría externa para seguimiento del control interno.

Cuando la Administración estime oportuno contratar **asesores externos** cuyo servicio o producto final conlleve la emisión de recomendaciones orientadas a fortalecer el control interno, deberá coordinar con la unidad de auditoría interna a fin de obtener criterios que ayuden al éxito de la contratación y sus resultados, se eviten duplicidades, ineficiencias u otros posibles inconvenientes en el uso de los recursos destinados a la fiscalización.

4.5. EL CONTROL INTERNO Y LA CALIDAD

4.5.1. Introducción

Del **examen conjunto** de los sistemas de **control interno** y de aseguramiento **de la calidad** que existen en las organizaciones se podrían extraer los puntos comunes que ambos tienen en cuanto a los objetivos que persiguen, documentación a utilizar, metodología, responsabilidades, etc.

La combinación de ambos dentro de una organización puede potenciar su continuidad y sostenimiento, y su aplicación conjunta satisfaría, por un lado las necesidades de los gestores, accionistas o ciudadanos (en el caso de empresas públicas) mediante la aplicación de un sistema de control interno, así como las necesidades de los clientes y partes interesadas mediante la implantación de sistemas de aseguramiento de la calidad del tipo Normas ISO.

Si se compara los fundamentos de la Auditoría de las Cuentas Anuales y la norma ISO 9001, se llegaría a la conclusión de que ambos analizan **una parte de la empresa**, certificando:

- en el caso de la auditoría de cuentas la veracidad de los estados financieros de la empresa, pero en ningún momento se emite una opinión sobre la empresa en su conjunto. Así a modo de ejemplo el control interno en una auditoría de cuentas anuales no tendrá en cuenta aspectos tales como el clima laboral, competencia de los profesionales, etc.
- en el caso de, por ejemplo, la norma ISO 9001, el cumplimiento de los requisitos de la misma en aquel producto, departamento, servicio o proceso de la empresa a certificar, pero no de la organización en su conjunto.

Por el contrario, se podrían analizar también las similitudes entre **sistemas integrales de control interno y calidad**.

La Guía de INTOSAI (Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores) de 1992 para las normas de control interno fue concebida como un documento vital que refleja la visión de que se deben promover las normas para el diseño, implantación y evaluación del control interno. Como hemos comentado anteriormente, en 2001 se actualiza dicha Guía incorporando conceptualmente el

Informe COSO del Committee on Sponsoring Organisations of the Treadway Commission's, titulado Control Interno – marco integrado en el documento de la INTOSAI. En su párrafo introductorio establece:

“Dado que la evaluación del control interno está generalmente aceptada como una norma de campo en la auditoría pública, los auditores pueden usar las directrices como una herramienta de auditoría. La guía para las Normas de Control Interno que comprenden el modelo COSO puede por lo tanto ser utilizada tanto por la administración gubernamental como ejemplo de un marco sólido de control interno para las organizaciones, y por los auditores como herramienta para alcanzar el control interno”.

Posteriormente, la Guía para las normas de control interno del sector público (2004) aportada por INTOSAI define al control interno como un proceso integral efectuado por la gerencia y el personal, y que está diseñado para enfrentarse a los riesgos y para dar una seguridad razonable de que en la consecución de la misión de la entidad, se alcanzarán los siguientes objetivos gerenciales (Castejón, 2012):

- ejecución ordenada, ética, económica, eficiente y efectiva de las operaciones.
- cumplimiento de las obligaciones de responsabilidad
- cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.
- salvaguarda de los recursos para evitar pérdidas, mal uso y daño

Por su parte la Norma ISO 9004:2000 en su introducción establece que el propósito de una organización es:

- Identificar y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes y otras partes interesadas para lograr ventaja competitiva y para hacerlo de una manera eficaz y eficiente.
- Obtener, mantener y mejorar el desempeño global de una organización y sus capacidades.

La Norma ISO 9004 proporciona orientación sobre un rango mas amplio de objetivos de un sistema de gestión de la calidad que la Norma ISO 9001, especialmente para la mejora continua del desempeño y de la eficiencia globales de la organización, así como de su eficacia.

En este sentido, ambos sistemas (Normas de Control Interno de INTOSAI y Norma ISO 9004) **son sistemas integrales** de una organización de control interno y de calidad respectivamente. De ahí su homogeneidad para su comparación.

4.5.2. Análisis comparativo

En su análisis comparativo, Gámez (2011) analiza la correlación de dichos sistemas en relación a una serie de ítems. A modo de resumen podemos destacar los siguientes resultados fundamentales de las comparaciones realizadas:

1.- Comparación de la definición y objetivos de un sistema de control interno y de un sistema de gestión de la calidad.

El objetivo último de las normas INTOSAI es alcanzar la misión de la organización desde la ética, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, el cumplimiento de la responsabilidad y de la normativa, haciendo frente a los riesgos que puedan presentarse. Por su parte, el Sistema de Calidad del tipo ISO 9004 busca la mejora continua medida a través de la satisfacción del cliente y de las partes interesadas.

En ambas definiciones se habla del término “proceso” como cadena de acciones incorporadas y no añadidas a la infraestructura de la entidad, con el fin de influir en la consecución de sus objetivos. El proceso se constituye como parte integral de la esencia de la organización.

Asimismo, ambos Sistemas establecen como elementos estratégicos la consecución de la **eficacia y eficiencia de los procesos incluidos en los mismos para alcanzar los objetivos fijados**. En los dos, la decisión estratégica de su implantación corresponde a la **alta dirección**. Existe, por tanto, una similitud en cuanto a los objetivos generales que persiguen.

2.- La responsabilidad de un sistema de control interno y de un sistema de gestión de la calidad.

Ambos sistemas destacan el papel fundamental de la Dirección en cuanto a liderazgo, compromiso y participación para la puesta en marcha y funcionamiento de los mismos. Tanto las normas INTOSAI como la norma ISO 9004 parten de un requisito fundamental “el establecimiento en la organización de una cultura”, que deberá impregnar toda su infraestructura, de la cual será responsable la alta dirección que deberá **fomentar la implicación de todo el personal** haciéndole participe de su rol y responsabilidad.

La norma ISO establece que habrá que **tener en cuenta a las partes interesadas** (accionistas, clientes y proveedores). En este apartado, las normas de control interno INTOSAI realizan una mayor incidencia en sus componentes internos (gerencia y personal).

3.- La planificación y entorno de control en un sistema de control interno y de calidad.

La Gerencia de la organización es la que deberá poner en funcionamiento ambos sistemas, para lo cual será necesario establecer un plan de puesta en marcha y desarrollo.

En ambos sistemas es necesario realizar una **evaluación previa** que informe de la situación de partida, establezca unos objetivos a cumplir, y como consecuencia se detallan las necesidades para conseguirlos.

En el caso de las normas INTOSAI esta planificación se realiza a partir de sus cinco componentes, que estarán influenciados por el tono de la organización o "cultura de control interno". Así, una organización que tenga entre sus trabajadores una cultura de control interno ofrecerá una actitud de apoyo que hará más fácil su implantación.

4.- Los objetivos analizados en un sistema de control interno y en un sistema de calidad.

La Norma ISO 9004 señala que el establecimiento de objetivos tiene como fin la mejora del desempeño de la organización.

Las normas INTOSAI establecen que los objetivos generales de una organización se corresponden con el fin perseguido por la misma.

En los dos sistemas existe una coincidencia en cuanto que los **objetivos** deben abarcar a la **totalidad de la organización** y además deben perseguir el **sostenimiento y continuidad** de dicha organización.

Si bien en el caso de la Norma ISO 9004 la mejora del desempeño se consigue mediante la satisfacción de las partes interesadas, mientras que las Normas INTOSAI inciden en el cumplimiento de los componentes de control interno como forma de alcanzar los objetivos.

En ambos casos estos objetivos deben ser revisados y adaptados a las necesidades y cambios de la organización.

5.- La gestión de procesos en la realización del producto o servicio.

Las Normas de Control Interno INTOSAI han sido diseñadas con el objeto de evitar usos indebidos en la utilización y gestión de los recursos públicos. Hacen referencia, en mayor medida, a **las actividades** de control, como políticas y procedimientos que la entidad utiliza para disminuir los riesgos y lograr sus objetivos, que a los procesos. Algunas de estas actividades son: Procedimientos de autorización y aprobación, segregación de funciones, controles sobre accesos a recursos, verificaciones, revisión de operaciones, supervisión.

A modo de ejemplo, las Normas INTOSAI establecen que para el “proceso” de compra de materiales la organización debe identificar aquellas actividades que aseguren que la compra ha sido autorizada por persona adecuada, el registro de la compra se ha realizado correctamente, se ha salvaguardado adecuadamente el material en el almacén, y además ese material es el adecuado (en cuanto que se mide su efectividad) para el proceso productivo y se ha adquirido al mejor precio posible (en términos de eficiencia).

La Norma ISO 9004 sí considera el proceso de realización del producto, como un conjunto de actividades encaminadas todas ellas a obtener un producto que cumpla con los requisitos de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas, para lo cual han de ser validados y verificados. Es necesario, por tanto, **identificar, registrar, evaluar, revisar y controlar los cambios en los procesos**, con el fin de comprender el efecto en otros procesos. Por ello en este caso las actividades de los procesos están más cercanas a definir las características del producto o servicio que se ofrece al cliente, su uso y aplicación, el ciclo de vida, el impacto medioambiental, etc.

De nuevo se observa que una simbiosis de las Normas de Control Interno INTOSAI y la Norma ISO 9004, puede conducir a una organización hacia la excelencia, de forma que el producto o servicio que ofrece una empresa debe satisfacer las necesidades de sus clientes en cuanto a sus características intrínsecas, pero además debe cumplir con los requisitos de control interno en cuanto a la autorización y aprobación en la adquisición, registro, salvaguarda de activos, etc.

6.- La medición, seguimiento y análisis de los procesos en el sistema de control interno y de calidad.

Tanto en un sistema de control interno como en un sistema de calidad, los resultados de la auditoría o de otras revisiones deben servir para emprender acciones tendentes a corregir deficiencias y/o producir mejoras. Asimismo, la medición y seguimiento tiene como objetivo comprobar que los controles y políticas diseñadas son las adecuadas y funcionan correctamente. Para ello, aplican una serie de técnicas basadas todas ellas en la **autoevaluación o auditoría interna**, y de cuyos resultados se obtienen unas propuestas de mejora del propio sistema. En definitiva en ambos casos estamos ante una **política de mejora continua**.

En los dos sistemas, los procesos de medición, seguimiento deben depender directamente de la alta dirección y es a este órgano al que se le reporta los informes correspondientes.

El seguimiento del control interno, la auditoría y autoevaluación del sistema de gestión de calidad precisan de una **participación activa** de la **gerencia/dirección** de la organización.

CAPÍTULO 5

EL MODELO COSO DE CONTROL INTERNO

5.1 NUEVO PARADIGMA DE CONTROL INTERNO

5.1.1 Marco conceptual

En las últimas décadas, los sistemas de control interno han evolucionado a nivel internacional y sería conveniente conocer cuál es, de manera sucinta, el estado actual del conocimiento en cuanto a modos de organizar el control de las organizaciones.

Hoy se puede hablar de un **nuevo paradigma de control interno a nivel mundial** que se ha ido haciendo presente en todo tipo de organismos, públicos y privados cuyo marco conceptual está constituido por los estudios promovidos por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (**COSO**, Committee of Sponsoring Organizations de la Treadway Commisions, National Commission on Fraudulente Financial Reporting) una organización privada, creada por cinco de las principales organizaciones de profesionales de la contabilidad en EEUU, que tiene por objeto desarrollar orientaciones sobre lucha contra el fraude, control interno y gestión de riesgos, con la finalidad de mejorar los procesos de gestión y gobierno de las organizaciones y reducir el fraude.(Miaja, 2010)

En 1985, las cinco asociaciones de profesionales de la contabilidad de EEUU que patrocinaron conjuntamente la realización de un estudio para tratar de identificar las causas que podían dar lugar a la emisión de información financiera fraudulenta y proponer medidas para reducir su incidencia fueron:

- American Accounting Association (AAA)
- American Institute of Certified Public Accountants (AICPA)
- Financial Executive Institute (FEI)
- Institute of Internal Auditors (IIA)
- National Association of Accountants (NAA), actualmente transformada en Institute of Management Accountants (IMA)

En octubre de 1987, los seis expertos de la Comisión Nacional sobre Información Financiera Fraudulenta (Comisión Treadway, que lleva el nombre de su presidente y uno de los seis miembros), entregaron su informe final, después de dos años de trabajo, en el que recomendaban y proponían a las organizaciones patrocinadoras de esa Comisión, que continuasen su cooperación para desarrollar nuevas orientaciones

generales sobre control interno. En efecto, estas organizaciones promovieron un nuevo estudio para profundizar en el concepto común de control interno y encargaron a la firma de auditoría Coopers & Lybrand su elaboración, el cual fue **publicado en 1992** con el nombre Control Interno-Marco Integrado (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comisión, 1992-1994) también conocido como **Informe COSO**. Este marco original ha obtenido una gran aceptación dada su amplia utilización en todo el mundo, y es reconocido como el marco líder para diseñar, implementar y desarrollar el control interno y evaluar su efectividad. Este **liderazgo mundial** ha sido reconocido por **proporcionar herramientas** necesarias para desarrollar, fortalecer y mantener un marco de control interno eficaz y eficiente que **ayude a todo tipo de organizaciones** a cumplir sus objetivos.

Le han seguido más informes como el titulado **Gestión de Riesgos Corporativos-Marco Integrado (COSO 2004)**, que amplía el concepto de control interno a la gestión de riesgos implicando necesariamente a todo el personal, incluidos los directores y administradores elevando a ocho el número de componentes, añadiendo:

- Establecimiento de objetivos: estratégicos, operativos, de información y de cumplimientos.
- Identificación de eventos, que pueden tener impacto en el cumplimiento de objetivos.
- Respuesta a los riesgos: determinación de acciones frente a los riesgos.

Posteriormente, se publicó la **Guía para la Supervisión de los Sistemas de Control Interno (COSO 2009)**.

Por último **en 2013**, veinte años después del Informe inicial, COSO presenta una **versión actualizada de Control Interno-Marco Integrado (el Marco)** que permite a las organizaciones desarrollar y mantener, de una manera eficiente y efectiva, sistemas de control interno que puedan aumentar la probabilidad de cumplimiento de los objetivos de la entidad y adaptarse a los cambios de su entorno operativo y de negocio, mitigando riesgos hasta niveles aceptables y apoyando en la toma de decisiones y el gobierno corporativo de la organización (Instituto de Auditores Internos de España y PwC España, 2013).

Las novedades que introducirá esta versión actualizada son:

- Mejora de la agilidad de los sistemas de gestión de riesgos para adaptarse a los entornos
- Mayor confianza en la eliminación de riesgos y consecución de objetivos

- Mayor claridad en cuanto a la información y comunicación.

El **Instituto de Auditores Internos de España** ha apoyado la misión de COSO a través de la traducción al español de todos y cada uno de los documentos emitidos en estos más de 20 años, por considerarlos imprescindibles para que los auditores internos cumplan su misión al servicio de los Comités de Auditoría en su deber de supervisión de los sistemas de control interno y gestión de riesgos.

No obstante, y aun teniendo en cuenta las distintas versiones, el **informe inicial sigue siendo válido en nuestros días.**

Así, **COSO** se constituyó y ha seguido funcionando como **organización privada** dedicada a **desarrollar guías y orientaciones** sobre gestión de riesgos compartidos, control interno y prevención del fraude, con la aspiración de **mejorar la gestión y reducir el fraude en las organizaciones.** Para ello, era fundamental **establecer una definición común de control interno**, utilizable por las distintas partes implicadas, y que constituyera un patrón de referencia válido para que distintos tipos de entidades pudieran contrastar y mejorar sus sistemas de control.

Esto ha conllevado a que otras organizaciones profesionales hayan asumido los planteamientos del modelo COSO destacando, como hemos comentado anteriormente, el caso de la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) que desarrolla su **guía sobre normas de control interno para el sector público** basada en dicho modelo (**INTOSAI,2004**). **Todas estas aportaciones han enriquecido el marco conceptual de COSO, dotándole de una mayor robustez y alcance.**

Aunque **COSO no es el único modelo de control interno** desarrollado en los últimos años es, sin duda, **el que mayor difusión ha tenido.** Otros modelos son: COCO (desarrollado por el Instituto canadiense de auditores de cuentas) y COBIT(Asociación de Auditores y Control de los Sistemas de Información- ISACA).

Todos estos modelos, por encima de sus diferencias, destacan que el control interno de las organizaciones es **responsabilidad** de los órganos de gobierno y **de la alta dirección**, que deben establecer **sistemas de control interno** que les proporcionen una **garantía razonable** sobre el **cumplimientos de los objetivos** de la organización, para lo cual se sirven de instrumentos específicos de supervisión como los comités de

auditoría o las actividades de auditoría interna. En este contexto, el modelo COSO sigue siendo una **referencia válida** para explicar las nuevas tendencias del control interno, incluso en aquellos ámbitos donde este modelo no se aplica en su totalidad.

El eje central de las recomendaciones de la Comisión Treadway hace un énfasis especial en la **responsabilidad de la alta dirección** ante el riesgo de que se produzca información financiera fraudulenta, y **esto es aplicable a las empresas privadas y a los organismos de la administración pública**. Unas recomendaciones que se centran en dos niveles:

- Estableciendo un **tono ético** adecuado y un **entorno de control**. Para ello, es fundamental la cultura de la organización, y que la dirección se responsabilice de la creación de un ambiente ético. Un entorno de control incluye aspectos tales como el **estilo gerencial, la estructura organizativa o los sistemas de gestión de personal y de asignación y delegación de responsabilidades**.
- Reforzando la eficacia de las funciones en torno a la contabilidad, la auditoría interna y el comité de auditoría del consejo de administración.

El informe COSO ofrece un completo **marco conceptual** de control interno, constituido por una definición de control interno y la identificación y análisis de sus componentes y además **proporciona dos herramientas prácticas** de especial utilidad:

- la primera es una guía para la preparación de los informes de la dirección referidos al control interno.
- la segunda es una colección de herramientas aplicables en la **evaluación** de los sistemas de control.

Como se ha comentado ya, se constató la necesidad de **establecer una definición común**, y se llegó a una **concepción muy amplia del control interno** de una entidad: (COSO 1992-1994, Vol I, p.13):

“El control interno es un proceso, realizado por el consejo de administración, la dirección y el personal de una entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable respecto a la consecución de objetivos en las siguientes categorías:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones
- Fiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de las leyes y demás normas aplicables.”

Esta definición se complementa con la identificación de los **cinco componentes**, que se relacionan entre sí, y cuya **presencia en una organización** permite determinar la existencia de un **sistema efectivo de control interno**. La integración de estos cinco componentes en el proceso de gestión de la entidad proporcionan una referencia válida para **evaluar la eficacia del sistema de control interno** de la misma en función del **grado de presencia de cada componente**. Los cinco componentes del control interno son:

- Entorno de control
- Evaluación de riesgos
- Actividades de control
- Información y Comunicación
- Supervisión

5.1.2 Aplicación a organizaciones privadas y públicas

Este nuevo **marco conceptual** del control interno es válido para cualquier tipo de organización, con independencia de su tamaño, sus titulares o la naturaleza de sus objetivos. A la vez que se ha ido fortaleciendo, crecía su **influencia** en la vida de los distintos tipos de organizaciones, de modo que durante los últimos 20 años, **tanto empresas privadas como administraciones públicas**, han ido incorporando los nuevos conceptos sobre control interno a sus modelos organizativos.

La creciente influencia de las recomendaciones de COSO, tuvo un momento decisivo cuando se aprobó, en 2002, la **Ley Sarbanes- Oxley**, también conocida como Ley SOX, que nació ante los escándalos financieros que llevaron a la quiebra a grandes compañías norteamericanas y supuso también la desaparición de una de las cinco primeras firmas de auditoría del mundo (Arthur Andersen) y la reforma más importante de los mercados financieros de EEUU. Pues bien, esta ley establecía que las empresas cotizadas debían incluir también en sus cuentas anuales, una **declaración de responsabilidad de la dirección** en cuanto a:

- Mantener una adecuada estructura de control interno.
- Evaluar la eficacia de dicha estructura.

Como resultado de la Ley SOX, la mayoría de las grandes empresas cotizadas en EEUU y los auditores externos de las mismas, están aplicando el modelo de control interno propuesto por COSO. Esto ha supuesto también, que grandes empresas de

otros países incluidas las españolas (Repsol, Movistar, Banco Santander, Endesa, BBVA) que acudían a los mercados financieros de EEUU para captar recursos, tuvieron que adaptar sistemas de control interno a lo que establecía esta ley.

Al igual que en EEUU con la ley SOX, en Europa se han desarrollado **directivas comunitarias**, que mediante los mecanismos de transposición, se han ido incorporando a la legislación nacional de los Estados miembros. Así, en 2006, dos Directivas como la 2006/43 y 2006/46, establecen medidas semejantes a la Ley SOX en cuanto a los informes que deben presentar las compañías sobre las características de los sistemas de control interno, la responsabilidad de los miembros de los órganos de dirección, la existencia obligatoria de un comité de auditoría que evalúe la eficacia del control interno etc.

A nivel nacional, la influencia de COSO se ha visto reflejada en la publicación por parte de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV, 2010.p2) de su guía de buenas prácticas.

El informe Treadway especifica que, aunque su foco de atención son las compañías cotizadas, sus recomendaciones son aplicables a otro tipo de entidades en las que existe riesgo de producir información financiera fraudulenta, como es el caso, entre otras, de las entidades públicas. Asimismo, el Informe COSO presenta su marco conceptual de control interno como un modelo aplicable a todo tipo de organizaciones, sin entrar en consideraciones sobre su naturaleza pública o privada.

Diversos **organismos internacionales** han promovido estudios en los que se incorporaban los nuevos conceptos del modelo COSO a la hora de abordar el control interno del sector público. Las aportaciones más interesantes en este sentido, ya referenciadas anteriormente, son las realizadas por la Federación internacional de Contadores (IFAC) y por la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI).

En 2004, INTOSAI aprobó su actualización de guías de control interno e incorporó a su metodología el concepto de control interno desarrollado en el informe COSO. La importancia que INTOSAI adopte este marco de control interno radica en la gran influencia que tiene esta organización, que agrupa a 189 Entidades Fiscalizadoras Superiores de distintos países. En este sentido, la influencia tanto de COSO como de INTOSAI ha provocado que EEUU fuera uno de los primeros países que obligaba a los

organismos de la administración federal a implantar sistemas propios de control interno.

En países como Argentina, Uruguay ó Perú, han establecido normas de control interno aplicables a sus sectores públicos nacionales. En Europa, en el año 2002, la Unión Europea (UE) rompió con los sistemas de control que venía utilizando desde su constitución, y diseñó un nuevo sistema íntegramente basado en el modelo COSO. En España, el sistema actual funciona de manera muy semejante al cual renunció de forma radical la UE.

En definitiva, el control interno no es un proceso en serie, sino un proceso integrado y dinámico. El **Marco** es aplicable a **todas las entidades: grandes, medianas, pequeñas, con ánimo de lucro y sin él, así como organismos públicos**. Sin embargo, cada organización puede optar por implementarlo de manera distinta. Por ejemplo, el sistema de control interno de una entidad de pequeña dimensión podría ser menos formal y estructurado, y aun así ser un sistema efectivo.

5.2 ESTRUCTURA DEL INFORME COSO

5.2.1 Partes del Modelo COSO

A partir de la definición amplia dada por COSO y comentada en el punto anterior, podemos destacar las siguientes **características** de un sistema de control interno:

- 1) El control interno es un proceso y no constituye un acontecimiento o una circunstancia aislados, sino una **serie de acciones** que se extienden por todas las actividades de una entidad. Estas acciones son omnipresentes e inherentes a la gestión del negocio por parte de la dirección. Es un medio utilizado para la consecución de un fin, no un fin en sí mismo.
- 2) El control interno lo llevan a cabo las personas en cada nivel de la organización: el consejo de administración, la dirección, y los demás miembros de la entidad. Lo realizan los **miembros de una organización**, mediante sus acciones y palabras. Son las personas quienes establecen los objetivos de la entidad e implantan los mecanismos de control.
- 3) El control interno sólo puede aportar un grado de **seguridad razonable**, no la seguridad total, a la dirección y al consejo de administración de la entidad.
- 4) El control interno está pensado para **facilitar la consecución de objetivos** en una o más de las diferentes categorías que, al mismo tiempo, se solapan. Cada entidad tiene una misión, la cual determina sus objetivos y las estrategias necesarias para alcanzarlos. Los objetivos pueden establecerse para la organización como conjunto o dirigirse a determinadas actividades dentro de la misma.

El Informe COSO clasifica los **objetivos de cualquier organización en tres categorías**:

- **Objetivos relacionados con las operaciones.** Referidos a la eficacia y a la eficiencia de la entidad, incluyendo los objetivos de rendimiento y rentabilidad y la salvaguarda de los recursos contra posibles pérdidas. Son objetivos que varían en función de la dirección respecto a estructuras y rendimiento.

- **Objetivos relacionados con la información financiera.** Se refieren a la preparación de estados financieros fiables y a la prevención de la falsificación de la información financiera publicada.
- **Objetivos de cumplimiento.** Se refieren al cumplimiento de las leyes y normas a las que están sujetas la entidad.

La redacción del informe COSO, encomendada a **Coopers & Lybrand**, se presenta en cuatro **secciones**:

- 1) La primera es un “Resumen para la Dirección”, que constituye una visión general del marco de control interno dirigida a la alta dirección, los miembros del consejo de administración, los legisladores y los organismos de control.
- 2) La segunda el “Marco general de referencia”, define el control interno, describe sus componentes y ofrece criterios que pueden ser utilizados por la dirección, el consejo y otros para evaluar sus sistemas de control.
- 3) La tercera “Información a terceros”, es un documento complementario que sirve de guía para aquellas entidades que publican información sobre el control interno, al mismo tiempo que formulan sus cuentas estatutarias.
- 4) La cuarta “Herramientas de evaluación”, ofrece ciertas herramientas que pueden ser útiles para realizar una evaluación de un sistema de control interno

5.2.2 Componentes del control interno

En el informe se establece que el control interno consta de **cinco componentes** relacionados entre sí, que se derivan del estilo de dirección del negocio y están integrados en el proceso de gestión:

- **Entorno de control.**- El núcleo de un negocio es su personal (sus atribuciones individuales, incluyendo la integridad, los valores éticos y la profesionalidad) y el entorno en el que trabaja. Los empleados son el motor que impulsa la entidad y los cimientos sobre los que descansa todo.
- **Evaluación de riesgos.**- La entidad debe conocer y abordar los riesgos con los que se enfrenta. Ha de fijar objetivos, integrados en las actividades de ventas, producción, comercialización, finanzas, etc., para que la organización funcione de

forma coordinada. Igualmente, debe establecer mecanismos para identificar, analizar y tratar los riesgos correspondientes.

- **Actividades de control.-** Deben establecerse y ejecutarse políticas y procedimientos que ayuden a conseguir una seguridad razonable de que se lleven a cabo de forma eficaz las acciones consideradas necesarias para afrontar los riesgos que existen respecto a la consecución de los objetivos de la entidad.
- **Información y comunicación.-** Las mencionadas actividades están rodeadas de sistemas de información y comunicación. Estos permiten que el personal de la entidad capte e intercambie la información requerida para desarrollar, gestionar y controlar sus operaciones.
- **Supervisión.-** Todo el proceso ha de ser supervisado, introduciéndose las modificaciones pertinentes cuando se estime oportuno. De esta forma, el sistema puede reaccionar ágilmente y cambiar de acuerdo con las circunstancias.

Existe una **relación** directa entre **los objetivos, que es lo que la entidad se esfuerza por conseguir, y los componentes**, que representan lo que necesita para cumplir dichos objetivos. De esta interacción y a modo de ejemplo se pueden obtener las siguientes **conclusiones**:

- La información financiera y no financiera procedente tanto de fuentes internas como externas (que es parte del componente de información y comunicación) es necesaria para gestionar eficazmente las operaciones empresariales, formular los estados financieros fiables y determinar si la entidad está cumpliendo la legislación aplicable.
- El establecimiento y la ejecución de políticas y procedimientos de control para asegurar que se están llevando a cabo los planes, programas y otras directrices de la dirección (que representan el componente de actividades de control) es también relevante para las tres categorías de objetivos.
- Asimismo, los cinco componentes tiene relevancia para cada categoría de objetivos. Por ejemplo, en la categoría de eficacia y eficiencia de las operaciones los cinco componentes son aplicables e importantes para su consecución.

El control interno puede considerarse eficaz en cada una de las tres categorías, si el consejo de administración y la dirección tienen una seguridad razonable de que:

- Disponen de la información adecuada que indique hasta qué punto se están logrando los objetivos operacionales de la entidad.
- Se preparan de forma fiable los estados financieros públicos.
- Se cumplen las leyes y normas aplicables.

Mientras que el control interno es un proceso, su eficacia es un estado o condición del proceso en un momento dado. La determinación de si un sistema de control interno es “eficaz” o no constituye una toma de postura subjetiva que resulta del análisis de si están **presentes y funcionando** eficazmente los cinco componentes. Su **funcionamiento eficaz** proporciona un grado de seguridad razonable de que una o más de las categorías de objetivos establecidas van a cumplirse. Por consiguiente, **estos componentes también son criterios para determinar si el control interno es eficaz.**

Existe una **relación directa** entre los **objetivos**, que es lo que una entidad se esfuerza por alcanzar, los **componentes** que representan lo que se necesita para lograr los objetivos y la **estructura organizacional** de la entidad (las unidades operativas, entidades jurídicas y demás). La **relación** puede ser representada en **forma de cubo**:

- Las tres categorías de objetivos- operativos, de información y de cumplimiento- están representados por las columnas.
- Los cinco componentes están representados por las filas: Entorno de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y Comunicación, Supervisión.
- La estructura organizacional de la entidad está representadas por la tercera dimensión: a nivel de Entidad, División, Unidad Operativa y Función.



Figura: Cubo COSO

El **Marco** establece un total de **diecisiete principios** que representan los conceptos fundamentales asociados a cada componente. Dado que estos diecisiete principios proceden directamente de los componentes, **una entidad puede alcanzar un control interno efectivo aplicando todos los principios**. La totalidad de los principios son aplicables a los objetivos operativos, de información y de cumplimiento.

Como se ha comentado anteriormente, poseer un sistema de control interno efectivo proporciona una seguridad razonable respecto a la consecución de los objetivos de la entidad, y reduce, a nivel aceptable, el riesgo de no alcanzar un objetivo de la entidad y puede hacer referencia a una, a dos, o a las tres categorías de objetivos.

Para ello, **es necesario**, como ya hemos comentado, que cada uno de los cinco componentes y principios relevantes esté presente y en funcionamiento, y además que los cinco funcionen de **forma integrada**:

- a) **Presente**: se refiere a la determinación de que los componentes y principios relevantes **existen** en el diseño e implementación del sistema de control interno para alcanzar los objetivos especificados.
- b) **En funcionamiento**: se refiere a la determinación de que los componentes y principios relevantes **están siendo aplicados** en el sistema de control interno para alcanzar los objetivos especificados.
- c) **Funcionan de forma integrada**: se refiere a que los componentes no deben ser considerados por separado sino que han de **funcionar juntos** como un sistema integrado. Los cinco son interdependientes y existe una gran cantidad de interrelaciones y vínculos entre ellos, en particular, en la manera en que los principios interactúan dentro de los componentes y entre los propios componentes.

De hecho, cuando exista **una deficiencia grave** respecto a la presencia y funcionamiento **de un componente o principio relevante**, o con respecto al funcionamiento conjunto e integrado de los componentes, la organización no podrá concluir que ha cumplido los requisitos de un sistema de control interno **efectivo**.

El Informe de Deloitte Development LLC, de 2013 *“Estructura de Control Interno COSO: Preparándose para los cambios”*, establece que a partir de la Estructura Integrada de Control Interno COSO (1992) y con la actualización de 2013 se han conseguido una serie de **mejoras**:

- Actualización del contexto: Se han reflejado cambios en los ambientes de negocios y operaciones.
- Ampliación de la Aplicación: Se han expandido los objetivos de reporte y operaciones.
- Clarificado Requerimientos: Se han articulado principios para evaluar la efectividad del Sistema.

Tabla 5.1. Principios asociados a cada Componente de Control Interno

| COMPONENTES Y RESUMEN DE PRINCIPIOS | | | | |
|---|---|--|--|--|
| AMBIENTE DE CONTROL | EVALUACIÓN DE RIESGOS | ACTIVIDADES DE CONTROL | INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | MONITOREO DE ACTIVIDADES |
| 1. Demostrar compromiso con la integridad y los valores éticos. 2. Ejercitar la supervisión de manera responsable. 3. Establecer estructura, autoridad y responsabilidad. 4. Demostrar compromiso por ser competente. 5. Reforzar la responsabilidad. | 6. Definir objetivos adecuados. 7. Identificar y analizar riesgos. 8. Evaluar el riesgo de fraude. 9. Identificar y analizar cambios significativos. | 10. Seleccionar e implementar actividades de control 11. Seleccionar e implementar controles generales sobre TI 12. Desplegar a través de políticas y procedimientos | 13. Usar información relevante 14. Comunicar internamente 15. Comunicar externamente | 16. Desarrollar evaluaciones propias o separadas 17. Evaluar y Comunicar deficiencias |

Fuente: Deloitte Development LLC. The COSO Framework on Internal Control: Prepare for the Changes

Los mencionados componentes y criterios se aplican a un sistema de control interno en su conjunto, o a una o más categorías de objetivos. Al considerar una categoría determinada (Por ejemplo: controles sobre la información financiera) se deben cumplir los cinco criterios para poder concluir que el control interno de la información es eficaz.

Puesto que el control interno es parte del proceso de gestión, los componentes se analizan en el contexto de las acciones que la **dirección** desarrolla a la hora de gestionar su negocio. Sin embargo, no todos los actos de la dirección constituyen elementos de control interno. El establecimiento de objetivos constituye una función importante de la dirección, es un requisito previo del control interno.

De la misma forma, muchas de las decisiones o acciones de gestión de la dirección no son consideradas como componentes del control interno: la planificación estratégica, el establecimiento de los objetivos para cada actividad, la gestión de riesgos y las acciones correctivas.

5.2.2.1 Entorno de control

Este componente constituye el punto fundamental para el desarrollo de las acciones y refleja la actitud asumida por la alta dirección en relación con la importancia del control interno y su incidencia sobre las actividades de la entidad y resultados, por lo que debe tener presente todas las disposiciones, políticas y regulaciones que se consideren necesarias para su implantación y desarrollo exitoso.

El ambiente de control fija el tono de la organización al influir en la conciencia del personal, y podría considerarse como la **base de los demás componentes** del control interno. Por ello, la dirección de la entidad y el auditor interno, son los encargados de crear un ambiente adecuado mediante una estructura organizativa efectiva, de sanas políticas de administración y así se logra que las leyes y políticas sean asimiladas de mejor forma por el trabajador.

El ambiente de control es la base para el desarrollo del resto de elementos y sus **fundamentos claves** (aspectos) son:

➤ **Integridad y valores éticos**

La integridad es un requisito previo al comportamiento ético en todos los aspectos de las actividades de una empresa. Tal y como estableció la Comisión Treadway “un clima ético dentro de la empresa, y a todos los niveles de la misma, es esencial para el bienestar de la organización, de todos sus componentes y del público en general. Un clima así contribuye de forma significativa a la eficacia de las políticas y de los sistemas de control de la empresa y permite influir sobre los comportamientos que no están sujetos ni a los sistemas de control más elaborados.”

Sin duda alguna, los objetivos de una entidad y la manera en que se consiguen están basados en las distintas prioridades, juicios de valor y estilos de gestión. Estas prioridades y juicios de valor, que se traducen en normas de comportamiento, reflejan la integridad de la dirección y su compromiso con los valores éticos.

La dirección de las empresas bien gestionadas acepta la opinión de que la ética da sus frutos, de que el comportamiento ético es un buen negocio. Fijarse únicamente en los resultados inmediatos puede resultar perjudicial, incluso a corto plazo. Concentrarse únicamente en las ventas o el beneficio a toda costa a menudo da lugar a acciones y reacciones no deseadas. Las tácticas de venta agresivas, la inflexibilidad

en las negociaciones o las ofertas implícitas de soborno, por ejemplo, pueden provocar reacciones con efectos tanto inmediatos como duraderos.

El comportamiento ético así como la integridad de la dirección son productos de una “cultura corporativa”. Ésta se materializa en las normas éticas y de comportamiento y en la forma en que se comunican y refuerzan en la práctica. Las políticas oficiales especifican lo que la dirección desea que ocurra. La cultura corporativa determina lo que en realidad ocurre y las reglas que se obedecen, modifican o ignoran.

Como ya se ha apuntado, el poner el énfasis en los resultados, sobre todo a corto plazo, fomenta un entorno en el que se impone un precio muy alto al fracaso. Algunos de los motivos por los que se cometen actos de fraude o se incurre en prácticas cuestionables a la hora de presentar información financiera y se lleva a cabo un comportamiento poco ético son los siguientes: presiones para alcanzar objetivos poco realistas, gratificaciones en las que el rendimiento tiene un peso específico muy importante y por último los límites máximos y mínimos en los sistemas de gratificaciones. La eliminación de estos incentivos y tentaciones puede ser de gran ayuda para evitar o reducir comportamientos poco deseables.

La existencia de un código de conducta escrito y de documentación acreditativa de que los empleados lo han recibido y lo entienden, no constituye una garantía de que éste se esté aplicando. La mejor forma de garantizar el cumplimiento de las normas éticas, independiente de si están o no expuestas en un código de conducta escrito, es a través del comportamiento y el ejemplo de la alta dirección.

➤ **Compromiso de competencia profesional**

Suele ser función de la dirección determinar el grado de perfección con el que debe llevarse a cabo cada tarea, función que debe desarrollarse teniendo en cuenta los objetivos de la entidad, así como las estrategias y los planes de la dirección para su consecución. De tal forma que suele buscarse un equilibrio entre el nivel de competencia deseado y el coste.

La dirección debe especificar el nivel de competencia requerido para las distintas tareas y traducirlo en requerimientos de conocimientos y habilidades. Los métodos de contratación de personal deben asegurar que el candidato/a posea el nivel de preparación y experiencia ajustado a los requisitos del cargo. Una vez incorporado a la

entidad, debe recibir la orientación, capacitación y adiestramiento teórico-práctico necesario.

➤ **Consejo de administración y comité de auditoría**

El consejo de administración y el comité de auditoría influyen, de forma significativa, tanto en el entorno de control como en la cultura de la organización. Los factores a tener en cuenta en este punto son:

- El grado de independencia del consejo o el comité de auditoría respecto de la dirección, la experiencia y calidad de sus miembros, grado de implicación y vigilancia y el acierto de sus acciones.
- La frecuencia con que se plantean y tratan preguntas difíciles a la dirección acerca de planes o comportamientos.
- La interacción del consejo o comité de auditoría con los auditores internos o externos.

La actividad del consejo de administración es esencial para garantizar la eficacia del control interno, ya que el consejo debe estar preparado para cuestionar y supervisar las actividades de la dirección, presentar opiniones alternativas y tener disposición para actuar cuando surgen incidencias o problemas. Por ello, debe incluir entre sus miembros a consejeros externos ajenos a la entidad, según las circunstancias de la misma, en un número que permita alcanzar el equilibrio necesario en el consejo.

➤ **La filosofía de dirección y el estilo de gestión**

La filosofía de dirección y el estilo de gestión afectan a la manera en que la empresa es gestionada, e incluso al tipo de riesgo empresarial que se acepta. El estilo de gestión engloba también otros componentes como es la actitud adoptada en la presentación de información financiera, la selección de las alternativas disponibles respecto a los principios de contabilidad aplicables, la escrupulosidad y prudencia con que se obtienen las estimaciones contables y las actitudes hacia las funciones informáticas y contables, así como hacia el personal.

➤ **Estructura Organizativa**

La estructura organizativa proporciona el marco en que se planifican, ejecutan, controlan y supervisan las actividades para la consecución de los objetivos de la empresa.

Entre los factores mas significativos a tener en cuenta están la definición de las áreas clave de autoridad y responsabilidad y el establecimiento de vías adecuadas de

comunicación. Una entidad desarrollará la estructura organizativa que mejor se adapte a sus necesidades, teniendo en cuenta su tamaño y la naturaleza de las actividades que desarrolla. Pero sea cual sea la estructura, las actividades de una entidad deben estar organizadas con el fin de llevar a cabo las estrategias diseñadas para conseguir los objetivos específicos de las misma.

➤ **Asignación de autoridad y responsabilidad**

Este aspecto del control interno incluye tanto la asignación de autoridad y responsabilidad para las actividades de gestión como para el establecimiento de las relaciones de jerarquía y de las políticas de autorización. Se refiere a la medida en que se autoriza e impulsa al personal, tanto a nivel individual como de equipo, a utilizar su iniciativa a la hora de abordar temas y solucionar problemas y establece límites a su autoridad. Asimismo, trata de las políticas que describen las prácticas empresariales adecuadas, conocimientos y experiencia del personal clave, y los recursos puestos a su disposición para llevar a cabo sus funciones.

Para que el control interno tenga éxito es necesario garantizar que los riesgos se asumen en función de la capacidad de los responsables de identificar y minimizar los mismos en base a prácticas prudentes y de sopesar las pérdidas contra los beneficios potenciales de una buena decisión empresarial.

También es necesario asegurarse que todo el personal entiende los objetivos de la entidad, siendo indispensable que todo miembro de la organización sepa cómo su actuación se relaciona con las de los demás y contribuye a la consecución de los mismos.

➤ **Políticas y prácticas en materia de recursos humanos**

Las prácticas aplicadas en el campo de los recursos humanos indican a los empleados los niveles de integridad, comportamiento ético y competencia que se espera de ellos. Estas prácticas se refieren a las acciones de contratación, orientación, formación, evaluación, asesoramiento, promoción, remuneración y corrección.

Es indispensable que el personal esté preparado para hacer frente a nuevos retos a medida que las empresas se enfrentan a cambios y se hacen más complejas, debido en parte a los rápidos avances que se están produciendo en el mundo de la tecnología y al aumento de la competencia. La instrucción y la formación en el puesto de trabajo, deben preparar al personal para que pueda mantener el ritmo y hacer frente de forma

eficaz al entorno cambiante, aumentando de esta manera la capacidad de la entidad para poner en marcha iniciativas de calidad. Para conseguir todo esto la contratación de personal competente y la formación esporádica no es suficiente, es necesario que el proceso de formación sea continuo.

➤ **Diferencias e implicaciones**

El entorno de control de las divisiones operativas autónomas y de las filiales extranjeras y nacionales de una entidad puede diferir de forma significativa, debido a las diferencias en las prioridades de la alta dirección en los juicios y en los estilos de dirección. Es importante reconocer el efecto que los distintos entornos de control pueden tener sobre los demás componentes de un sistema de control interno.

Un entorno de control ineficaz podría tener consecuencias graves, pudiendo generar una pérdida financiera, una pérdida de imagen o un fracaso empresarial. Para ello es necesario que la actitud y la preocupación de la alta dirección respecto al control interno se filtre a través de toda la organización.

➤ **Evaluación del Ambiente de Control**

Tan importante es tener un ambiente de control adecuado, como poder evaluarlo de acuerdo a las siguientes cuestiones:

- Conocimiento y aceptación consciente de las normas escritas (Códigos de Conducta) y de ética establecidos en la organización, que debe incluir cuestiones referidas a las prácticas empresariales de general aceptación, los conflictos de intereses y los niveles esperados de comportamiento ético.
- Comprobar que las respuestas sean eficientes y contundentes en los casos de actuaciones no conformes con las reglas establecidas, sobre la base de lo establecido en la legislación vigente. Verificar que se comunican las medidas correctivas para que sean conocidas por toda la entidad.
- Cumplimiento de los procedimientos de selección, capacitación, formación, evaluación y promoción de los recursos humanos necesarios en la organización, así como que estén definidos, de forma clara y explícita, los contenidos de cada puesto de trabajo y actividades que se le vinculan.
- Evaluar si la estructura organizativa es adecuada al tamaño de la entidad, tipo de actividad y objetivos aprobados, si se definen las líneas de responsabilidad y autoridad, así como los canales por los que fluye la información.
- Valorar la utilización de estilos de dirección correctos en cualquiera de los niveles jerárquicos de la organización, en lo referente al respeto por los procedimientos de

control interno implantados. Verificar que el comité de control funcione adecuadamente y contribuya al mejoramiento continuo del sistema de control interno implantado.

5.2.2.2 Evaluación de riesgos

Una condición previa a la evaluación de los riesgos es el establecimiento de objetivos en cada nivel de la organización que sean coherentes entre sí. La evaluación del riesgo consiste en la identificación y análisis de los factores que podrían afectar la consecución de tales objetivos y, en base a dicho análisis, determinar la forma en que esos riesgos deben ser gestionados.

Los objetivos generales de una organización vienen representados normalmente por la misión y los valores que la entidad considera prioritarios. Estos objetivos, junto con la evaluación de los puntos fuertes y débiles de la entidad y de las oportunidades y amenazas del entorno, llevan a definir una estrategia global, de la cual se derivan los objetivos específicos.

Como ya hemos señalado los objetivos pueden agruparse en **tres grandes categorías**:

➤ **Objetivos relacionados con las operaciones.**

Estos objetivos están relacionados con la consecución del objeto social y deben reflejar el entorno empresarial, industrial y económico en que desenvuelve la entidad. La dirección debe asegurarse de que los objetivos están basados en la realidad y en las exigencias del mercado y están expresados en términos que permiten que se evalúe adecuadamente el rendimiento.

➤ **Objetivos relacionados con la información financiera**

Estos objetivos están dirigidos a la preparación de estados financieros fiables, incluyendo los estados intermedios y los abreviados y los datos seleccionados que se deriven de dichos estados destinados al público.

La fiabilidad implica la preparación de estados financieros que estén adecuadamente presentados de acuerdo con principios de contabilidad generalmente aceptados u otros principios de contabilidad relevantes o apropiados.

La presentación adecuada de la información financiera requiere:

- Que los principios de contabilidad aplicados sean de aceptación general, y apropiados a las circunstancias.
- Que los estados financieros faciliten información suficiente sobre los temas que puedan afectar a su utilización, comprensión e interpretación. Para ello la información debe de presentarse clasificada y resumida de forma razonable.
- Que los estados financieros reflejen las transacciones y acontecimientos acaecidos, los resultados de las operaciones y los flujos de caja de forma adecuada, dentro de los límites razonables y prácticos que sea factible conseguir en la preparación de dichos estados.

A menudo, el proceso de presentar información financiera es el resultado de juicios de las personas que los han preparado, así como de estimaciones y previsiones relativas a las actividades futuras. Así y a modo de ejemplo, la distribución de los costes directos de producción y la asignación de los gastos generales de producción y la amortización de los equipos de fabricación son acontecimientos que pueden afectar a la presentación de la información financiera.

Bajo estos principios, los objetivos relacionados con la información financiera deben contener una serie de requisitos que están basados en principios de auditoría financiera:

- Existencia o efectividad: Los activos, pasivos y derechos existen a una fecha concreta y las transacciones contabilizadas representan acontecimientos que efectivamente ocurrieron durante un período determinado.
- Totalidad: Todas las transacciones y otros acontecimientos o circunstancias, que tuvieron lugar durante un período específico y debieron haber sido reconocidos, han sido efectivamente contabilizados en el transcurso del mismo.
- Derechos y obligaciones: Los activos son los derechos y los pasivos son las obligaciones de la entidad a una fecha determinada.
- Valoración o asignación: Los elementos del activo y del pasivo y los ingresos y los gastos están contabilizados por importes adecuados de acuerdo con principios de contabilidad adecuados y pertinentes. Las transacciones son matemáticamente exactas respecto al importe y están adecuadamente resumidas y registradas en los libros de la entidad.
- Presentación y desglose: Las informaciones que aparecen en los estados financieros están adecuadamente descritas, agrupadas y clasificadas.

➤ **Objetivos de cumplimiento.**

Las entidades deben desarrollar sus actividades y, con frecuencia, adoptar medidas específicas en función de las leyes y normas aplicables. Estas leyes y normas establecen requisitos mínimos de comportamiento que la entidad debe integrar en sus objetivos de cumplimiento.

En muchos casos, un objetivo dentro de una categoría puede solaparse o apoyar un objetivo de otra categoría. Así, un objetivo de “Facilitar a la dirección de la planta información relevante sobre el mix de producción de materias primas en el plazo deseado” puede estar relacionado con las tres categorías de objetivos. Los datos obtenidos pueden apoyar decisiones sobre cambios respecto al mix (objetivos de operaciones), facilitar la supervisión del tratamiento de residuos peligrosos (objetivos de cumplimiento) y proporcionar información para la contabilidad analítica (objetivos de información financiera, así como de las operaciones).

Los objetivos deben ser complementarios y estar relacionados entre sí, es decir, no solo deben ser coherentes con las capacidades y expectativas de la misma, sino que también deben ser coherentes con los objetivos de sus unidades empresariales y funciones. Los objetivos de la entidad deben ser divididos en subobjetivos, coherentes con la estrategia global, y enlazados con las actividades de toda la organización.

Los **objetivos** relativos a las actividades deben de tener fundamentalmente dos características:

- Deben ser **claros**, es decir, fácilmente comprensibles para los individuos responsables de su realización.
- Deben ser **medibles**. Los empleados y la dirección deben haber llegado a un consenso sobre lo que ha de conseguirse y sobre la forma de determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos.

Los objetivos deben recoger el alcance y los recursos comprometidos en el cumplimiento de una actividad. La mayoría de las entidades establecen, para cada una de sus actividades, una serie de objetivos que surgen tanto de los objetivos globales de la entidad como de las pautas relacionadas con la consecución de los objetivos de cumplimiento o de presentación de información financiera. Por ejemplo en el caso de las compras, pueden establecerse objetivos de operaciones relativos a:

- Compra de bienes que cumplan las especificaciones de ingeniería establecidas.
- Negociación de precios y otras condiciones de compra aceptables.

- Revisión y renovación cada año del contrato con los principales suministradores.

La consecución de todos los objetivos establecidos para una actividad podría requerir una utilización desproporcionada de los recursos disponibles. Por ello, resulta útil relacionar el conjunto de objetivos de una actividad con los recursos disponibles para su realización. Se pueden mencionar varias formas de liberar recursos:

- Una primera puede ser plantearse qué objetivos por actividades no apoyan los objetivos globales de empresa ni los procesos empresariales de la misma. Con frecuencia, una función tendrá algún objetivo que ya no es relevante y que se mantiene como continuidad de prácticas pasadas (por ejemplo, la generación de informes mensuales no utilizados).
- Otra forma consiste en identificar los objetivos por actividad que son importantes o fundamentales para la consecución de los objetivos globales de la entidad.

Una vez definidos los **objetivos** el siguiente paso es la **identificación del riesgo** ante un incumplimiento de los mismos. Los objetivos pueden ser explícitos (escritos) o implícitos, pero en cualquier caso es esencial que todos los riesgos sean identificados, para lo cual deben considerarse todas las interacciones significativas (referentes a bienes, servicios e información) que se produce en una entidad y los terceros.

La identificación de los riesgos es un proceso iterativo y que debe estar integrado con el proceso de planificación. Puede ser considerado desde dos ámbitos:

- Identificación de los riesgos a nivel de empresa
- Identificación de los riesgos a nivel de actividad

- **A nivel de empresa** los riesgos pueden ser la consecuencia de **factores externos**: avances tecnológicos, necesidades cambiantes con los clientes que pueden influir en el desarrollo de los productos, nuevas normas y reglamentos que obliguen a modificar las estrategias y políticas de la empresa, cambios económicos del entorno, etc.

En cuanto a los **factores internos** pueden estar propiciados por: averías en los sistemas informáticos, calidad de los empleados, los métodos de formación y motivación, los cambios en las responsabilidades de los directivos que afecten a cambios en la forma de realizar determinados controles, la naturaleza de las actividades de la entidad, así como el acceso del personal a los activos.

Entre las distintas **técnicas** de identificación de riesgos destacan las desarrolladas por auditores internos y externos en el momento de realizar el alcance de sus actividades, que incluyen métodos para establecer el orden de prioridad de las actividades de alto riesgo. Adicionalmente se pueden destacar otras prácticas como la revisión periódica de los factores económicos y sectoriales que afectan al negocio, las conferencias organizadas por la alta dirección o las reuniones con analistas especializados.

- A **nivel de actividad**, la identificación de los riesgos permite enfocar su evaluación en las unidades o funciones más importantes del negocio, como ventas, producción, marketing. En la mayoría de los casos, pueden identificarse numerosos riesgos para cualquier objetivo, ya sea implícito o explícito. En un proceso de compra, por ejemplo, una entidad puede tener un objetivo relacionado con el mantenimiento de un volumen adecuado de existencia de materia prima. Los riesgos de no conseguir tal objetivo incluyen la posibilidad de que los productos recibidos no cumplan determinadas especificaciones, o que no se reciban las cantidades necesarias, puntualmente y a un precio aceptable. Es posible que dichos riesgos afecten la manera de comunicar a los proveedores las especificaciones de los productos, así como en la exactitud de las previsiones de producción y su utilización, en la identificación de fuentes de suministros alternativas y en las prácticas de negociación.

Las posibles causas del incumplimiento de un objetivo van desde lo obvio hasta lo inexplicable y sus efectos pueden resultar desde muy relevantes a totalmente irrelevantes.

Una vez identificados, a nivel de entidad y de actividades, se debe llevar a cabo un **análisis de los riesgos**, mediante un **estudio** que incluirá:

- Una estimación de la **importancia** del riesgo.
- Una evaluación de la **probabilidad** o frecuencia de que se materialice el riesgo. Como regla general los riesgos pueden clasificarse como: altos, moderados o bajos.
- Un análisis de cómo ha de **gestionarse** el riesgo, es decir, debe realizarse una evaluación de las medidas que conviene adoptar. Para ello será necesario efectuar un análisis de los costes en los que puede incurrir para reducir el riesgo, así como de las medidas necesarias que la dirección deberá adoptar para gestionarlo.

Existe una diferencia entre el análisis de los riesgos, que forma parte del control interno, y los planes, programas y acciones resultantes que la dirección considere necesarios para afrontarlos.

Para el análisis, resulta fundamental que exista un proceso para identificar las condiciones que hayan cambiado y tomar las acciones necesarias ante las mismas. Los cambios producidos en la economía, el sector de actividad, la reglamentación y las actividades de la empresa hacen que un sistema de control interno que se considera eficaz en un contexto determinado quizás no lo será en otro. De tal forma que todas las entidades necesitan tener un **proceso**, ya sea formal o informal, que sirva para identificar las circunstancias que puedan afectar de forma significativa su capacidad de conseguir sus objetivos.

Así, la empresa deberá contar con mecanismos capaces de identificar y comunicar los acontecimientos o actividades que influyen en los objetivos de la entidad así como un análisis de las oportunidades o riesgos asociados. Una parte clave de dicho proceso la constituyen los sistemas de información, que captan, procesan, y suministran información sobre los acontecimientos, actividades y condiciones que indican la existencia de cambios ante los cuales la entidad debe reaccionar.

La dirección de la entidad deberá prestar una atención especial a los siguientes **factores** debido a su **impacto potencial**:

- **Cambios en el entorno operacional.** Las modificaciones de las leyes o del entorno económico pueden traducirse en un aumento de la competencia y generar riesgos totalmente nuevos.
- **Nuevos empleados.** Un alto nivel de rotación del personal, junto con la ausencia de sistemas eficaces de formación y supervisión puede ser la causa de incidencias o problemas de control.
- **Sistemas de información nuevos o modernizados.** Normalmente unos controles que son eficaces dejen de serlo ante el desarrollo de nuevos sistemas, particularmente si esto ocurre en unos plazos excepcionalmente breves.
- **Crecimiento rápido.** Puede ocurrir que el volumen de operaciones de la entidad aumente de manera rápida y significativa y que los sistemas existentes se vean sometidos a una presión tan grande que los controles dejen de funcionar. De igual manera si se producen cambios en los equipos responsables del tratamiento de datos o se refuerza el personal de administración, puede que los supervisores existentes sean incapaces de mantener un nivel adecuado de control.

- **Nuevas tecnologías.** Cuando se incorporan nuevas tecnologías en los procesos de producción o en los sistemas de información, es probable que resulte necesario modificar los controles internos.
- **Nuevas gamas, nuevos productos y nuevas actividades.** Cuando una entidad establece nuevas líneas de negocio o realiza operaciones con las que no está familiarizada, es posible que los controles existentes no sean adecuados.
- **Reestructuraciones internas.** Las reestructuraciones (una bajada en la actividad o una reducción de costes), pueden venir acompañadas de una reducción del personal y una supervisión y segregación de funciones inadecuadas, de forma que puede que se elimine un puesto de trabajo cuyo ocupante desempeña una función de control clave, sin que se establezca el control compensatorio oportuno.
- **Actividades en el extranjero.** Determinados riesgos pueden ser consecuencia de factores específicos como la economía y la legislación local cuando se apertura un nuevo negocio en el extranjero.

5.2.2.3 Actividades de control

Las actividades de control son las **normas y procedimientos** que constituyen las acciones necesarias para implementar las políticas y poder asegurar que se cumplen las directrices que la dirección ha establecido con el fin de **controlar los riesgos**.

Hay factores que influyen en la complejidad de una organización y, por tanto, en la naturaleza de sus controles: la localización y la dispersión geográfica, la importancia y la complejidad de las operaciones y métodos de proceso de datos.

La complejidad de una entidad, así como el tipo y el alcance de sus actividades, repercuten en sus actividades de control. Una organización compleja, con diversidad de actividades, se enfrentará a problemas de control más difíciles que una organización más sencilla y con actividades menos variadas. Una entidad con operaciones descentralizadas y con énfasis en la autonomía local necesita un tipo de controles distintos de los aplicados por una entidad altamente centralizada.

Las actividades de control pueden **dividirse en tres categorías**, según el tipo de objetivo de la entidad con el que están relacionadas:

- Las operaciones

- La fiabilidad de la información financiera o
- El cumplimiento de la legislación aplicable.

Aunque algunos tipos de control están relacionados solamente con un área específica, con frecuencia afectan a diversas áreas. La categoría a la que pertenece un tipo de control, no es tan importante como la función que desempeña en la consecución de los objetivos de una actividad determinada.

Dentro del **catálogo** amplio de actividades de control que una entidad puede llevar a cabo, destacan:

➤ **Análisis efectuados por la dirección.**

Con el fin de evaluar en qué medida se están alcanzando los objetivos, la dirección realiza un seguimiento de las iniciativas principales como campañas comerciales, programas de mejora de los procesos de producción o programas de reducción de costes.

➤ **Gestión directa de funciones por actividades.**

Los responsables de las funciones o actividades revisan los informes sobre resultados alcanzados.

➤ **Proceso de información.**

Se realiza una serie de controles para comprobar la exactitud, totalidad y autorización de las transacciones. Los datos introducidos en el ordenador se comprueban a través del punteo manual de las ediciones o por comparación automática con los ficheros de control aprobados. Se comprueba la secuencia numérica de las transacciones, los importes totales de los ficheros se comparan y se concilian con los saldos anteriores y con las cuentas de control. Las anomalías que requieran un seguimiento son analizadas por personal administrativo y son transmitidas a los responsables cuando resulta necesario.

➤ **Controles físicos.**

Los equipos de fabricación, las inversiones financieras, la tesorería y otros activos son objeto de protección y periódicamente se someten a recuentos físicos cuyos resultados se compararan con las cifras que figuran en los registros de control.

➤ **Indicadores de rendimiento.**

Incluyen a modo de ejemplo, las fluctuaciones de los precios de compra, el porcentaje de pedidos urgentes y la proporción de devoluciones sobre el total de pedidos: mediante la investigación de los resultados inesperados o las tendencias anormales, la dirección identifica las circunstancias en las que existe el peligro de que no se consigan objetivos relativos al suministro de materiales. Si esta información se utiliza sólo como soporte a la toma de decisiones operacional, el análisis de los indicadores de rendimiento actúa, exclusivamente, como un control relativo a las operaciones. Si, por el contrario también se utiliza para el seguimiento de resultados inesperados procedentes del sistema de información financiera, el análisis de indicadores de rendimiento también contribuye al control, relativo a la información financiera.

➤ **Segregación de funciones.**

Se separan determinadas actividades entre los empleados. Así por ejemplo se separan las responsabilidades de autorizar transacciones, de registrarlas y de gestionar los activos correspondientes.

Las actividades de control normalmente se apoyan en **dos elementos**:

- Las políticas que determinan lo que debería hacerse. Constituyen la base del segundo elemento.
- Los procedimientos necesarios para poder llevar a cabo esas políticas.

Las acciones de seguimiento de las políticas y procedimientos pueden variar según el tamaño y la estructura organizativa de la empresa.

De forma paralela a la evaluación de riesgos, la dirección debería establecer y aplicar el plan de acción necesario para afrontarlos. Una vez identificadas, estas acciones también serían útiles para definir las operaciones de control que se aplicarían para garantizar su ejecución de forma correcta, y en el tiempo deseado.

Las actividades de control sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento del objetivo. Tales actividades podrían incluir tanto el seguimiento del desarrollo de las ventas por cliente comparándolo con el calendario previsto, como las medidas adoptadas para garantizar la exactitud de la información obtenida. En este sentido, el control es un **elemento integrado en el proceso de gestión**.

Por último en cuanto a la **evaluación de las actividades de control** se tendrá en cuenta si tales actividades están relacionadas con el proceso de evaluación de riesgos y si son apropiadas para asegurar que las directrices de la dirección se cumplen. Las personas encargadas de efectuar la evaluación tendrán en cuenta no solamente si las actividades de control empleadas son relevantes en base al proceso de evaluación de riesgos realizado, sino también si se aplican de manera correcta.

El Informe COSO, dentro del componente de actividades de control establece un apartado dedicado al control de los sistemas de información, ya que desempeñan un papel fundamental en la gestión de las empresas, con independencia de su tamaño o de que las informaciones obtenidas sean de naturaleza financiera, relativos a las actividades o referente a la reglamentación. Este análisis incluye tanto elementos manuales como informatizados que forman parte de los sistemas de información de una empresa.

Las **actividades de control en los sistemas de información** pueden agruparse en dos categorías:

- **Controles Generales** (también llamados controles globales informáticos o controles de la tecnología de la información), son aplicables a todas o a muchas de las operaciones y ayudan a asegurar su correcto funcionamiento. Estos controles habitualmente incluyen:

- Controles sobre las operaciones del centro de datos. Éstos incluyen la organización y la planificación de trabajos, las intervenciones del operador, los procesos de salvaguarda y de recuperación de datos, así como los planes de emergencia, la planificación de la capacidad productiva y la distribución y el uso de los recursos.
- Controles sobre el software. Incluyen los controles sobre la adquisición, la implantación y el mantenimiento del software necesario para el funcionamiento del conjunto del sistema y la ejecución de las aplicaciones: sistemas de explotación, sistemas de gestión de bases de datos, software de telecomunicaciones, de seguridad y utilidades.
- Controles sobre la seguridad de acceso. Estos controles permiten proteger el sistema contra el acceso y el uso no autorizados, limitando el acceso de los usuarios autorizados a las aplicaciones o funciones que necesitan para su trabajo, contribuyendo a la segregación de funciones. Si están bien diseñados, estos controles pueden prevenir la piratería informática.

- Controles sobre el desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones. La metodología debe proporcionar un control apropiado de las modificaciones introducidas en el sistema: el procedimiento de solicitud de aprobación del proyecto de modificaciones, análisis de las mismas, las aprobaciones, la verificación de los resultados y los protocolos de puesta en marcha permitirán asegurar que las modificaciones se introducen correctamente.

Una alternativa al desarrollo de programas por parte de la propia empresa consiste en la utilización de paquetes estándar, lo cual es la opción que más se viene utilizando últimamente.

- **Controles de aplicación**, incluyen los procedimientos programados en el seno de las aplicaciones y los procedimientos manuales asociados para asegurar el control del proceso de los diversos tipos de transacciones. Están diseñados para controlar el funcionamiento de las aplicaciones. Permiten asegurar la totalidad y exactitud en el proceso de transacciones, su autorización y su validez.

La relación entre ambos tipos de controles se fundamenta en el hecho de que los controles generales son necesarios para asegurar el funcionamiento adecuado de los controles de aplicación que dependen de los procesos informáticos.

Los controles de operaciones del centro de proceso de datos y los controles de software de sistemas aseguran que se utilizan los archivos adecuados y que se actualizan correctamente.

5.2.2.4 Información y Comunicación

Todas las empresas han de obtener información relevante, tanto financiera como de otro tipo, relacionada con las actividades y acontecimientos internos y externos. La información a recoger debe ser de la naturaleza que la dirección haya estimado relevante para la gestión del negocio y debe llegar a las personas que la necesitan en la forma y el plazo que permitan la realización de sus responsabilidades de control y de sus otras funciones.

➤ **La información**

La información que maneja la empresa ha de estar vinculada con los objetivos fijados por ella, ya sean relativos a:

- las operaciones
- la información financiera

- cumplimiento de las leyes y normas.

La **información financiera** no se utiliza únicamente para formular los estados financieros para su difusión general, sino también en la toma de decisiones relativas a la explotación, incluyendo, a modo de ejemplo, las correspondientes al control del rendimiento y la asignación de recursos.

Es imprescindible que la dirección disponga de datos fiables, a la hora de efectuar la planificación, preparar presupuestos, fijar precios etc.

En este sentido, los datos relativos a las **operaciones** son fundamentales para la formulación de los estados financieros, e incluirán tanto la información del día a día, tales como compras, ventas y otras transacciones, como los relativos a otros ámbitos como pueden ser el contexto económico ó nuevos productos lanzados por la competencia.

Normalmente, la información no es aplicable a un único objetivo. Así, a modo de ejemplo, la información relativa a las emisiones contaminantes o a los datos del personal, también puede resultar necesaria para la consecución de los objetivos de cumplimiento con la reglamentación y de información financiera.

Los **sistemas de información** (bien sean informatizados, manuales o mezcla de ambos), deben identificar, recoger, procesar y divulgar tanto los datos generados internamente, tales como compras y ventas, como las actividades operativas internas, como puede ser el proceso de producción.

Para que los sistemas de información **sean eficaces**, no solamente deben identificar y **recoger** la información necesaria (financiera y no financiera), sino que también han de **procesar** dicha información y comunicarla en un **plazo** y de una forma que resulte útil para el control de las actividades de la entidad.

La **calidad de la información** generada por el sistema es básica y afecta a la toma de decisiones adecuadas para gestionar y controlar las actividades de la entidad. La calidad de la información se refiere a los siguientes **aspectos** a los que debe dar respuesta el sistema de información:

- Contenido, en cuanto que debe contener la información necesaria.
- Oportunidad, en cuanto se facilite en el tiempo adecuado.

- Actualidad, que sea la más reciente posible.
- Exactitud, de forma que los datos sean correctos.
- Accesibilidad, que pueda ser obtenida fácilmente por las personas adecuadas.

➤ **La comunicación**

Los sistemas de información deben proporcionar información a las personas adecuadas, con objeto de que éstas puedan cumplir con sus responsabilidades operacionales, de información financiera o de cumplimiento. La comunicación puede ser interna o externa.

1) Comunicación interna

Todo el personal, especialmente los empleados con responsabilidades importantes, además de recibir la información necesaria para llevar a cabo sus actividades, deben tomar en serio sus funciones comprometidas con el control interno. En este sentido, cada función concreta ha de especificarse con claridad, y cada persona tiene que entender:

- los aspectos relevantes del sistema de control interno.
- cómo funcionan los mismos.
- cuál es su papel y responsabilidad en el sistema.

Al llevar a cabo sus funciones, el personal de la empresa debe saber:

- que cuando se produzca una incidencia conviene prestar atención no sólo al propio acontecimiento, sino también a su causa, para que se pueda identificar la deficiencia potencial en el sistema y se tomen las medidas necesarias para evitar que se repita.

- cómo sus actividades están relacionadas con el trabajo de los demás, esto es necesario para conocer los problemas y determinar sus causas y la medida correctiva adecuada,

- los comportamientos esperados, aceptables y no aceptables.

Los empleados también necesitan disponer de un mecanismo para comunicar información relevante a los niveles superiores de la organización, los empleados de primera línea, que manejan aspectos claves de las actividades todos los días, generalmente son los más capacitados para reconocer los problemas en el momento que se presentan. Debe haber líneas directas de comunicación para que esta información llegue a niveles superiores, y por otra parte debe haber disposición de los directivos para escuchar.

2) La comunicación externa

Además de una comunicación interna, ha de existir una eficaz comunicación externa. Los clientes y proveedores podrán aportar información de gran valor sobre el diseño y la calidad de los productos o servicios de la empresa, permitiendo que ésta responda a los cambios y preferencias de aquellos. Por otra parte, toda persona deberá entender que no se tolerarán actos como sobornos o pagos indebidos.

➤ Adecuación de los sistemas de información y comunicación

En cuanto a la evaluación de la comunicación y de los sistemas de información se deberá tener en cuenta cómo se adecúan a las necesidades de la entidad, para lo cual habría que considerar algunos aspectos importantes:

Información.

- La obtención de información externa e interna y el suministro a la dirección de los informes necesarios sobre la actuación de la entidad en relación a los objetivos establecidos.
- El suministro de información a las personas adecuadas, con el suficiente detalle y oportunidad.
- El desarrollo o revisión de los sistemas de información, basado en un plan estratégico para ellos.
- El apoyo de la dirección al desarrollo de los sistemas de información necesarios.

Comunicación.

- La comunicación eficaz al personal, de sus funciones y responsabilidades de control.
- El establecimiento de líneas de comunicación para la denuncia de posibles actos indebidos.
- La sensibilidad de la dirección a las propuestas del personal en relación con las formas de mejorar la productividad, la calidad, etc.
- La adecuación de la comunicación horizontal.
- El nivel de apertura y eficacia de las líneas de comunicación con clientes, proveedores y terceros.
- El nivel de comunicación a terceros de las normas éticas de la entidad.
- El seguimiento oportuno y adecuado, por parte de la dirección, de las informaciones obtenidas de terceros, clientes, organismos de control, etc.

5.2.2.5 Supervisión

El proceso de supervisión asegura que el control interno continúa funcionando correctamente. Este proceso comprende **la evaluación**, por parte de empleados de nivel adecuado, de la manera en que se han diseñado los controles, de su funcionamiento, y de cómo se adoptan las medidas necesarias. Se aplicará a todas las actividades dentro de la entidad y a veces también a externos contratados. Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas.

La supervisión continua se da en el transcurso de las operaciones. Incluye tanto las actividades normales de dirección y supervisión, como otras llevadas a cabo por el personal en la realización de sus funciones. El alcance y frecuencia de las evaluaciones dependerá de la evaluación de riesgos y de la eficiencia de los procesos de supervisión.

Los sistemas de control interno y, en ocasiones, la forma en que los controles se aplican van **evolucionando con el tiempo**. Por ello, procedimientos que eran eficaces en un determinado momento, pueden perder su eficacia o dejar de aplicarse. Las causas podrían ser la incorporación de nuevos empleados, defectos en la formación y supervisión, restricciones de tiempo y recursos y presiones adicionales.

Asimismo, las circunstancias en base a las cuales se configuró inicialmente el sistema de control interno pueden cambiar, reduciendo su capacidad para advertir de los riesgos presentes y futuros. En consecuencia, la dirección tendrá que determinar si el sistema continúa siendo adecuado y mantiene su capacidad para asimilar los nuevos riesgos.

Para llevar a cabo la supervisión continuada existen una gran variedad de actividades que permiten efectuar un seguimiento de la eficacia del control interno, como comparaciones, conciliaciones, actividades corrientes de gestión y supervisión así como otras actividades rutinarias.

Las evaluaciones puntuales se producen cuando existe un replanteamiento del sistema de control interno, lo que puede conllevar a que se examine la continuidad de la eficacia de los procedimientos de supervisión continuada.

Para una correcta supervisión del sistema de control interno es necesario tener en cuenta los siguientes **apartados relativos a la evaluación**:

- Alcance y frecuencia de la evaluación.
- Proceso de evaluación.
- Metodología.
- Documentación.
- Plan de acción.
- Comunicación de deficiencias.
- Evaluación de la supervisión.

➤ **Alcance y frecuencia de la evaluación**

El alcance y la frecuencia de la evaluación del control interno variarán según la magnitud de los riesgos objeto de control y la importancia de los controles para la reducción de aquellos. Así, la evaluación tendrá en cuenta, fundamentalmente, los controles más críticos para la reducción de los riesgos de mayor prioridad.

La **evaluación** de todo el sistema de control interno debe centrar la atención en cada uno de los **componentes** de control afectos a todas las actividades importantes y su alcance dependerá también de a cuál de las tres **categorías de objetivos** vaya enfocada (operacionales, de información financiera o de cumplimiento)

La evaluación del control interno forma parte de las funciones normales de auditoría interna y también resulta de peticiones especiales por parte del consejo de administración, la dirección general y los directores de filial o de división. Por otra parte, el trabajo realizado por los auditores externos constituye un elemento de análisis a la hora de determinar la eficacia del control interno. Una combinación del trabajo de las dos auditorías, la interna y externa, posibilita la realización de los procedimientos de evaluación que la dirección considere necesarios.

➤ **Proceso de evaluación**

La evaluación de un sistema de control constituye un **proceso** en el que debe mantenerse una cierta disciplina, si bien los enfoques y técnicas pueden variar. El evaluador deberá entender cada una de las actividades de la entidad y cada uno de los componentes del sistema de control interno objeto de la evaluación. Por ello, conviene centrarse primero en el funcionamiento teórico del sistema, es decir en su diseño, lo cual implicará:

- Conversar con los empleados que aplican y se ven afectados por los controles a fin de determinar el funcionamiento real del sistema.

- Revisar los datos registrados sobre el cumplimiento de los controles. A veces se establecen nuevos controles que, al no ser conocidos por las personas que en un principio describieron el sistema, no se hallan en la documentación existente.

La tarea del evaluador es averiguar el funcionamiento real del sistema, teniendo en cuenta que, con el tiempo, es posible que determinados procedimientos que se diseñaron para funcionar de una manera se hayan modificado y funcionen de otra, o simplemente se dejaron de realizar.

El evaluador analizará el diseño del sistema de control interno y los resultados de las pruebas realizadas. Este análisis se efectuará bajo la óptica de los criterios establecidos, con el fin de determinar si el sistema ofrece una seguridad razonable respecto a los objetivos fijados.

➤ Metodología

Existe una gran variedad de metodologías y herramientas de evaluación, incluyendo hojas de control, cuestionarios y técnicas de flujogramación, técnicas cuantitativas, relaciones de objetivos de control, identificando los objetivos genéricos de control interno.

Algunas empresas comparan sus sistemas de control interno con los de otras entidades, lo que se conoce generalmente como "benchmarking".

Las **herramientas de evaluación** se pueden utilizar de la siguiente manera:

- Individualmente, al evaluar un **elemento** específico, o de forma conjunta al evaluarlos todos.
- Evaluar los controles relacionados con una **categoría** de control determinada, tal como la fiabilidad de la información financiera, o con más de una categoría.
- Al centrarse en determinadas **actividades** (tales como adquisiciones o ventas), o en todas las actividades.

El **informe COSO** presenta las **herramientas para la evaluación** con el siguiente orden:

- 1) Un conjunto de formularios, organizados por componentes, para facilitar la recopilación de los resultados con el fin de realizar una evaluación global.

- 2) Un manual de referencia diseñado para ayudar al evaluador a cumplimentar la “hoja de evaluación del riesgo y actividades de control”. En esta hoja se plasma el análisis y la secuencia seguida por la dirección relativo al siguiente proceso:
 - a. se fijan objetivos para cada actividad importante
 - b. se analiza los riesgos respecto a su consecución
 - c. se establecen planes, programas, y otras acciones para tratar los riesgos
 - d. se definen actividades de control con el fin de garantizar que se lleven a cabo las mismas.
- 3) Modelos ya cumplimentados como ejemplo.

➤ **Documentación**

El nivel de documentación soporte del sistema de control interno de la entidad varía según la dimensión y complejidad de la misma, y otros aspectos análogos. Las entidades grandes normalmente cuentan con manuales de políticas, organigramas formales, descripciones de puestos, instrucciones operativas, flujogramas de los sistemas de información etc.

Muchos controles son informales y no tienen documentación, sin embargo se aplican asiduamente, resultando muy eficaces. El hecho de que no estén documentados no impide que el sistema de control interno sea eficaz o que pueda ser evaluado.

➤ **Plan de acción**

Este informe contempla una serie de sugerencias básicas respecto a qué hacer y por dónde empezar:

- Determinar el alcance de la evaluación en términos de categoría de objetivos, componentes de control interno y actividades objeto de la evaluación.
- Identificar las actividades de supervisión continua que normalmente aseguran la eficacia del control interno.
- Analizar el trabajo de evaluación del control realizado por los auditores internos y reflexionar sobre las conclusiones relacionadas con el control presentadas por los auditores externos.
- Establecer las prioridades de las áreas de mayor riesgo, por unidad, componente de control interno u otros, para su atención inmediata.
- En base a lo anterior, elaborar un programa de evaluaciones que conste de actividades a corto y largo plazo.
- Reunir a las personas que efectuarán las evaluaciones y considerar juntos el alcance y el calendario a establecer, así como la metodología y las herramientas a

utilizar, examinar las conclusiones de los auditores internos y externos y de los organismos públicos, definir la forma de presentación de las conclusiones y determinar la documentación a entregar a la finalización de la evaluación.

- Seguir el avance de la evaluación y revisar las conclusiones obtenidas.
- Asegurar que se tomen las acciones de seguimiento necesarias, modificando los apartados correspondientes de las evaluaciones posteriores, según proceda.

➤ **Comunicación de deficiencias**

Las deficiencias en el sistema de control interno pueden ser detectadas:

- a través de los procedimientos de supervisión continua realizados en la entidad.
- a partir de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.
- a través de terceros.

El término “deficiencia” se usa aquí en un sentido amplio como referencia a un elemento del sistema de control interno que merece atención, por lo que una deficiencia puede representar un defecto percibido, potencial o real, o bien una oportunidad para reforzar el sistema de control interno con la finalidad de favorecer la consecución de los objetivos de la entidad.

Una de las mejores fuentes de información relativa a las deficiencias de control es el propio sistema de control interno. Las actividades de supervisión continua de una entidad, incluyendo las de gestión y supervisión diarias del personal, proporcionan la percepción de las personas directamente involucradas en las actividades de la entidad. El personal puede advertir aspectos de relevancia en tiempo real que pueden servir para identificar las deficiencias existentes rápidamente.

Las evaluaciones realizadas por la dirección, los auditores internos u otros empleados pueden señalar **áreas que necesiten mejoras**.

Al detectar una deficiencia del control interno, se debe comunicar el hecho a la **persona responsable** de la función o actividad implicada, que podrá tomar medidas correctivas, así como al nivel superior de la entidad. Este proceso permite que el responsable dé el apoyo y la supervisión necesarios para las acciones correctivas que se han de tomar e informe a las otras personas en la organización cuyas actividades pueden verse afectadas. En el caso de que la deficiencia tenga un efecto horizontal, la

comunicación del hecho también debe ser horizontal y alcanzar el nivel suficiente para asegurar que se tomen las medidas correspondientes.

En cuanto a las **directrices sobre comunicación de deficiencias** deben estar basadas en la regla general de que un responsable deberá recibir la información de control necesaria para influir en las actuaciones o el comportamiento de las personas bajo su responsabilidad o para conseguir los objetivos de la actividad.

Los directores deben ser informados de las deficiencias en el control interno que afecten a sus unidades. El grado de detalle variará, normalmente siendo mayor en los niveles inferiores de la organización.

➤ Evaluación de la Supervisión

Para llegar a una conclusión sobre la **eficacia** de la supervisión del control interno, conviene considerar tanto las actividades de supervisión continua como las evaluaciones puntuales del sistema de control interno, o de partes del mismo. Algunos aspectos que pueden servir como punto de referencia son:

Supervisión continuada

- Hasta qué punto el personal, al realizar sus actividades normales, obtiene evidencias de que el sistema de control interno está funcionando adecuadamente.
- En qué medida las **comunicaciones procedentes de terceros** corroboran la información generada internamente o indican problemas.
- Comparaciones periódicas entre los importes registrados por el sistema contable con los activos físicos.
- Receptividad ante las recomendaciones del auditor interno y externo respecto de la forma de mejorar los controles internos.
- En qué medida las reuniones facilitan información a la dirección sobre si los controles operan eficazmente.
- Si se hacen **encuestas** periódicas al personal para que manifieste si entiende y cumple el código de conducta de la entidad y si se realizan normalmente las tareas de control críticas.
- Eficiencia de las actividades de auditoría interna.

La evaluación puntual

- Alcance y frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.

- Idoneidad del proceso de evaluación.
- Si la metodología para evaluar el sistema es lógica y adecuada.
- Adecuado volumen y calidad de la documentación.

Comunicación de deficiencias

- Existencia de un mecanismo para recoger y comunicar cualquier deficiencia detectada en el control interno.
- Idoneidad de los procedimientos de comunicación.
- Idoneidad de las acciones de seguimiento.

5.2.3 Limitaciones del control interno

Es importante volver a incidir en la idea de que el sistema de control interno, por muy bueno que sea su diseño y funcionamiento, es capaz de proporcionar sólo una seguridad razonable a la dirección y al consejo de administración respecto de la consecución de los objetivos de la empresa.

La posibilidad de conseguir dichos objetivos está afectada por las limitaciones inherentes de todo sistema de control interno, que incluyen, por ejemplo, juicios erróneos en la toma de decisiones o disfunciones debidas a fallos humanos o a simples errores.

Este sistema no puede ser más eficaz que las personas responsables de su funcionamiento. Incluso en las entidades que tienen un buen entorno de control (aquéllas que tienen elevados niveles de integridad y conciencia del control) existe la posibilidad de que el personal directivo eluda el sistema de control interno.

Finalmente otra limitación es la necesidad de considerar los costes y beneficios relativos de cada control a implantar. Existen distintos niveles de precisión en cuanto a la determinación del coste y el beneficio de la implantación de controles.

Generalmente resulta más fácil determinar el coste, pudiéndose cuantificar de forma bastante precisa. Normalmente se tienen en cuenta todos los costes directos correspondientes a la implantación de un control, así como los costes indirectos si resultan cuantificables. Algunas empresas también incluyen los costes de oportunidad asociados al uso de los recursos.

5.3 MODELOS DERIVADOS DEL COSO. MODELO COCO

Como hemos comentado anteriormente, **COSO no es el único modelo de control interno** desarrollado en los últimos años aunque es, sin duda, **el que mayor difusión ha tenido**, y citábamos otros modelos:

- COCO, elaborado en 1995 por el Consejo denominado "The Criteria of Control Board" encargado de diseñar y emitir criterios o lineamientos generales sobre control interno. Fué dado a conocer por el Instituto Canadiense de Contadores Certificados (CICA).
- COBIT(Control Objectives for Information and Related Technology) desarrollado por la Asociación de Auditores y Control de los Sistemas de Información- ISACA.

Vamos a analizar los aspectos más destacados de uno de ellos: **el Modelo COCO**.

5.3.1 Estructura

El modelo COCO es producto de una profunda revisión del Comité de Criterios de Control de Canadá sobre el informe COSO, y cuyo propósito fue hacer el planteamiento de un Modelo más sencillo y comprensible, ante las dificultades que en la aplicación del COSO se enfrentaron inicialmente algunas organizaciones. El resultado es un **modelo conciso y dinámico** encaminado a mejorar el control que finalmente queda descrito y definido de forma casi idéntica a como lo hace el Modelo COSO.

El cambio importante que presenta el modelo Canadiense consiste que, en lugar de conceptualizar el proceso de Control como una pirámide de componentes y elementos interrelacionados, proporciona un marco de referencia a través de **veinte criterios generales** que el personal en toda la organización puede usar para diseñar, desarrollar, modificar o evaluar el control.

El modelo busca proporcionar un entendimiento del control y dar respuesta a las tendencias que se observan en los desarrollos siguientes:

- 1- En el impacto de la tecnología y el recorte a las estructuras organizativas, que han propiciado un mayor énfasis sobre el control a través de **medios informales**, como

la visión empresarial compartida, comunión de valores y una comunicación más abierta.

- 2- En la creciente demanda de **informar públicamente** acerca de la **eficacia del control**.
- 3- En el énfasis de las autoridades para establecer controles, como una forma de proteger los intereses de los accionistas.

El propósito del modelo es desarrollar orientaciones o guías generales para el diseño, evaluación y reportes sobre los sistemas de control dentro de las organizaciones, incluyendo asuntos gubernamentales en el sector público y privado.

En la estructura del modelo, los criterios son elementos básicos para entender y, en su caso, aplicar el sistema de control. Se requiere un adecuado análisis y comparación para interpretar los criterios en el contexto de una organización en particular, y para una evaluación efectiva de los controles implantados.

El modelo prevé **veinte criterios agrupados en cuatro grupos**, en cuanto al propósito, compromiso, aptitud y evaluación y aprendizaje. Los criterios definidos para cada grupo son los siguientes:

➤ **Propósito**

- 1) Los objetivos deben ser comunicados.
- 2) Se deben identificar los riesgos internos y externos que pudieran afectar el logro de los objetivos.
- 3) Las políticas para apoyar el logro de los objetivos deben ser comunicadas y practicadas, de manera que el personal identifique el alcance de su libertad de actuación.
- 4) Se deben establecer planes para guiar los esfuerzos.
- 5) Los objetivos y planes deben incluir metas, parámetros e indicadores de medición del desempeño.

➤ **Compromiso**

- 6) Se deben establecer y comunicar los valores éticos de la organización.
- 7) Las políticas y prácticas sobre recursos humanos deben ser consistentes con los valores éticos de la organización y con el logro de sus objetivos.

- 8) La autoridad y la responsabilidad deben ser claramente definidos y consistentes con los objetivos de la organización, para que las decisiones se tomen por el personal apropiado.
- 9) Se debe fomentar una atmósfera de confianza para apoyar el flujo de la información.

➤ **Aptitud**

- 10) El personal debe tener los conocimientos, las habilidades y las herramientas que sean necesarios para el logro de los objetivos.
- 11) El proceso de comunicación debe apoyar los valores de la organización.
- 12) Se debe identificar y comunicar información suficiente y relevante para el logro de los objetivos.
- 13) Las decisiones y acciones de las diferentes partes de una organización deben ser coordinadas.
- 14) Las actividades de control deben ser diseñadas como una parte integral de la organización.

➤ **Evaluación y aprendizaje**

- 15) Se debe supervisar el ambiente interno y externo para identificar información que oriente hacia la reevaluación de objetivos.
- 16) El desempeño debe ser evaluado contra metas e indicadores.
- 17) Las premisas consideradas para el logro de objetivos deben ser revisadas periódicamente.
- 18) Los sistemas de información deben ser evaluados nuevamente en la medida en que cambien los objetivos y se detecten deficiencias en la información.
- 19) Debe comprobarse el cumplimiento de los procedimientos modificados.
- 20) Se debe evaluar periódicamente el sistema de control e informar de los resultados.

5.3.2 Guía para la autoevaluación

La Dirección de Control del Instituto Canadiense de Contadores Certificados ha publicado una **guía** para la **evaluación** del **sistema de control** establecido en una organización. Para determinar la **eficacia del control**, puede resultar provechoso para una organización expresar los criterios como **preguntas adaptadas a sus circunstancias**.

A continuación se muestra una serie de simples **preguntas** que se pueden utilizar para seguir una **autoevaluación**:

➤ **Autoevaluación del criterio de propósito**

- ¿Entendemos claramente la misión y la visión de la organización?.
- ¿Entendemos nuestros objetivos, como grupo, y cómo estos objetivos afectan a otros objetivos en la organización?.
- ¿La información de la que disponemos nos permite identificar y determinar el riesgo?.
- ¿Entendemos el riesgo que necesitamos controlar y el grado del riesgo residual aceptable asociado a los controles de los que somos responsables?.
- ¿Entendemos las políticas que afectan nuestras acciones?.
- ¿Son nuestros planes adecuados para alcanzar el control?.
- ¿Tenemos parámetros e indicadores fáciles de manejar para hacer un seguimiento del funcionamiento de los controles establecidos?.

➤ **Autoevaluación del criterio de compromiso**

- ¿Nuestros principios de la integridad y de los valores éticos se comparten y se practican?.
- ¿Se recompensa al personal según los objetivos y los valores de organización?.
- ¿Entendemos claramente los objetivos de los que somos responsables, y tenemos una definición clara de nuestra autoridad y responsabilidades?.
- ¿Las decisiones críticas son tomadas por el personal con la maestría, el conocimiento y la autoridad necesarios?.
- ¿El nivel de confianza del grupo es suficiente para el flujo abierto de la información y un funcionamiento eficaz?.

➤ **Autoevaluación del criterio de capacidad**

- ¿Disponemos del personal, las habilidades, las herramientas y los recursos necesarios?.
- ¿Hay comunicación rápida y eficaz de los errores, deficiencias y cualquier otro tipo de información necesaria de conocer por determinados estamentos de la organización sin el miedo de la represalia?.
- ¿Hay información adecuada para permitir que realicemos nuestras tareas?.
- ¿Nuestras acciones se coordinan con el resto de la organización?.

- ¿Tenemos los procedimientos y los procesos para ayudar y asegurar el logro de nuestros objetivos?.
- **Autoevaluación del criterio de evaluación y aprendizaje**
- ¿Revisamos el ambiente interno y externo como forma de control y para analizar si los cambios establecidos están en concordancia con los objetivos del grupo?.
 - ¿Supervisamos el funcionamiento del control en relación a los indicadores relevantes?.
 - ¿Recibimos y proporcionamos la información que es necesaria y relevante para la toma de decisiones?.
 - ¿Son nuestros sistemas de información actualizados?.
 - ¿Aprendemos de los resultados de la supervisión y llevamos a cabo mejoras continuas para controlar?.
 - ¿Determinamos periódicamente la eficacia del control?.

Las guías sobre control establecen que un **control efectivo** puede **apoyar el éxito de una organización** en diferentes formas:

- El personal, al desarrollar sus funciones, puede ejercitar su juicio y creatividad al tiempo que administra o controla los riesgos de que ocurran acciones indebidas.
- El personal tiene la flexibilidad de impulsar cambios en la organización o gestión, al tener un adecuado conocimiento de los riesgos.
- El personal posee información confiable y está en aptitud de usarla en el momento oportuno y al más adecuado nivel en la organización.
- La organización puede lograr mejoras en la efectividad y eficiencia y obtener mayor confianza por parte de terceros interesados.

Las organizaciones que pretendan aplicar los criterios de COCO, deberán tener un claro conocimiento y consideración de los cinco componentes que conforman el Marco Integrado de Control Interno publicado por COSO.

Estos factores son iguales al modelo americano COSO, pero con una propuesta diferente en la manera de la aplicación práctica. Se parte de la idea de que la **unidad más pequeña** en una organización es la **persona**, tomada individualmente. Una persona ejecuta una tarea guiada por el entendimiento de:

- Su propósito (objetivo).
- El apoyo en su capacidad o aptitud para alcanzarlo (información, herramientas y habilidades).
- El sentido de compromiso e involucramiento para realizar debida y oportunamente su tarea.
- Que la misma persona deba vigilar y evaluar su desempeño.

Finalmente, es importante reiterar que la **misma persona** deberá **vigilar y evaluar su desempeño**, al igual que su entorno, para aprender de la experiencia y poder ejecutar mejor su tarea, así como para introducir los cambios necesarios.

En este sentido, si se desea aplicar este modelo en una organización, la unidad a considerar puede ser toda la entidad, una agencia o dependencia de la misma, o subunidades como pueden ser divisiones o departamentos.

El control comprende los elementos de una organización que tomados en conjunto, apoyan al personal en el **logro de sus objetivos organizacionales**, los cuales se ubican en las categorías generales siguientes:

- **Efectividad y eficiencia de las operaciones.** Incluye objetivos relacionados con metas de la organización, tales como:
 - Servicios al cliente.
 - Salvaguarda y uso eficiente de recursos.
 - Cumplimiento de obligaciones sociales.
 - Protección de recursos contra pérdida o uso indebido.
- **Confiabilidad de los reportes internos y externos.**
 - Adecuado mantenimiento de registros contables.
 - Información confiable para uso de la organización y la publicada para información de terceros.
 - Protección de los registros contra accesos indebidos.
- **Cumplimiento de leyes, disposiciones y políticas internas.**

Esta definición del control conlleva la responsabilidad de **identificar y reducir los riesgos** que pudieran afectar la viabilidad y éxito de la organización, tales como:

- Deficiente capacidad para identificar y explotar oportunidades.
- Deficiente capacidad para responder a riesgos inesperados
- Ausencia de información definitiva e indicadores confiables para toma de decisiones.

La estructura del modelo canadiense es adaptable a cualquier organización una vez que se adecua a las necesidades de sus propios intereses y requerirá de creatividad para su interpretación y aplicación. Podrá ser usada de referencia para desarrollar un modelo propio.

SEGUNDA PARTE:

DISEÑO DEL MODELO PARA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

CAPÍTULO 6

DISEÑO DEL MODELO DE AUTOEVALUACIÓN

6.1 LA AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN LAS ÁREAS DE RRHH.

6.1.1 La importancia de los RRHH en el Sistema Sanitario Público

De conformidad con lo establecido en el artículo 33.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010 de 2 de marzo, el Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2015 integra los presupuestos de explotación y capital correspondientes a las Agencias públicas empresariales, sociedades mercantiles de participación mayoritaria por la Junta de Andalucía o sus agencias administrativas (tanto los presupuestos de los grupos de consolidación como los individuales de cada una de las entidades que integran dicho grupo).

Del total del **Presupuesto de la Junta de Andalucía para 2015**, que asciende a algo más de **29.625 millones de euros**, aproximadamente **8.414 millones corresponden a Sanidad**, por encima de los 6.589 millones destinados a Educación. Es, sin duda, la partida presupuestaria más importante alcanzando el 28.4% del total.

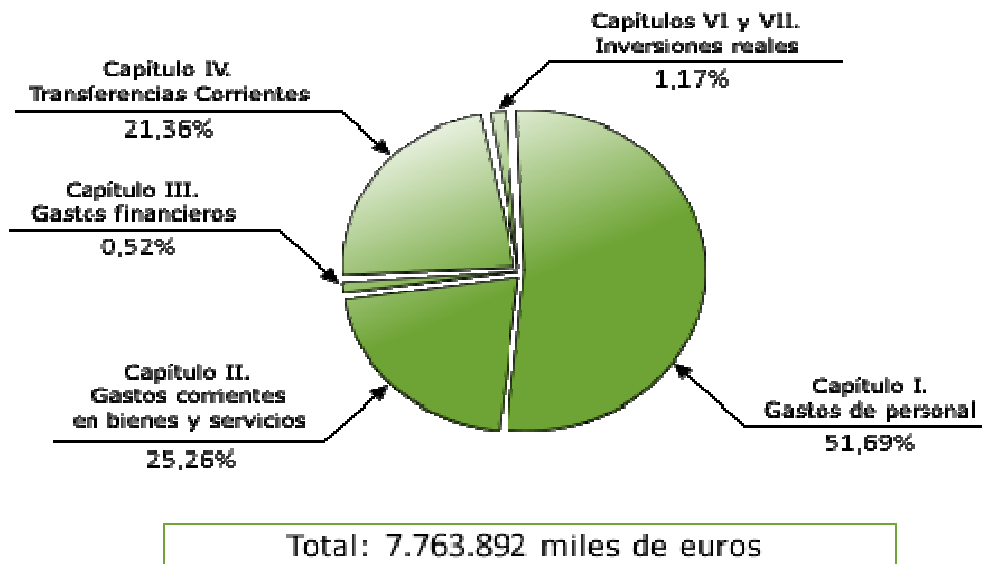
De esos 8.414 millones, algo más del 92% (7.764 millones) corresponde al Servicio Andaluz de Salud, mientras que las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) acumulan un presupuesto global de 491 millones de euros, ó lo que es lo mismo, el 5.8% del total presupuestado para Sanidad:

| | |
|--|---------------|
| APES Costa del Sol | 131.935.118 € |
| APES Hospital Poniente de Almería..... | 108.227.423 € |
| APES Hospital Alto Guadalquivir..... | 102.239.008 € |
| APES Bajo Guadalquivir..... | 41.626.015 € |
| Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).... | 78.094.644 € |

Dentro del Estado consolidado de Gastos del Presupuesto de la Junta de Andalucía para 2015, la partida correspondiente a Gastos de Personal asciende a 9.619 millones de euros, es decir, un 32.4% del total, lo que indica la importancia que los Recursos Humanos tienen en dicho Presupuesto. No obstante, esta participación es mayor en el Presupuesto del Servicio Andaluz de Salud, llegando a constituir el 51.69% muy por encima del segundo capítulo más importante que es el correspondiente a los gastos corrientes en bienes y servicios que representan el 25.26%.

Gráfico 6.1. Presupuesto SAS 2015

Presupuesto del Servicio Andaluz de Salud 2015



Fuente: Servicio Andaluz de Salud

6.1.2 La importancia de la autoevaluación

6.1.2.1 Beneficios y aporte de valor a la Organización

El **control externo** en el sector público incluye desde la **acción que llevan a cabo los Órganos Superiores de Control** hasta la que promueve la **sociedad civil**, que exige **transparencia, eficiencia y eficacia en el uso de los fondos públicos**.

Por su parte, el **control interno** incluye la **acción de la Administración Activa (Administración Pública)** como la principal responsable de la idoneidad de ese control interno y de su aplicación, **y la de las Auditorías Internas** como un mecanismo más de control, que desempeña una función asesora y de servicio que agrega valor a la gestión institucional y debe proporcionar una garantía razonable de que la actuación de la Dirección, Cargos y del resto del personal se ejecuta de conformidad con sanas prácticas y el marco legal vigente.

El crecimiento de los mercados, los cambios tecnológicos, la promulgación de leyes y otros instrumentos jurídicos con mayores exigencias de control, el **creciente reclamo a los administradores públicos de rendir cuentas por su gestión**, son condiciones que requieren la toma de acciones concretas por parte de la Administración Activa para **mejorar sus sistemas de control interno**, a fin de que éstos se conviertan en herramientas efectivas para conducir a las instituciones hacia el logro de su cometido, aprovechar al máximo los recursos disponibles y prevenir el desperdicio y el uso inadecuado o ilícito de los mismos.

En este entorno, los dirigentes públicos y el resto de servidores de la Administración Pública deben caracterizarse, en su gestión, por un alto contenido de integridad personal y profesional y por la capacidad de **comprender la importancia de diseñar, aplicar y mantener controles internos razonables** que les permitan garantizar a la ciudadanía una **gestión transparente y oportuna**, respecto de la protección del patrimonio público y el cumplimiento de los objetivos y cometidos institucionales.

La propia INTOSAI, sintetiza de manera muy adecuada la **gran importancia y los beneficios que aporta el control interno**, al referirse a él como el plan de organización y el conjunto de planes, métodos, procedimientos y otras medidas de una institución, orientados a:

- proporcionar una garantía razonable de que se cumplen los objetivos de promover operaciones metódicas, económicas, eficientes y eficaces, así como productos y servicios de calidad esperada
- preservar el patrimonio de pérdidas por despilfarro, abuso, mala gestión, errores, fraudes o irregularidades
- respetar las leyes y reglamentaciones
- estimular la adhesión de los integrantes de la organización a las políticas y objetivos
- obtener datos financieros y de gestión completos y confiables y presentados a través de informes oportunos.

A partir de ese momento se estableció un mejor señalamiento sobre algunos elementos fundamentales del actual concepto de control interno, el cual se ha definido como un proceso **cuya responsabilidad corresponde a la máxima autoridad** de la organización, y que debe asegurar razonablemente el logro de los objetivos institucionales.

INTOSAI se refiere al control interno como una **herramienta gerencial** y ha mantenido que el garantizar en sus organizaciones un ambiente de control eficaz es parte primordial de la responsabilidad de que sobre el uso de los recursos públicos tiene la Administración.

Por su parte, el informe COSO definió el control interno, como un proceso que era ejecutado por **todos los niveles** profesionales de la organización: directivos, cargos intermedios y resto del personal de la institución.

Fue así como se estableció que el control interno constituye, esencialmente, una herramienta útil para que la administración activa **dirija su gestión** y que también brinda elementos al jerarca, a los titulares subordinados y, en general, a todo funcionario, para cumplir con su obligación de **rendir cuentas** en torno a su gestión respecto de los recursos públicos.

No obstante, como ya se ha mencionado anteriormente, el control interno sólo puede rendir una **seguridad razonable**, y nunca una certeza absoluta, acerca del cumplimiento de los objetivos institucionales.

Basada en los resultados de la evaluación de riesgos, la actividad de control interno debe **evaluar la adecuación y eficacia de los controles** que comprenden el objetivo institucional, las operaciones y los sistemas de información de la organización. Esto debe incluir lo siguiente:

- Confiabilidad e integridad de la información financiera y operativa.
- Eficacia y eficiencia de los planes y programas
- Protección de los activos
- Cumplimiento de la normatividad vigente.

Sin duda, dentro del **proceso de mejora continua** de las organizaciones públicas es necesario considerar aquellos aspectos que permiten **valorar de forma permanente** la efectividad del **Control Interno** de la entidad, la eficiencia, eficacia y efectividad en los procesos, el nivel de ejecución de los Planes, Programas y Proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de **detectar desviaciones**, establecer tendencias y generar **recomendaciones** para orientar las acciones de mejora que se precisan.

En definitiva, la entidad debe desarrollar mecanismos de medición, evaluación y verificación necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad.

La **Autoevaluación** se constituye como el proceso que sirve para examinar y evaluar esa **efectividad del Control Interno**.

Para abordar este apartado de Autoevaluación desde una perspectiva práctica, se han revisado distintos manuales como, por ejemplo, el Manual Técnico del Modelo estándar de control Interno para el Estado Colombiano. MECI 2014 (Departamento Administrativo de la Función Pública/República de Colombia) que establece que el **Control de Evaluación** y seguimiento se estructura bajo tres componentes:

- Autoevaluación Institucional
- Auditoría Interna
- Planes de Mejoramiento

La **Autoevaluación Institucional** es aquel componente que le permite a cada responsable del proceso, programas y/o proyectos y sus funcionarios **medir la efectividad de sus controles** y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad.

La autoevaluación se convierte en un **proceso periódico** y toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones.

Cada **líder de proceso**, con su equipo de trabajo, verifica el desarrollo y cumplimiento de sus acciones que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se convierte entonces la Autoevaluación en el mecanismo que le permite a la entidad **medirse a sí misma**, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación que afecten al objetivo para el cual fue creada.

Por otra parte, busca determinar **la eficacia de los controles internos** permitiendo emprender las **acciones de mejora** requeridas.

La **autoevaluación del control o CSA** por sus siglas en inglés (Control Self Assessment) se constituye en un elemento activo y básico para la mejora continua dentro del Modelo Estándar de Control Interno, ya que **dinamiza** la forma como es desarrollado el control interno en las entidades públicas. Se convierte en una vía para ayudar a la organización a incrementar su habilidad para alcanzar sus metas.

Esto se logra a través de las evaluaciones que se realizan a los procesos, con la intención de verificar la efectividad de las acciones que desarrollan y su aporte a los objetivos institucionales. Es muy importante que dichas evaluaciones se ejecuten con la **participación de los líderes y sus equipos de trabajo**, lo que permite la intervención de **todas las personas** que intervienen en el desarrollo de los mismos, dinamizando de esta forma el control interno. Desde esta perspectiva el control interno se convierte en un **asunto de todos**.

Esta metodología ha evolucionado y **viene tomando gran importancia** en la medida que facilita la efectividad del control interno, proporcionando parámetros para realizar los **ajustes necesarios** a los procesos **antes de llegar a una auditoría formal**, bien sea interna o realizada por entes externos.

Este enfoque en su evolución incluye el tema de riesgos asociados a los procesos y es denominado internacionalmente Control Risk Self Assessment – CRSA, es decir que en los procesos de Autoevaluación se puede incluir el análisis de Riesgos y Controles, elementos vitales para un eficaz desarrollo de los procesos.

El Instituto de Auditores Internos, IIA, establece que la **Autoevaluación del control** es un proceso a través del cual se examina y evalúa **la efectividad** de control interno. Su estructuración y desarrollo permite a los funcionarios en todos los niveles:

- Participar en la evaluación del control interno
- Evaluar los riesgos
- Desarrollar planes de acción para abordar debilidades identificadas.
- Evaluar la probabilidad de lograr los objetivos de la entidad.

La Autoevaluación implica una serie de **beneficios** para la organización, entre otros:

- Mejora y estimula el trabajo en equipo y la confianza entre los miembros del equipo.
- Promueve y ayuda a compartir el conocimiento y logra un compromiso fuerte de mejora continua. Una característica clave de este enfoque es la habilidad para comprender los riesgos y sus controles asociados.
- Mejora la calidad en la información sobre el estado del control y los riesgos existentes.
- Minimiza la desconfianza y prevención sobre las auditorías internas requeridas por el Sistema de Control Interno.
- Mejora la capacidad de la Alta Dirección para evaluar el grado en que se identifica, mide, supervisa y controla los riesgos clave.

Para llevar a cabo la Autoevaluación del Control, se pueden utilizar las siguientes **herramientas opcionales**:

1.- Enfoque de Taller

Un taller es una reunión facilitada por un auditor interno y diseñada para evaluar los riesgos y controles de un proceso u objetivo dado. Como regla básica, el taller envuelve 6 a 15 participantes y dos auditores (uno como facilitador y el otro como escribiente) con una duración aproximada de dos a cuatro horas.

2.- Enfoque de Encuesta.

Este enfoque utiliza **cuestionarios** que pueden emplear la **forma de encuesta**, la cual ofrece la oportunidad de una simple respuesta de “SI/NO” o “Tiene/No Tiene”. Los **dueños del proceso emplean los resultados para evaluar su propia estructura**. Una diferencia con los cuestionarios de auditoría es que los **cuestionarios para realizar la Autoevaluación del control deben ser escritos en el lenguaje del receptor**, no en el del auditor. Nadie estará disponible para interpretar o aclarar preguntas demasiado técnicas, por lo que éstos la contestarán en la forma que la entiendan, o la saltarán si no la comprenden.

3.- Análisis de Producción Gerencial.

Este incluye cualquier documento emitido por la Alta Dirección, que permita realimentar a los demás procesos de la organización. Incluyen informes de

gestión, resultados de encuestas sobre percepción del cliente interno y externo, revisiones por la dirección, entre otros.

Como análisis final sobre las herramientas que desarrollan la Autoevaluación del control y su utilidad para un control interno efectivo cabe recordar:

- Control es todo aquello que **apoya** a las personas en sus **esfuerzos** para **alcanzar los objetivos** de la organización: habilidades, procesos, información, sistemas, políticas, trabajo en equipo, liderazgo, recursos, estructura, comunicación y procedimientos.
- La Autoevaluación de control es importante porque fomenta el **trabajo en equipo** y permite preguntarnos: ¿Con mi trabajo apporto valor agregado al logro de los objetivos de mi área, de mi departamento o de mi empresa?. ¿Qué será necesario cambiar?.

A la hora de **poner en práctica las autoevaluaciones**, sería conveniente tener presente:

1. Uno de los pilares del modelo es el **autocontrol**, entendido como la capacidad que tiene **cada servidor público** para detectar las desviaciones en su trabajo y realizar los cambios y correcciones necesarias. La autoevaluación, como herramienta complementaria al autocontrol, se convierte en un instrumento básico para la mejora continua de las entidades.
2. El fomento de la Cultura del Control es uno de los roles de las Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, por lo tanto éstas deberían realizar acciones para **concienciar** a los servidores públicos de la **necesidad de realizar periódicamente ejercicios de autoevaluación**.
3. Es recomendable que los líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, programen **reuniones periódicas** en las que se realicen ejercicios de autoevaluación, y que a través de estas se genere una disciplina al interior de los procesos para que la **autoevaluación se convierta en parte del día a día de la entidad**.
4. La entidad debería asegurarse de contar con herramientas que permitan la autoevaluación y a su vez, que éstas sean **entendidas** por los servidores públicos.

5. Las Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quienes hagan sus veces, podrán realizar evaluación y seguimiento para **verificar** que en la entidad se **realizan autoevaluaciones** y que se cuenta con herramientas para llevarlas a cabo de una manera adecuada.

6.1.2.2 Cultura de autocontrol

Las **oficinas de Control Interno** verifican que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización estén adecuadamente definidos, sean aprobados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad. Para esto, es imprescindible **fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control** que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional y en el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, como instancia evaluadora del Sistema de Control Interno.

Se entiende por **cultura organizacional** un conjunto de valores, tradiciones, creencias, hábitos, normas, actitudes y conductas que dan identidad, personalidad y destino a una organización para el logro de sus fines económicos y sociales. Así mismo, se podría describir como un conjunto de elementos interactivos fundamentales, compartidos grupalmente, sedimentados a lo largo de la vida de la entidad a la cual identifican, por lo que son transmitidos a los nuevos miembros, y que son eficaces en la resolución de los problemas.

En este sentido, la cultura organizacional se experimenta como instrumento en el ejercicio de la observación, análisis y desarrollo de las relaciones sociales que tienen lugar en una empresa como medio para lograr sus objetivos.

El **ejercicio particular del autocontrol** es útil a las entidades para que logren los objetivos institucionales, los resultados sean óptimos, se proteja el patrimonio público, se preste un excelente servicio, se satisfaga a los ciudadanos, se legitime el Estado y se apueste por el crecimiento personal del servidor público.

Por ello, es de primordial importancia fortalecer el **principio del autocontrol** en los servidores públicos, asumido como la capacidad de cada uno de considerar el control como inherente e intrínseco a sus responsabilidades, acciones, decisiones, tareas y

actuaciones. En otros términos, proyectarlo a nivel institucional como la actitud de hacer bien las cosas en condiciones de justicia, calidad, oportunidad, transparencia y participación, y como la capacidad de control para regularse a sí mismo y tomar decisiones que beneficien a todos.

La concepción implícita en esta definición es que la **Alta Dirección y/o los equipos de trabajo** de cada área organizacional (excluyendo a las Oficinas de Control Interno) son los que evalúan el Control Interno. Esto supone un **cambio real de roles, del enfoque tradicional** donde solo los Jefes de Oficina de Control Interno evaluaban la efectividad del control interno en función de cómo se alcanzaban los objetivos.

Una organización que utiliza la autoevaluación del control tendrá un proceso formal y documentado que permita a la Alta Dirección y equipos de trabajo directamente involucrados en un área organizacional, función o proceso, participar de forma estructurada con el fin de:

- Identificar riesgos y exposiciones.
- Evaluar los controles que mitigan o manejan aquellos riesgos.
- Desarrollar planes de acción que reduzcan los riesgos a niveles aceptables.
- Determinar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales.

Las **principales características de la Autoevaluación del control** son las siguientes

- **Todos** los funcionarios evalúan los controles internos.
- Puede realizarse dentro de la entidad **sin la participación de la Oficina de Control Interno**.
- Utiliza herramientas que pueden ser nuevas para las Oficinas de Control Interno, tales como destreza como facilitador de grupo, **encuestas** o votaciones anónimas.
- Los **talleres** pueden usarse para **enseñar** evaluación de riesgo y diseño de control interno al equipo de trabajo.
- La Alta Dirección está más **involucrada** en el proceso de auditoría
- Existe una mayor posibilidad de admisión de los resultados, debido al enfoque participativo y de colaboración que ella trae consigo.

Para concluir, el ejercicio de la autoevaluación del Control debe incrementar la cobertura de la evaluación de procesos de control a través de la organización, mejorar la calidad de las acciones correctivas efectuadas por los responsables del proceso, y

centrar el trabajo de la Oficinas de Control Interno en la revisión de procesos de alto riesgo y situaciones inusuales.

6.1.2.3 Metodología para la autoevaluación

Como se ha indicado anteriormente, la **autoevaluación** del control es un **elemento** del Sistema de Control Interno que permite el diagnóstico y el fortalecimiento organizacional. Al mismo tiempo, genera **mayor responsabilidad en los empleados**, al involucrarse en el análisis de fortalezas y debilidades del sistema de control, al comprometerlos con la recolección de la información que soporta el juicio sobre el estado del sistema y al permitirles proponer planes de **mejoramiento** que contribuyan al logro del objetivo del sistema de control, y por ende al de la organización (Mejía 2005).

La autoevaluación es un **elemento diseñado** como parte del sistema de control, para **autodiagnosticarse**. Para garantizar el objetivo, su práctica debe ser **permanente**, de tal forma que permita establecer la calidad y efectividad del Sistema de Control, determinar si cumple con los objetivos para los cuales fue diseñado y facilitar el emprendimiento de las acciones de mejora requeridas para el logro de su propósito.

Beneficios y dificultades

La autoevaluación del control interno genera **mutua responsabilidad** en la alta dirección y en los empleados de todas las dependencias y estimula la **colaboración y el empoderamiento**.

Asimismo, favorece el **autocontrol y la autogestión** en toda la organización, porque cada dependencia y cada persona que participa en ella puede establecer las deficiencias personales y en su área, lo cual le permite tomar conciencia de los cambios que requiere y emprenderlos, con el fin de mejorar la calidad del sistema.

Responsables

El principal **responsable** de la autoevaluación del sistema de control es la **dirección** de la entidad, quien tiene la función de aprobar la metodología para su realización y soportar la adecuada ejecución en todos los niveles institucionales.

La autoevaluación también requiere la **participación de los empleados** en todos los niveles y dependencias de la organización, al suministrar información, contestar las encuestas, participar en los talleres y en la ejecución de los planes de mejoramiento que surjan de ella.

Requisitos para su operación

- Contar con un sistema de control explícito para la organización, de tal forma que se tenga un marco de referencia para el análisis.
- El liderazgo de la dirección de la entidad, el cual genera y promueve el compromiso y participación de los demás empleados.
- La participación de todas las dependencias de la Organización, a través de grupos/equipos establecidos para el fin y coordinados por el Comité de Autoevaluación.
- Objetividad del proceso, para lo que se debe disponer de información suficiente y confiable, para hacer un juicio sobre el cumplimiento de los criterios y sobre las causas de las deficiencias del sistema de control, con el fin de establecer los planes de mejoramiento.
- Contar con los recursos físicos y tecnológicos facilita el desarrollo del proceso
- Antes de iniciar la evaluación se debe capacitar a todo el personal que participará en ella.

La Autoevaluación como componente del Sistema de Control Interno

El Sistema de Control interno se estructura en diferentes partes de **distintos niveles**, debidamente interrelacionados (Mejía 2005):

- Los **Subsistemas** son el primer nivel de desagregación del sistema
- Los **Componentes**, como segundo nivel que determinan las partes del Subsistema
- Los **Elementos**, último nivel y definidos como cada una de las partes de los componentes.

Al analizar el Control Interno como sistema, se estructuran tres subsistemas integrados e interrelacionados, que garantizan que la organización cumpla con su misión y objetivos trazados:

- Subsistema de Control Estratégico

- Subsistema de Control de Gestión
- Subsistema de Evaluación a la Gestión.

Tabla 6.1. Estructura del Sistema de Control Interno

| Estructura del Sistema de Control Interno | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| SISTEMA DE CONTROL INTERNO | | | |
| SUBSISTEMAS | COMPONENTES | ELEMENTOS | |
| De Control Estratégico | Ambiente de Control | Acuerdos éticos | |
| | | Desarrollo del talento humano | |
| | | Estilo de Dirección | |
| | Direccionamiento Estratégico | Planes y Programas | |
| | | Modelo de Operación | |
| | | Estructura Organizacional | |
| | Administración de Riesgos | Contexto Estratégico | |
| | | Identificación de Riesgos | |
| | | Análisis de Riesgos | |
| | | Valoración de Riesgos | |
| | De Control de Gestión | Actividades de Control | Políticas de Operación |
| | | | Diseño de Procesos |
| Diseño de Controles | | | |
| Diseño de Indicadores | | | |
| Manual de Operación | | | |
| Información | | Información Primaria | |
| | | Información Secundaria | |
| | | Sistemas de Información | |
| Comunicación | | Comunicación Externa | |
| | | Comunicación Interna | |
| | | Medios de Comunicación | |
| | | Planes de comunicación | |
| De evaluación a la Gestión | | Autoevaluación | Autoevaluación del Sistema de Control Interno |
| | | | Autoevaluación de la Gestión |
| | | Evaluación Independiente | Evaluación independiente del Sistema de Control Interno |
| | Auditoría | | |
| | Planes de Mejoramiento | Planes de Mejoramiento Institucionales | |
| | | Planes de Mejoramiento Funcionales | |
| Planes de Mejoramiento Individuales | | | |

Fuente: AD-minister. Universidad EAFIT. Colombia. Mejía Quijano, R.C.

A. Subsistema de Control Estratégico:

Proporciona a la Organización un entorno favorable al control, los parámetros estratégicos que definen su operación y la protección de los recursos ante los posibles riesgos que los afecten. Para lograr los fines perseguidos por este subsistema, se requieren tres **componentes**:

1. Ambiente de Control: crea un entorno organizacional que favorece el control mediante los elementos que lo conforman.
2. El Direccionamiento Estratégico: determina las directrices institucionales que orientan la organización hacia el cumplimiento de sus objetivos a partir de sus elementos.
3. La Administración de Riesgos: permite a la Organización emprender las acciones para asumir, prevenir, transferir, eliminar los eventos que pueden afectar negativamente el logro de sus objetivos, o protegerla de los efectos ocasionados por su ocurrencia, todo ello a partir de sus elementos.

B. Subsistema de Control de Gestión:

Su operación orienta las acciones hacia los resultados, las metas y los objetivos, mediante el uso racional de los recursos, la estandarización de las operaciones, la generación de la información oportuna y confiable para la toma de decisiones, el cumplimiento de obligaciones legales, y el desarrollo de procesos de comunicación internos y externos. Para dar cumplimiento a los fines de este subsistema se requieren los siguientes **componentes**:

1. Las Actividades de Control: garantizan la ejecución de las políticas y directrices establecidas por la administración y aseguran el cumplimiento de los propósitos de la institución, a través de sus elementos.
2. La Información: apoya la operación y el control de los procesos, garantiza que los datos e informes sean útiles, oportunos y confiables, todo ello a partir de sus elementos.
3. La Comunicación: se comparte y suministra la información necesaria para promover y facilitar la interacción entre las personas, para lograr objetivos comunes de la organización a través de los elementos que conforman este componente.

C. Subsistema de Evaluación a la Gestión:

Proporciona a la organización las metodologías para realizar la autoevaluación del sistema de control y de la gestión de la entidad, así como los mecanismos para ejecutar la evaluación independiente. Además permite la configuración de acciones de corrección, mejoramiento y seguimiento por parte de todos los niveles administrativos, producto de las evaluaciones realizadas. Las funciones propias de este subsistema se llevan a cabo mediante los siguientes componentes:

1. La Autoevaluación: facilita la medición oportuna de los efectos de la gestión y del comportamiento del sistema de control, con el fin de evaluar su capacidad para generar los resultados previstos y tomar las medidas correctivas necesarias a través de sus elementos.

La Autoevaluación se realiza a partir del diagnóstico de cada uno de los diferentes niveles de desagregación del sistema de control, de tal forma que se **obtenga información relevante que permita conocer cómo funciona cada elemento, componente y subsistema**, individualmente y el sistema en su totalidad.

En este sentido, el elemento Autoevaluación del Sistema de Control Interno: permite establecer el **grado de avance** en la implementación del Sistema de Control Interno y la efectividad de su operación en toda la Organización.

2. La Evaluación Independiente: proporciona el análisis objetivo, por parte del equipo de **Auditoría Interna**, sobre el desempeño del sistema de control y la ejecución de los planes, programas y proyectos relativos al cumplimiento de la Misión y los propósitos de la Organización y la forma como han sido realizados, mediante sus elementos.
3. Los Planes de Mejoramiento: comprenden las acciones de mejora emanadas de los componentes de Autoevaluación y Evaluación Independiente, y de las recomendaciones provenientes del Control Fiscal, al cual se encuentra sujeta la entidad. Para ello se definen sus elementos.

Etapas de la Autoevaluación

Una autoevaluación precisa de tres etapas:

- A. Etapa de Planeación: lo primero sería conseguir el compromiso y el liderazgo del nivel directivo con el proceso. Posteriormente se constituiría el Comité de Autoevaluación, conformado por directivos y apoyado por grupos de trabajo que representen las diferentes dependencias para fijar los criterios o parámetros de evaluación, y a partir de aquí se elaboraría el Plan de Trabajo.
- B. Etapa de Ejecución: comprende la recolección de información y el diagnóstico de la efectividad del Sistema de Control Interno en la organización, de cada uno de los subsistemas, componentes y elementos.
- C. Elaboración del Informe: este informe final de autoevaluación se estructura con el resultado de los análisis y juicios emitidos sobre la calidad de cada uno de los subsistemas, componentes y elementos del subsistema de control; las fallas de control detectadas y las acciones de mejoramiento a emprender para lograr una efectividad mayor de dicho sistema, encauzarlo al logro de sus objetivos y permitir a la organización cumplir con sus propios objetivos.

Dentro de la etapa de Ejecución, lo primero sería identificar las diferentes fuentes que constituyen evidencia suficiente para calificar los criterios establecidos en la autoevaluación. Estas **fuentes** pueden ser:

1. Consulta mediante **encuesta**: a través de un sistema de información se recoge las opiniones de los empleados en forma confidencial. En este caso las opiniones se compilan automáticamente.
2. La **Entrevista** se realiza a personas o grupos de personas. Ésta permite **obtener o** complementar las **evidencias** que fundamentan el **juicio** sobre el **estado** de los **elementos** del sistema de control.
3. Los Talleres permiten la discusión de los criterios de evaluación en forma grupal.
4. La información documental permite obtener evidencia física del cumplimiento del criterio de evaluación.

Evaluación de los Elementos, Componentes y Subsistemas

Para poder realizar la autoevaluación, se establecerá la calificación de los **criterios de evaluación** en cada elemento, que podrían ser:

- Existencia del elemento
- Difusión del elemento
- Coherencia del elemento con el objetivo del componente al que pertenece.
- Conocimiento del elemento por parte de los empleados
- Operación del elemento
- Modo en que el elemento favorece el sistema de control
- Efecto del elemento sobre los demás elementos

De este modo, se obtendría el valor asignado a cada elemento, a partir de las escalas de valoración que se establezcan para puntuar los distintos criterios de evaluación.

Para Mejía (2005), a través de las preguntas confeccionadas en el cuestionario de evaluación y en función de los resultados (contestaciones) se obtendría, de manera escalonada:

- la valoración de cada **elemento**, a partir de las escalas de valoración que se establezcan para puntuar los distintos criterios de evaluación.
- la valoración de cada **componentes** que se autoevaluará teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de los elementos que lo conforman.
- finalmente, los distintos **subsistemas** se autoevalúan teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la autoevaluación de los componentes.

A modo de ejemplo: la valoración del elemento “estilo de dirección” servirá para puntuar al componente “ambiente de control” que a su vez permitirá obtener la valoración del “Subsistema de Control estratégico”.

6.2 EL CUESTIONARIO COMO HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN EN EL INFORME COSO.

Como se ha evidenciado en apartados anteriores, el cuestionario constituye una herramienta para la Autoevaluación del Control Interno que, a diferencia de los cuestionarios de auditoría, debe ser escrito en el **lenguaje del receptor** y no en el del auditor.

Un cuestionario diseñado a partir de la información contenida en el **Informe “Control interno: Un marco integrado”** promovido por el “Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comisión” (COSO) y elaborado por la firma de auditoría Coopers & Lybrand.

Conviene volver a resaltar, que este informe se compone de **cuatro partes o secciones**:

- La sección principal incluye **la definición** de control interno, la descripción de sus **componentes y los criterios** para que la dirección, el consejo de administración u otros puedan **evaluar sus sistemas de control interno**.
- La segunda sección, denominada **“Información a terceros”**, proporciona orientación a aquellas entidades que publican información sobre el control interno en relación con la emisión de sus estados financieros públicos o que están planteándose el hacerlo.
- La tercera sección, contiene un **“Resumen para la Dirección”**.
- La cuarta sección, contiene las **“Herramientas de evaluación”**.

Existe un gran consenso internacional en torno a la idea de que el Informe COSO **ha conseguido los objetivos fijados**, ya que ha consensuado una definición común que atiende a las necesidades de los distintos interesados y **proporciona una pauta respecto a la que las empresas y demás entidades pueden evaluar sus sistemas de control y determinar la manera de mejorarlos**.

La elaboración del **cuestionario** se fundamenta en la **Sección Cuarta: “Herramientas de evaluación”**, siempre teniendo en cuenta la premisa fundamental de que el control interno es eficaz cuando están presentes y funcionando eficazmente

sus cinco componentes, lo que proporciona un grado de seguridad razonable de que una o más de las categorías de objetivos establecidas van a cumplirse. Por consiguiente, estos componentes también son criterios para determinar si el control interno es eficaz.

Las herramientas contenidas en esta sección, además de resultar útiles a la hora de evaluar el sistema de control interno de una entidad, pueden **utilizarse** de formas diversas:

- Se pueden utilizar individualmente, al evaluar un **elemento** específico, o de forma conjunta al evaluar todos los elementos.
- Al evaluar los controles relacionados con una **categoría** de control determinada, tal como la fiabilidad de la información financiera, o con más de una categoría.
- Al centrarse en determinadas **actividades** (tales como adquisiciones o ventas), o en todas las actividades.

Las **Herramientas** contenidas en el Informe, se **presentan** como:

- 1) Un **conjunto de modelos de formularios** organizados por componentes, junto con otros para facilitar la recopilación de resultados con el fin de realizar una evaluación global.
- 2) Un **manual de referencia** diseñado para ayudar al evaluador a cumplimentar la “hoja de evaluación del riesgo y actividades de control”. También se presenta un modelo genérico de empresa que sirve de base organizativa para dicho manual.
- 3) **Modelos ya cumplimentados** como ejemplos, mostrando la forma en que los formularios pueden ser utilizados para una empresa/organización hipotética.

El informe sugiere que aquellas empresas/organizaciones que utilicen estas herramientas para llevar a cabo su evaluación, las deberían aplicar **únicamente como punto de partida** y convendría modificarlas y adaptarlas para reflejar las **circunstancias particulares, condiciones y riesgos propios existentes en cada organización**.

Lo que sí parece evidente, es que pueden utilizarse por todas las entidades independientemente de su tamaño. Al utilizarse en empresas pequeñas o medianas, en la adaptación debe tenerse en cuenta que las entidades más pequeñas tienden a ser menos formales y a estar menos estructuradas que las organizaciones grandes, por lo que habrá menos niveles organizativos entre el consejero delegado y los niveles inferiores de personal haciendo más directa y continua su comunicación, lo cual incidirá en la forma en que se ejercite el control.

Elementos significativos, Puntos de atención y temas secundarios.

El análisis detallado de la sección cuarta del Informe COSO (Herramientas de Evaluación) permite conocer la dinámica a seguir en la elaboración del cuestionario, a partir de una secuencia de tres niveles:

a) El informe contiene **cinco herramientas de evaluación**, una para cada componente de control interno. Un encabezamiento y una breve introducción sirven para identificar **cada factor o elemento significativo** dentro de cada componente. A modo de ejemplo:

- Dentro del componente de Entorno de Control, un elemento significativo sería: “Integridad y valores éticos”.

b) En relación con cada elemento significativo, los **temas claves** a abordar están incluidos y se presentan dentro de la columna “**puntos de atención**”, identificados por el símbolo * y representan algunos de los **temas más importantes** relacionados con el componente de control interno correspondiente. A modo de ejemplo:

- Dentro del componente de Entorno de Control y en relación con el elemento Integridad y valores éticos, un punto de atención sería:

“Existencia y puesta en práctica de códigos de conducta y otras políticas que consideren las prácticas empresariales de general aceptación, los conflictos de intereses o los niveles esperados de comportamiento ético y moral”.

c) A su vez, se incluye en cada punto de atención, ejemplos de **temas secundarios** a tener en cuenta a la hora de abordarlos. Tal y como establece el manual, el evaluador

tendrá que adecuar los puntos de atención y los temas secundarios a las circunstancias de la entidad. A modo de ejemplo:

- Dentro del componente de Entorno de Control y en relación con el elemento Integridad y valores éticos, y con su punto de atención descrito en el apartado anterior, un tema secundario sería:

“Los códigos son aceptados de forma expresa y periódicamente por todos los empleados”.

Al final de cada sección se deja espacio para anotar la **conclusión** a la que se ha llegado acerca de la eficacia de los controles correspondientes y toda acción que puede ser necesaria o evaluada. Al final de cada formulario se deja espacio para la **conclusión relativa al componente en su totalidad**.

6.2.1 Factores y elementos más significativos

Tras el estudio de la **sección cuarta: “Herramientas de evaluación”**, resumiremos los principales factores o elementos significativos asociados a cada uno de los componentes del Control Interno, que sirven para definir los puntos de atención y los temas secundarios:

Componente: Entorno de Control

- Integridad y valores éticos: La Dirección ha de transmitir el mensaje de que la integridad y los valores éticos no pueden, bajo ninguna circunstancia, ser contravenidos. Los empleados deben captar y entender este mensaje. La dirección ha de demostrar continuamente, mediante sus mensajes y su comportamiento, un compromiso con los valores éticos.
- Compromiso de competencia profesional: La Dirección ha de especificar el nivel de competencia profesional y de los conocimientos y habilidades imprescindibles.
- Consejo de Administración y comité de auditoría: El Consejo de Administración tiene un papel importante para asegurar un control interno efectivo.

- La filosofía de dirección y el estilo de gestión: La filosofía de dirección y el estilo de gestión suelen tener un efecto omnipresente en una entidad. Estos son, naturalmente, intangibles, pero se pueden buscar indicadores positivos o negativos.
- Estructura Organizativa: La Estructura Organizativa no deberá ser tan sencilla que no pueda controlar adecuadamente la actividad de la organización ni tan complicada que inhiba el flujo necesario de información. Los ejecutivos deben comprender cuáles son sus responsabilidades de control y poseer la experiencia y los niveles de conocimientos requeridos en función de sus cargos.
- Asignación de autoridad y responsabilidad: La asignación de responsabilidad y autoridad ofrecen una base para el seguimiento de las actividades y el sistema de control y establecen los papeles respectivos de las personas dentro del sistema.
- Políticas y prácticas en materia de recursos humanos: Las políticas de recursos humanos son esenciales para el reclutamiento y el mantenimiento de personas competentes que permitan llevar a cabo los planes de la entidad y así lograr la consecución de sus objetivos.

Componente: Evaluación de los riesgos

- Objetivos globales de la entidad: Para que la entidad tenga un control eficaz, debe tener establecidos unos objetivos. Los objetivos globales de la entidad incluyen aseveraciones sobre sus metas y están apoyados por los planes estratégicos correspondientes.
- Objetivos específicos para cada actividad: Los objetivos específicos surgen de los objetivos y estrategias globales y están vinculados con ellos. Los objetivos específicos suelen expresarse como metas a conseguir, con unos fines y plazos determinados. Deberían establecerse objetivos para cada actividad importante, siendo estos objetivos específicos coherentes los unos con los otros.
- Riesgos: El proceso de evaluación de riesgos de una entidad debe identificar y analizar las implicaciones de los riesgos relevantes, tanto para la entidad como para cada una de las actividades. Dicho proceso ha de tener en cuenta los factores externos e internos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos, debe efectuar un análisis de los riesgos y proporcionar una base para la gestión de los mismos.

- Gestión del cambio: Los entornos económicos, industriales y legales cambian y las actividades de las entidades evolucionan. Hacen falta mecanismos para detectar tales cambios y reaccionar ante ellos.

Componente: Actividades de Control

- Las actividades de control abarcan una gran variedad de políticas y los procedimientos correspondientes de implantación que ayudan asegurar que se siguen las directrices de la dirección. Ayudan a asegurar que se llevan a cabo aquellas acciones identificadas como necesarias para afrontar los riesgos y así conseguir los objetivos de la entidad.

Componente: Información y Comunicación

- Información: La información se identifica, recoge, procesa y presenta por medio de los sistemas de información. La información pertinente incluye los datos del sector y los datos económicos y de organismos de control obtenidos de fuentes externas así como la información generada dentro de la organización.
- Comunicación: La comunicación es inherente al proceso de información. La comunicación también se lleva a cabo en un sentido más amplio, en relación con las expectativas y responsabilidades de individuos y grupos. La comunicación debe ser eficaz en todos los niveles de la organización (tanto hacia abajo como hacia arriba y a lo largo de la misma) y con personas ajenas a la organización.

Componente: Supervisión

- Supervisión continuada: La supervisión continuada se produce en el transcurso normal de las operaciones e incluye las actividades habituales de gestión y supervisión, así como otras acciones que efectúa el personal al realizar sus tareas encaminadas a evaluar los resultados del sistema de control interno.
- Evaluaciones puntuales: Resulta útil examinar el sistema de control interno de vez en cuando, enfocando el análisis directamente a la eficacia del sistema. El alcance y la frecuencia de tales evaluaciones puntuales dependerán principalmente de la evaluación de los riesgos y de los procedimientos de supervisión continuada.

- Comunicación de las deficiencias de control interno: Las deficiencias de control interno deberían ser comunicadas a los niveles superiores y las más significativas deben ser presentadas a la alta dirección y al consejo de administración.

6.3. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS DEL MODELO DE AUTOEVALUACION PROPUESTO.

La Dirección de Control del Instituto Canadiense de Contadores Certificados, ha publicado una **guía para la evaluación del sistema de control** establecido en una organización. Para determinar la **eficacia del control**, puede resultar provechoso para la institución expresar los criterios como **preguntas adaptadas a sus circunstancias**.

En definitiva, preguntas que se pueden utilizar para seguir una autoevaluación en la que se puede establecer previamente la calificación de los diversos criterios de evaluación en cada elemento, que podrían girar en torno a su existencia, coherencia, conocimiento de los empleados, difusión, efectos sobre otros elementos etc.

Como hemos comentado en capítulos anteriores, el informe COSO indica que el **análisis integrado** de los cinco componentes en el proceso de gestión de la entidad, proporciona una referencia válida para **evaluar la eficacia del sistema de control interno** de la misma, en función del **grado de presencia de cada componente**. Al final de cada sección se deja espacio para anotar la **conclusión** a la que se ha llegado acerca de la eficacia de los controles correspondientes y toda acción que puede ser necesaria o evaluada. Al final de cada formulario se deja espacio para la conclusión relativa al componente en su totalidad.

A partir de **la importancia** que se atribuye a la **Autoevaluación** y teniendo en cuenta las **herramientas** que nos posibilitan la elaboración del **Cuestionario** (siguiendo las recomendaciones del Informe COSO), nos hemos planteado llevar a cabo un **trabajo empírico** en torno a la **Autoevaluación del Control Interno de las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias de Andalucía**.

Para ello, hemos abordado un estudio pormenorizado de la **sección cuarta: “Herramientas de evaluación”**, y su adecuación al entorno y características de las

organizaciones sanitarias públicas. A partir del análisis llevado a cabo de los principales factores o elementos significativos de cada componente de control interno, hemos formulado **nuestras subhipótesis** que permitan verificar o no **nuestra pregunta de investigación**. Del análisis de los **temas claves** (puntos de atención) a abordar para cada componente, y de sus temas secundarios hemos extraído las preguntas de **nuestro cuestionario**, que a su vez nos servirán para comprobar el cumplimiento de nuestras subhipótesis.

Se han seguido las recomendaciones del Informe que dicen que **el evaluador tendrá que adecuar los puntos de atención y los temas secundarios a las circunstancias de la entidad**.

Los **RRHH** constituyen un elemento esencial a tener en cuenta en las Organizaciones Sanitarias Públicas, a la hora de analizar el **papel** que dichas instituciones juegan en la sociedad actual. Asimismo, la **enorme magnitud del Gasto de personal**, invita a avanzar en todas las acciones y políticas a implantar en torno al Control Interno de las organizaciones sanitarias públicas y especialmente de las Divisiones/Áreas de Recursos Humanos.

Dado el **doble carácter** público y empresarial de las Agencias Públicas Empresariales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, es por lo que nos centramos en ellas a la hora de plantear el trabajo empírico de esta Tesis, que se correlaciona de manera adecuada con la formulación empresarial que se da a toda la documentación del Modelo COSO y, asimismo, permite avanzar en el Control Interno de organizaciones de carácter público con un propietario muy identificado: el Ciudadano.

En este sentido, y como hemos comentado anteriormente, si se desea aplicar este modelo en una organización, la unidad a considerar puede ser toda la entidad, una agencia o dependencia de la misma, o subunidades como pueden ser divisiones o departamentos. En nuestro caso, analizaremos la **División/Área de Recursos Humanos** de las APES de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En definitiva, y a través del cuerpo teórico descrito en este trabajo, entendemos la necesidad de llevar a cabo un **trabajo empírico** en torno a la **Autoevaluación del Control Interno** de las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias, en base a:

- La importancia de los RRHH en las Organizaciones Sanitarias Públicas.
- El papel estratégico de la dirección de recursos humanos en la consecución de los objetivos empresariales.
- La posibilidad de aplicar la autoevaluación al Área de RRHH como una parte de la organización.
- El doble carácter público y empresarial de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias.
- La Administración Pública, hoy en día, actúa en un mundo más complejo y exigente, donde debe relacionarse con ciudadanos y agentes políticos y económicos que le exigen eficiencia, eficacia y transparencia en sus actuaciones.
- La necesidad de avanzar en acciones que fomenten la transparencia en las actuaciones de las organizaciones públicas, a través del control interno.
- La responsabilidad de los órganos de gobierno y de la alta dirección, que deben establecer sistemas de control interno que les proporcionen una garantía y seguridad razonable sobre el cumplimiento de los objetivos de la organización
- La autoevaluación, entendida como un proceso a través del cual la efectividad del Control Interno es examinada y evaluada.
- La autoevaluación es un elemento diseñado como parte del sistema de control, para autodiagnosticarse.
- La autoevaluación del control interno favorece el autocontrol y la autogestión en toda la organización.
- Las entidades deben desarrollar mecanismos de medición, evaluación y verificación necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad.
- La importancia del rol directivo en las evaluaciones del control interno.
- La importancia del marco del Modelo COSO y sus herramientas para la evaluación del sistema de control
- El uso de los cuestionarios de preguntas para seguir una autoevaluación.
- La no existencia previa, en este tipo de Organizaciones, de modelos de autoevaluación del control interno en las Áreas de RRHH, a través de cuestionarios.

Nuestra pretensión es que este modelo de **Autoevaluación (cuestionario) dirigido y cumplimentado por los propios Directivos de RRHH de las Organizaciones Sanitarias Públicas pueda servir, entre otros, para:**

- Indicar el grado de adecuación de los distintos componentes de Control Interno a las Normas COSO, según una **visión directiva** del Área de RRHH.
- **Monitorizar de manera sencilla**, cómo va evolucionando el control interno en las Área de Recursos Humanos, de un periodo a otro, en función del grado de adecuación a las preguntas planteadas en el cuestionario y la valoración final obtenida.
- Poner en valor los márgenes de mejora detectados que permitan avanzar hacia una mayor valoración de los distintos componentes del control interno.
- Mejorar la opinión de los Auditores Internos y Externos en cuanto a los sistemas de Control interno de la Organización, y mejorar la imagen que se proyecta a la ciudadanía.
- Fomentar en los equipos directivos la preocupación por el seguimiento y evaluación del Control Interno, como algo propio al rol directivo y no sólo como la razón de ser de un Departamento/Unidad.
- Comprobar, de manera sencilla, la interrelación que exista entre los distintos componentes del Control Interno y cómo van evolucionando en su adecuación a los principios del modelo COSO.
- Utilizar el modelo de autoevaluación como **herramienta de mejora continua** para las organizaciones que lo utilicen, en aras a una mayor transparencia y a una preocupación por **mejorar y avanzar en calidad**.
- Facilitar la efectividad del control interno a través de una autoevaluación capaz de proporcionar los parámetros que sirvan para realizar los ajustes necesarios a los procesos de la organización, antes de llegar a una auditoría formal, bien sea interna o realizada por entes externos.

Nuestro trabajo empírico está basado en la confección, realización y valoración de una **entrevista/encuesta al directivo de RRHH** de las Agencias Públicas Empresariales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, configurada como una **herramienta de autoevaluación** llevada a cabo por la propia Dirección que pudiera servir para monitorizar el marco de inicio o situación de partida en el que se encuentra el sistema de control interno en las Áreas de RRHH de esas Organizaciones, dando una visión global del conjunto de las mismas, y que también pueda utilizarse para que el equipo directivo obtenga señales que permitan actuar y llevar a cabo iniciativas en **clave de mejora**, sentando las bases de una posterior evaluación formal y estructurada propia de las Unidades de Auditoría y/o Control Interno.

TERCERA PARTE:

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 7

TRABAJO EMPÍRICO

7.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.1 Pregunta de investigación

El **control interno** ha quedado definido como un **proceso** efectuado por el Consejo de Administración, la Dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la **consecución de los objetivos** dentro de las **siguientes categorías**:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones
- Fiabilidad de la información financiera.
- Cumplimiento de las leyes y normas aplicables.

Existe un gran consenso en que el **Informe COSO** ha conseguido los objetivos fijados, ya que ha establecido una definición común que atiende a las necesidades de los distintos interesados y proporciona una pauta respecto a la que las empresas y demás entidades pueden **evaluar sus sistemas de control** y determinar la manera de mejorarlos.

El Informe COSO presenta el control interno como un proceso iterativo multidireccional, en el que prácticamente cualquiera de sus cinco componentes puede influir, y de hecho influye, en otro. De ahí, que cualquier organización precise de todos sus componentes ya que todos son necesarios si quiere tener el control sobre sus actividades. **Por ello, los sistemas de control interno no son, ni deben ser, iguales en todas las organizaciones** ya que dependerán del sector en el que operen, su tamaño, su cultura o su filosofía de gestión.

La implantación de sistemas de control interno en las organizaciones públicas, basados en modelos internacionales del tipo COSO, supone que éstas puedan disponer de una serie **de ventajas** derivadas de los siguientes puntos:

- Garantizan la viabilidad y sostenimiento de la institución en el futuro.
- Garantizan una utilización eficaz y eficiente de los recursos.
- La aplicación de sistemas de control interno, más allá de los actuales sistemas de control de legalidad, garantizan a los ciudadanos como verdaderos propietarios del sector público, una correcta utilización de sus impuestos.

El establecimiento y correcto mantenimiento de **un sistema de control interno es responsabilidad de la gerencia**, que debe supervisarlos permanentemente, asegurándose que funciona de acuerdo con las directrices marcadas por la propia dirección. Por ello, es muy importante llevar a cabo **autoevaluaciones de los sistemas de control** interno, cuyo propósito sea el análisis regular, por las propias organizaciones, de sus procesos y resultados de gestión para identificar los puntos fuertes y las deficiencias y determinar los oportunos planes de mejora.

En este sentido, con este trabajo hemos perseguido también poner en valor la figura de la **Autoevaluación** a realizar por los propios Directivos de las Organizaciones, mediante **cuestionario/encuesta** que permita conocer y monitorizar el grado de adecuación de los sistemas de control interno a las recomendaciones del modelo COSO y tras un análisis regular llevado a cabo por **los propios directivos** (escaso coste), les permita obtener una **visión independiente y anticipada** de la valoración formal de las Unidades de Control y Auditoría, que les pueda servir para identificar los puntos fuertes y también las deficiencias a partir de las cuales determinar los planes de mejora continua, potenciando así la imagen de transparencia y de calidad ante los ciudadanos, las instituciones de auditoría y los propios profesionales de las organizaciones.

Dada la **importancia del sector público** en España y también en la Comunidad Autónoma de Andalucía, nuestro objetivo se ha centrado en el **ámbito de la Sanidad Pública de Andalucía**, dada su elevada participación en los presupuestos públicos de la Comunidad Autónoma.

Asimismo, es evidente **la importancia estratégica de los Recursos Humanos en las Organizaciones Sanitarias Públicas**, no solo por el papel esencial y central de las mismas en cuanto a la consecución de los objetivos sociales propuestos, sino también por el enorme peso en el volumen total de recursos económicos que implica dicha partida de gasto. Esto conlleva un plus añadido de responsabilidad a la hora de controlar de manera adecuada los recursos humanos de esas organizaciones.

Por todo ello, hemos considerado de interés analizar los sistemas de control interno en las áreas de recursos humanos de organizaciones sanitarias públicas.

A la hora de delimitar nuestro campo de actuación, y dado que no hemos encontrado ningún estudio en nuestro país sobre la **autoevaluación del control interno en las**

áreas de recursos humanos del sistema sanitario público, hemos decidido centrarnos en la Comunidad Autónoma de Andalucía, y más concretamente en las **Agencias Públicas Empresariales Sanitarias** (empresas públicas sanitarias) por su doble vertiente: organización empresarial y su dimensión pública.

Con estos antecedentes, nos hemos propuesto una investigación cuyo **objetivo general** es conocer cómo funciona el control interno en las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y su grado de adecuación a las recomendaciones establecidas en el Informe COSO, como modelo de control interno más reconocido a nivel internacional.

En cuanto a los **objetivos específicos** serían:

- Conocer y valorar la situación del sistema de control en el área de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales del SSPA, mediante un **modelo de autoevaluación** creado a partir de las “herramientas de evaluación” incluidas en el Informe COSO, que pueda ayudar a los directivos a diagnosticar la situación de sus sistemas de control interno.
- Adecuar el modelo de autoevaluación propuesto para las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias del SSPA como **herramienta de mejora continua** a través de sus evaluaciones periódicas.

Mediante esta investigación pretendemos determinar **en qué medida los sistemas de control interno, actualmente vigentes en las Áreas de Recursos Humanos de todas las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía (dependencia orgánica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), se adecuan a las recomendaciones de control interno establecidas en el informe COSO.**

Nuestro trabajo se centrará en las **5 Agencias Públicas Empresariales Sanitarias vigentes actualmente** en el Sistema Sanitario Público de Andalucía que aglutinan un total de 26 Centros de distinta naturaleza:

- Hospitales
- Hospitales Alta Resolución (HARE)
- Centros Alta Resolución (CARE)
- Servicios Provinciales de Emergencias Sanitarias

El desglose de centros sanitarios asociados a cada una de esas Agencias Públicas es el siguiente:

1. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol

- a. Hospital Costa del Sol de Marbella
- b. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena
- c. CARE: Centro de Alta Resolución de Mijas

2. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

- a. Hospital de Poniente: El Ejido
- b. Hospital de Alta Resolución de Guadix
- c. Hospital de Alta Resolución de el Toyo
- d. Hospital de Alta Resolución de Loja

3. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir

- a. Hospital de Alto Guadalquivir de Andújar
- b. Hospital de Montilla
- c. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura
- d. Hospital de Alta Resolución de Puente Genil
- e. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete
- f. Hospital de Alta Resolución de Valle del Guadiato
- g. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real

4. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir

- a. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte
- b. Hospital de Alta Resolución Morón de la Frontera
- c. Hospital de Alta Resolución de Écija
- d. Hospital de Alta Resolución de Utrera

5. Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

- a. Servicio Provincial 061 Almería
- b. Servicio Provincial 061 Cádiz
- c. Servicio Provincial 061 Córdoba
- d. Servicio Provincial 061 Granada
- e. Servicio Provincial 061 Huelva
- f. Servicio Provincial 061 Jaén

- g. Servicio Provincial 061 Málaga
- h. Servicio Provincial 061 Sevilla

Para dar respuesta a la **pregunta de investigación** establecida en este estudio, se formula la siguiente **hipótesis**:

Las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía (dependencia orgánica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), se adecuan a las recomendaciones de control interno establecidas en el informe COSO.

7.1.2 Esquema de trabajo

Para la elaboración de este trabajo se ha utilizado, principalmente, **la parte cuarta del informe COSO** denominada **“Herramientas de evaluación”** que contiene una serie de herramientas para realizar la evaluación de un sistema de control interno de acuerdo con sus cinco componentes:

- Entorno de control
- Evaluación de Riesgos
- Actividades de control
- Información y Comunicación
- Supervisión

La propia versión actualizada de Control Interno-Marco Integrado (el Marco) (Informe **“Resumen Ejecutivo”**. Instituto de Auditores Internos de España y PwC España.2013) en cuanto a las distintas partes interesadas en el Informe del Control Interno, destaca que la **Dirección debe evaluar** el sistema de control interno de la entidad en relación con el Marco, centrándose en cómo la organización aplica los distintos principios para respaldar los componentes del control interno. La dirección podrá considerar la **utilización de las Herramientas Ilustrativas** como parte de esta **comparación inicial** y como **evaluación continua de la efectividad** general del sistema de control interno de la entidad.

El análisis empírico de este estudio ha consistido en la aplicación de dichas herramientas de evaluación a las Áreas de Recursos Humanos de todas las Agencias

Públicas Empresariales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para poder diseñar una serie de subhipótesis que posteriormente, y en virtud de su cumplimiento o no, nos permitiera validar o negar la pregunta de investigación.

El **esquema de trabajo seguido** en el análisis de la Parte Cuarta del Informe COSO ha sido:

1º - Se ha analizado, para cada componente de control interno, sus **factores o elementos significativos** que nos han permitido **formular nuestras subhipótesis** y que nos servirán para verificar el cumplimiento de la hipótesis de este trabajo.

2º - Se han analizado los **temas claves y puntos de atención** vinculados a cada factor o elemento significativo y que representan algunos de los temas más importantes relacionados con el componente de control correspondiente, así como posibles temas secundarios, lo cual nos ha permitido, teniendo en cuenta las características y circunstancias de las entidades a analizar, **fijar las preguntas de nuestro cuestionario** que nos servirán para verificar el grado de cumplimiento de cada una de las subhipótesis planteadas.

Las **subhipótesis establecidas** han sido las siguientes:

- 1) La Dirección de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria de Andalucía (APES) y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) demuestran y transmiten al resto de empleados, un mensaje de integridad, valores éticos y responsabilidad a través de actuaciones y comportamientos.
- 2) La Dirección de la APES y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) especifican el nivel de competencia profesional, en cuanto al nivel de conocimientos y habilidades imprescindibles.
- 3) La Dirección de la APES tiene un papel importante así como una alta implicación en el control interno de los RRHH.
- 4) Existe una estructura organizativa adecuada a la actividad del Área de RRHH, con unos responsables adecuados por sus conocimientos y experiencia.
- 5) Existe una asignación de responsabilidad y una delegación de autoridad entre directivos y cargos Intermedios del Área de RRHH.
- 6) La Dirección de la APES tiene definidos para el Área de RRHH una estrategia de la que se derivan unos objetivos de carácter general, así como unos objetivos específicos para sus profesionales basados en dichos objetivos generales.
- 7) La APES identifica y analiza los riesgos relevantes que pueden influir en la consecución de los objetivos, tanto los generales de la propia entidad como los específicos del Área de RRHH.

- 8) El Área de RRHH tiene mecanismos para identificar los acontecimientos o cambios rutinarios que pueden afectar en la consecución de sus objetivos específicos.
- 9) El Área de RRHH dispone de registros que acreditan el cumplimiento de las normas y leyes aplicables así como las políticas establecidas por la propia empresa.
- 10) El Área de RRHH contrata el personal necesario y con la cualificación suficiente para llevar a cabo sus tareas, y garantiza la formación periódica de sus profesionales.
- 11) El Área de RRHH dispone de sistemas de información donde se recogen, procesa y presenta la información pertinente.
- 12) La comunicación en el Área de RRHH cubre las expectativas y responsabilidades de individuos y grupos.
- 13) El Centro realiza una Supervisión continuada del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.
- 14) El Centro realiza evaluaciones puntuales del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.
- 15) La Dirección del Centro conoce las posibles deficiencias de control interno que se produzcan en el Área de Recursos Humanos.

Cada una de estas 15 subhipótesis formuladas están relacionadas con alguno de los cinco componentes del control interno del informe COSO que hemos analizado en este trabajo:

a) Subhipótesis relacionadas con el componente de Entorno de Control:

- 1) La Dirección de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria de Andalucía (APES) y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) demuestran y transmiten al resto de empleados, un mensaje de integridad, valores éticos y responsabilidad a través de actuaciones y comportamientos.
- 2) La Dirección de la APES y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) especifican el nivel de competencia profesional, en cuanto al nivel de conocimientos y habilidades imprescindibles.
- 3) La Dirección de la APES tiene un papel importante así como una alta implicación en el control interno de los RRHH.
- 4) Existe una estructura organizativa adecuada a la actividad del Área de RRHH, con unos responsables adecuados por sus conocimientos y experiencia.

5) Existe una asignación de responsabilidad y una delegación de autoridad entre directivos y cargos Intermedios del Área de RRHH.

b) Subhipótesis relacionadas con el componente de Evaluación de riesgos:

6) La Dirección de la APES tiene definidos para el Área de RRHH una estrategia de la que se derivan unos objetivos de carácter general, así como unos objetivos específicos para sus profesionales basados en dichos objetivos generales.

7) La APES identifica y analiza los riesgos relevantes que pueden influir en la consecución de los objetivos, tanto los generales de la propia entidad como los específicos del Área de RRHH.

8) El Área de RRHH tiene mecanismos para identificar los acontecimientos o cambios rutinarios que pueden afectar en la consecución de sus objetivos específicos.

c) Subhipótesis relacionadas con el componente de Actividades de Control:

9) El Área de RRHH dispone de registros que acreditan el cumplimiento de las normas y leyes aplicables así como las políticas establecidas por la propia empresa.

10) El Área de RRHH contrata el personal necesario y con la cualificación suficiente para llevar a cabo sus tareas, y garantiza la formación periódica de sus profesionales.

d) Subhipótesis relacionadas con el componente de Información y Comunicación:

11) El Área de RRHH dispone de sistemas de información donde se recogen, procesa y presenta la información pertinente.

12) La comunicación en el Área de RRHH cubre las expectativas y responsabilidades de individuos y grupos.

e) Subhipótesis relacionadas con el componente de Supervisión:

13) El Centro realiza una Supervisión continuada del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.

14) El Centro realiza evaluaciones puntuales del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.

15) La Dirección del Centro conoce las posibles deficiencias de control interno que se produzcan en el Área de Recursos Humanos.

7.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En virtud de nuestra pregunta de investigación y para dar respuesta a la misma, se ha llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico.

Se realizó una revisión bibliográfica para encontrar el método de investigación que mejor se adaptase a las necesidades del proyecto y poder alcanzar los objetivos propuestos en nuestro trabajo.

El método Delphi es posiblemente uno de los más utilizados en los últimos tiempos por los investigadores para diferentes situaciones y problemáticas, que van desde la identificación de los tópicos a investigar, especificar las preguntas de investigación, identificar una perspectiva teórica para la fundamentación de la investigación, seleccionar las variables de interés, identificar las relaciones causales entre factores, definir y validar los constructos, elaborar los instrumentos de análisis o recogida de información, o crear un lenguaje común para la discusión y gestión del conocimiento en un área científica.

En el terreno de la investigación, las encuestas y cuestionarios son instrumentos muy útiles para alcanzar los objetivos previstos, y deben poseer altos niveles de fiabilidad y de validez de contenido. Para éste último, la técnica Delphi, se presenta de gran utilidad para alcanzar la validez de contenido cuando en el mismo intervienen una serie de expertos para su construcción (Gil-Gómez y Pascual-Ezama, 2012).

Dado que este trabajo no se centra en la obtención de predicciones, sino en analizar la adecuación de sistemas de control interno de diversas organizaciones a las recomendaciones del Informe COSO, es por lo que se ha estimado conveniente aplicar no el método Delphi en su conjunto pero sí las técnicas que éste utiliza para la investigación.

En este sentido, mantenemos el anonimato de los expertos que han participado en las dos fases de nuestro estudio, los cuales desarrollaban su labor profesional en distintas provincias de Andalucía.

La metodología seguida en este estudio ha conllevado la realización de dos cuestionarios que han sido contestados por los grupos de expertos. Cuestionarios utilizados como instrumentos para la recogida de información, diseñados para poder

cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista, siendo su finalidad conseguir la comparabilidad de la información (Martín Arribas, 2004).

Las **aportaciones de los grupos de expertos**, a través de la cumplimentación de los cuestionarios correspondientes, se han realizado en **dos fases**.

Previamente, y para poder llevar a cabo nuestro estudio, se envió por correo electrónico a los Gerentes y Directores de Recursos Humanos de todas y cada una de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias del SSPA (actualmente existen cinco organizaciones de este tipo en Andalucía) una carta de presentación donde se les explicaba la naturaleza del estudio que se pretendía llevar a cabo, y donde se les solicitaba su participación mediante la cumplimentación de un cuestionario a través de una entrevista personal que se llevaría a cabo en el propio Centro.

En el mes de Julio de 2015 se obtuvo la respuesta favorable de las cinco Agencias, mostrando todas ellas su disposición a participar en el estudio.

Fase Primera: Se elaboró un primer cuestionario abierto y acotado (Cuestionario I) que constaba de seis preguntas y que se envió a un grupo de expertos seleccionados por su dilatada trayectoria directiva en el Área de los RRHH de Organizaciones Sanitarias Públicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ninguno ejercía como directivo en alguna de las cinco Agencias Públicas Empresariales Sanitarias objeto de nuestro trabajo). Se pretendía obtener una **opinión/valoración experta** en cuestiones como:

- Importancia y el interés del Control Interno en el Área de Recursos Humanos de una organización sanitaria pública.
- Ventajas y utilidad que podría aportar la existencia de un modelo de autoevaluación del Control Interno en el Área de RRHH de una organización sanitaria pública.
- Indicar la existencia o no, en las organizaciones en las que estaban trabajando, de modelos de autoevaluación del Control Interno en el Área de RRHH.
- Los principales factores claves de éxito en la implantación de sistemas de control interno en el área de Recursos Humanos de una organización sanitaria pública.

- Indicar dentro las parcelas de RRHH de una organización sanitaria pública, cuáles serían las que requerirían un mayor desarrollo del control interno (selección, retribuciones, régimen jurídico, prevención riesgos laborales etc.).
- Valorar la importancia que tiene cada uno de los cinco componentes del modelo COSO para poder conseguir un buen nivel de control, teniendo en cuenta las características particulares del Área de Recursos Humanos de una organización sanitaria pública.

Esta primera fase del estudio tuvo lugar en el mes de Agosto de 2015.

Fase Segunda: Se elaboró un cuestionario (Cuestionario II) que consta de dos partes diferenciadas:

- Una primera parte compuesta por cuarenta y cinco preguntas cerradas (contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas), extraídas de las herramientas de evaluación del sistema de control interno del Informe COSO. Para ello, se analizaron los temas claves y puntos de atención vinculados a cada factor o elemento significativo relativos a los distintos componentes del control, así como posibles temas secundarios, lo cual nos ha permitido, teniendo en cuenta las características y circunstancias de las entidades a analizar, fijar las preguntas de nuestro cuestionario. Las respuestas obtenidas servirán para verificar el grado de cumplimiento de cada una de las quince subhipótesis planteadas, y en virtud del mismo poder validar o negar la pregunta de investigación. A cada pregunta se acompaña un apartado de Comentarios para que el encuestado pueda exponer lo que desee en torno a la pregunta, sus respuestas, su propia valoración etc.
- Una segunda parte que consta de cuatro preguntas abiertas en torno a temas como:
 - Descripción de la Estructura Organizativa (Unidades/Servicios) y el número de profesionales que conforman el Área de RRHH del Centro (APES).
 - Número de Profesionales totales (División Médica, Enfermería y de Gestión) que conforman la Plantilla del Centro.
 - Organigrama directivo del Centro.
 - Unidades/Servicios del Centro poseen algún tipo de Acreditación Externa de calidad.

En el diseño de este Cuestionario II han colaborado expertos en Dirección de Recursos Humanos que ya habían participado en la Fase Primera y expertos en Control Interno conocedores de toda la materia propia del Control y la Auditoría, y que han aportado sus conocimientos y experiencias a la hora de comprobar:

- la validez y claridad de las preguntas formuladas para verificar el grado de cumplimiento de las Subhipótesis planteadas.
- la validez y claridad de las respuestas posibles.
- la validez y coherencia de las categorías de respuestas y su correspondiente valoración.

Una vez elaborado el Cuestionario II, y para poder llevar a cabo esta segunda fase, nos pusimos en contacto con los Directores de Recursos Humanos de todas las APES, y concertamos una entrevista personal con cada uno de ellos para llevarla a cabo en su propio Centro, a fin de poder contrastar sus opiniones en torno al interés del tema objeto de nuestro estudio, la existencia o no de modelos de autoevaluación de control interno en las Áreas de RRHH en sus organizaciones y finalmente poder cumplimentar el cuestionario.

El hecho de llevar a cabo esas entrevistas personales sirvió para poder responder al entrevistado aquellas cuestiones, curiosidades y dudas que planteaba en relación con el contenido del cuestionario, lo cual le ayudó a analizar con mayor profundidad la situación del Centro y especialmente de su Área de RRHH en relación con las preguntas formuladas. Este proceso resultó muy enriquecedor porque se pudo obtener una información adicional valiosa y que quedaba plasmada por escrito, en el apartado de comentarios que acompañaba a cada una de las preguntas cerradas del cuestionario.

Esta segunda fase del estudio tuvo lugar en el mes de Septiembre de 2015.

7.2.1 Ficha técnica del trabajo de campo y cuestionarios

A continuación detallamos las principales características en torno a la metodología llevada a cabo en las dos fases, cada una de ellas con un cuestionario:

Fase Primera:

Esta Fase conlleva la cumplimentación del Cuestionario I, con la siguiente ficha técnica:

Tabla 7.1. Ficha Técnica del Cuestionario I.

| | |
|--|--|
| Técnica de recogida de datos | Cuestionario electrónico, estructurado, autoadministrado, enviado por correo electrónico a cada experto. |
| Tiempo medio estimado en su contestación | 30 minutos |
| Universo | 4 Expertos seleccionados con amplia experiencia directiva en RRHH de Organizaciones Sanitarias Públicas |
| Ámbito | Comunidad Autónoma de Andalucía |
| Persona responsable de su contestación | Personal experto seleccionado |
| Fecha de trabajo de campo | Agosto 2015 |
| Tratamiento de los datos | Cuadro resumen |
| Composición cuestionario | Consta de 6 preguntas abiertas |

Fuente: Elaboración Propia

Fase Segunda:

Esta Fase conlleva la cumplimentación del Cuestionario II, con la siguiente ficha técnica:

Tabla 7.2. Ficha Técnica del Cuestionario II.

| | |
|--|--|
| Técnica de recogida de datos | Cuestionario en formato papel, estructurado, autoadministrado, cumplimentado mediante entrevista formalizada y personal a cada Directivo de la APES. |
| Tiempo medio estimado en su contestación | 90 minutos |
| Universo | Totalidad de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias del SSPA. Actualmente son 5 |
| Ámbito | Comunidad Autónoma de Andalucía |
| Persona responsable de su contestación | Directivo del Área de RRHH de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias |
| Fecha de trabajo de campo | Agosto 2015 |
| Tratamiento de los datos | Estadística descriptiva |
| Composición cuestionario | Consta de 45 preguntas cerradas y 4 preguntas abiertas |

Fuente: Elaboración Propia

El **trabajo de campo** se ha realizado a partir del Cuestionario II, teniendo como destinatarios principales a los Directivos de Recursos Humanos de las APES, a los que se les realizó una entrevista formalizada y personal en el periodo: Agosto-Septiembre 2015.

A continuación se exponen los datos fundamentales incluidos en su ficha técnica:

Tabla 7.3. Ficha Técnica del Trabajo de Campo.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Universo / Población | Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía. (Consejería de Salud) |
| Ámbito Geográfico | Comunidad Autónoma de Andalucía |
| Método de recogida de información | Cuestionario II en formato papel, estructurado, autoadministrado, cumplimentado mediante entrevista formalizada y personal a cada Directivo de la APES. |
| Procedimiento de Muestreo | El cuestionario se gira al 100% de la Agencias Públicas Empresariales |
| Tamaño de la Población | 5 |
| Tamaño de la Muestra | 5 |
| Tasa de Respuesta | 100% |
| Error Muestral | 0% |
| Nivel de confianza | 100% |
| Fecha del trabajo de campo | Agosto – Septiembre 2015 |

Fuente: Elaboración Propia

7.2.2. Diseño del cuestionario

La técnica de **encuesta** es un procedimiento muy utilizado en el ámbito sanitario, como queda demostrado en los numerosos artículos publicados en los últimos años. Las entrevistas así realizadas presentan las siguientes ventajas (Casas Anguita, 2003):

- Al tener que contestar el entrevistado en el acto, se evitan las consultas o influencias de terceras personas.
- Al exigir menos esfuerzo por parte del entrevistado, el cuestionario puede ser más extenso.
- Mediante las entrevistas personales se consiguen los mayores porcentajes de respuesta a las preguntas (entre un 80 y un 85%).

El **cuestionario** se diseñó atendiendo a los siguientes requisitos (Santesmases, 1997):

- Definición correcta del problema a investigar
- Especificación adecuada de las variables y las escalas de medida

La validez de contenido se obtendrá mediante una revisión exhaustiva del material existente sobre el tema, la delimitación de lo que se desea medir y la elaboración de los ítems, o preguntas, de forma que todas las áreas de interés queden representadas.

Para Casas Anguita (2003), en este proceso puede ser necesario **el juicio de expertos** en el tema. De hecho, hemos contado con la inestimable colaboración de expertos tanto para la cumplimentación del Cuestionario I, como para la construcción y validación del Cuestionario II en aspectos, entre otros, tan importantes como (Martin Arribas MC, 2004):

- Definición del constructo o aspecto a medir.
- Definición de las dimensiones o factores a la hora de construir las preguntas.
- Número de ítems, y criterios para la redacción de las preguntas.
- Puntuación de los ítems
- Prevención de los sesgos de cumplimentación del cuestionario

La validez de contenido, se refiere a si el cuestionario elaborado, y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir (Martin Arribas MC, 2004). Se trata de someter el cuestionario a la valoración de investigadores y expertos que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que deseamos medir.

En ese sentido, las **preguntas del Cuestionario II, correspondiente a la segunda fase**, se diseñaron de forma que permitieran dar respuesta a las subhipótesis objeto de estudio. Se estableció la **relación** existente entre cada una de las **subhipótesis** objeto de estudio y las **preguntas** del cuestionario vinculadas a cada una de ellas.

A continuación se presenta cada subhipótesis con los aspectos centrales de las preguntas relacionadas:

S1) SUBHIPOTESIS:

La Dirección de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria de Andalucía (APES) y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) demuestran y transmiten al resto de empleados, un mensaje de integridad, valores éticos y responsabilidad a través de actuaciones y comportamientos.

Tabla 7.4. Subhipótesis nº1. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas con ella.

| SUBHIPOTESIS Nº1 | |
|------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº1 | Código de conducta, Normas de estilo. Valores de integridad, éticos y de responsabilidad |
| PREGUNTA Nº2 | Encuesta de satisfacción . Valoración del trabajo de los profesionales del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº3 | Conducta no adecuada del trabajador. Actuación de la Dirección |
| PREGUNTA Nº4 | Conocimientos, habilidades y actitudes. Puestos de trabajo del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº5 | Plan/ Manual de Acogida. Profesionales de nueva incorporación |
| PREGUNTA Nº17 | Reuniones de evaluación rendimiento profesional |
| PREGUNTA Nº34 | Conocimiento de los Objetivos Unidad e individuales |
| PREGUNTA Nº35 | Sistema de Evaluación del Rendimiento profesional |

Fuente: Elaboración Propia

S2) SUBHIPOTESIS:

La Dirección de la APES y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) especifican el nivel de competencia profesional, en cuanto al nivel de conocimientos y habilidades imprescindibles.

Tabla 7.5. Subhipótesis nº2. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas con ella

| SUBHIPOTESIS Nº2 | |
|------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº4 | Conocimientos, habilidades y actitudes. Puestos de trabajo del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº5 | Plan/ Manual de Acogida. Profesionales de nueva incorporación |
| PREGUNTA Nº6 | Plan de Formación. Adquisición conocimientos y habilidades |
| PREGUNTA Nº7 | Actividades Formativas y/o reciclaje en el Área de RRHH en últimos ejercicios. |
| PREGUNTA Nº15 | Procedimientos escritos de actividades/tareas |
| PREGUNTA Nº17 | Reuniones de evaluación rendimiento profesional |
| PREGUNTA Nº34 | Conocimiento de los Objetivos Unidad e individuales |
| PREGUNTA Nº35 | Sistema de Evaluación del Rendimiento profesional |

Fuente: Elaboración Propia

S3) SUBHIPÓTESIS:

La Gerencia de la APES, tiene un papel importante así como una alta implicación en el control interno de los RRHH.

Tabla 7.6. Subhipótesis nº3. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº3 | |
|-------------------------|---|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº2 | Encuesta de satisfacción . Valoración del trabajo de los profesionales del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº8 | Periodicidad de las auditorías de RRHH |
| PREGUNTA Nº9 | Información de RRHH en el Cuadro de Mando Integral |
| PREGUNTA Nº10 | Reuniones Dirección y Responsables Clínicos. Temas de RRHH |
| PREGUNTA Nº11 | Reuniones Dirección y Responsables Consejería Salud. Temas de RRHH |
| PREGUNTA Nº31 | Implantación Cuadro de Mandos Integral |
| PREGUNTA Nº32 | Información de RRHH incorporada en el Cuadro Mandos Integral |

Fuente: Elaboración Propia

S4) SUBHIPÓTESIS:

Existe una estructura organizativa adecuada a la actividad del Área de RRHH, con unos responsables adecuados por sus conocimientos y experiencia.

Tabla 7.7. Subhipótesis nº4. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº4 | |
|-------------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº4 | Conocimientos, habilidades y actitudes. Puestos de trabajo del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº12 | Antigüedad media de Directivos y Cargos Intermedios del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº13 | Prolongación jornada laboral Directivos y cargos Intermedios del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº14 | Delegación autoridad y toma de decisiones |
| PREGUNTA Nº31 | Implantación Cuadro de Mandos Integral |
| PREGUNTA Nº33 | Conocimientos e información adecuada para los Directivos y Cargos de otras Areas |

Fuente: Elaboración Propia

S5) SUBHIPÓTESIS:

Existe una asignación de responsabilidad y una delegación de autoridad entre directivos y Cargos Intermedios del Área de RRHH.

Tabla 7.8. Subhipótesis nº5. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº5 | |
|-------------------------|---|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº14 | Delegación autoridad y toma de decisiones |
| PREGUNTA Nº15 | Procedimientos escritos de actividades/tareas |
| PREGUNTA Nº16 | Adecuación de plantilla de profesionales del Área de RRHH |

Fuente: Elaboración Propia

S6) SUBHIPOTESIS:

La Dirección de la APES tiene definidos para el Área de RRHH una estrategia de la que se derivan unos objetivos de carácter general, así como unos objetivos específicos para sus profesionales basados en dichos objetivos generales.

Tabla 7.9. Subhipótesis nº6. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº6 | |
|-------------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº19 | Conocimiento de los objetivos Globales del Centro por Directivos y Cargos Intermedios. |
| PREGUNTA Nº20 | Existencia de Plan Estratégico para el Centro |
| PREGUNTA Nº21 | Adecuación del Presupuesto Anual de Gastos de Personal |
| PREGUNTA Nº22 | Participación de la Dirección en los Presupuestos de Gastos de Personal |
| PREGUNTA Nº23 | Vinculación de los objetivos del Área de RRHH con los globales del Centro |
| PREGUNTA Nº24 | Cuadro Aual de Objetivos para el Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº25 | Participación de diferentes estamentos en la elaboración de Objetivos |
| PREGUNTA Nº34 | Conocimiento de los Objetivos Unidad e individuales |
| PREGUNTA Nº35 | Sistema de Evaluación del Rendimiento profesional |

Fuente: Elaboración Propia

S7) SUBHIPOTESIS:

La APES identifica y analiza los riesgos relevantes que pueden influir en la consecución de los objetivos, tanto los generales de la propia entidad como los específicos del Área de RRHH.

Tabla 7.10. Subhipótesis nº7. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº7 | |
|-------------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº3 | Conducta no adecuada del trabajador. Actuación de la Dirección |
| PREGUNTA Nº20 | Existencia de Plan Estratégico para el Centro |
| PREGUNTA Nº21 | Adecuación del Presupuesto Anual de Gastos de Personal |
| PREGUNTA Nº22 | Participación de la Dirección en los Presupuestos de Gastos de Personal |
| PREGUNTA Nº23 | Vinculación de los objetivos del Área de RRHH con los globales del Centro |
| PREGUNTA Nº26 | Análisis de Riesgos en el Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº27 | Participación de diferentes estamentos en los análisis de riesgos |
| PREGUNTA Nº28 | Registros para comprobar modificaciones en aspectos de RRHH |
| PREGUNTA Nº29 | Participación de diferentes estamentos en los análisis de cambios en el Área de RRHH |

Fuente: Elaboración Propia

S8) SUBHIPOTESIS:

El Área de RRHH tiene mecanismos para identificar los acontecimientos ó cambios rutinarios que pueden afectar en la consecución de sus objetivos específicos.

Tabla 7.11. Subhipótesis nº8. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº8 | |
|------------------|---|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº17 | Reuniones de evaluación rendimiento profesional |
| PREGUNTA Nº18 | Efectos de una infracción hacia el trabajador . |
| PREGUNTA Nº26 | Análisis de Riesgos en el Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº27 | Participación de diferentes estamentos en los análisis de riesgos |
| PREGUNTA Nº36 | Mecanismos para aportar recomendaciones de mejora |
| PREGUNTA Nº37 | Aplicación de mejoras aportadas por los profesionales |

Fuente: Elaboración Propia

S9) SUBHIPOTESIS:

El Área de RRHH tiene establecidas actividades de control para evitar ó minimizar riesgos en la consecución de sus objetivos.

Tabla 7.12. Subhipótesis nº9. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº9 | |
|------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº8 | Periodicidad de las auditorías de RRHH |
| PREGUNTA Nº15 | Procedimientos escritos de actividades/tareas |
| PREGUNTA Nº26 | Análisis de Riesgos en el Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº28 | Registros para comprobar modificaciones en aspectos de RRHH |
| PREGUNTA Nº29 | Participación de diferentes estamentos en los análisis de cambios en el Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº33 | Conocimientos e información adecuada para los Directivos y Cargos de otras Areas |
| PREGUNTA Nº38 | Actuaciones para verificar la adecuación de los procesos de RRHH |
| PREGUNTA Nº39 | Participación de diferentes estamentos en los controles del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº44 | Adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº45 | Existencia de un Departamento/Servicio de Control Interno en el Centro |

Fuente: Elaboración Propia

S10) SUBHIPOTESIS:

El Área de RRHH contrata el personal necesario y con la cualificación suficiente para llevar a cabo sus tareas, y garantiza la formación periódica de sus profesionales.

Tabla 7.13. Subhipótesis nº10. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº10 | |
|--------------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº4 | Conocimientos, habilidades y actitudes. Puestos de trabajo del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº6 | Plan de Formación. Adquisición conocimientos y habilidades |
| PREGUNTA Nº7 | Actividades Formativas y/o reciclaje en el Área de RRHH en últimos ejercicios. |
| PREGUNTA Nº10 | Reuniones Dirección y Responsables Clínicos. Temas de RRHH |
| PREGUNTA Nº11 | Reuniones Dirección y Responsables Consejería Salud. Temas de RRHH |
| PREGUNTA Nº17 | Reuniones de evaluación rendimiento profesional |
| PREGUNTA Nº44 | Adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH |

Fuente: Elaboración Propia

S11) SUBHIPOTESIS:

El Área de RRHH dispone de sistemas de información donde se recoge, procesa y presenta la información pertinente.

Tabla 7.14. Subhipótesis nº11. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº11 | |
|--------------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº9 | Información de RRHH en el Cuadro de Mando Integral |
| PREGUNTA Nº10 | Reuniones Dirección y Responsables Clínicos. Temas de RRHH |
| PREGUNTA Nº19 | Conocimiento de los objetivos Globales del Centro por Directivos y Cargos Intermedios. |
| PREGUNTA Nº28 | Registros para comprobar modificaciones en aspectos de RRHH |
| PREGUNTA Nº29 | Participación de diferentes estamentos en los análisis de cambios en el Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº30 | Información del Área de RRHH, pertinente, adecuada y oportuna |
| PREGUNTA Nº31 | Implantación Cuadro de Mandos Integral |
| PREGUNTA Nº32 | Información de RRHH incorporada en el Cuadro Mandos Integral |

Fuente: Elaboración Propia

S12) SUBHIPOTESIS:

La comunicación en el Área de RRHH cubre las expectativas y responsabilidades de individuos y grupos.

Tabla 7.15. Subhipótesis nº12. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº12 | |
|--------------------------|---|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº2 | Encuesta de satisfacción . Valoración del trabajo de los profesionales del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº4 | Conocimientos, habilidades y actitudes. Puestos de trabajo del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº31 | Implantación Cuadro de Mandos Integral |
| PREGUNTA Nº33 | Conocimientos e información adecuada para los Directivos y Cargos de otras Areas |
| PREGUNTA Nº34 | Conocimiento de los Objetivos Unidad e individuales |
| PREGUNTA Nº35 | Sistema de Evaluación del Rendimiento profesional |
| PREGUNTA Nº36 | Mecanismos para aportar recomendaciones de mejora |
| PREGUNTA Nº37 | Aplicación de mejoras aportadas por los profesionales |
| PREGUNTA Nº40 | Análisis de Informe de Recomendaciones de Auditores/Interventores |

Fuente: Elaboración Propia

S13) SUBHIPOTESIS:

El Centro realiza una Supervisión continuada del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.

Tabla 7.16. Subhipótesis nº13. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº13 | |
|--------------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº38 | Actuaciones para verificar la adecuación de los procesos de RRHH |
| PREGUNTA Nº39 | Participación de diferentes estamentos en los controles del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº40 | Análisis de Informe de Recomendaciones de Auditores/Interventores |
| PREGUNTA Nº41 | Informe de la última Auditoría de RRHH |
| PREGUNTA Nº44 | Adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº45 | Existencia de un Departamento/Servicio de Control Interno en el Centro |

Fuente: Elaboración Propia

S14) SUBHIPOTESIS:

El Centro realiza evaluaciones puntuales del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.

Tabla 7.17. Subhipótesis nº14. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº14 | |
|--------------------------|--|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº39 | Participación de diferentes estamentos en los controles del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº40 | Análisis de Informe de Recomendaciones de Auditores/Interventores |
| PREGUNTA Nº41 | Informe de la última Auditoría de RRHH |
| PREGUNTA Nº42 | Aspectos relacionados con el Control Interno en los Objetivos del Área de RRHH |

Fuente: Elaboración Propia

S15) SUBHIPOTESIS:

La Dirección del Centro conoce las posibles deficiencias de control interno que se produzcan en el Área de Recursos Humanos.

Tabla 7.18. Subhipótesis nº15. Aspectos centrales de las preguntas relacionadas

| SUBHIPOTESIS Nº15 | |
|--------------------------|---|
| Nº PREGUNTA | ASPECTOS CENTRALES DE LA PREGUNTA |
| PREGUNTA Nº2 | Encuesta de satisfacción . Valoración del trabajo de los profesionales del Area de RRHH |
| PREGUNTA Nº36 | Mecanismos para aportar recomendaciones de mejora |
| PREGUNTA Nº37 | Aplicación de mejoras aportadas por los profesionales |
| PREGUNTA Nº39 | Participación de diferentes estamentos en los controles del Área de RRHH |
| PREGUNTA Nº43 | Análisis de las deficiencias de Control Interno |

Fuente: Elaboración Propia

7.3. Análisis estadísticos Aplicados

7.3.1 Análisis Cuestionario I

El Cuestionario I fue diseñado para obtener información en torno a cuestiones esenciales para poder delimitar nuestro estudio. Consideramos que era muy necesario conocer la opinión de expertos en el ámbito de los Recursos Humanos de Organizaciones Sanitarias Públicas, sobre aspectos fundamentales del Control Interno, la importancia y el interés del mismo y asimismo saber si existían o no modelos de autoevaluación que se estuvieran aplicando actualmente al ámbito de los RRHH en dichas Organizaciones.

Era necesario conocer esta información previamente antes de implementar el Cuestionario II de nuestro trabajo.

A continuación se presentan los resultados y el análisis realizado de las respuestas obtenidas de este cuestionario que aborda un total de **seis preguntas abiertas**.

Primera Pregunta: *¿Qué importancia da al Control Interno en el Área de Recursos Humanos de una Organización Sanitaria Pública y qué Ventajas/beneficios cree que puede aportar?*

Tras el análisis llevado a cabo, hemos agrupado los aspectos a destacar de las respuestas obtenidas en distintos ámbitos según su naturaleza:

Tabla 7.19. Cuestionario I. Pregunta 1. Análisis de las respuestas obtenidas.

| ASPECTOS A DESTACAR DE LAS RESPUESTAS | AMBITO DE RESPUESTAS |
|---|------------------------|
| Establecer un sistema Control Interno (CI) en el Área de Recursos Humanos (RRHH) va a colaborar para sostener y favorecer una Organización Sanitaria Pública eficiente y socialmente responsable con altos niveles de calidad en el desarrollo de la misión y visión de la propia Organización y en el cumplimiento de los objetivos fijados en cada momento. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| El Control Interno proporciona ventajas para el cumplimiento de los objetivos en cualquier Área de la Organización. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Asegura que los esfuerzos persiguen el cumplimiento de los | |

| | |
|--|---------------------------|
| objetivos previamente explicitados. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Asegura un mayor cumplimiento de la legalidad. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Permite el conocimiento por todos los estamentos y profesionales que componen el Área de los objetivos y prioridades del Área y por tanto, posibilita su implicación y compromiso en la obtención de los mismos. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Alinea las acciones de recursos humanos a la estrategia de la organización. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Esta participación y compromiso de todos los estamentos, permite también la mejora continua en el sistema de CI, tanto en la definición de la información, informes y datos que se pretenden obtener como de los procesos que se establezcan para ello y por tanto, mejorar la calidad del CI como herramienta de gestión. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Minimiza y neutraliza los riesgos asociados a la gestión. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Mejora la comunicación y aporta transparencia. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Está en continua revisión. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Los datos e información que contiene el CI permite una profundización en el conocimiento de la Organización y de los elementos (en este caso de RRHH) que la componen y por tanto, va a permitir la ordenación, organización y en su caso, distribución y redistribución de esos recursos en cada momento, adaptándose a las necesidades que se detecten y a las circunstancias en que se encuentre la Organización. | ORDENACIÓN Y ORGANIZACIÓN |
| Facilita la coordinación del trabajo de los diferentes actores que intervienen en el proceso. | ORDENACIÓN Y ORGANIZACIÓN |
| Es fundamental contar con todos los profesionales para definir el CI propio del Área y beneficiarse así de la experiencia y conocimientos que cada profesional puede aportar | PARTICIPACION |
| Es adecuado cuando es utilizado por todas las personas que actúan tanto a nivel operativo como estratégico. | PARTICIPACION |
| En cuanto a las ventajas/os beneficios, estamos ante una herramienta fundamental de la gestión de los RRHH que debe permitir la toma de decisiones en tiempo y forma por parte de los distintos responsables en sus niveles correspondientes. | TOMA DE DECISIONES |
| El Control Interno en el Área de Recursos Humanos es un medio adecuado para la toma de decisiones de gestión que garanticen la consecución de objetivos. Por tanto, es una herramienta que ha de ser concebida como tal y no como | TOMA DE DECISIONES |

| | |
|---|--------------------|
| finalidad en sí mismo. | |
| Sirve para tomar decisiones eficientes, justas y éticas ya que aporta la información contrastada necesaria para ello. | TOMA DE DECISIONES |

Fuente: Elaboración Propia

Algunos aspectos clave, presentes en todas las encuestas recibidas:

- Medio o herramienta adecuada para garantizar que la toma de decisiones sea eficiente, en tiempo y forma para la consecución de los objetivos de la Organización.
- Es un medio adecuado cuando participan todos los estamentos de la Organización,
- Favorece la mejora continua

Segunda Pregunta: ¿Qué ventajas/utilidad cree que puede aportar la existencia de un modelo de autoevaluación del Control Interno en el Área de RRHH de una Organización Sanitaria Pública, para poder indicar el grado de avance y mejora en ese ámbito?

Tras el análisis llevado a cabo, hemos agrupado los aspectos a destacar de las respuestas obtenidas en distintos ámbitos según su naturaleza:

Tabla 7.20. Cuestionario I. Pregunta 2. Análisis de las respuestas obtenidas.

| ASPECTOS A DESTACAR DE LAS RESPUESTAS | AMBITO DE RESPUESTAS |
|--|--------------------------|
| Permite la verificación de los datos e informes obtenidos y su adaptación a las verdaderas necesidades que se ponen de manifiesto en el CI. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Es útil por cuanto que permite verificar el grado de cumplimiento de los procesos operativos a la finalidad real que persiguen. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Asimismo aporta información para saber si se facilita y se promueve dicho cumplimiento. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Ahonda en la implicación de los profesionales del Área para la obtención de un CI eficaz y de calidad y de sus aportaciones para la mejora del mismo. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Un modelo de autoevaluación conlleva la implicación de todos los profesionales que participan en la ejecución de los procesos, por lo que asegura la participación y la actitud de mejora. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Permite la detección de posibles áreas de mejora en los procesos de obtención de datos e informes para el CI y la | |

| | |
|---|---------------------------|
| inoperancia de alguno de esos procesos, así como la consolidación y profundización de los procesos útiles y efectivos. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Un modelo de autoevaluación permite que internamente se detecten y se implementen elementos de corrección o de mejora. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Da información en torno a conocer en qué grado el resultado de los procesos guardan relación con la misión y visión de la Organización. | ORDENACIÓN Y ORGANIZACIÓN |

Fuente: Elaboración Propia

Algunos aspectos clave, presentes en todas las encuestas recibidas:

- Permite la detección de áreas de mejora
- Conlleva la implicación de los profesionales

Tercera Pregunta: *¿Existe actualmente en su Organización un Modelo de autoevaluación del Control Interno en el Área de RRHH? En caso afirmativo, ¿nos podría indicar algunas de sus características principales?*

Todas las respuestas coinciden en que actualmente no existen modelos de autoevaluación del control interno en las Áreas de Recursos Humanos en las organizaciones donde los expertos desempeñan sus funciones.

Cuarta Pregunta: *¿Cuáles son, a su juicio, los principales Factores claves de Éxito en la implantación de sistemas de control interno, en el área de Recursos Humanos en una Organización Sanitaria Pública? Indicar, por favor, un mínimo de 5 y un máximo de 10 factores.*

Tras el análisis llevado a cabo, hemos agrupado los aspectos a destacar de las respuestas obtenidas en distintos ámbitos según su naturaleza:

Tabla 7.21. Cuestionario I. Pregunta 4. Análisis de las respuestas obtenidas.

| ASPECTOS A DESTACAR DE LAS RESPUESTAS | AMBITO DE RESPUESTAS |
|--|-----------------------------|
| Buena Comunicación de la naturaleza de la herramienta y sus finalidades. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Facilita la consecución de objetivos. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS |
| Contar con la implicación de los profesionales de todos los profesionales del Área. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Contar con una implicación especial por parte de los responsables del Área, de manera que sea proactiva, tanto para el establecimiento del CI como para su revisión y análisis una vez establecido. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Implicación e impulso desde la Dirección. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Compromiso de los profesionales de su cumplimiento. | IMPLICACIÓN Y COMPROMISO |
| Tener un CI que se elabore de manera periódica, y lo más posible automatizado que impida el error material o numérico por manipulación de datos. (para ello, en cualquier caso, será necesario contar con la implicación de la Unidad de Informática). | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Establecer procesos y procedimientos de obtención de datos e informes que permitan la actualización y mejora permanente y con el menor coste posible, de los mismos. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Contar con un CI que permita la comparación de resultados con periodos anteriores (así como con otros centros de la misma Organización) y la proyección hacia el futuro de posibles resultados. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Aporta transparencia a la Organización. | MEJORA CONTINUA Y CALIDAD |
| Analizadas las necesidades que debe satisfacer el CI y las aportaciones de todos los profesionales, la Dirección debe determinar cuál será la composición del CI, aquellos informes y datos que deben constituir el CI, así como validar los procesos más óptimos para su obtención. | ORDENACIÓN Y ORGANIZACIÓN |
| Tener la posibilidad de adaptar el CI a las necesidades que en cada momento se demanden por parte de la Dirección del Área y de la Dirección de la Organización. | ORDENACIÓN Y ORGANIZACIÓN |
| Es una herramienta que garantiza la revisión continua y por tanto propicia los cambios organizativos. | ORDENACIÓN Y ORGANIZACIÓN |
| Facilita el trabajo en equipo y la coordinación entre diferentes estamentos. | ORDENACIÓN Y ORGANIZACIÓN |
| Que el CI sea conocido y se remita a los distintos estamentos, | |

| | |
|--|--------------------|
| según los modelos que se hayan previsto para cada uno de ellos, en tiempo y forma, de manera que dicho CI sea útil para la toma de decisiones. | TOMA DE DECISIONES |
| Garantiza decisiones eficientes y equitativas. | TOMA DE DECISIONES |

Fuente: *Elaboración Propia*

Algunos aspectos clave, presentes en todas las encuestas recibidas:

- La Implicación/compromiso de los profesionales y los responsables
- Revisión continua para la actualización y mejora permanente

Quinta Pregunta: *¿De las siguientes parcelas del ámbito de RRHH de una Organización Sanitaria Pública, cuáles serían las que requerirían un mayor desarrollo del Control Interno? (Ordenar de Mayor a menor):*

Tras el análisis llevado a cabo y de acuerdo con las respuestas obtenidas y las priorizaciones realizadas por los expertos consultados, el orden (de mayor a menor) de las parcelas del ámbito de RRHH, en cuanto a requerir un mayor desarrollo del control interno, sería:

- 1) Régimen retributivo/Nóminas.
- 2) Selección/Contratación.
- 3) Relaciones laborales/ Negociación
- 4) Desarrollo Profesional / Evaluación Rendimiento Profesional.
- 5) Prevención Riesgos Laborales
- 6) Régimen Jurídico: Derechos y deberes laborales
- 7) Otros

Sexta Pregunta: *¿De los cinco componentes del Control Interno descritos en la introducción anterior, y teniendo en cuenta las características particulares del Área de Recursos Humanos de una Organización Sanitaria Pública, qué importancia (De 1 a 10) le daría a cada uno de ellos, para poder conseguir un buen nivel de Control Interno?*

Tras el análisis llevado a cabo y de acuerdo con las respuestas obtenidas y las priorizaciones realizadas por los expertos consultados, el orden (de mayor a menor) de

importancia que darían a cada uno de los cinco componentes de control, se señalan tres niveles de importancia:

- 1) Entorno de Control
- 2) Evaluación de Riesgos / Información y Comunicación.
- 3) Actividades de Control / Supervisión

7.3.2 Análisis Cuestionario II

El Cuestionario II fue diseñado para permitir, mediante la autoevaluación, conocer en qué medida los sistemas de control interno, actualmente vigentes en las Áreas de Recursos Humanos de todas las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía se adecuan a las recomendaciones de control interno establecidas en el informe COSO.

A continuación se presentan los resultados y el análisis realizado de las respuestas obtenidas de este cuestionario II conformado por **cuarenta y cinco preguntas cerradas y cuatro preguntas abiertas**.

El análisis se ha subdividido en cuatro grandes apartados:

1) Análisis de los resultados por cada subhipótesis

Se ha medido el grado de cumplimiento de las 15 subhipótesis objeto de estudio, en todas y cada una de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias del SSPA. Para ello se ha obtenido el **valor medio de las respuestas** contestadas por todas las APES, con las siguientes premisas:

- Una pregunta puede estar presente en una o más subhipótesis.
- Todas las preguntas tienen el mismo peso dentro de una subhipótesis. Por ello, si una pregunta está presente en varias, su peso en cada una de ellas variará en función del número de preguntas que tenga cada una de dichas subhipótesis:

N_y = Número de preguntas de la Subhipótesis "y"

VP_x = Valor que se asigna a cada pregunta "x" dentro de la Subhipótesis "y"

$$VP_x = 1 / N_y$$

El valor ponderado máximo que puede alcanzar una pregunta (en función de la respuesta obtenida) será VP_x , y el valor ponderado mínimo será 0.

- El valor máximo alcanzable por una subhipótesis será 1 y el valor mínimo será 0. El valor máximo 1, indicará que la subhipótesis se adecúa al 100% a las recomendaciones contenidas en el Informe COSO, en función de las preguntas planteadas.
- Para las preguntas cuya respuesta fuera SI o NO se ha establecido el valor 1 ó 0 en función de que la respuesta fuera adecuada o no según las herramientas de evaluación de control interno del informe COSO.
- Para aquellas preguntas cuya respuesta fuera la elección de una determinada opción, se han agrupado las distintas opciones en diversas categorías de respuestas, oscilando entre:

Categoría Adecuada: Valor asignado = 1

Categoría Inadecuada: Valor asignado = 0

Esta asignación se realiza de acuerdo con las herramientas de evaluación de control interno del informe COSO.

- El valor Global para una subhipótesis es la media aritmética del valor obtenido para dicha subhipótesis en cada APES, lo que nos indica que para validar o no una determinada subhipótesis en el conjunto de las Agencias, el peso de cada una de las APES es el mismo.
- Se ha considerado que una subhipótesis se valida cuando su valor sea superior a 0,6.
- Cada Subhipotesis se valida para el conjunto de APES, por lo que el resultado a interpretar respecto a los componentes de Control, que posteriormente nos permita validar o no nuestra pregunta de investigación, será el valor Global (conjunto de las APES) obtenido por cada uno de ellos.
- Las cuatro preguntas abiertas en el Cuestionario II (Parte Segunda) no se han tenido en cuenta para este primer análisis de resultados.

2) Análisis de los resultados por cada pregunta del cuestionario:

Un segundo análisis presenta los datos para cada una de las 45 preguntas del Cuestionario II, en el que se observa el porcentaje de APES que se sitúa en cada una de las categorías de respuestas que se han conformado para cada una de las preguntas.

3) Análisis de los resultados por cada componente de control interno establecido en el Informe COSO.

Se lleva a cabo un análisis mediante la agrupación de los resultados obtenidos por las distintas subhipótesis vinculadas y relacionadas con cada uno de los componentes de Control Interno, obteniéndose también, resultados del grado de cumplimiento del total de APES analizadas para cada uno de los citados componentes.

El valor obtenido por cada uno de los Componentes de Control Interno será la media aritmética de los valores obtenidos por cada una de las Subhipótesis relacionadas con ellos, por lo que consideramos que todas las subhipótesis tienen el mismo peso dentro del componente de control al que se vinculen.

Por último, se obtendría un Porcentaje de cumplimiento como media aritmética de los valores obtenidos por cada uno de los cinco componentes, y que mostrará el grado de adecuación de los Sistemas de Control Interno de las Áreas de Recursos Humanos de la Agencias Públicas Empresariales de Andalucía a las recomendaciones del Informe COSO

4) Análisis de las preguntas abiertas. Este último análisis recoge los resultados de las 4 preguntas abiertas (Parte Segunda del Cuestionario II) no incluidas en los análisis anteriores.

Todo el análisis matemático llevado a cabo para la valoración de las respuestas obtenidas de los cuestionarios cumplimentados por las APES, que permite obtener el grado de adecuación de los componentes del control interno a las recomendaciones del Informe COSO y en definitiva todos los **cálculos operados en este estudio empírico**, se han volcado en un **modelo propio**, en formato de **hoja de cálculo (Excel)**, generado y creado por el autor de este trabajo.

Este modelo permite que mediante la introducción de los datos extraídos de los cuestionarios, se puedan obtener automáticamente los resultados del grado de cumplimiento de las quince subhipótesis planteadas, por lo que podría convertirse en una herramienta útil para que los directivos pudieran llevar a cabo autoevaluaciones de manera periódica y conocer el grado de mejora y avance en el sistema de control interno de sus Áreas de RRHH.

A continuación, se muestra un cuadro donde se relacionan los Componentes con sus respectivas Subhipótesis y las preguntas vinculadas a ellas:

Tabla 7.22. Cuadro de Componentes, Subhipótesis y Preguntas del Cuestionario II.

| DESGLOSE DE COMPONENTES- SUBHIPÓTESIS - PREGUNTAS CUESTIONARIO | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|------------------------|---------|----------------------------|---------|-------------|---------|---------|
| PREG. | ENTORNO CONTROL | | | | | EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | ACTIVIDADES DE CONTROL | | INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | | SUPERVISIÓN | | |
| | SUBH 1 | SUBH 2 | SUBH 3 | SUBH 4 | SUBH 5 | SUBH 6 | SUBH 7 | SUBH 8 | SUBH 9 | SUBH 10 | SUBH 11 | SUBH 12 | SUBH 13 | SUBH 14 | SUBH 15 |
| P1 | X | | | | | | | | | | | | | | |
| P2 | X | | X | | | | | | | | | X | | | X |
| P3 | X | | | | | | X | | | | | | | | |
| P4 | X | X | | X | | | | | | X | | X | | | |
| P5 | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| P6 | | X | | | | | | | | X | | | | | |
| P7 | | X | | | | | | | | X | | | | | |
| P8 | | | X | | | | | | X | | | | | | |
| P9 | | | X | | | | | | | | X | | | | |
| P10 | | | X | | | | | | | X | X | | | | |
| P11 | | | X | | | | | | | X | | | | | |
| P12 | | | | X | | | | | | | | | | | |
| P13 | | | | X | | | | | | | | | | | |
| P14 | | | | X | X | | | | | | | | | | |
| P15 | | X | | | X | | | | X | | | | | | |
| P16 | | | | | X | | | | | | | | | | |
| P17 | X | X | | | | | | X | | X | | | | | |
| P18 | | | | | | | | X | | | | | | | |
| P19 | | | | | | X | | | | | X | | | | |
| P20 | | | | | | X | X | | | | | | | | |
| P21 | | | | | | X | X | | | | | | | | |
| P22 | | | | | | X | X | | | | | | | | |
| P23 | | | | | | X | X | | | | | | | | |
| P24 | | | | | | X | | | | | | | | | |
| P25 | | | | | | X | | | | | | | | | |
| P26 | | | | | | | X | X | X | | | | | | |
| P27 | | | | | | | X | X | | | | | | | |
| P28 | | | | | | | X | | X | | X | | | | |
| P29 | | | | | | | X | | X | | X | | | | |
| P30 | | | | | | | | | | | X | | | | |
| P31 | | | X | X | | | | | | | X | X | | | |
| P32 | | | X | | | | | | | | X | | | | |
| P33 | | | | X | | | | | X | | | X | | | |
| P34 | X | X | | | | X | | | | | | X | | | |
| P35 | X | X | | | | X | | | | | | X | | | |
| P36 | | | | | | | | X | | | | X | | | X |
| P37 | | | | | | | | X | | | | X | | | X |
| P38 | | | | | | | | | X | | | | X | | |
| P39 | | | | | | | | | X | | | | X | X | X |
| P40 | | | | | | | | | | | X | | X | X | |
| P41 | | | | | | | | | | | | | X | X | |
| P42 | | | | | | | | | | | | | | X | |
| P43 | | | | | | | | | | | | | | | X |
| P44 | | | | | | | | | X | X | | | X | | |
| P45 | | | | | | | | | X | | | | X | | |

Fuente: Elaboración Propia

7.3.2.1 Análisis de resultados por subhipótesis

Los resultados por subhipótesis se muestran en las siguientes tablas y gráficos con el consiguiente detalle:

- a) Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada para cada subhipótesis:
- Primera Columna: Definición de las preguntas que conforman cada subhipótesis.
 - Segunda Columna: Categorías de respuestas para cada pregunta
 - Tercera Columna: Valor asignado a cada categoría de respuestas
 - Cuarta Columna: Ponderación de cada pregunta en la subhipótesis.
 - Quinta Columna: Porcentaje de APES que en función de sus respuestas se ubican en cada categoría de respuestas fijadas.
 - Sexta Columna: Ponderación. Resultado/valor final asignado a cada pregunta para el conjunto de las APES.

b) Se presenta un gráfico para cada subhipótesis que permita tener una visión rápida de los resultados de las ponderaciones y cumplimiento de las subhipótesis, detallando el resultado de cada una de las APES, si bien para mantener el anonimato de las mismas se han denominado APES1, APES2, APES3, APES4, APES5.

TABLA 7.S1. SUBHIPÓTESIS 1: La Dirección de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria de Andalucía (APES) y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) demuestran y transmiten al resto de empleados, un mensaje de integridad, valores éticos y responsabilidad a través de actuaciones y comportamientos.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 1, 2, 3, 4, 5, 17, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P1- ¿Existe en la Organización algún Manual, Código de Conducta, Código ó Normas de estilo u otro, que recoja los valores de integridad, éticos y de responsabilidad, aplicables a los profesionales y por ende, a los que trabajan en el Área de RRHH del Centro? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicho Manual/ Código de Conducta/Normas de estilo entre los profesionales de ese Centro. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,08 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 100% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P2- ¿Existe encuesta de satisfacción u otro modelo estandarizado que permita valorar la percepción que los clientes internos y resto de agentes que interactúan con el Área de RRHH del Centro, tienen de los profesionales de la misma? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicha encuesta o modelo normalizado. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,13 | 80% | 0,02 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 20% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P3- Cuando un trabajador del Área de RRHH del Centro falta a sus responsabilidades y lleva a cabo una conducta no adecuada en alguna de las actividades asignadas, la respuesta de la dirección es 1. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades. 2. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades, avisándole de las posibles medidas correctivas y mejorando la formación en caso de ser necesaria. 3. Aplicar directamente las medidas correctivas. 4. No hay establecida ninguna respuesta predefinida. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 3 , 4 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 1,0000 | | 80% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 1, 2, 3, 4, 5, 17, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P4- El Área de RRHH del Centro tiene establecidos por escrito los conocimientos, habilidades y actitudes de los puestos de trabajo, que permitan realizar adecuadamente las tareas encomendadas para la consecución de los objetivos en: - Más del 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 60 y el 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 40 y el 60% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Menos del 40% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Menos del 40% | 0,0000 | 0,13 | 20% | 0,10 |
| | Entre el 40 y 60% | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre el 60 y 80% | 0,6667 | | 0% | |
| | Más del 80% | 1,0000 | | 80% | |
| P5- ¿Tiene el Centro establecido plan/manual de acogida para los profesionales de nueva incorporación? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicho Plan/Manual. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,08 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 100% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P17- Indique la periodicidad con la que se llevan a cabo reuniones de los directivos y cargos intermedios del Área de RRHH del Centro con los trabajadores a su cargo, para evaluar el rendimiento profesional y proponer medidas para mejorarlo. 1- Anual 2- Semestral 3- Trimestral 4- Mensual ó inferior. 5- No se llevan a cabo reuniones (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2 , 3 , 4 | 1,0000 | | 80% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 1, 2, 3, 4, 5, 17, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|---------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P34- Indique qué porcentaje de profesionales del Área de RRHH del Centro tienen establecidos y conocen los objetivos de su Unidad/Servicio así como sus propios objetivos individuales: 1- Todo el personal 2- Entre el 75% y el 100% 3- Entre el 50% y el 75% 4- Entre el 25% y el 50% 5- Menos del 25% 6- Ningún profesional (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 6 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 4 - 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 - 3 | 0,6667 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P35- ¿Desde cuando tiene implantado el Centro un sistema de evaluación del rendimiento de los profesionales?: 1- Más de 10 años 2- Entre 6 y 10 años 3- Entre 2 y 5 años 4- Menos de 2 años 5- No tiene implantado ningún sistema (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene implantado | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,13 |
| | Menos de 2 años | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre 2 y 5 años | 0,6667 | | 0% | |
| | Entre 6 y 10 // Más de 10 | 1,0000 | | 100% | |
| VALORACIÓN SUBHIPOTESIS 1 | | | | | 0,76 |

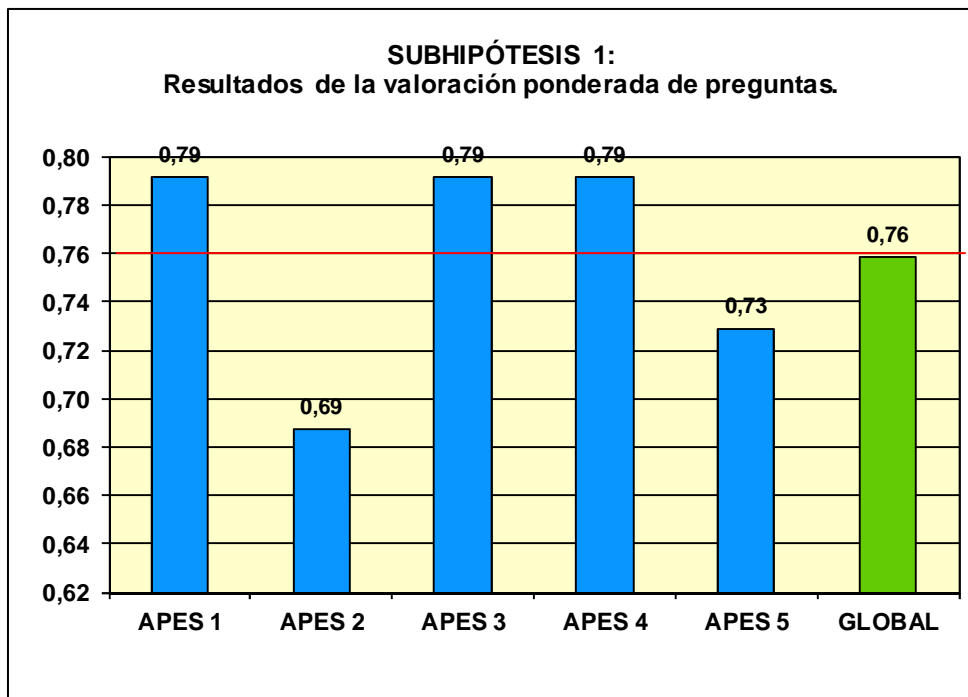
Fuente: Elaboración Propia



GRÁFICO 7.S1: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 1

Valores ponderados de preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 17, 34, 35

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,79 |
| APES 2 | 0,69 |
| APES 3 | 0,79 |
| APES 4 | 0,79 |
| APES 5 | 0,73 |
| GLOBAL | 0,76 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S2. SUBHIPÓTESIS 2: La Dirección de la APES y los cargos intermedios del Área de Recursos Humanos (RRHH) especifican el nivel de competencia profesional, en cuanto al nivel de conocimientos y habilidades imprescindibles.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 4, 5, 6, 7, 15, 17, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|--|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P4- El Área de RRHH del Centro tiene establecidos por escrito los conocimientos, habilidades y actitudes de los puestos de trabajo, que permitan realizar adecuadamente las tareas encomendadas para la consecución de los objetivos en: - Más del 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 60 y el 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 40 y el 60% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Menos del 40% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Menos del 40% | 0,0000 | 0,13 | 20% | 0,10 |
| | Entre el 40 y 60% | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre el 60 y 80% | 0,6667 | | 0% | |
| | Más del 80% | 1,0000 | | 80% | |
| P5- ¿Tiene el Centro establecido plan/manual de acogida para los profesionales de nueva incorporación? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicho Plan/Manual. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,08 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 100% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P6- ¿Existe un plan de formación del Centro, que incluye actividades formativas para los trabajadores del Área de RRHH del Centro que facilite la adquisición de conocimientos y habilidades? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido/adecuación de dicho Plan para cumplir con sus fines. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido/Adecuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Adec) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,11 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 40% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 60% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 4, 5, 6, 7, 15, 17, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|--|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P7- ¿Cuántas actividades formativas de aprendizaje y/o reciclaje se han realizado, de media, para los profesionales del Área de RRHH del Centro, a lo largo de los dos últimos ejercicios? - Entre 1 y 3. - Entre 4 y 6. - Más de 6 - Ninguna (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Ninguna | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,07 |
| | Entre 1 y 3 | 0,3333 | | 20% | |
| | Entre 4 y 6 | 0,6667 | | 80% | |
| | Más de 6 | 1,0000 | | 0% | |
| P15- Indique si el Área de RRHH del Centro posee procedimientos escritos para la realización de las actividades/tareas relacionadas con los siguientes ámbitos: 1- Retribuciones del Personal SI / NO 2- Régimen Jurídico del Personal SI / NO 3- Plantillas (Efectivos y Jornada laboral) SI / NO 4- Selección y contratación del Personal SI / NO 5- Prevención Riesgos Laborales SI / NO 6- Formación SI / NO 7- Ninguna de las anteriores. SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No hay Procedimientos | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,12 |
| | SI hay Procedimientos en 1 ó 2 ámbitos | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay Procedimientos en 3 ó 4 ámbitos | 0,6667 | | 20% | |
| | SI hay Procedimientos en 5 ó 6 ámbitos | 1,0000 | | 80% | |
| P17- Indique la periodicidad con la que se llevan a cabo reuniones de los directivos y cargos intermedios del Área de RRHH del Centro con los trabajadores a su cargo, para evaluar el rendimiento profesional y proponer medidas para mejorarlo. 1- Anual 2- Semestral 3- Trimestral 4- Mensual ó inferior. 5- No se llevan a cabo reuniones (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2, 3, 4 | 1,0000 | | 80% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 4, 5, 6, 7, 15, 17, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|---------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P34- Indique qué porcentaje de profesionales del Área de RRHH del Centro tienen establecidos y conocen los objetivos de su Unidad/Servicio así como sus propios objetivos individuales: 1- Todo el personal 2- Entre el 75% y el 100% 3- Entre el 50% y el 75% 4- Entre el 25% y el 50% 5- Menos del 25% 6- Ningún profesional (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 6 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 4 - 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 - 3 | 0,6667 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P35- ¿Desde cuando tiene implantado el Centro un sistema de evaluación del rendimiento de los profesionales?: 1- Más de 10 años 2- Entre 6 y 10 años 3- Entre 2 y 5 años 4- Menos de 2 años 5- No tiene implantado ningún sistema (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene implantado | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,13 |
| | Menos de 2 años | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre 2 y 5 años | 0,6667 | | 0% | |
| | Entre 6 y 10 // Más de 10 | 1,0000 | | 100% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 2 | | | | | 0,85 |

Fuente: Elaboración Propia

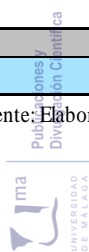
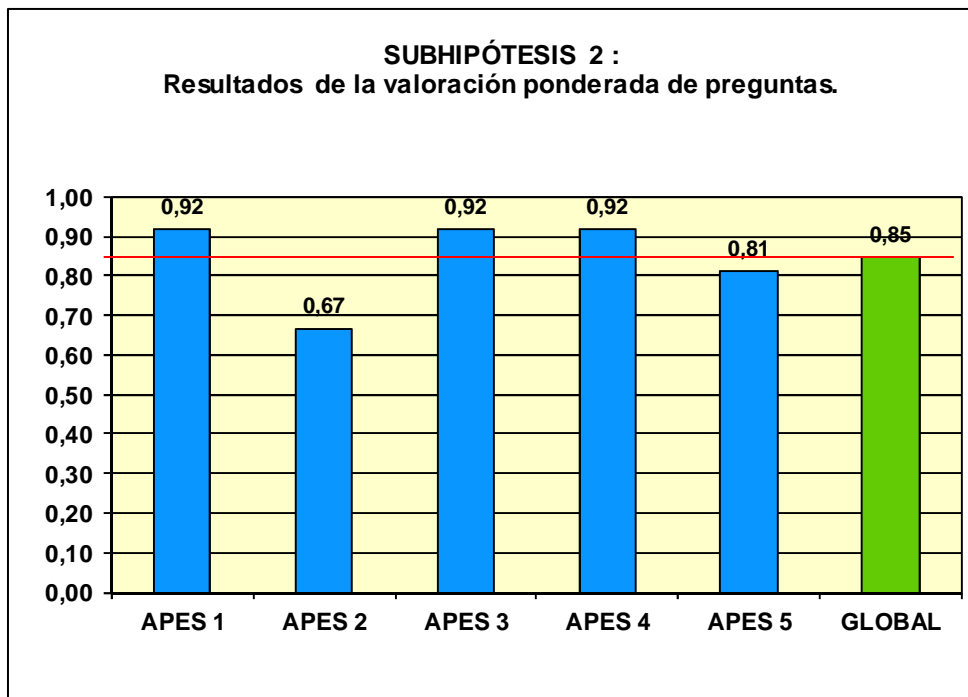


GRÁFICO 7.S2: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 2

Valores ponderados de preguntas 4, 5, 6, 7, 15, 17, 34, 35

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,92 |
| APES 2 | 0,67 |
| APES 3 | 0,92 |
| APES 4 | 0,92 |
| APES 5 | 0,81 |
| GLOBAL | 0,85 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S3. SUBHIPÓTESIS 3: La Gerencia de la APES, tiene un papel importante así como una alta implicación en el control interno de los RRHH

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 2, 8, 9, 10, 11, 31, 32 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P2- ¿Existe encuesta de satisfacción u otro modelo estandarizado que permita valorar la percepción que los clientes internos y resto de agentes que interactúan con el Área de RRHH del Centro, tienen de los profesionales de la misma? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicha encuesta o modelo normalizado. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,14 | 80% | 0,02 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 20% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P8- Indique la periodicidad con la que es auditada el Área de RRHH del Centro. - Anuales - Semestral - No se realizan periódicamente - No se realizan (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No se realizan | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,14 |
| | No se realizan periódicamente | 0,5000 | | 0% | |
| | Anual / Semestral | 1,0000 | | 100% | |
| P9- Señale qué tipo de información incluida en el Cuadro de Mando Integral (CMI), se envía periódicamente a la Dirección del Centro. 1- Financiera (Presupuesto y Costes) SI / NO 2- Jurídica del Personal SI / NO 3- Plantillas y Efectivos (Centro y Unidades) SI / NO 4- Selección y contratación del Personal SI / NO 5- Otros (especificar en Comentarios) SI / NO 6- Ninguna de las anteriores. SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Ninguna | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,11 |
| | 1 tipo Inform | 0,3333 | | 0% | |
| | 2 - 3 tipos Inform. | 0,6667 | | 60% | |
| | 4 - 5 tipos Inform. | 1,0000 | | 40% | |

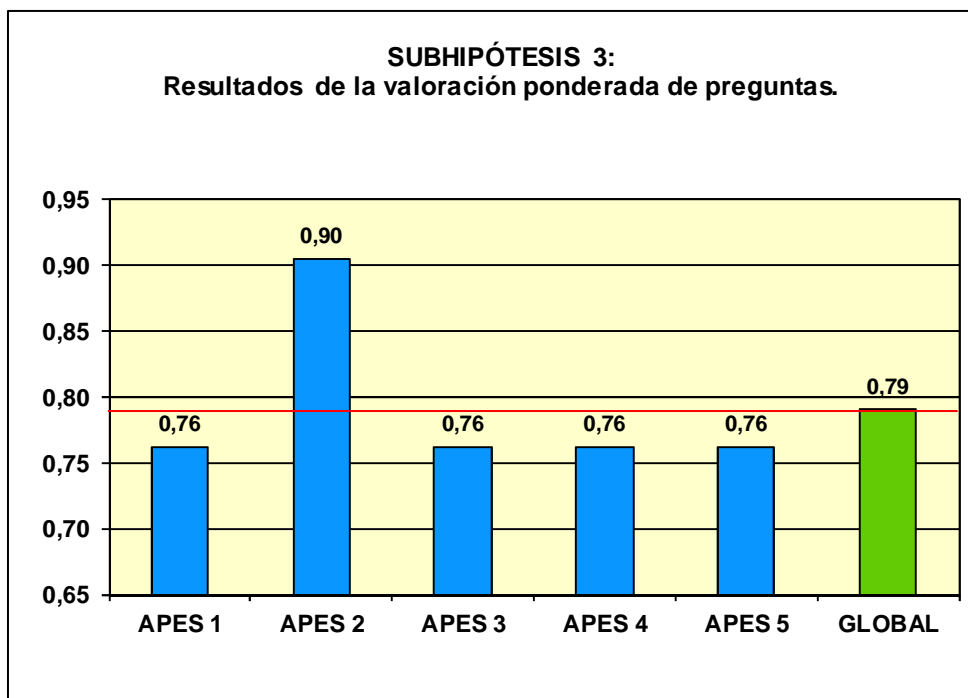
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 2, 8, 9, 10, 11, 31, 32 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|----------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P10- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección de RRHH y los responsables Clínicos para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.): 1- Semanal/Mensual 2- Trimestral/Semestral 3- Anual 4- Nunca (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 80% | |
| P11- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección del Centro y sus Órganos superiores (Consejería de Salud) para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.): 1- Semanal/Mensual 2- Trimestral/Semestral 3- Anual 4- Nunca (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 80% | |
| P31- ¿Tiene el Centro implantado un Cuadro de Mando Integral (CMI)? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) ¿Con qué periodicidad se entrega dicho CMI al personal directivo y/o cargo intermedio Anual / Semestral / Trimestral / Mensual ó inferior / No se entrega (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene CMI | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,14 |
| | Entrega Anual / Semestral | 0,3333 | | 0% | |
| | Entrega Trimestral | 0,6667 | | 0% | |
| | Entrega Mensual ó inferior | 1,0000 | | 100% | |
| P32- Indique si el CMI de su Centro incorpora Información relativa al Área de RRHH, relacionada con: 1- Selección /Contratación de profesionales SI / NO 2- Nóminas/Retribuciones de profesionales SI / NO 3- Presupuesto /Gestión económica del Gasto de Personal SI / NO 4- Prevención Riesgos laborales y Salud Laboral SI / NO 5- Efectivos y dotación de Plantilla SI / NO 6- Formación SI / NO 7- Otros SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Ninguna | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,10 |
| | 1 - 2 tipos Inform. | 0,3333 | | 0% | |
| | 3 - 4 tipos Inform. | 0,6667 | | 80% | |
| | 5 - 7 tipos Inform. | 1,0000 | | 20% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 3 | | | | | 0,79 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S3: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 3

Valores ponderados de preguntas 2, 8, 9, 10, 11, 31, 32

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,76 |
| APES 2 | 0,90 |
| APES 3 | 0,76 |
| APES 4 | 0,76 |
| APES 5 | 0,76 |
| GLOBAL | 0,79 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S4. SUBHIPÓTESIS 4: Existe una estructura organizativa adecuada a la actividad del Área de RRHH, con unos responsables adecuados por sus conocimientos y experiencia.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 4, 12, 13, 14, 31, 33 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------|
| P4- El Área de RRHH del Centro tiene establecidos por escrito los conocimientos, habilidades y actitudes de los puestos de trabajo, que permitan realizar adecuadamente las tareas encomendadas para la consecución de los objetivos en: - Más del 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 60 y el 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 40 y el 60% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Menos del 40% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Menos del 40% | 0,0000 | 0,17 | 20% | 0,13 |
| | Entre el 40 y 60% | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre el 60 y 80% | 0,6667 | | 0% | |
| | Más del 80% | 1,0000 | | 80% | |
| P12- ¿Cuál es la antigüedad media en el Sistema Sanitario Público, de los Directivos y Cargos Intermedios del Área de RRHH del Centro? 1. => 5 años 2. => 3 años 3. < 1 año (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 3 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,17 |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,5000 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P13- Indique en qué medida los cargos intermedios y directivos del Área de RRHH del Centro prolongan su jornada laboral ordinaria para poder cumplir con sus responsabilidades. (0 = no prolongan a 5 = prolongan en exceso). 0 1 2 3 4 5 (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Prolongan con valoración media = 4 , 5 | 0,0000 | 0,17 | 80% | 0,02 |
| | Prolongan con valoración media = 2 , 3 | 0,5000 | | 20% | |
| | Prolongan con valoración media = 0 , 1 | 1,0000 | | 0% | |

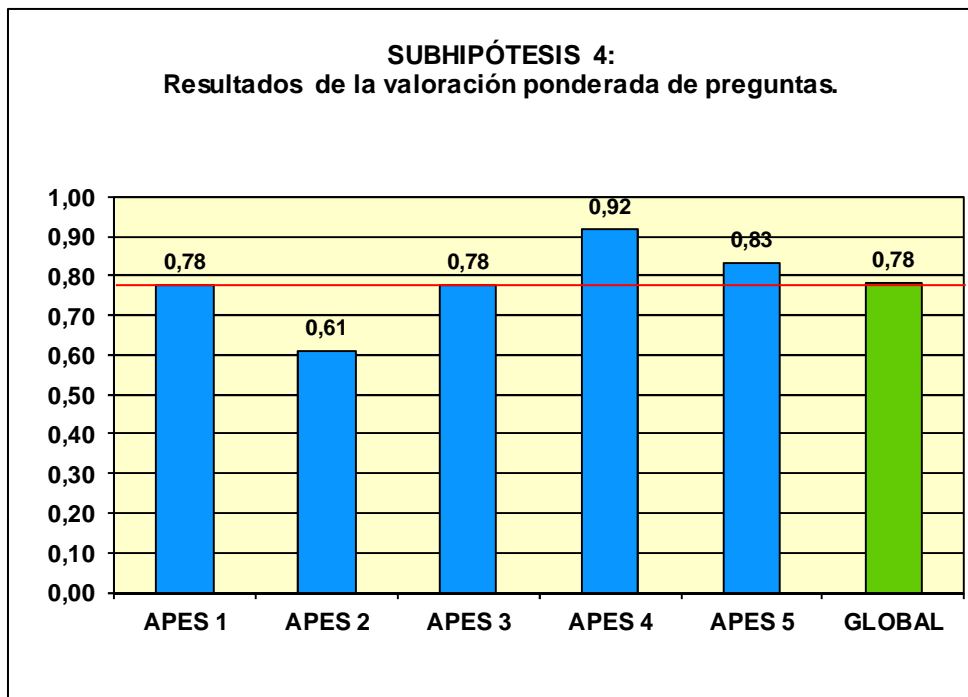
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 4, 12, 13, 14, 31, 33 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------|
| P14- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más acorde con la política de su Centro, en relación con el Área de RRHH?: 1- Normalmente, los cargos intermedios tienen delegada la autoridad para la toma de decisiones en su ámbito. 2- Cualquier decisión del cargo intermedio debe ser previamente autorizada por la dirección. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 2 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,17 |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P31- ¿Tiene el Centro implantado un Cuadro de Mando Integral (CMI)? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) ¿Con qué periodicidad se entrega dicho CMI al personal directivo y/o cargo intermedio Anual / Semestral / Trimestral / Mensual ó inferior / No se entrega (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene CMI | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,17 |
| | Entrega Anual / Semestral | 0,3333 | | 0% | |
| | Entrega Trimestral | 0,6667 | | 0% | |
| | Entrega Mensual ó inferior | 1,0000 | | 100% | |
| P33- Indique, según su opinión, qué porcentaje de Directivos y Cargos Intermedios de Unidades/Servicios Asistenciales tienen conocimientos e información adecuada sobre la normativa, procedimientos etc., que afectan a las grandes áreas de Personal: Selección, Retribuciones, Prevención Riesgos Laborales, Formación etc. 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% (Marque con un círculo la respuesta elegida) Comentarios: | Respuestas Punto:4 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 60% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 4 | | | | | 0,78 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S4: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 4

Valores ponderados de preguntas 4, 12, 13, 14, 31, 33

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,78 |
| APES 2 | 0,61 |
| APES 3 | 0,78 |
| APES 4 | 0,92 |
| APES 5 | 0,83 |
| GLOBAL | 0,78 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.55. SUBHIPÓTESIS 5: Existe una asignación de responsabilidad y una delegación de autoridad entre directivos y Cargos Intermedios del Área de RRHH.

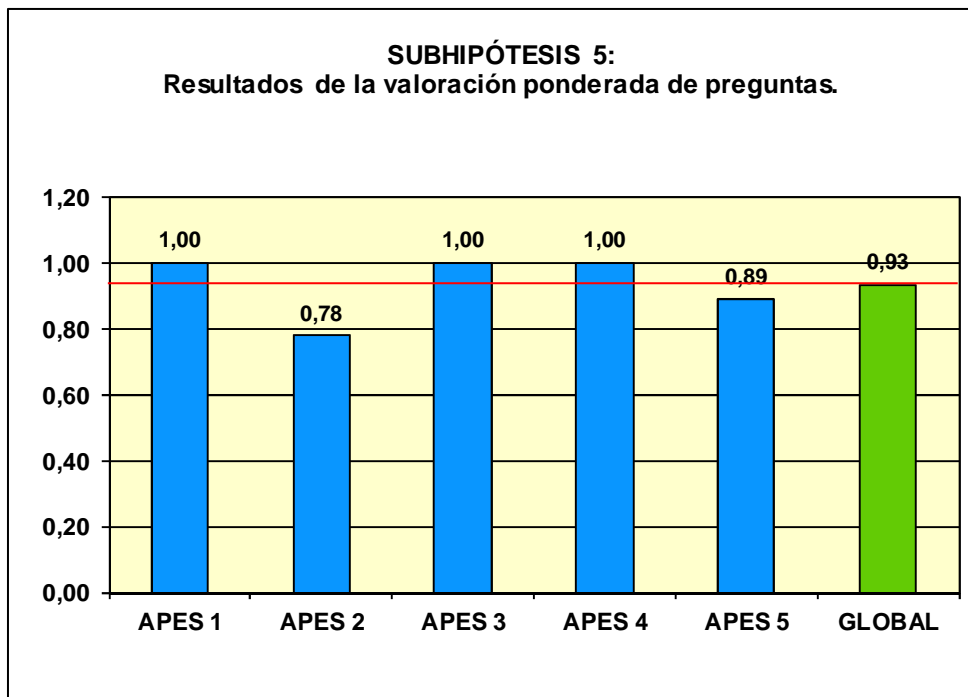
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 14, 15, 16 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|--|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P14- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más acorde con la política de su Centro, en relación con el Área de RRHH?: 1- Normalmente, los cargos intermedios tienen delegada la autoridad para la toma de decisiones en su ámbito. 2- Cualquier decisión del cargo intermedio debe ser previamente autorizada por la dirección. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 2 | 0,0000 | 0,33 | 0% | 0,33 |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P15- Indique si el Área de RRHH del Centro posee procedimientos escritos para la realización de las actividades/tareas relacionadas con los siguientes ámbitos: 1- Retribuciones del Personal SI / NO 2- Régimen Jurídico del Personal SI / NO 3- Plantillas (Efectivos y Jornada laboral) SI / NO 4- Selección y contratación del Personal SI / NO 5- Prevención Riesgos Laborales SI / NO 6- Formación SI / NO 7- Ninguna de las anteriores. SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No hay Procedimientos | 0,0000 | 0,33 | 0% | 0,31 |
| | SI hay Procedimientos en 1 ó 2 ámbitos | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay Procedimientos en 3 ó 4 ámbitos | 0,6667 | | 20% | |
| | SI hay Procedimientos en 5 ó 6 ámbitos | 1,0000 | | 80% | |
| P16- La plantilla de profesionales fijada para el Área de RRHH del Centro es adecuada, tanto en número como en experiencia, para el cumplimiento de sus objetivos, en grado: 1- Muy alto 2- Alto 3- Medio 4- Bajo 5- Muy Bajo (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,33 | 0% | 0,29 |
| | Respuestas Punto: 3 - 4 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 40% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 60% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 5 | | | | | 0,93 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S5: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 5

Valores ponderados de preguntas 14, 15, 16

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 1,00 |
| APES 2 | 0,78 |
| APES 3 | 1,00 |
| APES 4 | 1,00 |
| APES 5 | 0,89 |
| GLOBAL | 0,93 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S6. SUBHIPÓTESIS 6: La Dirección de la APES tiene definidos para el área de RRHH una estrategia de la que se derivan unos objetivos de carácter general, así como unos objetivos específicos para sus profesionales basados en dichos objetivos generales

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|---------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P19- ¿Qué porcentaje de Responsables y Cargos Intermedios del Área de RRHH conocen los objetivos globales del Centro, tanto asistenciales como no asistenciales?: 1- Entre el 85% y 100% 2- Entre el 70% y el 85% 3- Entre el 50% y el 70% 4- Menos del 50% (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,11 | 40% | 0,06 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |
| P20- ¿Tiene el Centro diseñado un Plan Estratégico para los próximos años?: SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas: NO | 0,0000 | 0,11 | 60% | 0,04 |
| | Respuestas: SI | 1,0000 | | 40% | |
| P21- Indique en qué medida, el Presupuesto Anual de Gastos de Personal del que dispone el Centro tiene en cuenta ó se adecua a la experiencia histórica (años anteriores) y las circunstancias actuales de la entidad para poder conseguir sus fines/objetivos. (Puntúe entre 0 = En absoluto se adecua a 10 = Totalmente se adecua. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Marque con un círculo el valor elegido) | Grado Adecuación= 0, 1, 2 | 0,0000 | 0,11 | 40% | 0,04 |
| | Grado Adecuación= 3, 4, 5 | 0,3333 | | 20% | |
| | Grado Adecuación= 6, 7, 8 | 0,6667 | | 20% | |
| | Grado Adecuación= 9, 10 | 1,0000 | | 20% | |



TABLA 7.S6. SUBHIPÓTESIS 6: La Dirección de la APES tiene definidos para el área de RRHH una estrategia de la que se derivan unos objetivos de carácter general, así como unos objetivos específicos para sus profesionales basados en dichos objetivos generales

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|-------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P22- Indique cómo es la participación de la Dirección de RRHH en la elaboración y seguimiento de los presupuestos de Gastos de Personal de las distintas Unidades/Servicios del Centro (Asistenciales y No Asistenciales) 1- Participa en la elaboración y seguimiento 2- Participa sólo en la elaboración 3- Participa sólo en el seguimiento 4- No participa ni en la elaboración ni en el seguimiento (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 2 Ó 3 | 0,5000 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P23- Los objetivos propios del Área de RRHH (Cuadro Anual) asumen y están vinculados con los objetivos generales del Centro (recogidos en el Contrato Programa ó Acuerdo de Gestión con la Consejería de Salud) relativos a RRHH, en grado: 1- Muy Alto 2- Alto 3- Medio 4- Bajo 5- Muy Bajo (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,10 |
| | Respuestas Punto: 3 - 4 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 80% | |
| P24- Indique si el Área de RRHH del Centro tiene establecidos en su Cuadro Anual de Objetivos, algunos relacionados con: 1- Selección /Contratación de profesionales SI / NO 2- Nóminas/Retribuciones de profesionales SI / NO 3- Presupuesto /Gestión económica del Gasto de Personal SI / NO 4- Prevención Riesgos laborales y Salud Laboral SI / NO 5- Efectivos y dotación de Plantilla SI / NO 6- Formación SI / NO 7- Control Interno SI / NO 8- Protocolos, Procedimientos, Acciones de Mejora etc. SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Ninguno | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | 1 - 2 tipos Objetivos | 0,3333 | | 0% | |
| | 3 - 4 tipos Objetivos | 0,6667 | | 0% | |
| | 5 - 8 tipos Objetivos | 1,0000 | | 100% | |

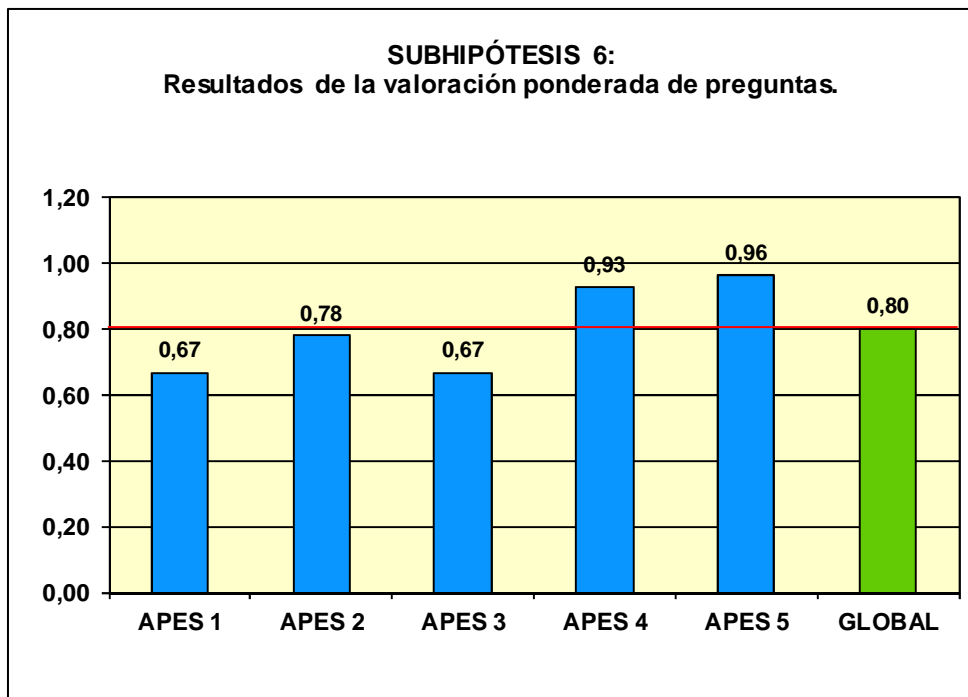
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 34, 35 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|----------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P25- En la elaboración de los objetivos del Área de RRHH del Centro participan: 1- Directivos 2- Directivos y Cargos Intermedios 3- Directivos, Cargos Intermedios y Responsables de áreas específicas. 4- Directivos, Cargos intermedios, Responsables de áreas específicas y profesionales 5- Otros (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,10 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2, 3 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 4 | 1,0000 | | 80% | |
| P34- Indique qué porcentaje de profesionales del Área de RRHH del Centro tienen establecidos y conocen los objetivos de su Unidad/Servicio así como sus propios objetivos individuales: 1- Todo el personal 2- Entre el 75% y el 100% 3- Entre el 50% y el 75% 4- Entre el 25% y el 50% 5- Menos del 25% 6- Ningún profesional (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 6 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 4 - 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 - 3 | 0,6667 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P35- ¿Desde cuando tiene implantado el Centro un sistema de evaluación del rendimiento de los profesionales?: 1- Más de 10 años 2- Entre 6 y 10 años 3- Entre 2 y 5 años 4- Menos de 2 años 5- No tiene implantado ningún sistema (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene implantado | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Menos de 2 años | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre 2 y 5 años | 0,6667 | | 0% | |
| | Entre 6 y 10 // Más de 10 | 1,0000 | | 100% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 6 | | | | | 0,80 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S6: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 6

Valores ponderados de preguntas 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 34, 35

| | |
|---------------|-------------|
| APES 1 | 0,67 |
| APES 2 | 0,78 |
| APES 3 | 0,67 |
| APES 4 | 0,93 |
| APES 5 | 0,96 |
| GLOBAL | 0,80 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S7. SUBHIPÓTESIS 7: La APES identifica y analiza los riesgos relevantes que pueden influir en la consecución de los objetivos, tanto los generales de la propia entidad como los específicos del Área de RRHH.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 3, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|---------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P3- Cuando un trabajador del Área de RRHH del Centro falta a sus responsabilidades y lleva a cabo una conducta no adecuada en alguna de las actividades asignadas, la respuesta de la dirección es: 1. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades. 2. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades, avisándole de las posibles medidas correctivas y mejorando la formación en caso de ser necesaria. 3. Aplicar directamente las medidas correctivas. 4. No hay establecida ninguna respuesta predefinida. (Marque con un círculo la respuesta elegida) : | Respuestas Punto: 3, 4 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,10 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 1,0000 | | 80% | |
| P20- ¿Tiene el Centro diseñado un Plan Estratégico para los próximos años? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas: NO | 0,0000 | 0,11 | 60% | 0,04 |
| | Respuestas: SI | 1,0000 | | 40% | |
| P21- Indique en qué medida, el Presupuesto Anual de Gastos de Personal del que dispone el Centro tiene en cuenta ó se adecua a la experiencia histórica (años anteriores) y las circunstancias actuales de la entidad para poder conseguir sus fines/objetivos. (Puntúe entre 0 = En absoluto se adecua a 10 = Totalmente se adecua. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Marque con un círculo el valor elegido) | Grado Adecuación= 0, 1, 2 | 0,0000 | 0,11 | 40% | 0,04 |
| | Grado Adecuación= 3, 4, 5 | 0,3333 | | 20% | |
| | Grado Adecuación= 6, 7, 8 | 0,6667 | | 20% | |
| | Grado Adecuación= 9, 10 | 1,0000 | | 20% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 3, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|-------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P22- Indique cómo es la participación de la Dirección de RRHH en la elaboración y seguimiento de los presupuestos de Gastos de Personal de las distintas Unidades/Servicios del Centro (Asistenciales y No Asistenciales) 1- Participa en la elaboración y seguimiento 2- Participa sólo en la elaboración 3- Participa sólo en el seguimiento 4- No participa ni en la elaboración ni en el seguimiento (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 2 Ó 3 | 0,5000 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P23- Los objetivos propios del Área de RRHH (Cuadro Anual) asumen y están vinculados con los objetivos generales del Centro (recogidos en el Contrato Programa ó Acuerdo de Gestión con la Consejería de Salud) relativos a RRHH, en grado: 1- Muy Alto 2- Alto 3- Medio 4- Bajo 5- Muy Bajo (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,10 |
| | Respuestas Punto: 3 - 4 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 80% | |
| P26- Indique en qué medida, en el Área de RRHH se llevan a cabo los análisis de los riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos propios y del Centro. 1- No realizan análisis 2- Se analiza sólo los riesgos reales (se hacen presentes) 3- Se analiza los riesgos reales y los posibles (pudieran presentarse) 4- Existe un procedimiento escrito para el análisis de riesgos 5- Ninguna de las anteriores. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 1 ó 5 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,07 |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,6667 | | 100% | |
| | Respuestas Punto: 4 | 1,0000 | | 0% | |

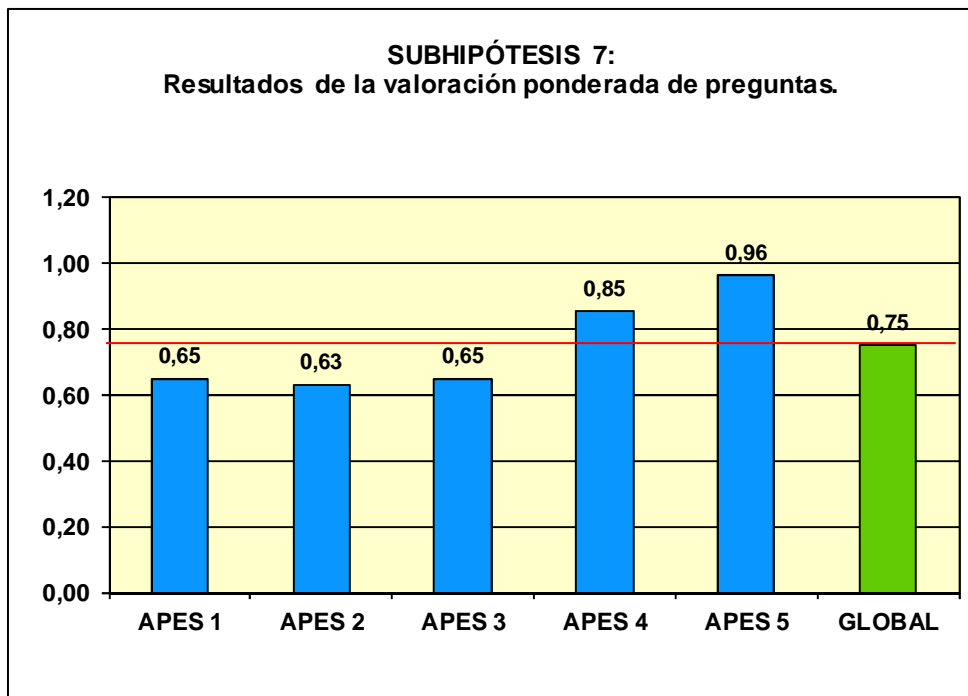
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 3, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P27- En el Área de RRHH, ¿quién participa en el análisis de riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos del Centro? 1- Directivos 2- Directivos y Cargos Intermedios 3- Directivos, Cargos Intermedios y Responsables de áreas específicas. 4- Directivos, Cargos intermedios, Responsables de áreas específicas y profesionales 5- Otros (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,08 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2, 3 | 0,6667 | | 80% | |
| | Respuestas Punto: 4 | 1,0000 | | 20% | |
| P28- Indique si existen en el Centro, registros para poder comprobar y detectar de manera inmediata a los profesionales afectados por: 1- Cambios de puestos de Trabajo (Unidades/Servicios) SI / NO 2- Cambios de turnos y horarios de trabajo. SI / NO 3- Cambios de retribuciones SI / NO 4- Cambios en vinculación jurídica/ relación laboral SI / NO 5- Cambios en la composición de Unidades/Servicios SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Nº Respuestas SI: 0 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,10 |
| | Nº Respuestas SI : Al menos 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Nº Respuestas SI : Al menos 4 | 1,0000 | | 80% | |
| P29- ¿Qué personal (Directivo, Cargo Intermedio, Responsable Unidad, Profesional Unidad) participa en el análisis de cada uno de los siguientes cambios relacionados con el Área de RRHH del Centro?: 1- Cambios en el número de trabajadores a asignar a las distintas Unidades del Área de RRHH: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 2- Cambios en los procedimientos de trabajo : Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 3- Cambios en los sistemas de información: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 4- Cambios en la formación y conocimientos requeridos para el trabajo: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Baja participación de C.I y profesionales (Combinaciones de respuestas distintas de las dos siguientes) | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,09 |
| | Alta Participación de Cargos Intern. en al menos 3 tipos cambios | 0,5000 | | 40% | |
| | Alta Participación de Cargos Intern. Y Profesionales en al menos 3 tipos cambios | 1,0000 | | 60% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 7 | | | | | 0,75 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S7: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 7

Valores ponderados de preguntas 3, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29

| | |
|---------------|-------------|
| APES 1 | 0,65 |
| APES 2 | 0,63 |
| APES 3 | 0,65 |
| APES 4 | 0,85 |
| APES 5 | 0,96 |
| GLOBAL | 0,75 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S8. SUBHIPÓTESIS 8: El Área de RRHH tiene mecanismos para identificar los acontecimientos ó cambios rutinarios que pueden afectar en la consecución de sus objetivos específicos.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 17, 18, 26, 27, 36, 37 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P17- Indique la periodicidad con la que se llevan a cabo reuniones de los directivos y cargos intermedios del Área de RRHH del Centro con los trabajadores a su cargo, para evaluar el rendimiento profesional y proponer medidas para mejorarlo. 1- Anual 2- Semestral 3- Trimestral 4- Mensual ó inferior. 5- No se llevan a cabo reuniones (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,15 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2 , 3 , 4 | 1,0000 | | 80% | |
| P18- Según la política del Centro, cuando un trabajador lleva a cabo una conducta inadecuada, falta a sus responsabilidades ó comete una infracción: 1- Le afectaría a su evaluación de rendimiento profesional SI / NO 2- Le afectaría a su posibilidad de promoción profesional (Ej: Promoción a Responsable ó cargo intermedio) SI / NO 3- Se le abriría una información reservada y/o expediente disciplinario SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Respuestas Punto 1 y 2 : NO | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,15 |
| | Respuestas Punto 1 Ó 2 : SI | 0,5000 | | 20% | |
| | Respuestas Punto 1 y 2 : SI | 1,0000 | | 80% | |
| P26- Indique en qué medida, en el Área de RRHH se llevan a cabo los análisis de los riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos propios y del Centro. 1- No realizan análisis 2- Se analiza sólo los riesgos reales (se hacen presentes) 3- Se analiza los riesgos reales y los posibles (pudieran presentarse) 4- Existe un procedimiento escrito para el análisis de riesgos 5- Ninguna de las anteriores. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 1 ó 5 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,6667 | | 100% | |
| | Respuestas Punto: 4 | 1,0000 | | 0% | |

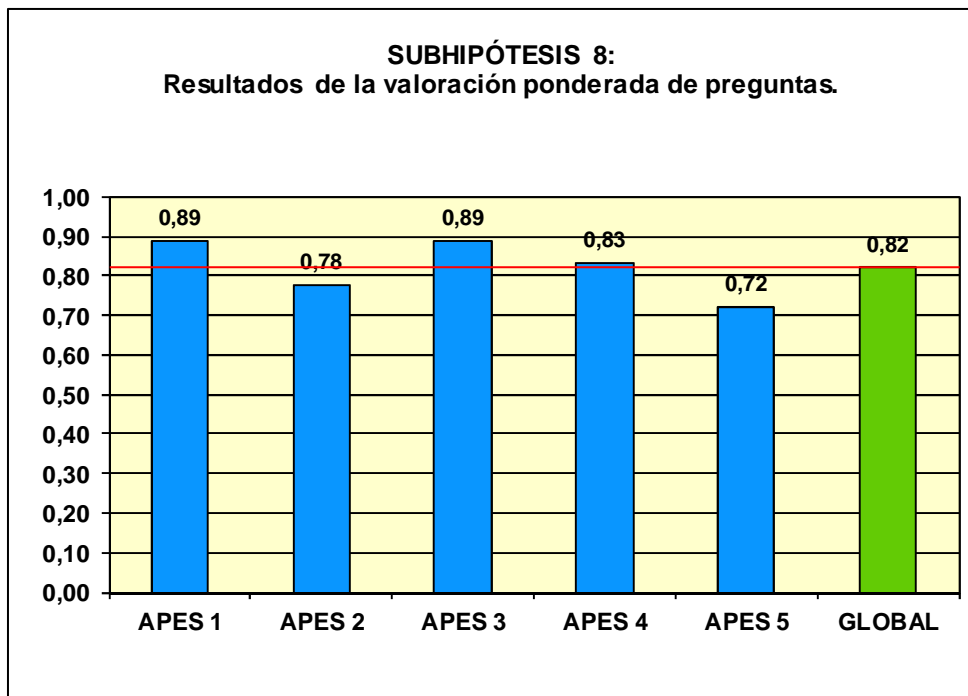
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 17, 18, 26, 27, 36, 37 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPÓTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P27- En el Área de RRHH, ¿quién participa en el análisis de riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos del Centro? 1- Directivos 2- Directivos y Cargos Intermedios 3- Directivos, Cargos Intermedios y Responsables de áreas específicas. 4- Directivos, Cargos intermedios, Responsables de áreas específicas y profesionales 5- Otros (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,12 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2, 3 | 0,6667 | | 80% | |
| | Respuestas Punto: 4 | 1,0000 | | 20% | |
| P36- Indique que mecanismos existen en el Área de RRHH del Centro, para que los profesionales puedan aportar sus recomendaciones de mejora, que les permita avanzar en la calidad y eficiencia del servicio que prestan. 1- Buzón de sugerencias 2- Círculos de Calidad 3- Informe que aporta el profesional con las recomendaciones 4- Entrevista personal con Responsable/Directivo 5- Otros 6- No existen mecanismos (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 6 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,17 |
| | Respuesta Punto: 5 | 0,5000 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1,2 ,3 ó 4 | 1,0000 | | 100% | |
| P37- ¿Qué porcentaje de las recomendaciones de mejora aportadas por los profesionales del Área de RRHH se han puesto en marcha en los últimos dos años?: 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,12 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 40% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 8 | | | | | 0,82 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S8: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 8

Valores ponderados de preguntas 17, 18, 26, 27, 36, 37

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,89 |
| APES 2 | 0,78 |
| APES 3 | 0,89 |
| APES 4 | 0,83 |
| APES 5 | 0,72 |
| GLOBAL | 0,82 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S9. SUBHIPÓTESIS 9: El Área de RRHH dispone de registros que acreditan el cumplimiento de las normas y leyes aplicables así como las políticas establecidas por la propia empresa

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 8, 15, 26, 28, 29, 33, 38, 39, 44, 45 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|--|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P8- Indique la periodicidad con la que es auditada el Área de RRHH del Centro. - Anuales - Semestral - No se realizan periódicamente - No se realizan (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No se realizan | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,10 |
| | No se realizan periódicamente | 0,5000 | | 0% | |
| | Anual / Semestral | 1,0000 | | 100% | |
| P15- Indique si el Área de RRHH del Centro posee procedimientos escritos para la realización de las actividades/tareas relacionadas con los siguientes ámbitos: 1- Retribuciones del Personal SI / NO 2- Régimen Jurídico del Personal SI / NO 3- Plantillas (Efectivos y Jornada laboral) SI / NO 4- Selección y contratación del Personal SI / NO 5- Prevención Riesgos Laborales SI / NO 6- Formación SI / NO 7- Ninguna de las anteriores. SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No hay Procedimientos | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,09 |
| | SI hay Procedimientos en 1 ó 2 ámbitos | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay Procedimientos en 3 ó 4 ámbitos | 0,6667 | | 20% | |
| | SI hay Procedimientos en 5 ó 6 ámbitos | 1,0000 | | 80% | |
| P26- Indique en qué medida, en el Área de RRHH se llevan a cabo los análisis de los riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos propios y del Centro. 1- No realizan análisis 2- Se analiza sólo los riesgos reales (se hacen presentes) 3- Se analiza los riesgos reales y los posibles (pudieran presentarse) 4- Existe un procedimiento escrito para el análisis de riesgos 5- Ninguna de las anteriores. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 1 ó 5 | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,07 |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,6667 | | 100% | |
| | Respuestas Punto: 4 | 1,0000 | | 0% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 8, 15, 26, 28, 29, 33, 38, 39, 44, 45 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P28- Indique si existen en el Centro, registros para poder comprobar y detectar de manera inmediata a los profesionales afectados por: 1- Cambios de puestos de Trabajo (Unidades/Servicios) SI / NO 2- Cambios de turnos y horarios de trabajo. SI / NO 3- Cambios de retribuciones SI / NO 4- Cambios en vinculación jurídica/ relación laboral SI / NO 5- Cambios en la composición de Unidades/Servicios SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Nº Respuestas SI: 0 | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,09 |
| | Nº Respuestas SI : Al menos 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Nº Respuestas SI : Al menos 4 | 1,0000 | | 80% | |
| P29- ¿Qué personal (Directivo, Cargo Intermedio, Responsable Unidad, Profesional Unidad) participa en el análisis de cada uno de los siguientes cambios relacionados con el Área de RRHH del Centro?: 1- Cambios en el número de trabajadores a asignar a las distintas Unidades del Área de RRHH: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 2- Cambios en los procedimientos de trabajo : Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 3- Cambios en los sistemas de información: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 4- Cambios en la formación y conocimientos requeridos para el trabajo: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Baja participación de C.I y profesionales (Combinaciones de respuestas distintas de las dos siguientes) | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,08 |
| | Alta Participación de Cargos Intern. en al menos 3 tipos cambios | 0,5000 | | 40% | |
| | Alta Participación de Cargos Intern. Y Profesionales en al menos 3 tipos cambios | 1,0000 | | 60% | |
| P33- Indique, según su opinión, qué porcentaje de Directivos y Cargos Intermedios de Unidades/Servicios Asistenciales tienen conocimientos e información adecuada sobre la normativa, procedimientos etc., que afectan a las grandes áreas de Personal: Selección, Retribuciones, Prevención Riesgos Laborales, Formación etc. 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% (Marque con un círculo la respuesta elegida) Comentarios: | Respuestas Punto:4 | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,08 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 60% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |

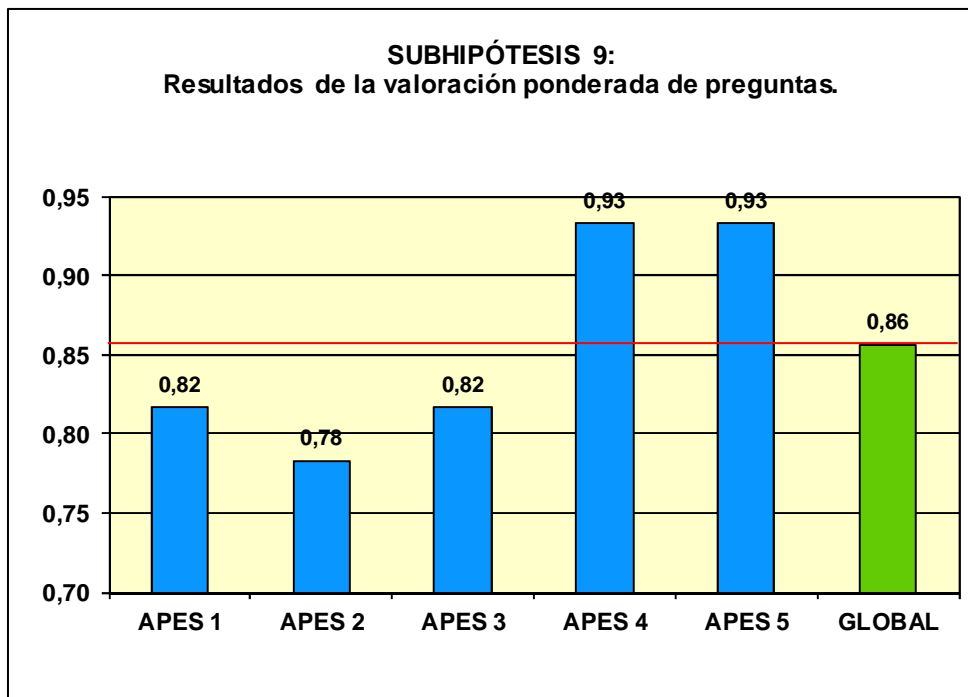
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 8, 15, 26, 28, 29, 33, 38, 39, 44, 45 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPÓTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P38- Indique si la Dirección lleva a cabo las siguientes actuaciones para verificar y controlar que los procesos del área de RRHH (contratación, nóminas, salud laboral etc.) se realizan de forma adecuada: 1- Contrasta la información aportada por terceros, (Responsables Clínicos y no clínicos, Profesionales de RRHH) con la información generada por los Sistemas de Información de la Organización. SI / NO 2- La Dirección encarga a un Equipo de profesionales propios ó ajenos al Área de RRHH que lleven a cabo dicha verificación SI / NO 3- Encarga a los propios profesionales del Área de RRHH que dejen constancia mediante firma/visé que han verificado/revisado sus propias actuaciones. SI / NO 4- Otros 5- No utiliza ningún método (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No utiliza ningún método | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,08 |
| | Una Respuesta SI | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos Respuestas SI | 0,6667 | | 60% | |
| | Tres Respuestas SI | 1,0000 | | 40% | |
| P39- ¿Qué profesionales analizan y revisan los controles (autorizaciones, firmas, cumplimentación documental, registros de datos, plazos, protocolos etc.) que deben implantarse para prevenir la aparición de problemas de funcionamiento en el Área de RRHH?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área donde se detecta el problema. SI / NO 4- Profesionales del Área ajenas al problema. SI / NO 5- Otros SI / NO 6- No se realizan dichos análisis SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No se realizan dichos análisis | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,10 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 0% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 100% | |
| P44- Indique en qué medida, existe una adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH, evitando la concentración de competencias en las mismas personas que pudiera poner en riesgo el equilibrio y eficacia del control interno (separación de las funciones de autorización, ejecución, aprobación y registro de transacciones). (Puntúe entre 0 = En absoluto adecuada a 10 = Totalmente adecuada. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) (Marque con un círculo el valor elegido) | Grado Adecuación= 0, 1, 2 | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,07 |
| | Grado Adecuación= 3, 4, 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | Grado Adecuación= 6, 7, 8 | 0,6667 | | 100% | |
| | Grado Adecuación= 9, 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P45- ¿Existe en el Centro, una Unidad/Departamento/Servicio que lleve a cabo la Supervisión del Sistema de Control Interno?. SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas: NO | 0,0000 | 0,10 | 0% | 0,10 |
| | Respuestas: SI | 1,0000 | | 100% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 9 | | | | | 0,86 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S9: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 9

Valores ponderados de preguntas 8, 15, 26, 28, 29, 33, 38, 39, 44, 45

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,82 |
| APES 2 | 0,78 |
| APES 3 | 0,82 |
| APES 4 | 0,93 |
| APES 5 | 0,93 |
| GLOBAL | 0,86 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S10. SUBHIPÓTESIS 10: El Área de RRHH contrata el personal necesario y con la cualificación suficiente para llegar a cabo sus tareas, y garantiza la formación periódica de sus profesionales

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 4, 6, 7, 10, 11, 17, 44 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|--|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P4- El Área de RRHH del Centro tiene establecidos por escrito los conocimientos, habilidades y actitudes de los puestos de trabajo, que permitan realizar adecuadamente las tareas encomendadas para la consecución de los objetivos en: - Más del 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 60 y el 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 40 y el 60% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Menos del 40% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Menos del 40% | 0,0000 | 0,14 | 20% | 0,11 |
| | Entre el 40 y 60% | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre el 60 y 80% | 0,6667 | | 0% | |
| | Más del 80% | 1,0000 | | 80% | |
| P6- ¿Existe un plan de formación del Centro, que incluye actividades formativas para los trabajadores del Área de RRHH del Centro que facilite la adquisición de conocimientos y habilidades? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido/adecuación de dicho Plan para cumplir con sus fines. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido/Adecuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Adec) = 0, 1, 2 | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,12 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 3, 4, 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 6, 7, 8 | 0,6667 | | 40% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 9, 10 | 1,0000 | | 60% | |
| P7- ¿Cuántas actividades formativas de aprendizaje y/o reciclaje se han realizado, de media, para los profesionales del Área de RRHH del Centro, a lo largo de los dos últimos ejercicios? - Entre 1 y 3. - Entre 4 y 6. - Más de 6 - Ninguna (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Ninguna | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,09 |
| | Entre 1 y 3 | 0,3333 | | 20% | |
| | Entre 4 y 6 | 0,6667 | | 80% | |
| | Más de 6 | 1,0000 | | 0% | |

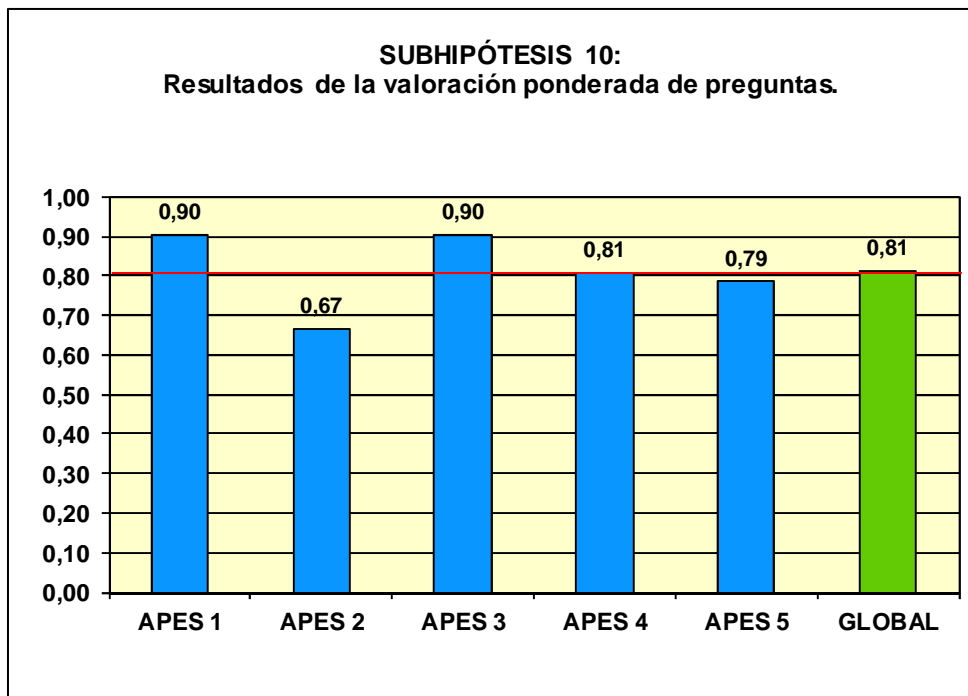
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 4, 6, 7, 10, 11, 17, 44 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPÓTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P10- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección de RRHH y los responsables Clínicos para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.): 1- Semanal/Mensual 2- Trimestral/Semestral 3- Anual 4- Nunca (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 80% | |
| P11- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección del Centro y sus Órganos superiores (Consejería de Salud) para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.): 1- Semanal/Mensual 2- Trimestral/Semestral 3- Anual 4- Nunca (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 80% | |
| P17- Indique la periodicidad con la que se llevan a cabo reuniones de los directivos y cargos intermedios del Área de RRHH del Centro con los trabajadores a su cargo, para evaluar el rendimiento profesional y proponer medidas para mejorarlo. 1- Anual 2- Semestral 3- Trimestral 4- Mensual ó inferior. 5- No se llevan a cabo reuniones (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,13 |
| | Respuestas Punto: 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2, 3, 4 | 1,0000 | | 80% | |
| P44- Indique en qué medida, existe una adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH, evitando la concentración de competencias en las mismas personas que pudiera poner en riesgo el equilibrio y eficacia del control interno (separación de las funciones de autorización, ejecución, aprobación y registro de transacciones). (Puntúe entre 0 = En absoluto adecuada a 10 = Totalmente adecuada. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Marque con un círculo el valor elegido) | Grado Adecuación= 0, 1, 2 | 0,0000 | 0,14 | 0% | 0,10 |
| | Grado Adecuación= 3, 4, 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | Grado Adecuación= 6, 7, 8 | 0,6667 | | 100% | |
| | Grado Adecuación= 9, 10 | 1,0000 | | 0% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 10 | | | | | 0,81 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S10: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPOTESIS 10

Valores ponderados de preguntas 4, 6, 7, 10, 11, 17, 44

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,90 |
| APES 2 | 0,67 |
| APES 3 | 0,90 |
| APES 4 | 0,81 |
| APES 5 | 0,79 |
| GLOBAL | 0,81 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S11. SUBHIPÓTESIS 11: El Área de RRHH dispone de sistemas de información donde se recoge, procesa y presenta la información pertinente.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 9, 10, 19, 28, 29, 30, 31, 32 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|-------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P9- Señale qué tipo de información incluida en el Cuadro de Mando Integral (CMI), se envía periódicamente a la Dirección del Centro. 1- Financiera (Presupuesto y Costes) SI / NO 2- Jurídica del Personal SI / NO 3- Plantillas y Efectivos (Centro y Unidades) SI / NO 4- Selección y contratación del Personal SI / NO 5- Otros (especificar en Comentarios) SI / NO 6- Ninguna de las anteriores. SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Ninguna | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,10 |
| | 1 tipo Inform | 0,3333 | | 0% | |
| | 2 - 3 tipos Inform. | 0,6667 | | 60% | |
| | 4 - 5 tipos Inform. | 1,0000 | | 40% | |
| | | | | | |
| P10- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección de RRHH y los responsables Clínicos para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.): 1- Semanal/Mensual 2- Trimestral/Semestral 3- Anual 4- Nunca (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,12 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 80% | |
| | | | | | |
| P19- ¿Qué porcentaje de Responsables y Cargos Intermedios del Área de RRHH conocen los objetivos globales del Centro, tanto asistenciales como no asistenciales?: 1- Entre el 85% y 100% 2- Entre el 70% y el 85% 3- Entre el 50% y el 70% 4- Menos del 50% (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,13 | 40% | 0,07 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |
| | | | | | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 9, 10, 19, 28, 29, 30, 31, 32 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P28- Indique si existen en el Centro, registros para poder comprobar y detectar de manera inmediata a los profesionales afectados por: 1- Cambios de puestos de Trabajo (Unidades/Servicios) SI / NO 2- Cambios de turnos y horarios de trabajo. SI / NO 3- Cambios de retribuciones SI / NO 4- Cambios en vinculación jurídica/ relación laboral SI / NO 5- Cambios en la composición de Unidades/Servicios SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Nº Respuestas SI: 0 | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,11 |
| | Nº Respuestas SI : Al menos 1 | 0,5000 | | 20% | |
| | Nº Respuestas SI : Al menos 4 | 1,0000 | | 80% | |
| P29- ¿Qué personal (Directivo, Cargo Intermedio, Responsable Unidad, Profesional Unidad) participa en el análisis de cada uno de los siguientes cambios relacionados con el Área de RRHH del Centro?: 1- Cambios en el número de trabajadores a asignar a las distintas Unidades del Área de RRHH: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 2- Cambios en los procedimientos de trabajo : Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 3- Cambios en los sistemas de información: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 4- Cambios en la formación y conocimientos requeridos para el trabajo: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Baja participación de C.I y profesionales (Combinaciones de respuestas distintas de las dos siguientes) | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,10 |
| | Alta Participación de Cargos Intermed. en al menos 3 tipos cambios | 0,5000 | | 40% | |
| | Alta Participación de Cargos Intermed. Y Profesionales en al menos 3 tipos cambios | 1,0000 | | 60% | |
| P30- Indique, según su opinión, en qué grado se concretan las siguientes afirmaciones en el Área de RRHH de su Centro: 1- El personal directivo recibe información pertinente y oportuna (en plazo) del Área de RRHH para la toma de decisiones. Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo 2- La información de RRHH se facilita con el detalle adecuado para los distintos niveles de gestión (directivo; cargos intermedios/responsables; técnico/operativo). Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo 3- La información de RRHH se resume adecuadamente, siendo pertinente y permitiendo la inspección minuciosa de los detalles cuando es necesario. Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Alguna respuesta con nivel : Muy Bajo | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,08 |
| | Todas las Respuestas: Muy Alto ó Alto ó Medio ó Bajo | 0,3333 | | 20% | |
| | Todas las Respuestas: Muy Alto ó Alto | 0,6667 | | 60% | |
| | Todas las Respuestas: Muy Alto | 1,0000 | | 20% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 9, 10, 19, 28, 29, 30, 31, 32 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P31- ¿Tiene el Centro implantado un Cuadro de Mando Integral (CMI)? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) ¿Con qué periodicidad se entrega dicho CMI al personal directivo y/o cargo intermedio Anual / Semestral / Trimestral / Mensual ó inferior / No se entrega (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene CMI | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,13 |
| | Entrega Anual / Semestral | 0,3333 | | 0% | |
| | Entrega Trimestral | 0,6667 | | 0% | |
| | Entrega Mensual ó inferior | 1,0000 | | 100% | |
| P32- Indique si el CMI de su Centro incorpora Información relativa al Área de RRHH, relacionada con: 1- Selección /Contratación de profesionales SI / NO 2- Nóminas/Retribuciones de profesionales SI / NO 3- Presupuesto /Gestión económica del Gasto de Personal SI / NO 4- Prevención Riesgos laborales y Salud Laboral SI / NO 5- Efectivos y dotación de Plantilla SI / NO 6- Formación SI / NO 7- Otros SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Ninguna | 0,0000 | 0,13 | 0% | 0,09 |
| | 1 - 2 tipos Inform. | 0,3333 | | 0% | |
| | 3 - 4 tipos Inform. | 0,6667 | | 80% | |
| | 5 - 7 tipos Inform. | 1,0000 | | 20% | |
| | VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 11 | | | 0,80 | |

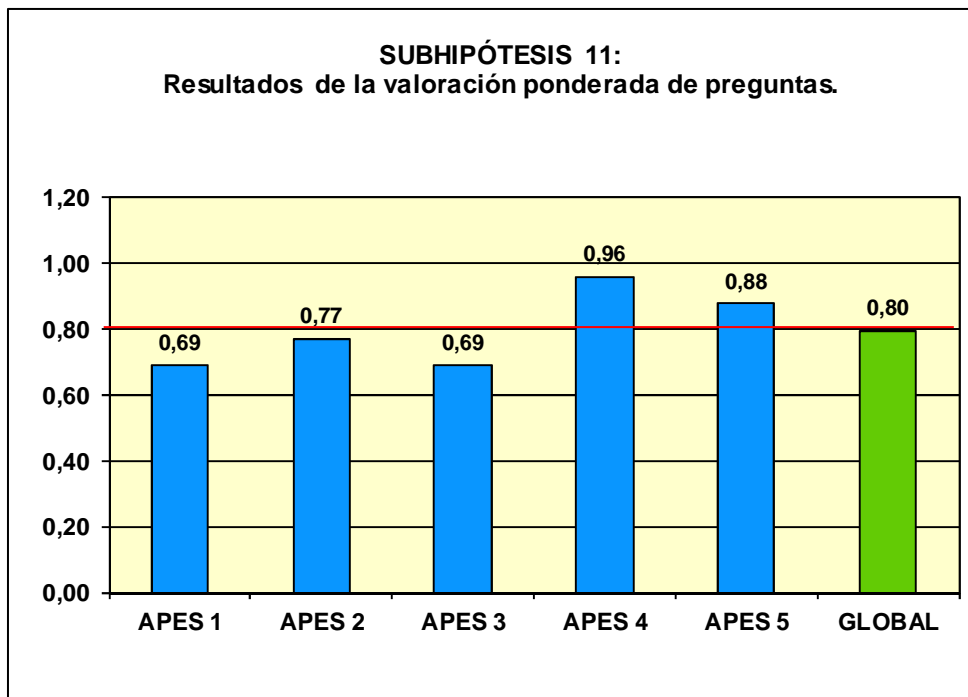
Fuente: Elaboración Propia



GRÁFICO 7.S11: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 11

Valores ponderados de preguntas 9, 10, 19, 28, 29, 30, 31, 32

| | |
|---------------|-------------|
| APES 1 | 0,69 |
| APES 2 | 0,77 |
| APES 3 | 0,69 |
| APES 4 | 0,96 |
| APES 5 | 0,88 |
| GLOBAL | 0,80 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S12. SUBHIPÓTESIS 12: La comunicación en el Área de RRHH cubre las expectativas y responsabilidades de individuos y grupos.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 2, 4, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 40 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P2- ¿Existe encuesta de satisfacción u otro modelo estandarizado que permita valorar la percepción que los clientes internos y resto de agentes que interactúan con el Área de RRHH del Centro, tienen de los profesionales de la misma? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicha encuesta o modelo normalizado. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,11 | 80% | 0,01 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 20% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P4- El Área de RRHH del Centro tiene establecidos por escrito los conocimientos, habilidades y actitudes de los puestos de trabajo, que permitan realizar adecuadamente las tareas encomendadas para la consecución de los objetivos en: - Más del 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 60 y el 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 40 y el 60% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Menos del 40% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Menos del 40% | 0,0000 | 0,11 | 20% | 0,09 |
| | Entre el 40 y 60% | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre el 60 y 80% | 0,6667 | | 0% | |
| | Más del 80% | 1,0000 | | 80% | |
| P31- ¿Tiene el Centro implantado un Cuadro de Mando Integral (CMI)? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) ¿Con qué periodicidad se entrega dicho CMI al personal directivo y/o cargo intermedio Anual / Semestral / Trimestral / Mensual ó inferior / No se entrega (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene CMI | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Entrega Anual / Semestral | 0,3333 | | 0% | |
| | Entrega Trimestral | 0,6667 | | 0% | |
| | Entrega Mensual ó inferior | 1,0000 | | 100% | |

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 2, 4, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 40 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P33- Indique, según su opinión, qué porcentaje de Directivos y Cargos Intermedios de Unidades/Servicios Asistenciales tienen conocimientos e información adecuada sobre la normativa, procedimientos etc., que afectan a las grandes áreas de Personal: Selección, Retribuciones, Prevención Riesgos Laborales, Formación etc. 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% (Marque con un círculo la respuesta elegida) Comentarios: | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,09 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 60% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |
| P34- Indique qué porcentaje de profesionales del Área de RRHH del Centro tienen establecidos y conocen los objetivos de su Unidad/Servicio así como sus propios objetivos individuales: 1- Todo el personal 2- Entre el 75% y el 100% 3- Entre el 50% y el 75% 4- Entre el 25% y el 50% 5- Menos del 25% 6- Ningún profesional (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 6 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Respuestas Punto: 4 - 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 2 - 3 | 0,6667 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 100% | |
| P35- ¿Desde cuándo tiene implantado el Centro un sistema de evaluación del rendimiento de los profesionales?: 1- Más de 10 años 2- Entre 6 y 10 años 3- Entre 2 y 5 años 4- No tiene implantado ningún sistema (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene implantado | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Menos de 2 años | 0,3333 | | 0% | |
| | Entre 2 y 5 años | 0,6667 | | 0% | |
| | Entre 6 y 10 // Más de 10 | 1,0000 | | 100% | |

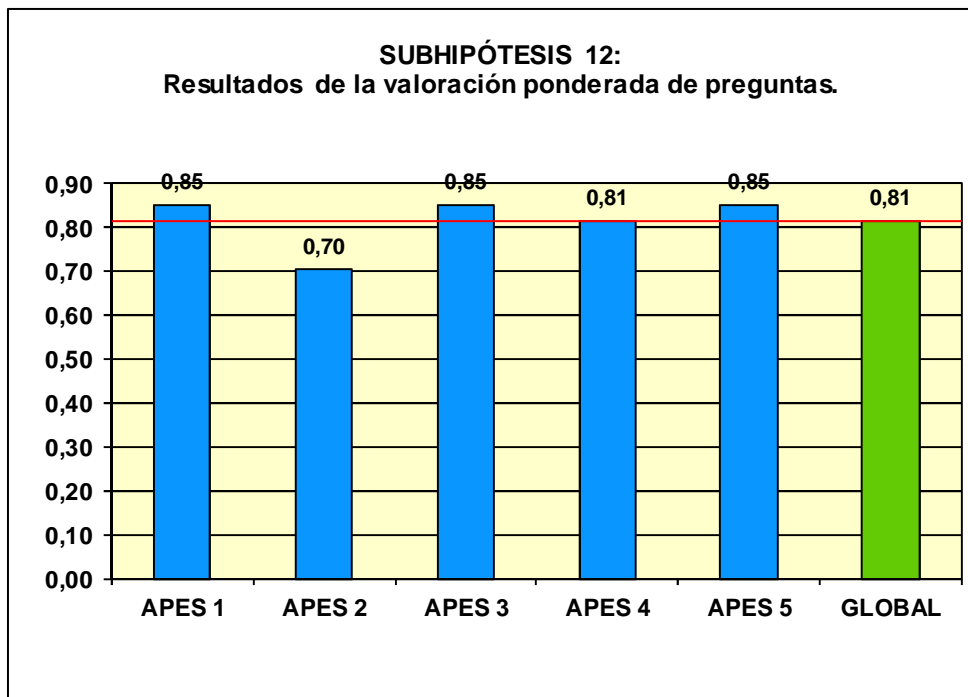
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 2, 4, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 40 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P36- Indique que mecanismos existen en el Área de RRHH del Centro, para que los profesionales puedan aportar sus recomendaciones de mejora, que les permita avanzar en la calidad y eficiencia del servicio que prestan. 1- Buzón de sugerencias 2- Círculos de Calidad 3- Informe que aporta el profesional con las recomendaciones 4- Entrevista personal con Responsable/Directivo 5- Otros 6- No existen mecanismos (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 6 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,11 |
| | Respuesta Punto: 5 | 0,5000 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1,2 ,3 ó 4 | 1,0000 | | 100% | |
| P37- ¿Qué porcentaje de las recomendaciones de mejora aportadas por los profesionales del Área de RRHH se han puesto en marcha en los últimos dos años?: 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,08 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 40% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |
| P40- ¿Qué profesionales del Área de RRHH participan en el análisis del Informe de Recomendaciones emitido por Auditores / Interventores, con el fin de mejorar y fortalecer los controles internos?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área SI / NO 4- Otros SI / NO 5- No se realizan dichos análisis SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No se realizan dichos análisis | 0,0000 | 0,11 | 0% | 0,10 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 40% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 60% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 12 | | | | | 0,81 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S12: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 12

Valores ponderados de preguntas 2, 4, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 40

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,85 |
| APES 2 | 0,70 |
| APES 3 | 0,85 |
| APES 4 | 0,81 |
| APES 5 | 0,85 |
| GLOBAL | 0,81 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S13. SUBHIPÓTESIS 13: El Centro realiza una Supervisión continuada del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 38, 39, 40, 41, 44, 45 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P38- Indique si la Dirección lleva a cabo las siguientes actuaciones para verificar y controlar que los procesos del área de RRHH (contratación, nóminas, salud laboral etc.) se realizan de forma adecuada: 1- Contrasta la información aportada por terceros, (Responsables Clínicos y no clínicos, Profesionales de RRHH) con la información generada por los Sistemas de Información de la Organización. SI / NO 2- La Dirección encarga a un Equipo de profesionales propios ó ajenos al Área de RRHH que lleven a cabo dicha verificación SI / NO 3- Encarga a los propios profesionales del Área de RRHH que dejen constancia mediante firma/visé que han verificado/revisado sus propias actuaciones. SI / NO 4- Otros 5- No utiliza ningún método (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No utiliza ningún método | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,13 |
| | Una Respuesta SI | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos Respuestas SI | 0,6667 | | 60% | |
| | Tres Respuestas SI | 1,0000 | | 40% | |
| P39- ¿Qué profesionales analizan y revisan los controles (autorizaciones, firmas, cumplimentación documental, registros de datos, plazos, protocolos etc.) que deben implantarse para prevenir la aparición de problemas de funcionamiento en el Área de RRHH?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área donde se detecta el problema. SI / NO 4- Profesionales del Área ajenas al problema. SI / NO 5- Otros SI / NO 6- No se realizan dichos análisis SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No se realizan dichos análisis | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,17 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 0% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 100% | |
| | | | | | |
| P40- ¿Qué profesionales del Área de RRHH participan en el análisis del Informe de Recomendaciones emitido por Auditores / Interventores, con el fin de mejorar y fortalecer los controles internos?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área SI / NO 4- Otros SI / NO 5- No se realizan dichos análisis SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No se realizan dichos análisis | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,14 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 40% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 60% | |
| | | | | | |

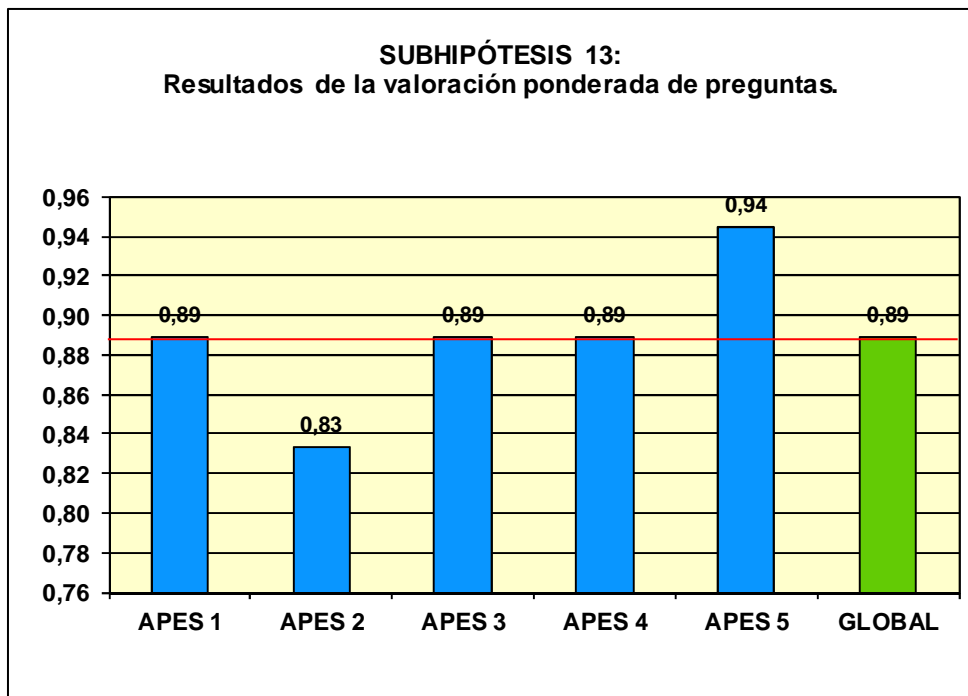
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 38, 39, 40, 41, 44, 45 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPÓTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|----------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P41- En relación con la última Auditoría realizada al Área de RRHH, el informe indicaba: 1- Que cumplía con todos los requisitos de control interno y por tanto no era necesaria ninguna actuación de mejora. 2- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento y han dado resultados positivos. 3- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento pero no han producido los resultados esperados. 4- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que no se han puesto en funcionamiento. 5- Ninguna de las anteriores 6- No se ha realizado ninguna Auditoría al Área de RRHH (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 ó 6 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,17 |
| | Respuestas Punto: 4 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,6667 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 ó 2 | 1,0000 | | 100% | |
| P44- Indique en qué medida, existe una adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH, evitando la concentración de competencias en las mismas personas que pudiera poner en riesgo el equilibrio y eficacia del control interno (separación de las funciones de autorización, ejecución, aprobación y registro de transacciones). (Puntúe entre 0 = En absoluto adecuada a 10 = Totalmente adecuada. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Marque con un círculo el valor elegido) | Grado Adecuación= 0, 1, 2 | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,11 |
| | Grado Adecuación= 3, 4, 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | Grado Adecuación= 6, 7, 8 | 0,6667 | | 100% | |
| | Grado Adecuación= 9, 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P45- Existe en el Centro, una Unidad/Departamento/Servicio que lleve a cabo la Supervisión del Sistema de Control Interno? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas: NO | 0,0000 | 0,17 | 0% | 0,17 |
| | Respuestas: SI | 1,0000 | | 100% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 13 | | | | | 0,89 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S13: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 13

Valores ponderados de preguntas 38, 39, 40, 41, 44, 45

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,89 |
| APES 2 | 0,83 |
| APES 3 | 0,89 |
| APES 4 | 0,89 |
| APES 5 | 0,94 |
| GLOBAL | 0,89 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S14. SUBHIPÓTESIS 14: El Centro realiza evaluaciones puntuales del sistema de control interno del Área de Recursos Humanos.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 39, 40, 41, 42 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P39- ¿Qué profesionales analizan y revisan los controles (autorizaciones, firmas, cumplimentación documental, registros de datos, plazos, protocolos etc.) que deben implantarse para prevenir la aparición de problemas de funcionamiento en el Área de RRHH?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área donde se detecta el problema. SI / NO 4- Profesionales del Área ajenas al problema. SI / NO 5- Otros SI / NO 6- No se realizan dichos análisis SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No se realizan dichos análisis | 0,0000 | 0,25 | 0% | 0,25 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 0% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 100% | |
| | | | | | |
| P40- ¿Qué profesionales del Área de RRHH participan en el análisis del Informe de Recomendaciones emitido por Auditores / Interventores, con el fin de mejorar y fortalecer los controles internos?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área SI / NO 4- Otros SI / NO 5- No se realizan dichos análisis SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No se realizan dichos análisis | 0,0000 | 0,25 | 0% | 0,22 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 40% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 60% | |
| | | | | | |



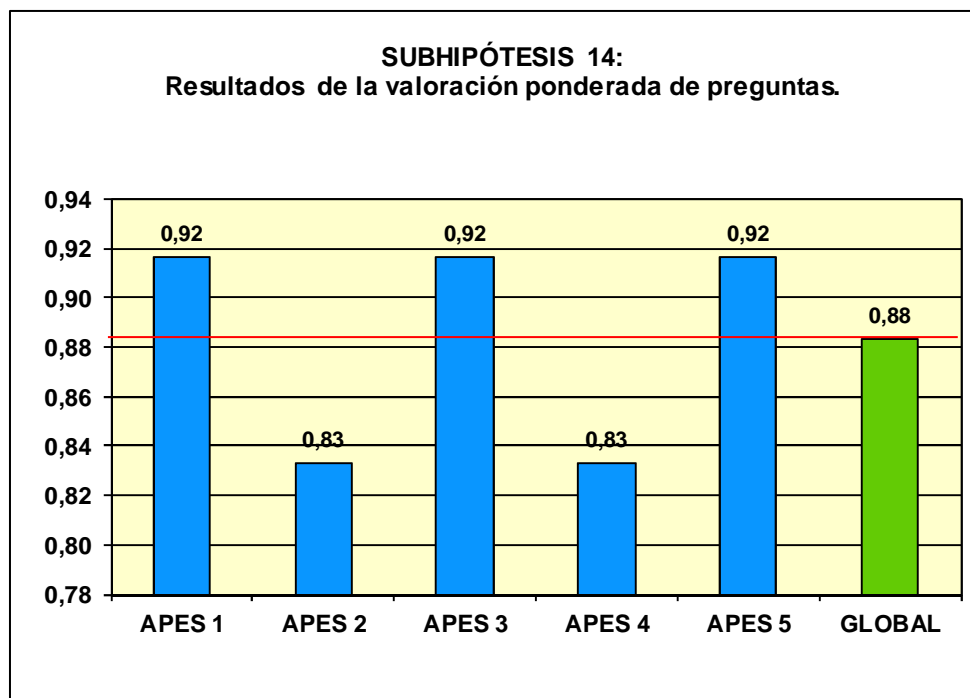
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 39, 40, 41, 42 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|----------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P41- En relación con la última Auditoría realizada al Área de RRHH, el informe indicaba: 1- Que cumplía con todos los requisitos de control interno y por tanto no era necesaria ninguna actuación de mejora. 2- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento y han dado resultados positivos. 3- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento pero no han producido los resultados esperados. 4- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que no se han puesto en funcionamiento. 5- Ninguna de las anteriores 6- No se ha realizado ninguna Auditoría al Área de RRHH (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 5 ó 6 | 0,0000 | 0,25 | 0% | 0,25 |
| | Respuestas Punto: 4 | 0,3333 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,6667 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1 ó 2 | 1,0000 | | 100% | |
| | | | | | |
| P42- De los siguientes aspectos relacionados con el Control Interno, señalen los que están incluidos en los objetivos anuales del Área de Recursos Humanos: - Evaluación de las Reclamaciones Laborales. - Evaluación de las Demandas judiciales - Aportaciones realizadas por los profesionales para las mejoras de procesos - Cumplimiento de los plazos administrativos legalmente establecidos - Elaboración y/o Revisión de protocolos - Evaluación de las Reclamaciones/Quejas contra profesionales de RRHH - Otros - Ninguno de los anteriores (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | Ningún Aspecto | 0,0000 | 0,25 | 0% | 0,17 |
| | Uno ó dos aspectos | 0,3333 | | 0% | |
| | Treso ó cuatro aspectos | 0,6667 | | 100% | |
| | Cinco ó más aspectos | 1,0000 | | 0% | |
| | | | | | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 14 | | | | | 0,88 |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S14: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPOTESIS 14

Valores ponderados de preguntas 39, 40, 41, 42

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,92 |
| APES 2 | 0,83 |
| APES 3 | 0,92 |
| APES 4 | 0,83 |
| APES 5 | 0,92 |
| GLOBAL | 0,88 |



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7.S15. SUBHIPÓTESIS 15: La Dirección del Centro conoce las posibles deficiencias de control interno que se produzcan en el Área de Recursos Humanos.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 2, 36, 37, 39, 43 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P2- ¿Existe encuesta de satisfacción u otro modelo estandarizado que permita valorar la percepción que los clientes internos y resto de agentes que interactúan con el Área de RRHH del Centro, tienen de los profesionales de la misma? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicha encuesta o modelo normalizado. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0,0000 | 0,20 | 80% | 0,03 |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,3333 | | 0% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 0,6667 | | 20% | |
| | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 1,0000 | | 0% | |
| P36- Indique que mecanismos existen en el Área de RRHH del Centro, para que los profesionales puedan aportar sus recomendaciones de mejora, que les permita avanzar en la calidad y eficiencia del servicio que prestan. 1- Buzón de sugerencias 2- Círculos de Calidad 3- Informe que aporta el profesional con las recomendaciones 4- Entrevista personal con Responsable/Directivo 5- Otros 6- No existen mecanismos (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 6 | 0,0000 | 0,20 | 0% | 0,20 |
| | Respuesta Punto: 5 | 0,5000 | | 0% | |
| | Respuestas Punto: 1,2 ,3 ó 4 | 1,0000 | | 100% | |



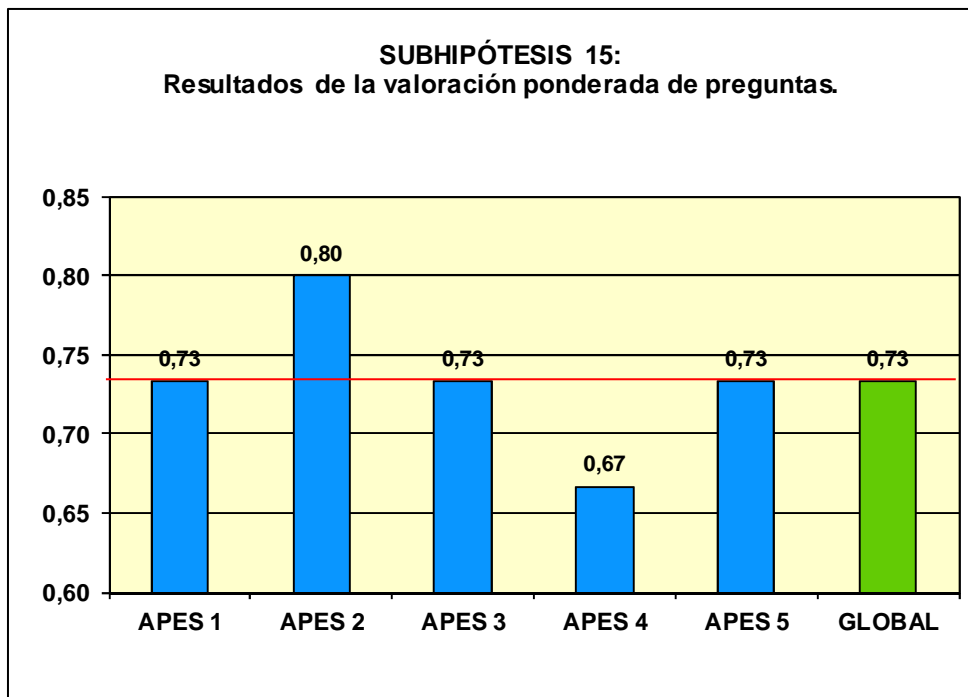
| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO: 2, 36, 37, 39, 43 | CATEGORÍA DE RESPUESTAS | VALOR ASIGNADO A CATEGORÍAS | PONDERACIÓN DE LA PREGUNTA PARA SUBHIPOTESIS | PORCENTAJE OBTENIDO | PONDERACIÓN |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-------------|
| P37- ¿Qué porcentaje de las recomendaciones de mejora aportadas por los profesionales del Área de RRHH se han puesto en marcha en los últimos dos años?: 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Respuestas Punto: 4 | 0,0000 | 0,20 | 0% | 0,15 |
| | Respuestas Punto: 3 | 0,3333 | | 20% | |
| | Respuestas Punto: 2 | 0,6667 | | 40% | |
| | Respuestas Punto: 1 | 1,0000 | | 40% | |
| P39- ¿Qué profesionales analizan y revisan los controles (autorizaciones, firmas, cumplimentación documental, registros de datos, plazos, protocolos etc.) que deben implantarse para prevenir la aparición de problemas de funcionamiento en el Área de RRHH?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área donde se detecta el problema. SI / NO 4- Profesionales del Área ajenas al problema. SI / NO 5- Otros SI / NO 6- No se realizan dichos análisis SI / NO (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No se realizan dichos análisis | 0,0000 | 0,20 | 0% | 0,20 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 0% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 100% | |
| P43- Cuando se presentan deficiencias de Control Interno relacionadas con RRHH, indique qué personas participan en su análisis, concreción de medidas correctoras y evaluación de la aplicación de las mismas: 1- Análisis Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales 2- Concreción de medidas Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales 3- Evaluación Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales (Marque con un círculo las respuestas elegidas) | No participa nadie | 0,0000 | 0,20 | 0% | 0,16 |
| | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0,3333 | | 0% | |
| | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 0,6667 | | 60% | |
| | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 1,0000 | | 40% | |
| VALORACIÓN SUBHIPÓTESIS 15 | | | | 0,73 | |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 7.S15: RESULTADOS POR CENTROS DE LA EVALUACIÓN SUBHIPÓTESIS 15

Valores ponderados de preguntas 2, 36, 37, 39, 43

| | |
|--------|------|
| APES 1 | 0,73 |
| APES 2 | 0,80 |
| APES 3 | 0,73 |
| APES 4 | 0,67 |
| APES 5 | 0,73 |
| GLOBAL | 0,73 |



Fuente: Elaboración Propia

La siguiente tabla muestra, a modo de resumen, el grado de cumplimiento de las subhipótesis objeto de análisis por parte de las Agencias Públicas Sanitarias:

Tabla 7.23. Porcentaje de Cumplimiento de las Subhipótesis

| SUBHIPÓTESIS | PONDERACIÓN (Valoración Subhipótesis) | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|--------------|---|-------------------------------|
| S1 | 0,76 | 76% |
| S2 | 0,85 | 85% |
| S3 | 0,79 | 79% |
| S4 | 0,78 | 78% |
| S5 | 0,93 | 93% |
| S6 | 0,8 | 80% |
| S7 | 0,75 | 75% |
| S8 | 0,82 | 82% |
| S9 | 0,86 | 86% |
| S10 | 0,81 | 81% |
| S11 | 0,8 | 80% |
| S12 | 0,81 | 81% |
| S13 | 0,89 | 89% |
| S14 | 0,88 | 88% |
| S15 | 0,73 | 73% |

Fuente: Elaboración Propia

7.3.2.2 Análisis de resultados por preguntas

Los resultados por pregunta se muestran mediante cuadros y gráficos con el siguiente detalle:

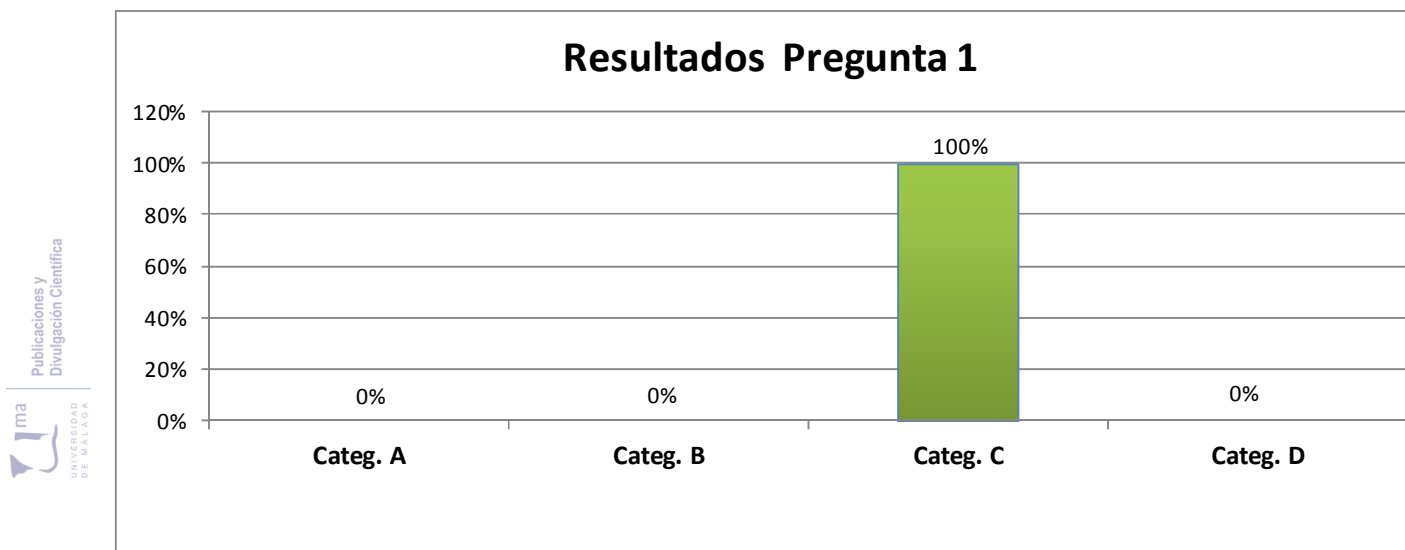
a) Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada para cada pregunta:

- Primera Columna: Definición completa de la pregunta incluida en el Cuestionario II.
- Segunda Columna: Catalogación de las categorías de respuestas
- Tercera Columna: Descripción de las distintas respuestas incluidas en cada categoría de respuestas
- Cuarta Columna: Porcentaje de APES cuyas respuestas se ubican en cada categoría de respuestas fijadas.

b) Se presenta un gráfico para cada pregunta que sirve para tener una visión del porcentaje de APES que se ubican en cada categoría de respuestas según lo contestado en sus respectivos cuestionarios.

Gráfico 7.P1: Resultados Pregunta 1

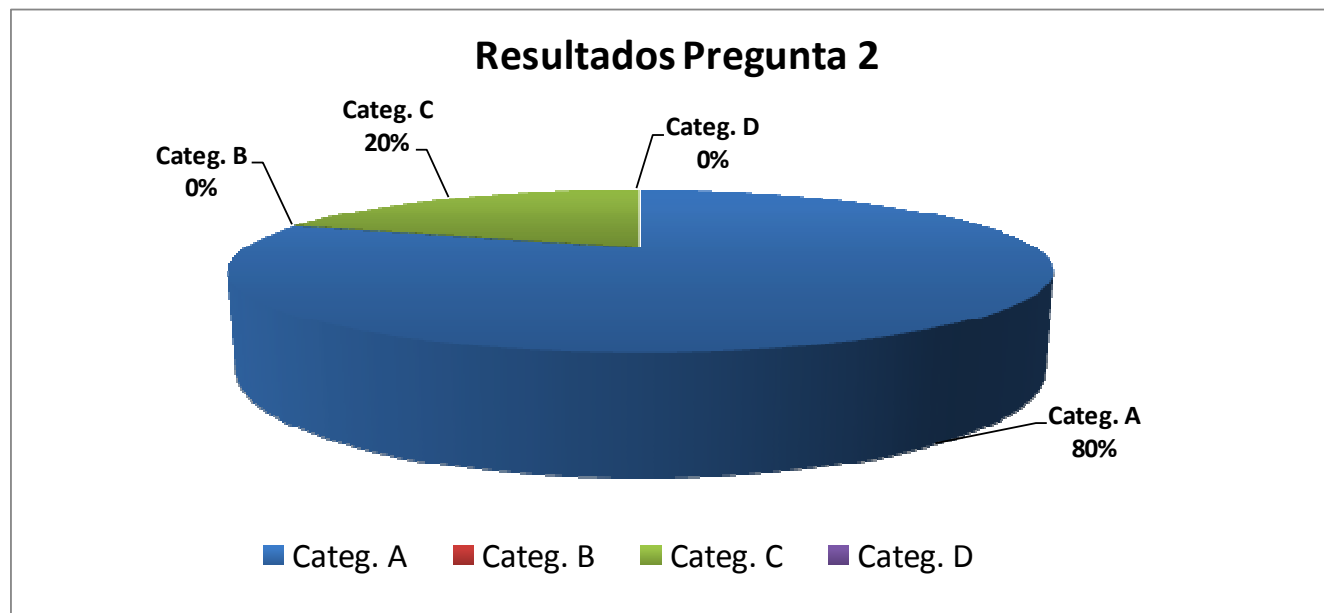
| PREGUNTA 1 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|---|------------|
| <p>P1- ¿Existe en la Organización algún Manual, Código de Conducta, Código ó Normas de estilo u otro, que recoja los valores de integridad, éticos y de responsabilidad, aplicables a los profesionales y por ende, a los que trabajan en el Área de RRHH del Centro?</p> <p>En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicho Manual/ Código de Conducta/Normas de estilo entre los profesionales de ese Centro. (Marque con un círculo el valor elegido)</p> <p>Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> | Categ. A | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 | 0% |
| | Categ. B | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0% |
| | Categ. C | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 100% |
| | Categ. D | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 0% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P2: Resultados Pregunta 2

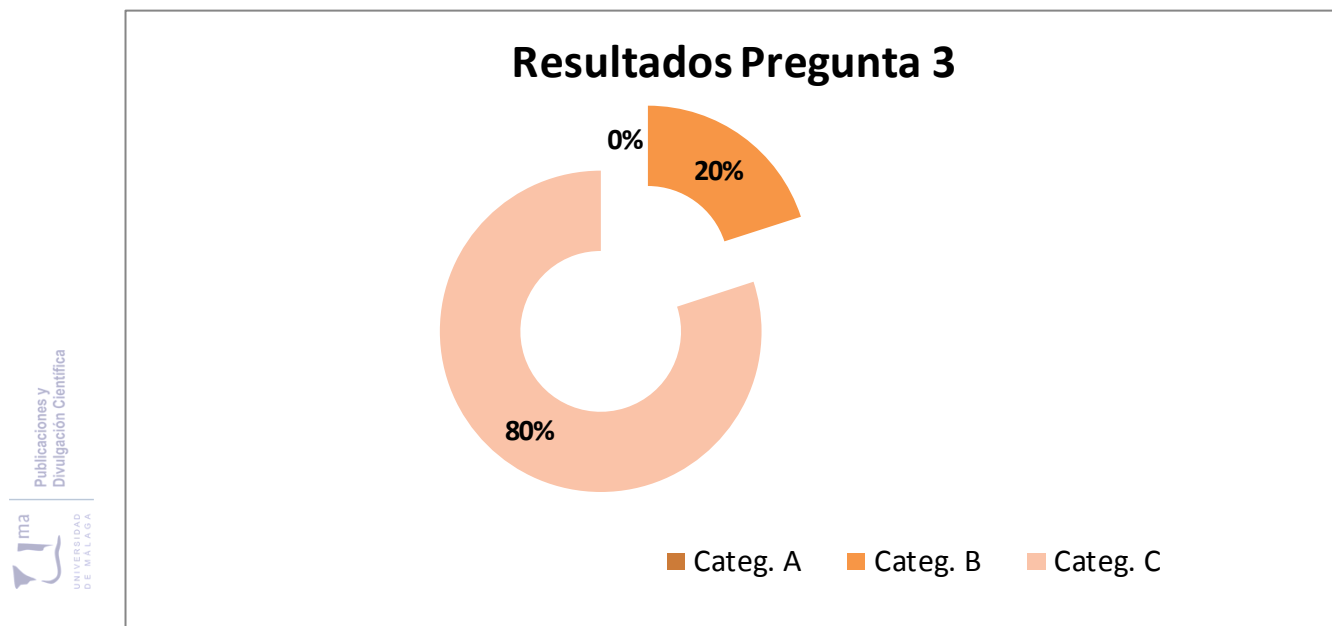
| PREGUNTA 2 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|--|---|------------|
| P2- ¿Existe encuesta de satisfacción u otro modelo estandarizado que permita valorar la percepción que los clientes internos y resto de agentes que interactúan con el Área de RRHH del Centro, tienen de los profesionales de la misma? En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicha encuesta o modelo normalizado. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | Categ. A NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif.) = 0 , 1 , 2 | 80,00% |
| | | Categ. B SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 | 0,00% |
| | | Categ. C SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 | 20,00% |
| | | Categ. D SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 | 0,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P3: Resultados Pregunta 3

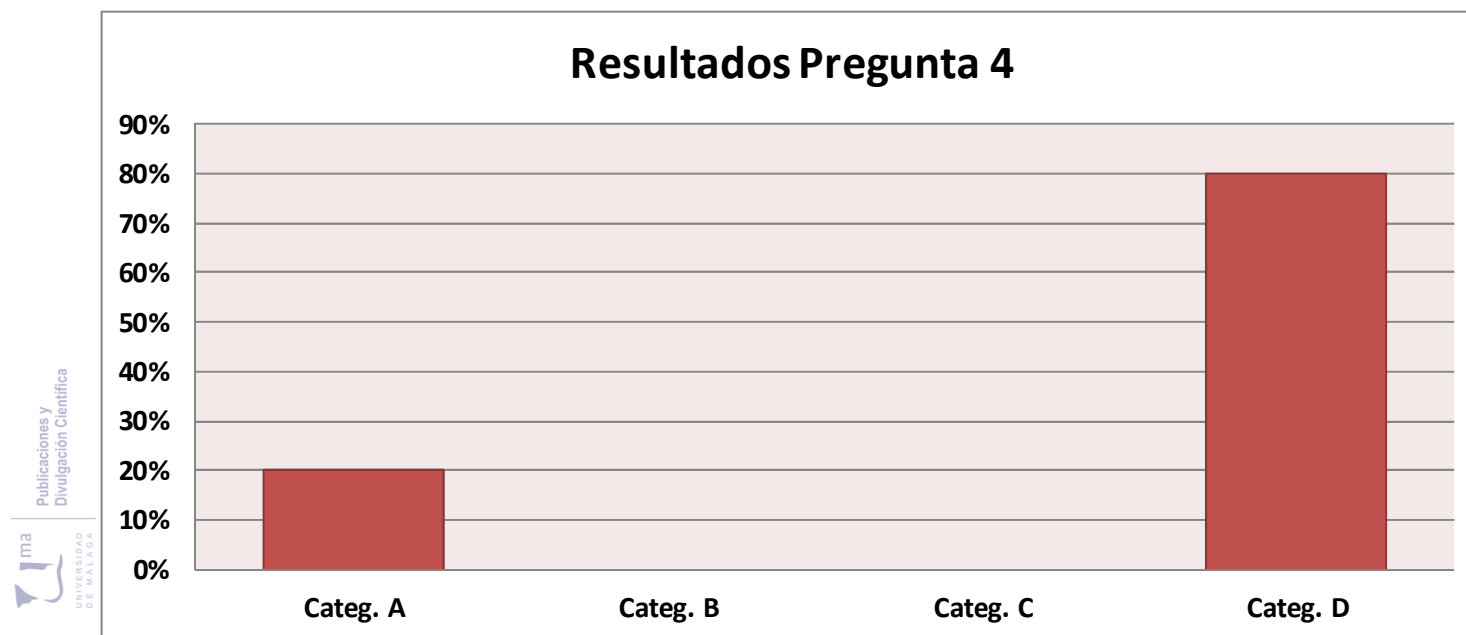
| PREGUNTA 3 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| P3- Cuando un trabajador del Área de RRHH del Centro falta a sus responsabilidades y lleva a cabo una conducta no adecuada en alguna de las actividades asignadas, la respuesta de la dirección es: 1. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades. 2. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades, avisándole de las posibles medidas correctivas y mejorando la formación en caso de ser necesaria. 3. Aplicar directamente las medidas correctivas. 4. No hay establecida ninguna respuesta predefinida. | Categ. A | Respuestas Punto: 3 , 4 0,00% |
| | Categ. B | Respuestas Punto: 1 20,00% |
| | Categ. C | Respuestas Punto: 2 80,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P4: Resultados Pregunta 4

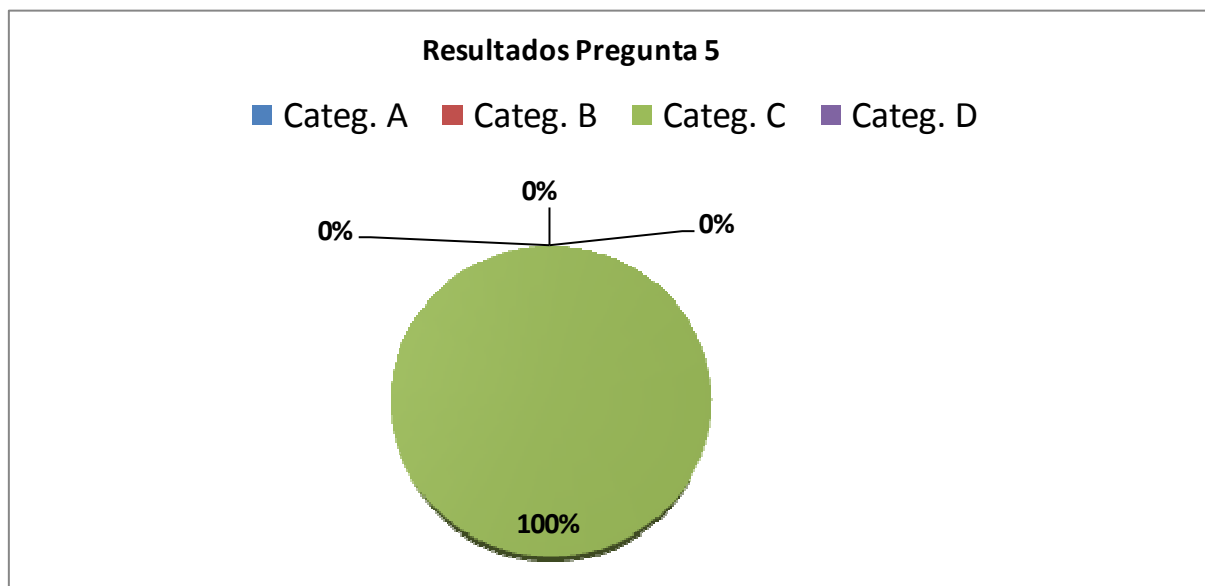
| PREGUNTA 4 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|-------------------|------------|
| P4- El Área de RRHH del Centro tiene establecidos por escrito los conocimientos, habilidades y actitudes de los puestos de trabajo, que permitan realizar adecuadamente las tareas encomendadas para la consecución de los objetivos en: <ul style="list-style-type: none"> - Más del 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 60 y el 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Entre el 40 y el 60% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. - Menos del 40% de los puestos de trabajo del Área de RRHH. (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Categ. A | Menos del 40% | 20,00% |
| | Categ. B | Entre el 40 y 60% | 0,00% |
| | Categ. C | Entre el 60 y 80% | 0,00% |
| | Categ. D | Más del 80% | 80,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P5: Resultados Pregunta 5

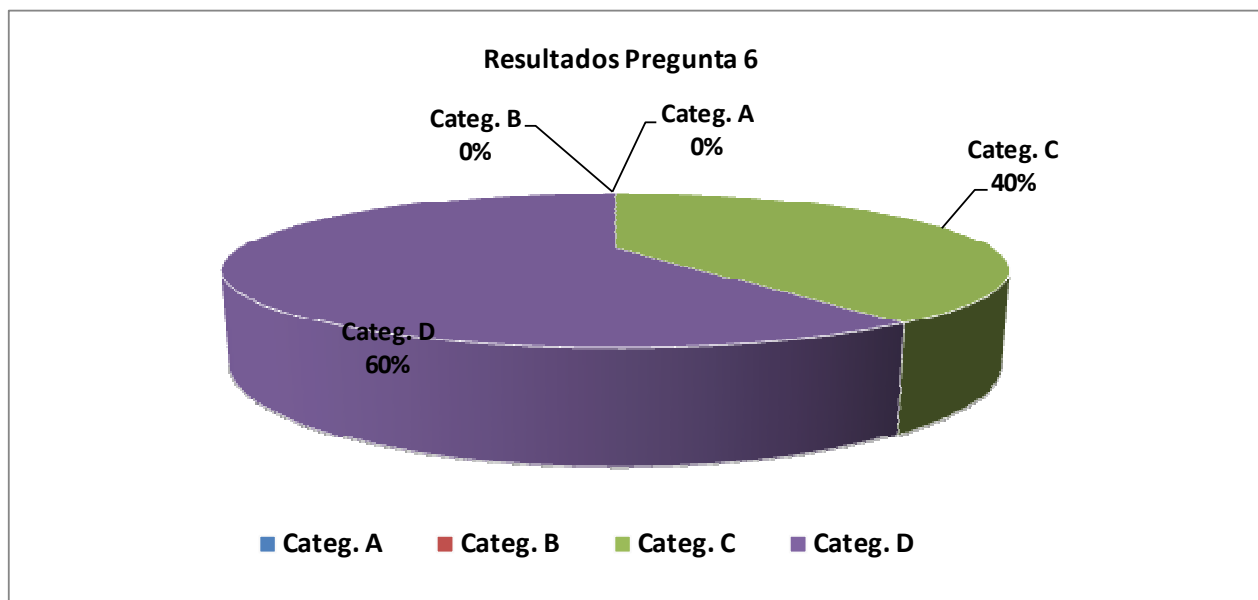
| PREGUNTA 5 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--|--|------------|
| P5- ¿Tiene el Centro establecido plan/manual de acogida para los profesionales de nueva incorporación? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicho Plan/Manual. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Dif) = 0 , 1 , 2 Categ. A | 0,00% |
| | | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 3 , 4 , 5 Categ. B | 0,00% |
| | | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 6 , 7 , 8 Categ. C | 100,00% |
| | | SI hay con valoración media(Cont+Dif.) = 9 , 10 Categ. D | 0,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P6: Resultados Pregunta 6

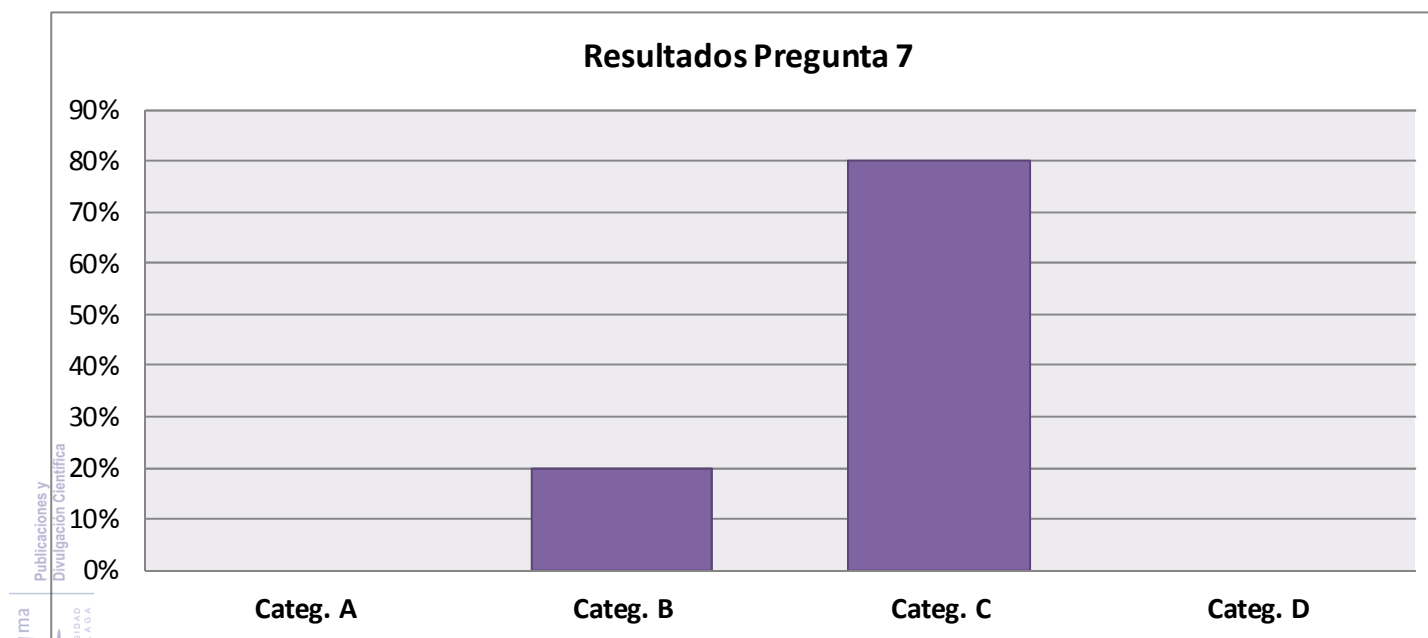
| PREGUNTA 6 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|--|------------|
| P6- ¿Existe un plan de formación del Centro, que incluye actividades formativas para los trabajadores del Área de RRHH del Centro que facilite la adquisición de conocimientos y habilidades? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido/adecuación de dicho Plan para cumplir con sus fines. (Marque con un círculo el valor elegido) Contenido/Adecuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Categ. A | NO hay ó SI hay con valoración media (Cont+Adec) = 0 , 1 , 2 | 0,00% |
| | Categ. B | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 3 , 4 , 5 | 0,00% |
| | Categ. C | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 6 , 7 , 8 | 40,00% |
| | Categ. D | SI hay con valoración media(Cont+Adec.) = 9 , 10 | 60,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P7: Resultados Pregunta 7

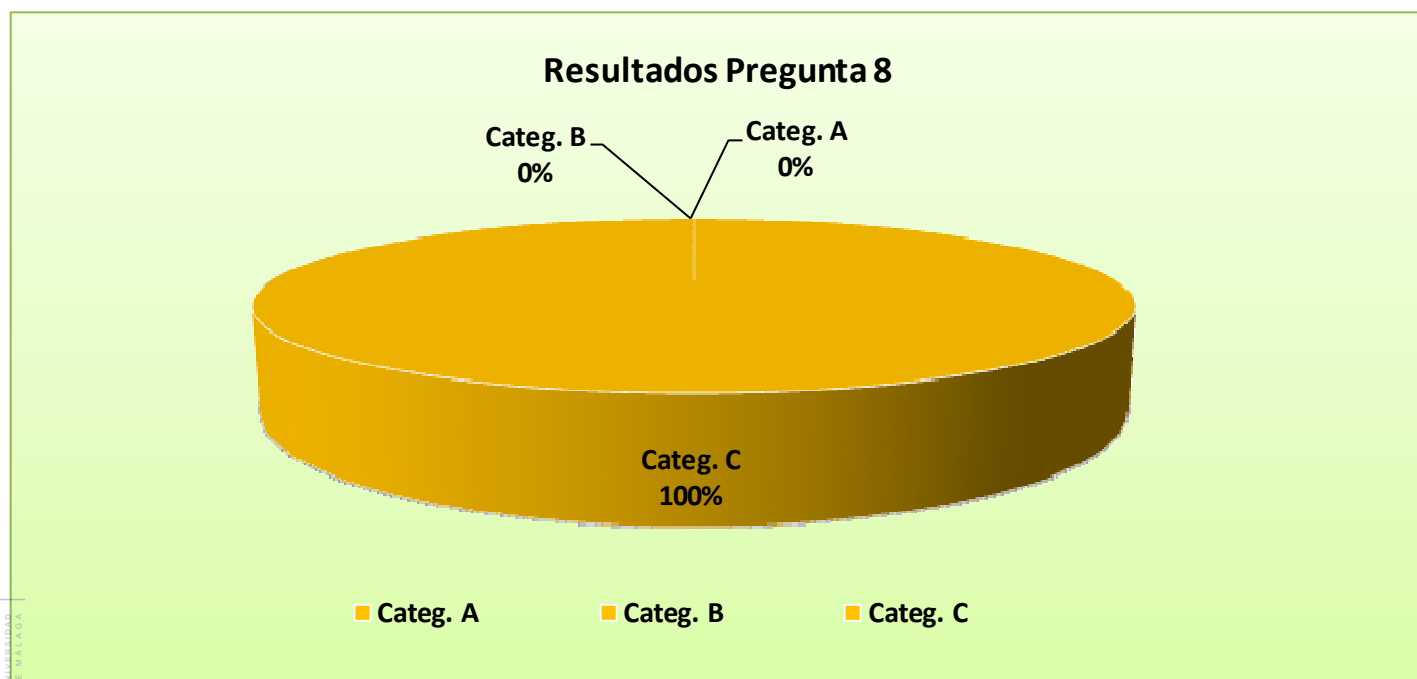
| PREGUNTA 7 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|-------------|------------|
| P7- ¿Cuántas actividades formativas de aprendizaje y/o reciclaje se han realizado, de media, para los profesionales del Área de RRHH del Centro, a lo largo de los dos últimos ejercicios? - Entre 1 y 3. - Entre 4 y 6. - Más de 6 - Ninguna | Categ. A | Ninguna | 0,00% |
| | Categ. B | Entre 1 y 3 | 20,00% |
| | Categ. C | Entre 4 y 6 | 80,00% |
| | Categ. D | Más de 6 | 0,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P8: Resultados Pregunta 8

| PREGUNTA 8 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|-------------------------------|------------|
| P8- Indique la periodicidad con la que es auditada el Área de RRHH del Centro. - Anuales - Semestral - No se realizan periódicamente - No se realizan | Categ. A | No se realizan | 0,00% |
| | Categ. B | No se realizan periódicamente | 0,00% |
| | Categ. C | Anual / Semestral | 100,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P9: Resultados Pregunta 9

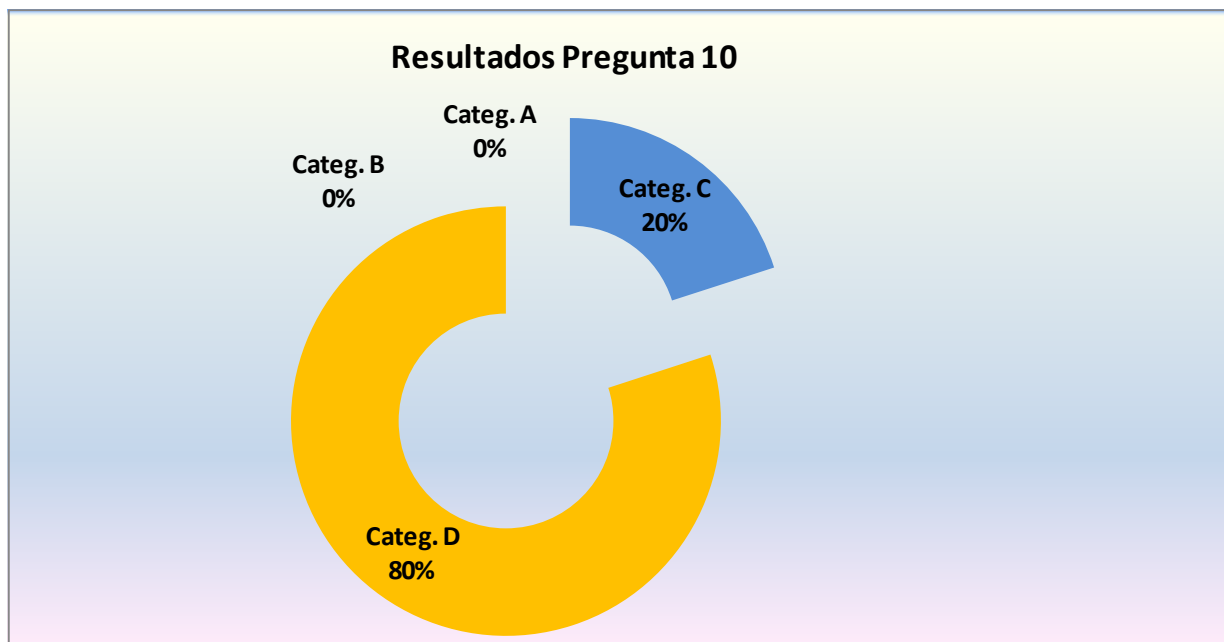
| PREGUNTA 9 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|---------|--------------------------|----------------------------|
| P9- Señale qué tipo de información incluida en el Cuadro de Mando Integral (CMI), se envía periódicamente a la Dirección del Centro. | | Categ. A | Ninguna 0,00% |
| 1- Financiera (Presupuesto y Costes) | SI / NO | Categ. B | 1 tipo Inform 0,00% |
| 2- Jurídica del Personal | SI / NO | Categ. C | 2 - 3 tipos Inform. 60,00% |
| 3- Plantillas y Efectivos (Centro y Unidades) | SI / NO | Categ. D | 4 - 5 tipos Inform. 40,00% |
| 4- Selección y contratación del Personal | SI / NO | | |
| 5- Otros (especificar en Comentarios) | SI / NO | | |
| 6- Ninguna de las anteriores. | SI / NO | | |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P10: Resultados Pregunta 10

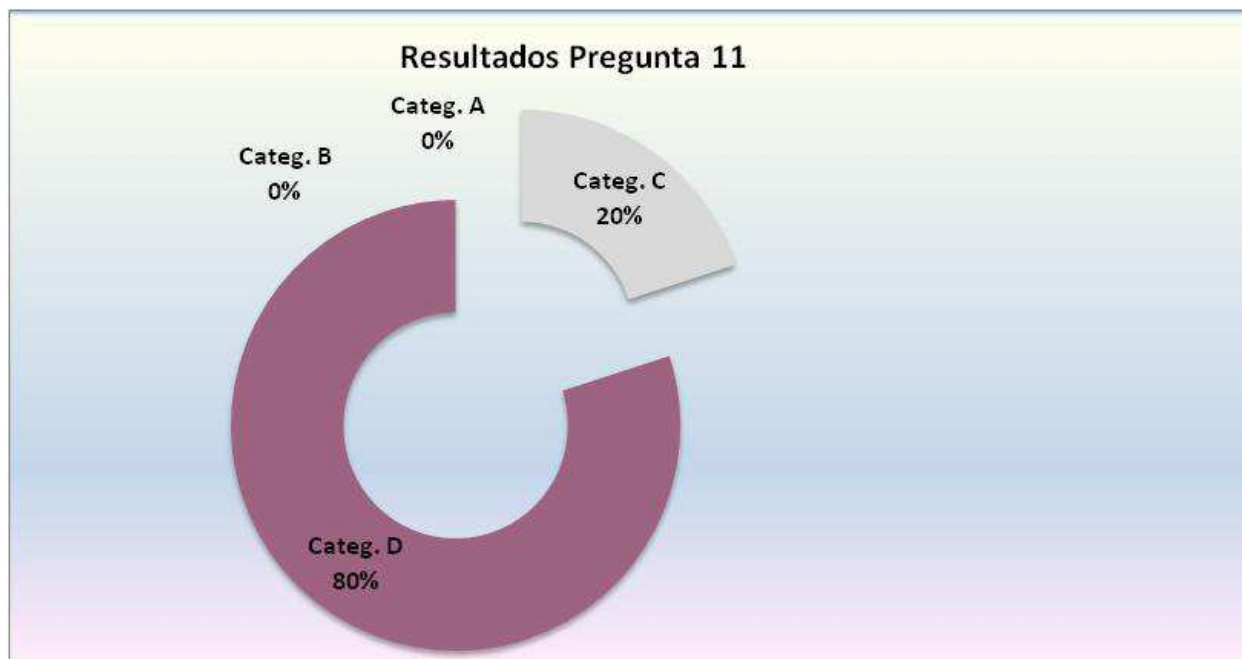
| PREGUNTA 10 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|---------------------|------------|
| P10- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección de RRHH y los responsables Clínicos para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.): 1- Semanal/Mensual 2- Trimestral/Semestral 3- Anual 4- Nunca (Marque con un círculo la respuesta elegida) | Categ. A | Respuestas Punto: 4 | 0,00% |
| | Categ. B | Respuestas Punto: 3 | 0,00% |
| | Categ. C | Respuestas Punto: 2 | 20,00% |
| | Categ. D | Respuestas Punto: 1 | 80,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P11: Resultados Pregunta 11

| PREGUNTA 11 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|---------------------|------------|
| P11- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección del Centro y sus Órganos superiores (Consejería de Salud) para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.): 1- Semanal/Mensual 2- Trimestral/Semestral 3- Anual 4- Nunca | Categ. A | Respuestas Punto: 4 | 0,00% |
| | Categ. B | Respuestas Punto: 3 | 0,00% |
| | Categ. C | Respuestas Punto: 2 | 20,00% |
| | Categ. D | Respuestas Punto: 1 | 80,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P12: Resultados Pregunta 12

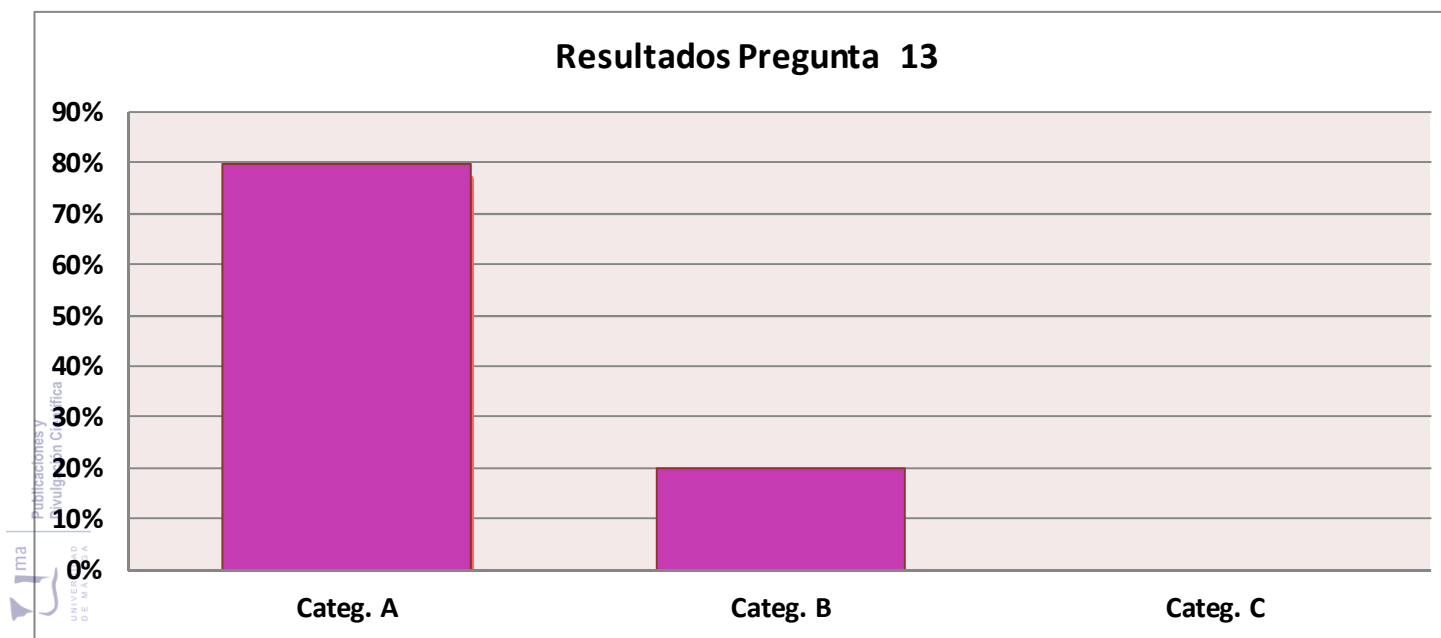
| PREGUNTA 12 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|-----------------|--------------------------|------------|
| P12- ¿Cuál es la antigüedad media en el Sistema Sanitario Público, de los Directivos y Cargos Intermedios del Área de RRHH del Centro? 1. => 5 años 2. => 3 años 3. < 1 año | Categ. A | < 1 año | 0,00% |
| | Categ. B | => 3 años | 0,00% |
| | Categ. C | < 1 año | 100,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P13: Resultados Pregunta 13

| PREGUNTA 13 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|--|------------|
| P13- Indique en qué medida los cargos intermedios y directivos del Área de RRHH del Centro prolongan su jornada laboral ordinaria para poder cumplir con sus responsabilidades. (0 = no prolongan a 5 = prolongan en exceso). 0 1 2 3 4 5 | Categ. A | Prolongan con valoración media = 4 , 5 | 80,00% |
| | Categ. B | Prolongan con valoración media = 2 , 3 | 20,00% |
| | Categ. C | Prolongan con valoración media = 0 , 1 | 0,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P14: Resultados Pregunta 14

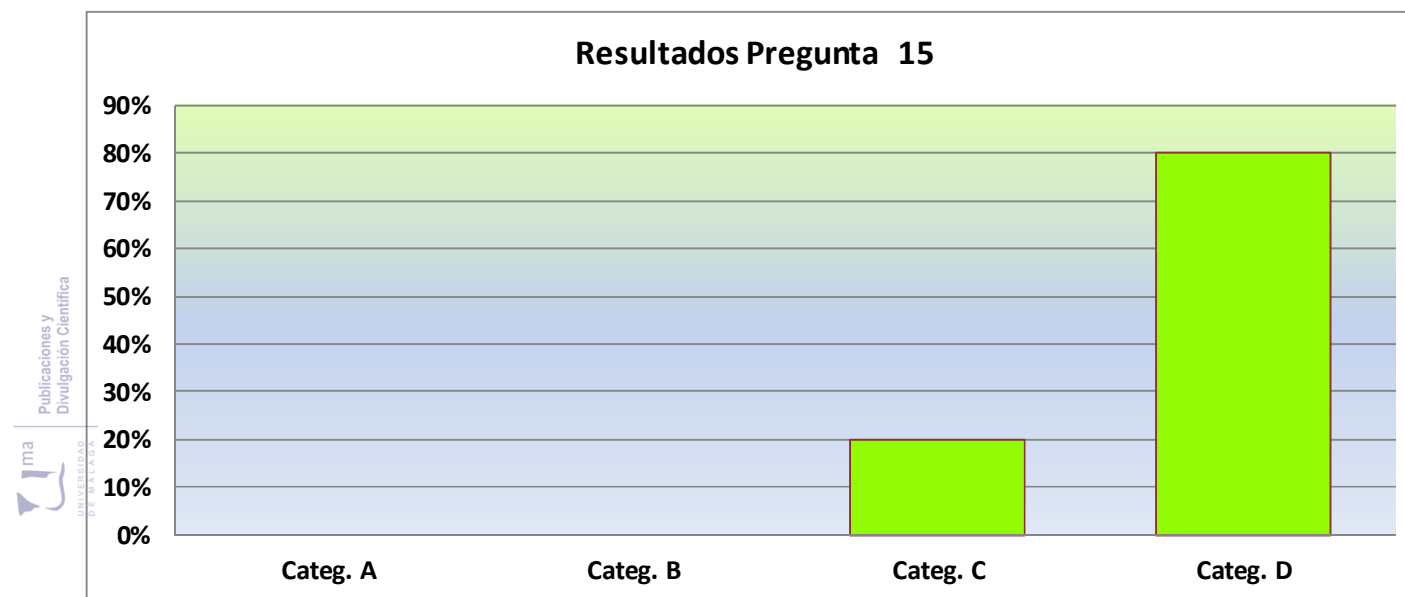
| PREGUNTA 14 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|---------------------|------------|
| P14- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más acorde con la política de su Centro, en relación con el Área de RRHH?: 1- Normalmente, los cargos intermedios tienen delegada la autoridad para la toma de decisiones en su ámbito. | Categ. A | Respuestas Punto: 2 | 0,00% |
| 2- Cualquier decisión del cargo intermedio debe ser previamente autorizada por la dirección. | Categ. B | Respuestas Punto: 1 | 100,00% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P15: Resultados Pregunta 15

| PREGUNTA 15 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--|--------------------------|--|
| P15- Indique si el Área de RRHH del Centro posee procedimientos escritos para la realización de las actividades/tareas relacionadas con los siguientes ámbitos: 1- Retribuciones del Personal SI / NO 2- Régimen Jurídico del Personal SI / NO 3- Plantillas (Efectivos y Jornada laboral) SI / NO 4- Selección y contratación del Personal SI / NO 5- Prevención Riesgos Laborales SI / NO 6- Formación SI / NO 7- Ninguna de las anteriores. SI / NO | | Categ. A | No hay Procedimientos 0% |
| | | Categ. B | SI hay Procedimientos en 1 ó 2 ámbitos 0% |
| | | Categ. C | SI hay Procedimientos en 3 ó 4 ámbitos 20% |
| | | Categ. D | SI hay Procedimientos en 5 ó 6 ámbitos 80% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P16: Resultados Pregunta 16

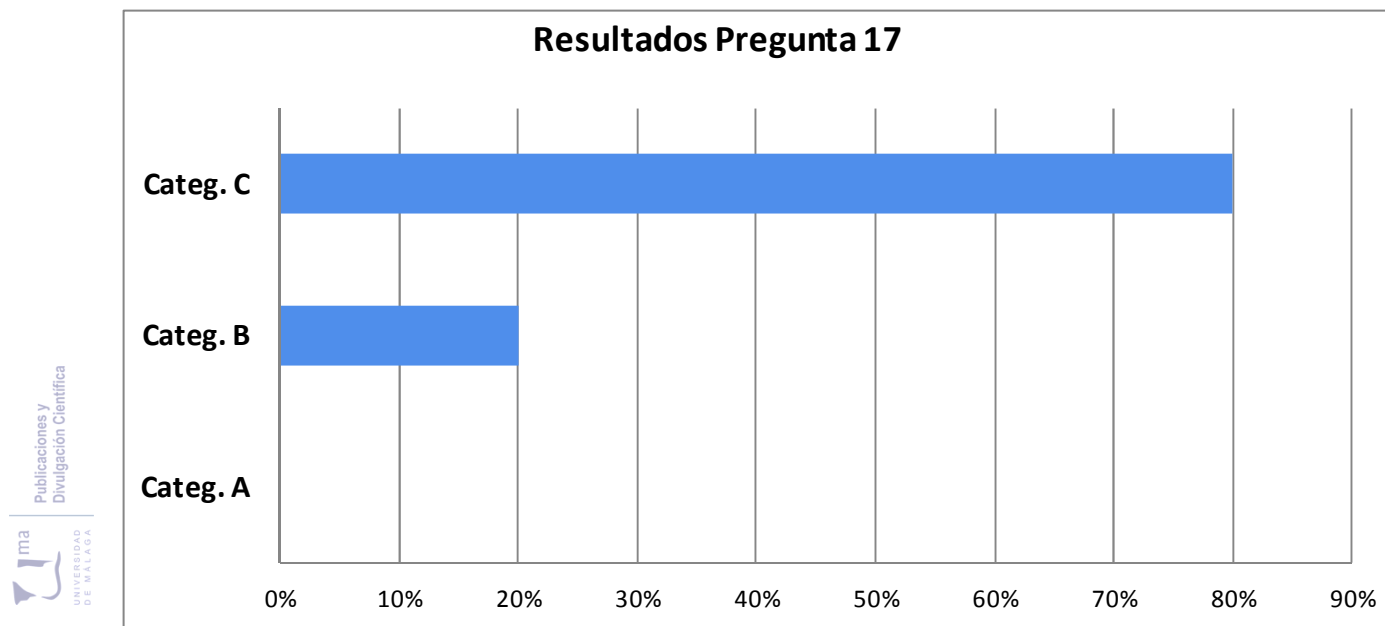
| PREGUNTA 16 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|------------|
| P16- La plantilla de profesionales fijada para el Área de RRHH del Centro es adecuada, tanto en número como en experiencia, para el cumplimiento de sus objetivos, en grado: 1- Muy alto 2- Alto 3- Medio 4- Bajo 5- Muy Bajo | Muy Bajo | 0% |
| | Medio o Bajo | 0% |
| | Alto | 40% |
| | Muy Alto | 60% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P17: Resultados Pregunta 17

| PREGUNTA 17 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| P17- Indique la periodicidad con la que se llevan a cabo reuniones de los directivos y cargos intermedios del Área de RRHH del Centro con los trabajadores a su cargo, para evaluar el rendimiento profesional y proponer medidas para mejorarlo. 1- Anual 2- Semestral 3- Trimestral 4- Mensual ó inferior. 5- No se llevan a cabo reuniones | Categ. A | Respuestas Punto: 5 0% |
| | Categ. B | Respuestas Punto: 1 20% |
| | Categ. C | Respuestas Punto: 2, 3, 4 80% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P18: Resultados Pregunta 18

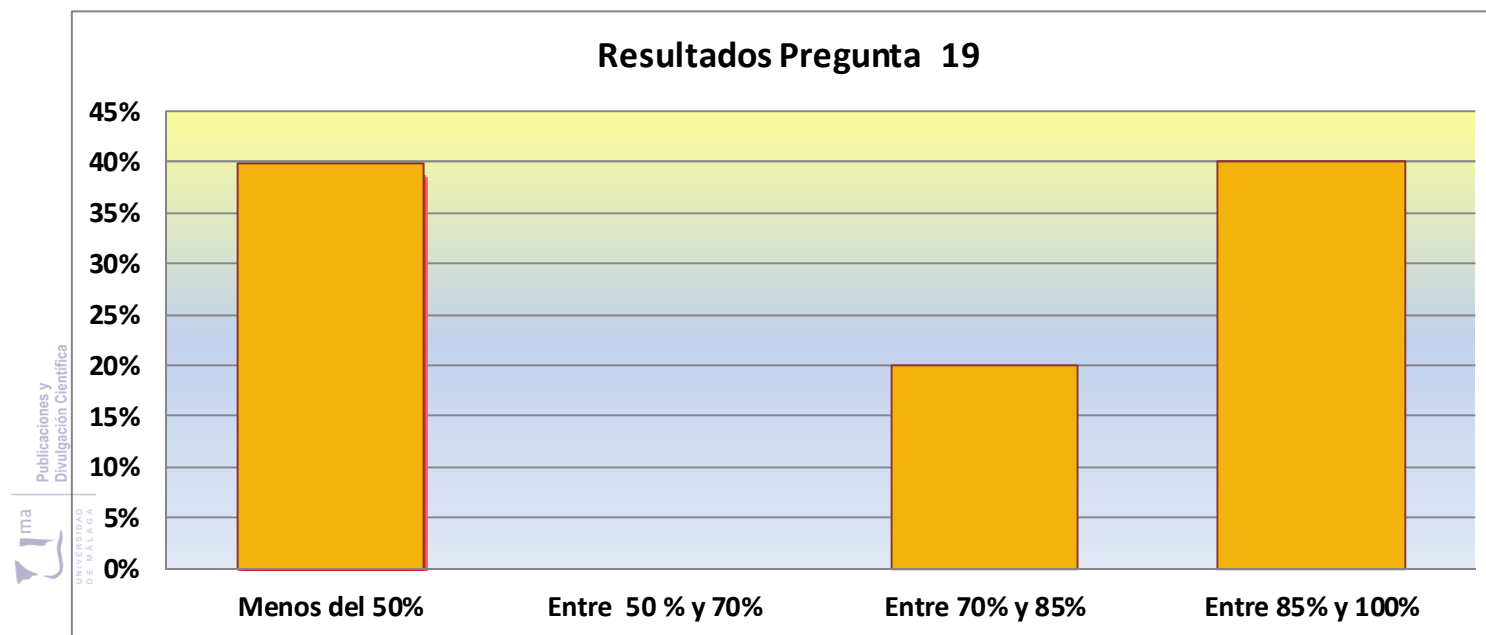
| PREGUNTA 18 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|-----------------------------|------------|
| P18- Según la política del Centro, cuando un trabajador lleva a cabo una conducta inadecuada, falta a sus responsabilidades ó comete una infracción: 1- Le afectaría a su evaluación de rendimiento profesional SI / NO 2- Le afectaría a su posibilidad de promoción profesional (Ej: Promoción a Responsable ó cargo intermedio) SI / NO 3- Se le abriría una información reservada y/o expediente disciplinario SI / NO | Categ. A | Respuestas Punto 1 y 2 : NO | 0% |
| | Categ. B | Respuestas Punto 1 Ó 2 : SI | 20% |
| | Categ. C | Respuestas Punto 1 y 2 : SI | 80% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P19: Resultados Pregunta 19

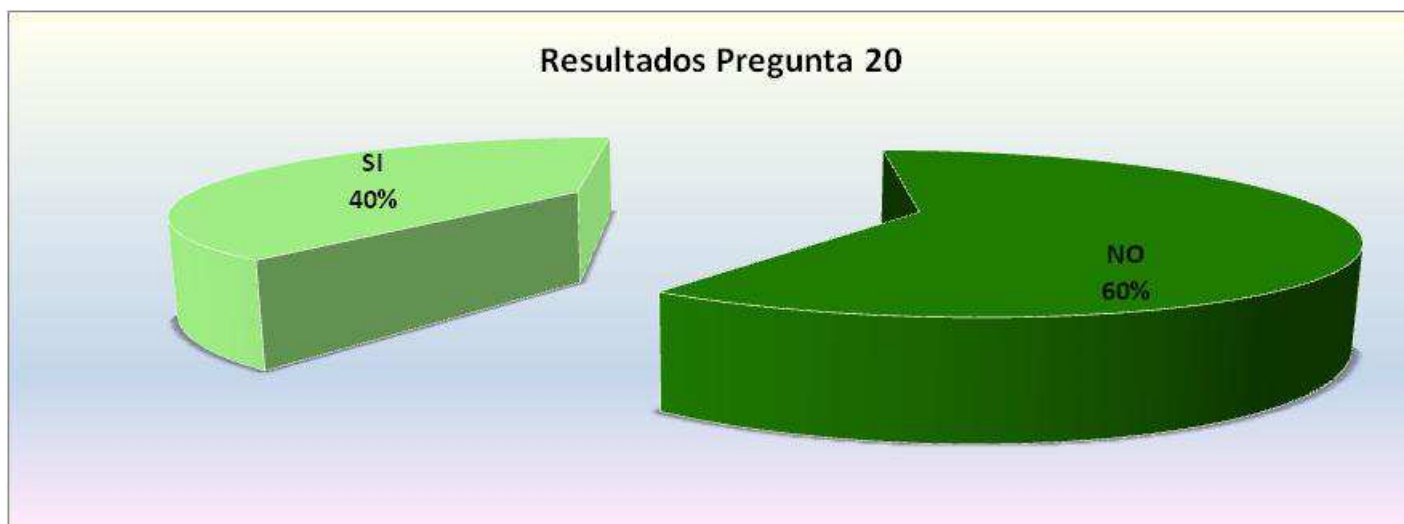
| PREGUNTA 19 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|------------|
| P19- ¿Qué porcentaje de Responsables y Cargos Intermedios del Área de RRHH conocen los objetivos globales del Centro, tanto asistenciales como no asistenciales?: 1- Entre el 85% y 100% 2- Entre el 70% y el 85% 3- Entre el 50% y el 70% 4- Menos del 50% | Respuestas Punto: 4 | 40% |
| | Respuestas Punto: 3 | 0% |
| | Respuestas Punto: 2 | 20% |
| | Respuestas Punto: 1 | 40% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P20: Resultados Pregunta 20

| PREGUNTA 20 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|------------|
| P20- ¿Tiene el Centro diseñado un Plan Estratégico para los próximos años?. | NO | 60% |
| | SI | 40% |

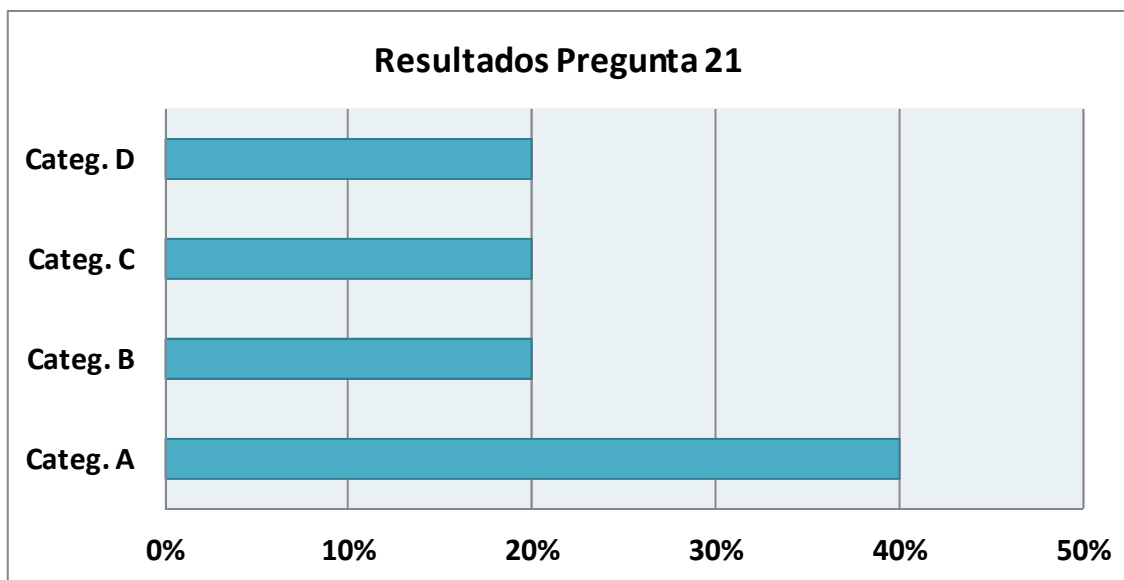


Fuente: Elaboración Propia



Gráfico 7.P21: Resultados Pregunta 21

| PREGUNTA 21 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|-----------------|-----------------------------|------------|
| P21- Indique en qué medida, el Presupuesto Anual de Gastos de Personal del que dispone el Centro tiene en cuenta ó se adecua a la experiencia histórica (años anteriores) y las circunstancias actuales de la entidad para poder conseguir sus fines/objetivos. (Puntúe entre 0 = En absoluto se adecua a 10 = Totalmente se adecua. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Categ. A | Grado Adecuación= 0 , 1 , 2 | 40% |
| | Categ. B | Grado Adecuación= 3, 4, 5 | 20% |
| | Categ. C | Grado Adecuación= 6, 7, 8 | 20% |
| | Categ. D | Grado Adecuación= 9, 10 | 20% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P22: Resultados Pregunta 22

| PREGUNTA 22 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|--------------|------------|
| P22- Indique cómo es la participación de la Dirección de RRHH en la elaboración y seguimiento de los presupuestos de Gastos de Personal de las distintas Unidades/Servicios del Centro (Asistenciales y No Asistenciales) | Categ. A | Punto: 4 | 0% |
| 1- Participa en la elaboración y seguimiento 2- Participa sólo en la elaboración | Categ. B | Punto: 2 Ó 3 | 0% |
| 3- Participa sólo en el seguimiento 4- No participa ni en la elaboración ni en el seguimiento | Categ. C | Punto: 1 | 100% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P23: Resultados Pregunta 23

| PREGUNTA 23 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|------------|
| P23- Los objetivos propios del Área de RRHH (Cuadro Anual) asumen y están vinculados con los objetivos generales del Centro (recogidos en el Contrato Programa ó Acuerdo de Gestión con la Consejería de Salud) relativos a RRHH, en grado: 1- Muy Alto 2- Alto 3- Medio 4- Bajo 5- Muy Bajo | Muy Bajo | 0% |
| | Medio o Bajo | 0% |
| | Alto | 20% |
| | Muy Alto | 80% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P24: Resultados Pregunta 24

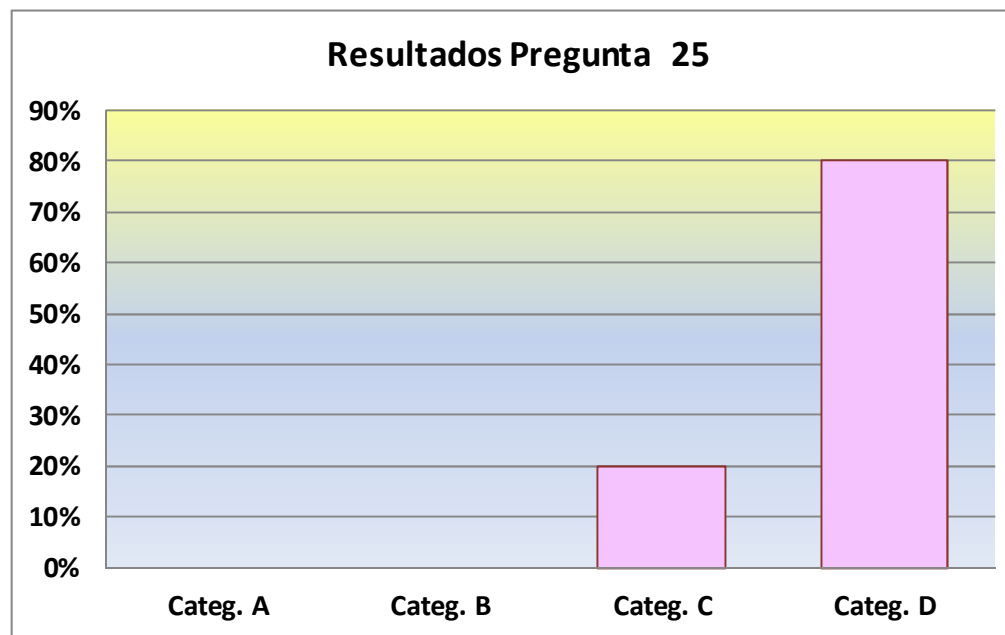
| PREGUNTA 24 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|---------|--------------------------|--------------------|
| P24- Indique si el Área de RRHH del Centro tiene establecidos en su Cuadro Anual de Objetivos, algunos relacionados con: | | | |
| 1- Selección /Contratación de profesionales | SI / NO | Categ. A | Ninguno 0% |
| 2- Nóminas/Retribuciones de profesionales | SI / NO | Categ. B | Puntos 1 y 2 0% |
| 3- Presupuesto /Gestión económica del Gasto de Personal | SI / NO | Categ. C | Puntos 3 y 4 0% |
| 4- Prevención Riesgos laborales y Salud Laboral | SI / NO | Categ. D | Puntos 5 al 8 100% |
| 5- Efectivos y dotación de Plantilla | SI / NO | | |
| 6- Formación | SI / NO | | |
| 7- Control Interno | SI / NO | | |
| 8- Protocolos, Procedimientos, Acciones de Mejora etc. | SI / NO | | |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P25: Resultados Pregunta 25

| PREGUNTA 25 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|-------------|------------|
| P25- En la elaboración de los objetivos del Área de RRHH del Centro participan: 1- Directivos 2- Directivos y Cargos Intermedios 3- Directivos, Cargos Intermedios y Responsables de áreas específicas. 4- Directivos, Cargos intermedios, Responsables de áreas específicas y profesionales 5- Otros | Categ. A | Punto: 5 | 0% |
| | Categ. B | Punto: 1 | 0% |
| | Categ. C | Punto: 2, 3 | 20% |
| | Categ. D | Punto: 4 | 80% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P26: Resultados Pregunta 26

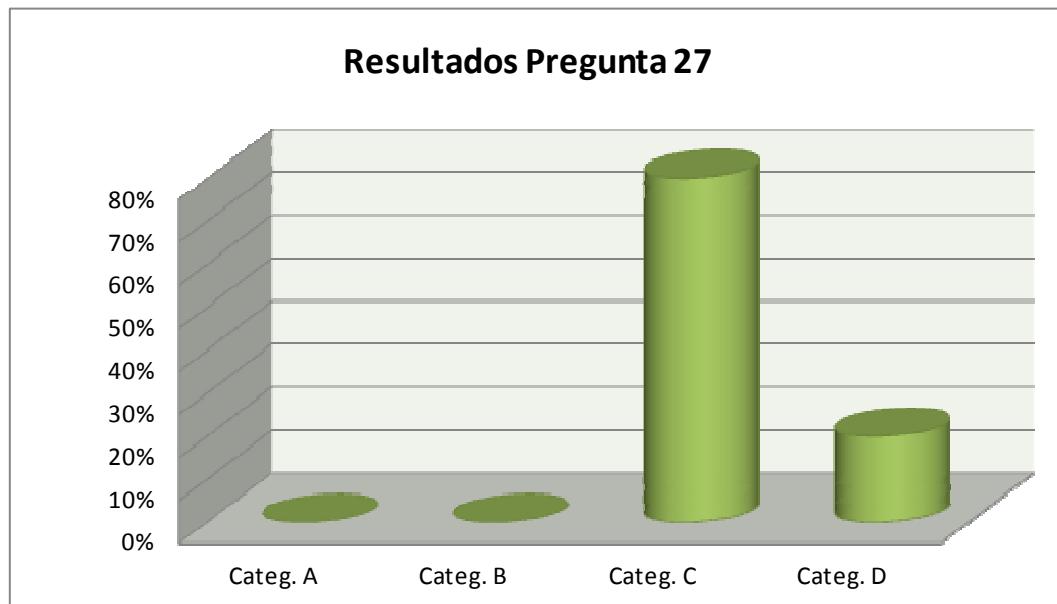
| PREGUNTA 26 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|--------------|------------|
| P26- Indique en qué medida, en el Área de RRHH se llevan a cabo los análisis de los riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos propios y del Centro. 1- No realizan análisis 2- Se analiza sólo los riesgos reales (se hacen presentes) 3- Se analiza los riesgos reales y los posibles (pudieran presentarse) 4- Existe un procedimiento escrito para el análisis de riesgos 5- Ninguna de las anteriores. | Categ. A | Punto: 1 ó 5 | 0% |
| | Categ. B | Punto: 2 | 0% |
| | Categ. C | Punto: 3 | 100% |
| | Categ. D | Punto: 4 | 0% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P27: Resultados Pregunta 27

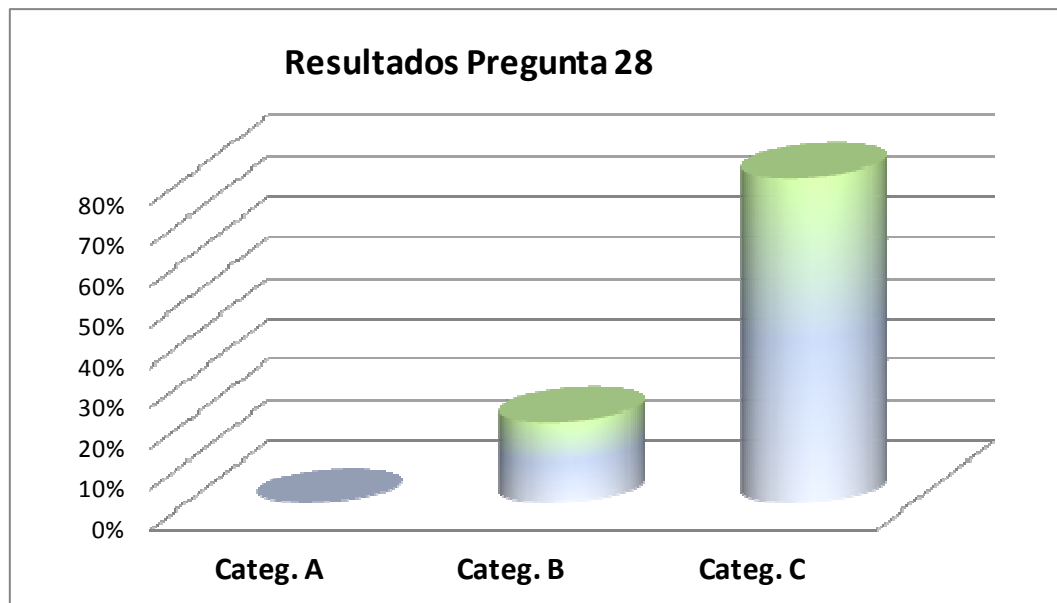
| PREGUNTA 27 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|-------------|------------|
| P27- En el Área de RRHH, ¿quién participa en el análisis de riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos del Centro? 1- Directivos 2- Directivos y Cargos Intermedios 3- Directivos, Cargos Intermedios y Responsables de áreas específicas. 4- Directivos, Cargos intermedios, Responsables de áreas específicas y profesionales 5- Otros | Categ. A | Punto: 5 | 0% |
| | Categ. B | Punto: 1 | 0% |
| | Categ. C | Punto: 2, 3 | 80% |
| | Categ. D | Punto: 4 | 20% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P28: Resultados Pregunta 28

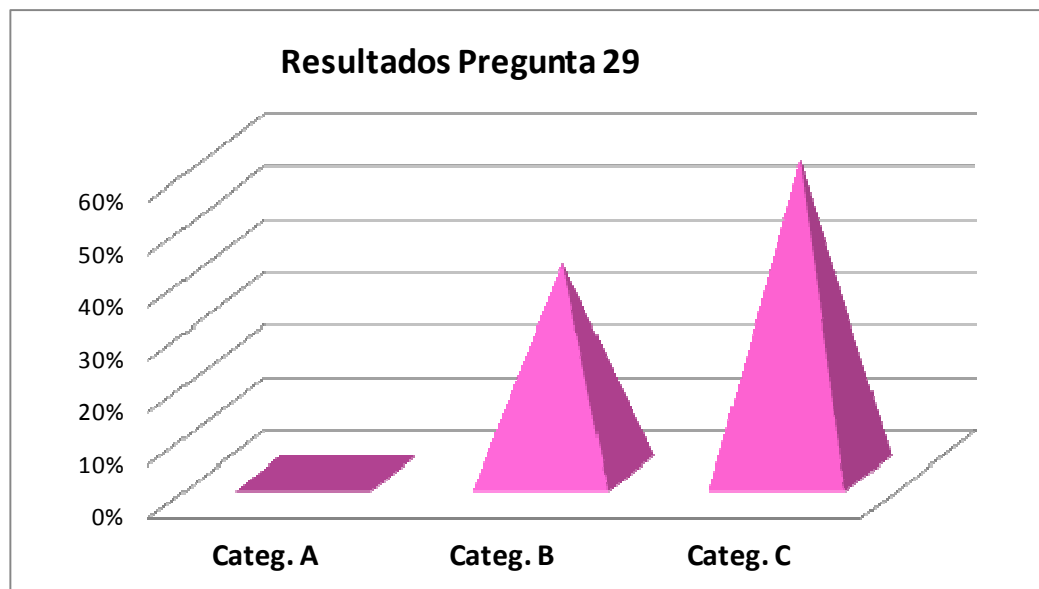
| PREGUNTA 28 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|---------|--------------------------|---|
| P28- Indique si existen en el Centro, registros para poder comprobar y detectar de manera inmediata a los profesionales afectados por: | | | |
| 1- Cambios de puestos de Trabajo (Unidades/Servicios) | SI / NO | Categ. A | Nº Respuestas SI: 0 0% |
| 2- Cambios de turnos y horarios de trabajo. | SI / NO | Categ. B | Nº Respuestas SI : Al menos 1 20% |
| 3- Cambios de retribuciones | SI / NO | | |
| 4- Cambios en vinculación jurídica/ relación laboral | SI / NO | Categ. C | Nº Respuestas SI : Al menos 4 80% |
| 5- Cambios en la composición de Unidades/Servicios | SI / NO | | |



Publicaciones y Divulgación Científica
 Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.29: Resultados Pregunta 29

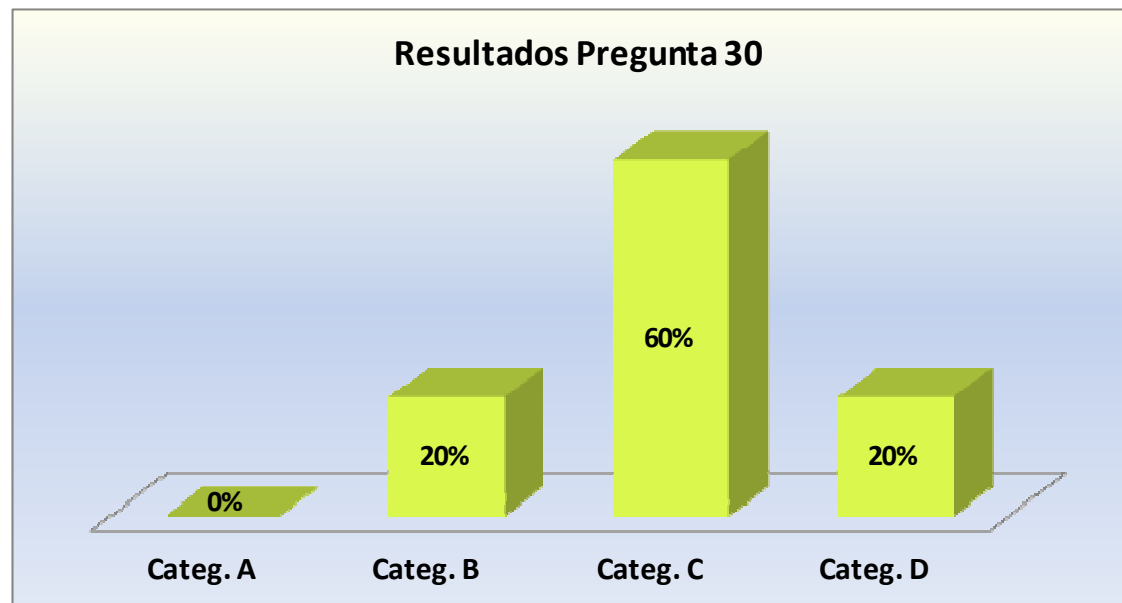
| PREGUNTA 29 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|---|------------|
| P29- ¿Qué personal (Directivo, Cargo Intermedio, Responsable Unidad, Profesional Unidad) participa en el análisis de cada uno de los siguientes cambios relacionados con el Área de RRHH del Centro?: 1- Cambios en el número de trabajadores a asignar a las distintas Unidades del Área de RRHH: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad | Categ. A | Baja participación de C.I y profesionales (Combinaciones de respuestas distintas de las dos siguientes) | 0% |
| 2- Cambios en los procedimientos de trabajo : Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad | Categ. B | Alta Participación de Cargos Intern. en al menos 3 tipos cambios | 40% |
| 3- Cambios en los sistemas de información: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad 4- Cambios en la formación y conocimientos requeridos para el trabajo: Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad | Categ. C | Cargos Intern. Y Profesionales en al menos 3 tipos cambios | 60% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.30: Resultados Pregunta 30

| PREGUNTA 30 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|-----------------|--|------------|
| P30- Indique, según su opinión, en qué grado se concretan las siguientes afirmaciones en el Área de RRHH de su Centro: 1- El personal directivo recibe información pertinente y oportuna (en plazo) del Área de RRHH para la toma de decisiones. Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo 2- La información de RRHH se facilita con el detalle adecuado para los distintos niveles de gestión (directivo; cargos intermedios/responsables; técnico/operativo). Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo 3- La información de RRHH se resume adecuadamente, siendo pertinente y permitiendo la inspección minuciosa de los detalles cuando es necesario. Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo | Categ. A | Alguna respuesta con nivel : Muy Bajo | 0% |
| | Categ. B | Todas las Respuestas: Muy Alto ó Alto ó Medio ó Bajo | 20% |
| | Categ. C | Todas las Respuestas: Muy Alto ó Alto | 60% |
| | Categ. D | Todas las Respuestas: Muy Alto | 20% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P31: Resultados Pregunta 31

| PREGUNTA 31 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|----------------------------|------------|
| P31- ¿Tiene el Centro implantado un Cuadro de Mando Integral (CMI)? SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida) | No tiene CMI | 0% |
| ¿Con qué periodicidad se entrega dicho CMI al personal directivo y/o cargo intermedio | Entrega Anual / Semestral | 0% |
| Anual / Semestral / Trimestral / Mensual ó inferior / No se entrega | Entrega Trimestral | 0% |
| | Entrega Mensual ó inferior | 100% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P32: Resultados Pregunta 32

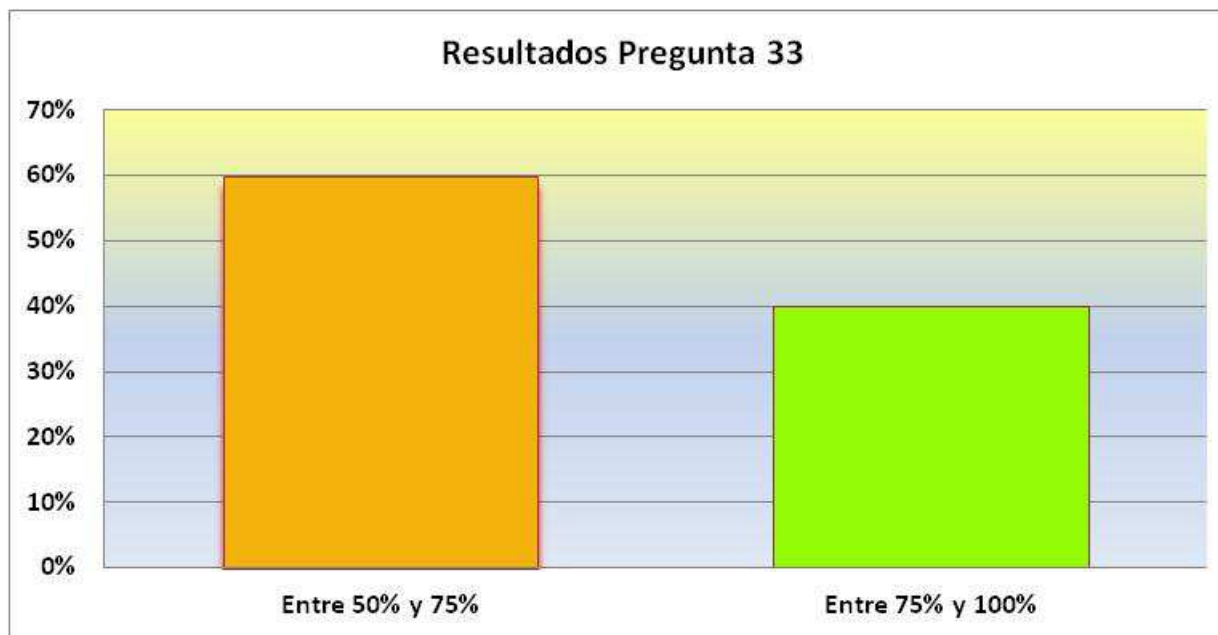
| PREGUNTA 32 | | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS | |
|--|---------|---------|--------------------------|---------------------|-----|
| P32- Indique si el CMI de su Centro incorpora Información relativa al Área de RRHH, relacionada con: | | | Categ. A | Ninguna | 0% |
| 1- Selección /Contratación de profesionales | SI / NO | SI / NO | Categ. B | 1 - 2 tipos Inform. | 0% |
| 2- Nóminas/Retribuciones de profesionales | SI / NO | | Categ. C | 3 - 4 tipos Inform. | 80% |
| 3- Presupuesto /Gestión económica del Gasto de Personal | SI / NO | | Categ. D | 5 - 7 tipos Inform. | 20% |
| 4- Prevención Riesgos laborales y Salud Laboral | SI / NO | | | | |
| 5- Efectivos y dotación de Plantilla | SI / NO | | | | |
| 6- Formación | SI / NO | | | | |
| 7- Otros | SI / NO | | | | |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P33: Resultados Pregunta 33

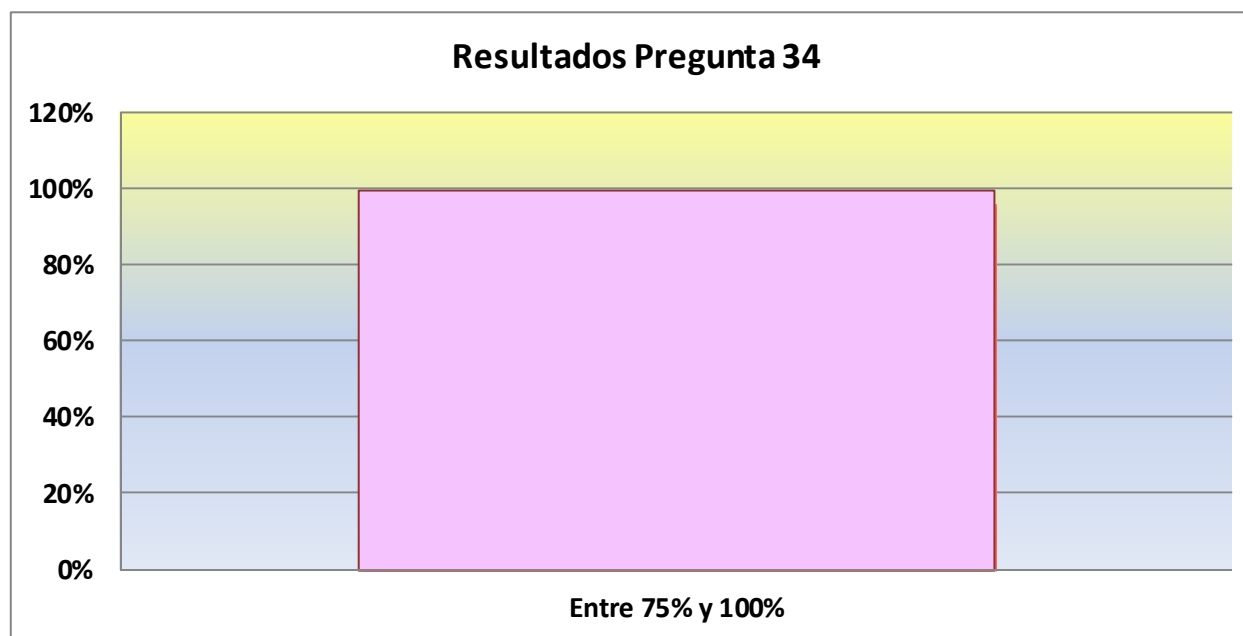
| PREGUNTA 33 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|------------|
| P33- Indique, según su opinión, qué porcentaje de Directivos y Cargos Intermedios de Unidades/Servicios Asistenciales tienen conocimientos e información adecuada sobre la normativa, procedimientos etc., que afectan a las grandes ámbitos de Personal: Selección, Retribuciones, Prevención Riesgos Laborales, Formación etc. 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% | Punto:4 | 0% |
| | Punto: 3 | 0% |
| | Punto: 2 | 60% |
| | Punto: 1 | 40% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P34: Resultados Pregunta 34

| PREGUNTA 34 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|------------|
| P34- Indique qué porcentaje de profesionales del Área de RRHH del Centro tienen establecidos y conocen los objetivos de su Unidad/Servicio así como sus propios objetivos individuales: 1- Todo el personal 2- Entre el 75% y el 100% 3- Entre el 50% y el 75% 4- Entre el 25% y el 50% 5- Menos del 25% 6- Ningún profesional | Punto: 6 | 0% |
| | Punto: 4 - 5 | 0% |
| | Punto: 2 - 3 | 0% |
| | Punto: 1 | 100% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P35: Resultados Pregunta 35

| PREGUNTA 35 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|------------|
| P35- ¿Desde cuando tiene implantado el Centro un sistema de evaluación del rendimiento de los profesionales?: | No tiene implantado | 0% |
| 1- Más de 10 años | Menos de 2 años | 0% |
| 2- Entre 6 y 10 años | Entre 2 y 5 años | 0% |
| 2- Entre 2 y 5 años | Entre 6 y 10 Y Más de 10 | 100% |
| 3- Menos de 2 años | | |
| 4- No tiene implantado ningún sistema | | |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P36: Resultados Pregunta 36

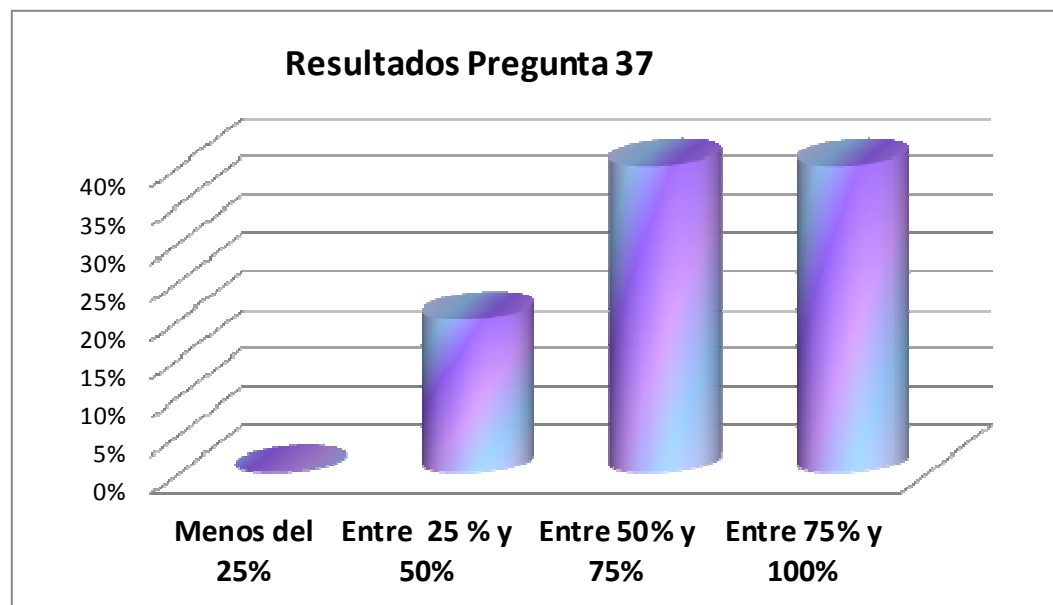
| PREGUNTA 36 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|------------|
| P36- Indique que mecanismos existen en el Área de RRHH del Centro, para que los profesionales puedan aportar sus recomendaciones de mejora, que les permita avanzar en la calidad y eficiencia del servicio que prestan. | Punto: 6 | 0% |
| 1- Buzón de sugerencias 2- Círculos de Calidad 3- Informe que aporta el profesional con las recomendaciones | Respuesta Punto: 5 | 0% |
| 4- Entrevista personal con Responsable/Directivo 5- Otros 6- No existen mecanismos | Punto: 1,2 ,3 ó 4 | 100% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P37: Resultados Pregunta 37

| PREGUNTA 37 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|------------|
| P37- ¿Qué porcentaje de las recomendaciones de mejora aportadas por los profesionales del Área de RRHH se han puesto en marcha en los últimos dos años?: 1- Entre el 75% y el 100% 2- Entre el 50% y el 75% 3- Entre el 25% y el 50% 4- Menos del 25% | Punto: 4 | 0% |
| | Punto: 3 | 20% |
| | Punto: 2 | 40% |
| | Punto: 1 | 40% |

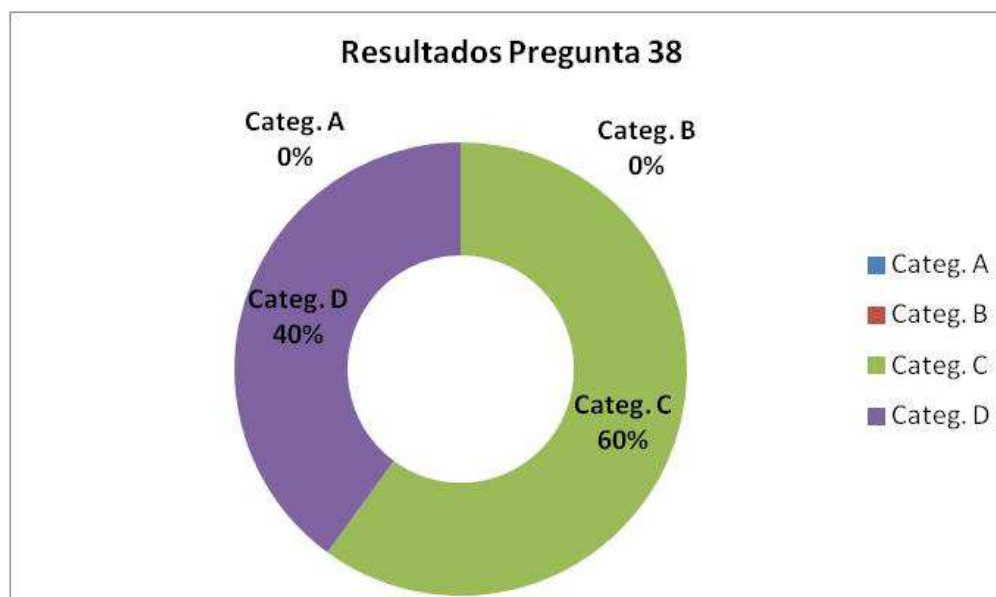




 Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P38: Resultados Pregunta 38

| PREGUNTA 38 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| P38- Indique si la Dirección lleva a cabo las siguientes actuaciones para verificar y controlar que los procesos del área de RRHH (contratación, nóminas, salud laboral etc.) se realizan de forma adecuada: 1- Contrasta la información aportada por terceros, (Responsables Clínicos y no clínicos, Profesionales de RRHH) con la información generada por los Sistemas de Información de la Organización. SI / NO 2- La Dirección encarga a un Equipo de profesionales propios ó ajenos al Área de RRHH que lleven a cabo dicha verificación SI / NO 3- Encarga a los propios profesionales del Área de RRHH que dejen constancia mediante firma/visé que han verificado/revisado sus propias actuaciones. SI / NO 4- Otros 5- No utiliza ningún método | Categ. A | No utiliza ningún método | 0% |
| | Categ. B | Una Respuesta SI | 0% |
| | Categ. C | Dos Respuestas SI | 60% |
| | Categ. D | Tres Respuestas SI | 40% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P39: Resultados Pregunta 39

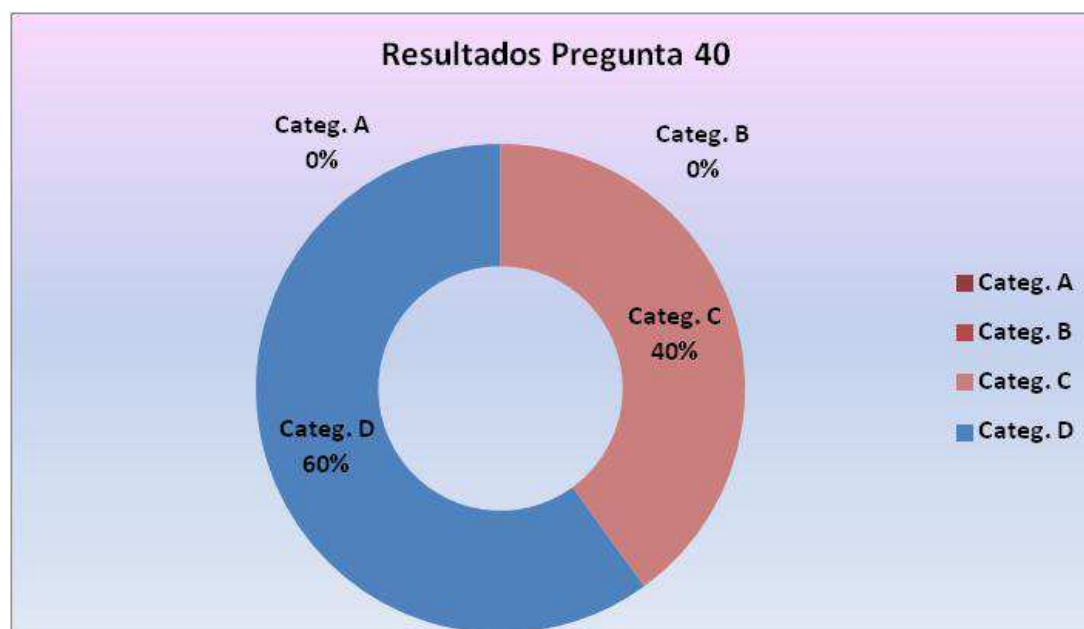
| PREGUNTA 39 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|--|--------------------------|---|
| P39- ¿Qué profesionales analizan y revisan los controles (autorizaciones, firmas, cumplimentación documental, registros de datos, plazos, protocolos etc.) que deben implantarse para prevenir la aparición de problemas de funcionamiento en el Área de RRHH?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área donde se detecta el problema. SI / NO 4- Profesionales del Área ajenas al problema. SI / NO 5- Otros SI / NO 6- No se realizan dichos análisis SI / NO | | Categ. A | No se realizan dichos análisis 0% |
| | | Categ. B | Un grupo (D - CI - Profesionales) 0% |
| | | Categ. C | Dos grupos (D - CI - Profesionales) 0% |
| | | Categ. D | Tres grupos (D - CI - Profesionales) 100% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P40: Resultados Pregunta 40

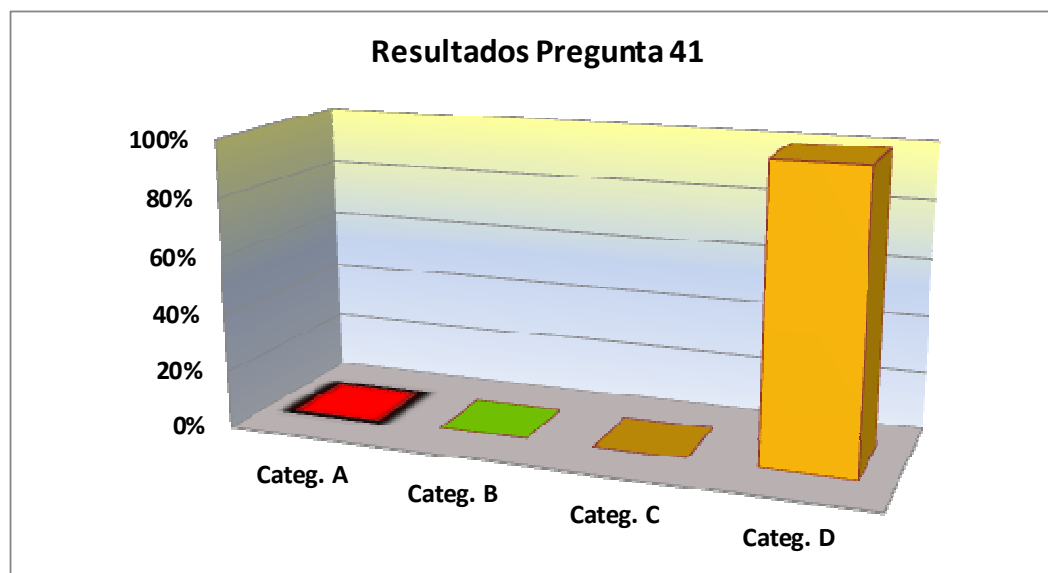
| PREGUNTA 40 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|--|--|--------------------------|--------------------------------------|------------|
| P40- ¿Qué profesionales del Área de RRHH participan en el análisis del Informe de Recomendaciones emitido por Auditores / Interventores, con el fin de mejorar y fortalecer los controles internos?: 1- Directivos SI / NO 2- Cargos Intermedios SI / NO 3- Profesionales del Área SI / NO 4- Otros SI / NO 5- No se realizan dichos análisis SI / NO | | Categ. A | No se realizan dichos análisis | 0% |
| | | Categ. B | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0% |
| | | Categ. C | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 40% |
| | | Categ. D | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 60% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P41: Resultados Pregunta 41

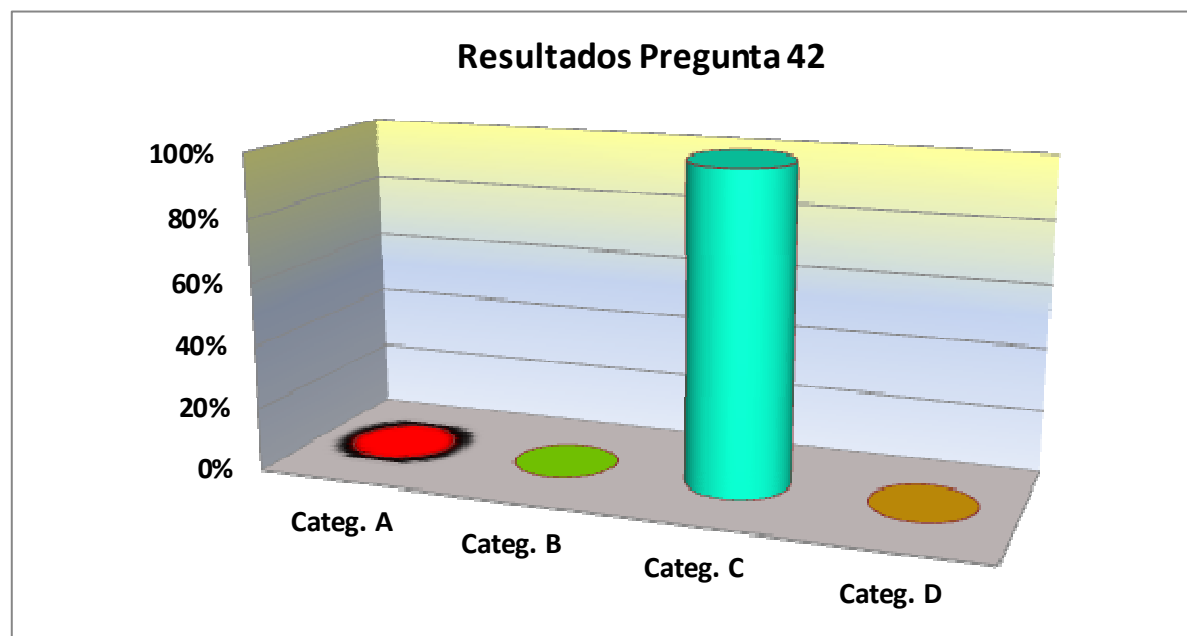
| PREGUNTA 41 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|--------------|------------|
| P41- En relación con la última Auditoría realizada al Área de RRHH, el informe indicaba: 1- Que cumplía con todos los requisitos de control interno y por tanto no era necesaria ninguna actuación de mejora. 2- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento y han dado resultados positivos. 3- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento pero no han producido los resultados esperados. 4- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que no se han puesto en funcionamiento. 5- Ninguna de las anteriores 6- No se ha realizado ninguna Auditoría al Área de RRHH | Categ. A | Punto: 5 ó 6 | 0% |
| | Categ. B | Punto: 4 | 0% |
| | Categ. C | Punto: 3 | 0% |
| | Categ. D | Punto: 1 ó 2 | 100% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P42: Resultados Pregunta 42

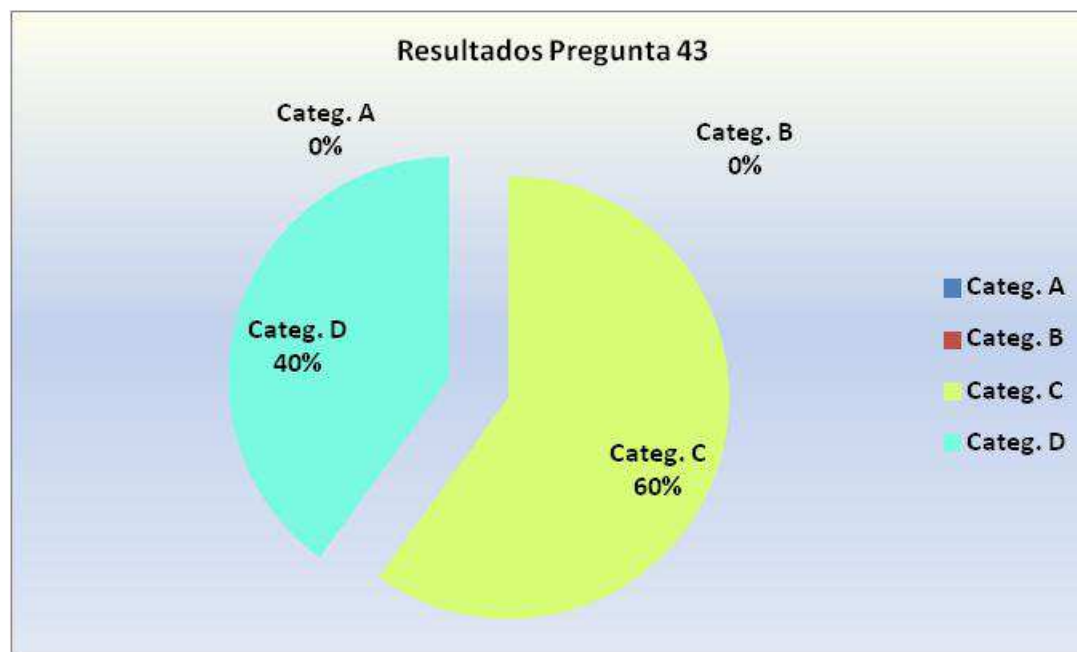
| PREGUNTA 42 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | | RESPUESTAS |
|---|--------------------------|-------------------------|------------|
| P42- De los siguientes aspectos relacionados con el Control Interno, señalen los que están incluidos en los objetivos anuales del Área de Recursos Humanos: - Evaluación de las Reclamaciones Laborales. - Evaluación de las Demandas judiciales - Aportaciones realizadas por los profesionales para las mejoras de procesos - Cumplimiento de los plazos administrativos legalmente establecidos - Elaboración y/o Revisión de protocolos - Evaluación de las Reclamaciones/Quejas contra profesionales de RRHH - Otros - Ninguno de los anteriores | Categ. A | Ningún Aspecto | 0% |
| | Categ. B | Uno ó dos aspectos | 0% |
| | Categ. C | Treso ó cuatro aspectos | 100% |
| | Categ. D | Cinco ó más aspectos | 0% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P43: Resultados Pregunta 43

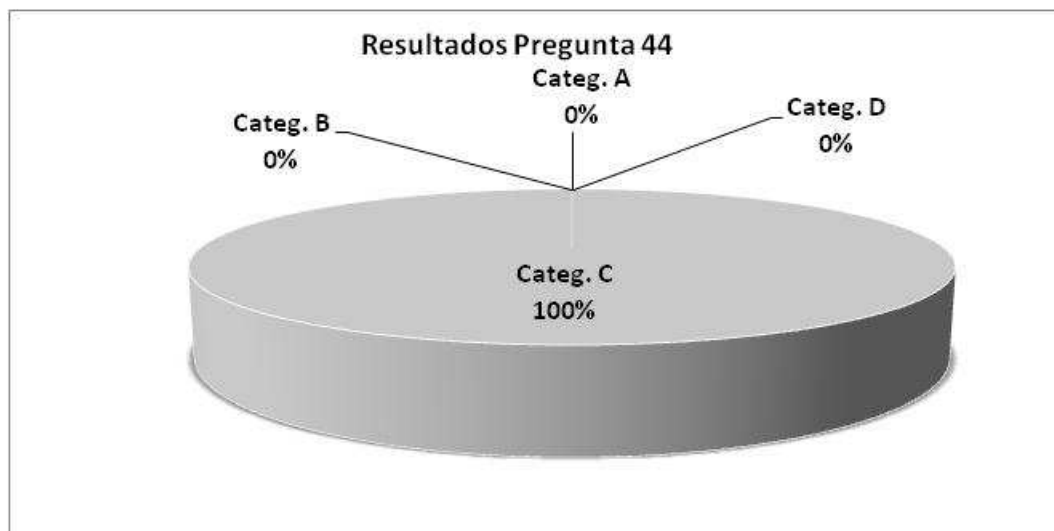
| PREGUNTA 43 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|-----------------|--------------------------------------|------------|
| P43- Cuando se presentan deficiencias de Control Interno relacionadas con RRHH, indique qué personas participan en su análisis, concreción de medidas correctoras y evaluación de la aplicación de las mismas: 1- Análisis Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales 2- Concreción de medidas Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales 3- Evaluación Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales | Categ. A | No participa nadie | 0% |
| | Categ. B | Un grupo (D - CI - Profesionales) | 0% |
| | Categ. C | Dos grupos (D - CI - Profesionales) | 60% |
| | Categ. D | Tres grupos (D - CI - Profesionales) | 40% |



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P44: Resultados Pregunta 44

| PREGUNTA 44 | | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|-----------------|-----------------------------|------------|
| P44- Indique en qué medida, existe una adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH, evitando la concentración de competencias en las mismas personas que pudiera poner en riesgo el equilibrio y eficacia del control interno (separación de las funciones de autorización, ejecución, aprobación y registro de transacciones). (Puntúe entre 0 = En absoluto adecuada a 10 = Totalmente adecuada. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Categ. A | Grado Adecuación= 0 , 1 , 2 | 0% |
| | Categ. B | Grado Adecuación= 3, 4, 5 | 0% |
| | Categ. C | Grado Adecuación= 6, 7, 8 | 100% |
| | Categ. D | Grado Adecuación= 9, 10 | 0% |



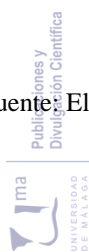
Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.P45: Resultados Pregunta 45

| PREGUNTA 45 | CATEGORÍAS DE RESPUESTAS | RESPUESTAS |
|--|--------------------------|------------|
| P45- ¿Existe en el Centro, una Unidad/Departamento/Servicio que lleve a cabo la Supervisión del Sistema de Control Interno? SI / NO | NO | 0% |
| | SI | 100% |



Fuente: Elaboración Propia



7.3.2.3 Análisis de resultados por componentes

Los resultados de los Componente del Control Interno del Informe COSO, se muestran mediante cuadros y gráficos con el consiguiente detalle:

- a) Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada para cada subhipótesis:
 - Primera Columna: Definición de cada subhipótesis.
 - Segunda Columna: Porcentaje de cumplimiento de cada subhipótesis para el conjunto de las APES.
 - Tercera Columna: Componente del Control Interno que se relaciona con cada subhipótesis.
- b) Se presenta un gráfico que sirve para tener una visión del porcentaje de cumplimiento de cada Componente del Control Interno para el conjunto de APES.

Tabla 7.24. Porcentaje de Cumplimiento de las Subhipótesis según Componente

| SUBHIPÓTESIS | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | COMPONENTES CONTROL INTERNO COSO |
|--------------|----------------------------|----------------------------------|
| S1 | 75,83% | ENTORNO DE CONTROL |
| S2 | 84,58% | ENTORNO DE CONTROL |
| S3 | 79,05% | ENTORNO DE CONTROL |
| S4 | 78,33% | ENTORNO DE CONTROL |
| S5 | 93,33% | ENTORNO DE CONTROL |
| S6 | 80,00% | EVALUACION DE RIESGOS |
| S7 | 74,81% | EVALUACION DE RIESGOS |
| S8 | 82,22% | EVALUACION DE RIESGOS |
| S9 | 85,67% | ACTIVIDADES DE CONTROL |
| S10 | 81,43% | ACTIVIDADES DE CONTROL |
| S11 | 79,58% | INFORMACION Y COMUNICACIÓN |
| S12 | 81,48% | INFORMACION Y COMUNICACIÓN |
| S13 | 88,89% | SUPERVISION |
| S14 | 88,33% | SUPERVISION |
| S15 | 73,33% | SUPERVISION |

Fuente: Elaboración Propia

Destacar que en todas las APES analizadas, ninguna de las subhipótesis ha conseguido un valor (ponderación) inferior al 0,6 (60%), lo que ha garantizado que todos sus componentes hayan obtenido una valoración también superior a dicho porcentaje, cumpliéndose nuestra premisa inicial de que una subhipótesis se valida cuando su valor sea superior a 0,6.

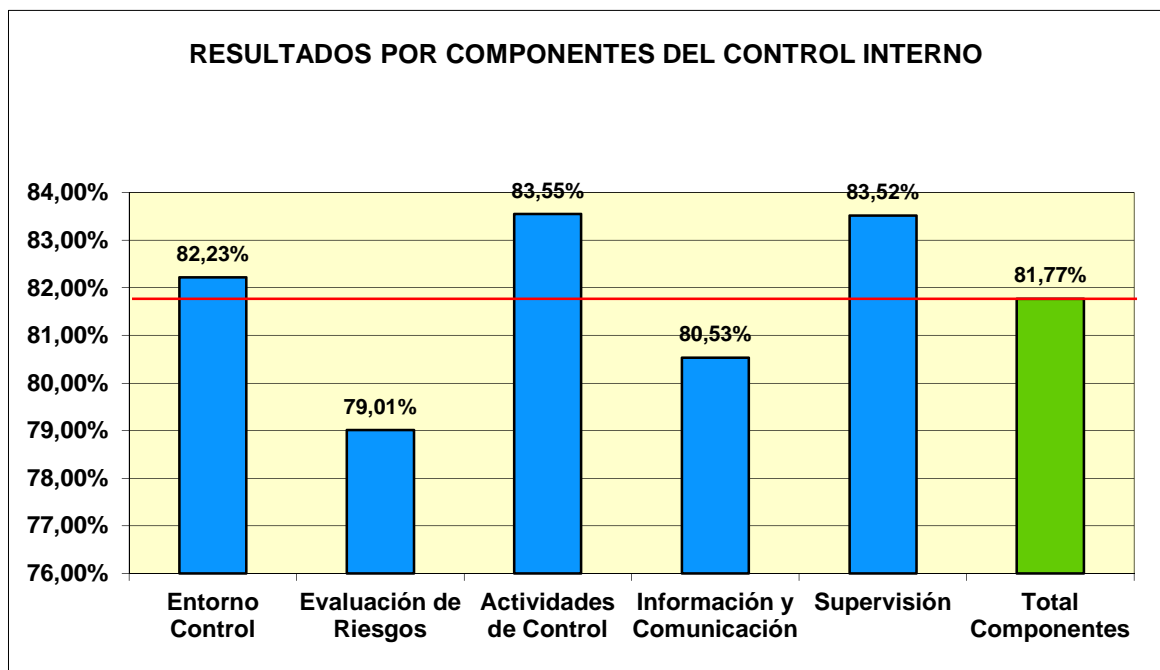
A continuación se presentan los resultados obtenidos por cada uno de los Componentes de Control para el conjunto de las APES:

Tabla 7.25. Porcentaje de Cumplimiento de los Componentes

| COMPONENTES CONTROL INTERNO COSO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|----------------------------------|----------------------------|
| Entorno de control | 82,23% |
| Evaluación de Riesgos | 79,01% |
| Actividades de control | 83,55% |
| Información y Comunicación | 80,53% |
| Supervisión | 83,52% |

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7.1. Resultados por Componentes de Control Interno



Fuente: Elaboración Propia

Finalmente, se obtiene el Resultado Global que muestra el grado de adecuación/cumplimiento de los Sistemas de Control Interno de las Áreas de Recursos Humanos de la Agencias Públicas Empresariales de Andalucía a las recomendaciones del Informe COSO:

| COMPONENTES DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|---|----------------------------|
| TOTAL (Media de todos los Componentes) | 81,77% |

Siguiendo alguno de los **modelos de autoevaluación** del sistema de control interno (Mejía Quijano, 2005) revisados para la elaboración de este trabajo, la autoevaluación se realiza a partir del diagnóstico de cada uno de los diferentes niveles de desagregación del sistema de control, de tal forma que permita conocer cómo funciona cada elemento y cada componente, individualmente, y el sistema en su totalidad. Los componentes se autoevalúan teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de los elementos significativos que lo conforman, y la evaluación final del sistema utiliza los resultados obtenidos por los distintos componentes.

A la hora de interpretar la calificación del sistema de control y por tanto los porcentajes de cumplimiento obtenidos de los distintos componentes (resultados de evaluación) lo haremos en función de los siguientes rangos:

| |
|--------------------------------|
| Rango 1,0 - 2,0: Inadecuado |
| Rango 2,1 - 3,0: Deficiente |
| Rango 3,1 - 4,0: Satisfactorio |
| Rango 4,1 - 5,0: Adecuado |

| |
|----------------------------------|
| Rango > 20% - 40%: Inadecuado |
| Rango > 40% - 60%: Deficiente |
| Rango > 60% - 80%: Satisfactorio |
| Rango > 80% - 100%: Adecuado |

En nuestro caso, y dado que el **resultado final es de 81,77%** podríamos considerar inicialmente que el sistema de control interno de las Áreas de Recursos Humanos de las APES, se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Adecuado. Sin embargo, entendemos que dicho de rango/porcentaje de cumplimiento debería darse, como se recoge en la propia bibliografía analizada, en todos y cada uno de los Componentes de Control.

Observamos que mientras que en los otros cuatro componentes sí se cumple dicha premisa, en el componente de Evaluación de Riesgos el grado obtenido es Satisfactorio, aunque se sitúa muy próximo al inicio del grado Adecuado.

Por tanto, podríamos concluir que **el Sistema de Control Interno en las Áreas de Recursos Humanos de las APES se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Satisfactorio con perspectiva a Adecuado.**

7.3.2.4 Análisis de las preguntas abiertas

El cuestionario II incorpora cuatro preguntas abiertas que no han sido tenidas en cuenta para el cálculo del grado de adecuación descrito en el apartado anterior pero que sí servían para conocer algunos apartados relativos al modelo organizativo de las APES en aspectos como:

- Estructura Organizativa en el Área de RRHH
- Organigrama Directivo
- Estructura de Plantilla
- Acreditación de calidad

Las conclusiones más importantes sobre dichas preguntas son:

Pregunta 1: Describa la Estructura Organizativa (Unidades/Servicios) y el número de profesionales que conforman el Área de RRHH

No existe una uniformidad/homogeneidad en todas las APES analizadas, aunque sí se evidencia una estructura muy parecida.

En todas ellas, el Área de Recursos Humanos es responsabilidad directa de una persona con rango de Dirección, y en algunos existe la figura de Subdirección de RRHH dependiendo del anterior.

En el siguiente nivel se sitúan básicamente tres grandes Departamentos ó áreas de responsabilidad, con sus respectivos Responsables:

- Gestión de Personal (UAP, Nominas-Retribuciones, Contratación)
- Selección/Formación/Desarrollo
- Prevención Riesgos Laborales

En cada una de esas áreas de responsabilidad existe personal técnico y administrativo, y físicamente se ubican en la sede de la APES.

Asimismo, y dado el grado de dispersión de los distintos Centros (Hospitales, Chares, Servicios Provinciales etc.) en cada uno de ellos se ubica una pequeña estructura de personal técnico y administrativo para todo lo relacionado con los Recursos Humanos de esos centros.

Todas las tareas del ámbito de RRHH se realizan con personal propio de las APES, y en ningún Centro la gestión de estas áreas de Recursos Humanos se encuentra externalizada.

Todas las APES están sometidas en el ámbito laboral a la Jurisdicción de lo Social, por lo que cuentan con recursos técnicos con estudios universitarios en la rama del Derecho y Relaciones Laborales.

En cuanto al número de profesionales (fundamentalmente personal técnico y administrativo) que conforman el Área de RRHH de cada una de las APES, incluyendo al personal con cargo directivo, el rango sería: (25 - 11 profesionales)

Pregunta 2: Describa el Número de Profesionales totales (División Médica, Enfermería y de Gestión) que conforman la Plantilla del Centro.

No existe una uniformidad/homogeneidad en todas las APES analizadas, y se observa que el volumen total sí depende del número de Centros que tenga adscritos cada una de ellas. Por ello, presentamos los datos en Rangos con valores aproximados:

- La Plantilla de Profesionales de las APES puede tener un rango de: (1700 - 750 profesionales)
- Estructura por Divisiones:
 - División Médica: Rango (320 - 260 profesionales)
 - División Enfermería: Rango (1130 - 420 profesionales)
 - División de Gestión: Rango (250 - 70 profesionales)

Pregunta 3: Describa el Organigrama Directivo del Centro

En cuanto al organigrama directivo de las APES, existen diferencias en función de la dimensión de las mismas y, sobre todo, de la dispersión de los Centros a su cargo, como por ejemplo el caso de la Agencia Pública de Emergencias Sanitarias que cuenta con direcciones provinciales en las ocho provincias andaluzas.

En todas ellas, el máximo rango directivo lo ocupa la Dirección Gerencia de la Empresa Pública. A partir de aquí, el desglose de niveles y puestos es diverso, si bien el organigrama con un máximo desarrollo sería:

Nivel de Direcciones en la sede Central de la APES (Servicios Centrales):

- Dirección Asistencial
- Dirección Desarrollo Profesionales (RRHH)
- Dirección Económico Financiera
- Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicación
- Dirección Servicios Generales (Ingeniería y Logística)

Nota: Las APES más pequeñas pueden agrupar en un solo puesto directivo lo concerniente a las Divisiones: Desarrollo de Profesionales, Económico Financiera y Servicios Generales.

En cuanto al nivel directivo ubicado en los propios Centros Hospitalarios, Chares, Direcciones Provinciales en el caso de la EPES, tampoco existe uniformidad para las distintas Agencias, aunque una aproximación al formato tipo podría ser la siguiente:

Nivel de Direcciones en cada Centro Hospitalario Comarcal:

- Dirección Asistencial
- Dirección Cuidados Enfermería

Nivel de Direcciones en cada Centro CHARE:

- Dirección Centro

Nivel de Direcciones en cada Sede Provincial (EPES)

- Dirección Provincial

Pregunta 4: ¿Cuántas Unidades/Servicios del Centro poseen algún tipo de Acreditación Externa de calidad?. ¿Qué porcentaje representan sobre el total?

En relación con esta pregunta, no todos los Centros nos han podido avanzar dicha información actualizada:

- Las APES que poseen Centros Hospitalarios, Chares, tienen normalmente acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), todos los Centros Sanitarios adscritos, así como algunos Servicios/Unidades Asistenciales. También tienen acreditadas determinadas Unidades no Asistenciales como por ejemplo la Unidad de Formación. En el caso especial del Hospital Costa del Sol, fue el primer hospital público en España acreditado en calidad por la Joint Commission Internacional.

- La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias: Por medio de la ACSA, tiene acreditados todos los Servicios Provinciales así como su Sistema Integral de Gestión. En cuanto a las acreditaciones de AENOR, posee la de Calidad (9001), Medio Ambiente (14001) y Salud Laboral (OSHA 18001).

7.3.3 Discusión final de los resultados

Como hemos comentado anteriormente, el resultado final del trabajo empírico ha sido **de 81,77%**, lo que muestra que para el conjunto/global de las Agencias, **el Sistema de Control Interno en las Áreas de Recursos Humanos de las APES se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Satisfactorio con perspectiva a Adecuado** debido a que cuatro de los cinco componentes del control interno han obtenido un resultado superior al 80% de valoración, y solo el Componente de Evaluación de Riesgos ha quedado por debajo, aunque su porcentaje de adecuación se ha situado en el 79.01%.

La bibliografía analizada en nuestro trabajo indica que es conveniente hablar de un nivel adecuado del Sistema, cuando así se cumpla en todos y cada uno de sus componentes.

Esto nos lleva a valorar la dificultad y el esfuerzo que supone adquirir el nivel de Adecuado para todo el Sistema, cuestión esta que también se acredita en las distintas

APES, ya que sólo una de las cinco analizadas obtiene más de un 80% en todos y cada uno de sus componentes de control.

Conviene resaltar algunos **aspectos importantes de los resultados**:

- Todas las subhipótesis analizadas, en todas y cada una de las APES, han obtenido un porcentaje de cumplimiento superior al 60%, y por tanto en ningún caso han quedado en grado deficiente.

- Todos los componentes del control interno, en todas y cada una de las APES, han obtenido un porcentaje de cumplimiento superior al 60%, y por tanto en ningún caso han quedado en grado deficiente.

- Cuatro de las cinco APES han obtenido una valoración global de sus Sistemas de Control por encima del 80%, aunque dicho criterio no lo cumplen en todos y cada uno de sus cinco componentes, por lo que sus Sistemas se adecuarían a las recomendaciones del Informe COSO en grado Satisfactorio. Una de ellas (APES 5) se situaría en el grado Adecuado.

- La mayoría de los componentes de control (Global de las APES) han alcanzado un valor por encima del 80% pero por debajo del 85%. Esto pone de manifiesto que hay un largo camino por delante de mejora continua, para ir avanzando y evolucionando hacia el horizonte final del 100% de valoración. Sin duda, un objetivo ambicioso y complejo, porque el moverse en este último tramo del 80% al 100% requiere esfuerzos importantes, que serán cada vez más exigentes conforme se avance en la puntuación hacia la valoración máxima.

Este sobreesfuerzo para la mejora de la puntuación dentro del rango de Adecuado (80% - 100%) supondrá un salto de calidad en las APES, no sólo en el aspecto del Control Interno sino en la capacidad global que estas organizaciones tengan para afrontar los retos que la Sociedad les vaya exigiendo y todos los riesgos que ello pueda suponer.

Tabla 7.26. Porcentaje de Cumplimiento de los Componentes por APES

| COMPONENTES DE CONTROL | APES 1 | APES 2 | APES 3 | APES 4 | APES 5 | GLOBAL APES | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|----------------------------|
| Entorno de Control | 0,8496 | 0,7296 | 0,8496 | 0,8774 | 0,8052 | 0,8223 | 82,23% |
| Evaluación de Riesgos | 0,7346 | 0,7284 | 0,7346 | 0,8704 | 0,8827 | 0,7901 | 79,01% |
| Actividades de Control | 0,8607 | 0,7250 | 0,8607 | 0,8714 | 0,8595 | 0,8355 | 83,55% |
| Información y comunicación | 0,7697 | 0,7373 | 0,7697 | 0,8866 | 0,8634 | 0,8053 | 80,53% |
| Supervisión | 0,8463 | 0,8222 | 0,8463 | 0,7963 | 0,8648 | 0,8352 | 83,52% |
| Total (Media de todos los componentes) | 0,8122 | 0,7485 | 0,8122 | 0,8604 | 0,8551 | 0,8177 | 81,77% |

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7.27. Distancia en el Cumplimiento de los Componentes

| COMPONENTES DE CONTROL | APES con mayor valoración | APES con menor valoración | GLOBAL APES |
|--|---------------------------|---------------------------|-------------|
| Entorno de Control | 87,74% | 72,95% | 82,23% |
| Evaluación de Riesgos | 88,27% | 72,84% | 79,01% |
| Actividades de Control | 87,14% | 72,50% | 83,55% |
| Información y comunicación | 86,48% | 73,73% | 80,53% |
| Supervisión | 86,04% | 79,63% | 83,52% |
| Total (Media de todos los componentes) | 86,04% | 74,85% | 81,77% |

Fuente: Elaboración Propia

La distancia más grande entre las APES analizadas, se da en el Componente de Evaluación de Riesgos mientras que el que menos distancia aporta entre ellas es el Componente de Supervisión.

El hecho de que el estudio se haya basado en el **Marco de 45 preguntas**, y que haya obtenido resultados aproximados en las distintas subhipótesis aporta consistencia al modelo propuesto de autoevaluación para que las APES, a través de sus direcciones, puedan conocerse a sí mismas y valorar en qué situación se encuentran sus sistemas de control interno en las Áreas de Recursos Humanos.

Esa **autoevaluación** debería ser mantenida en el tiempo con el fin de convertirse en **herramienta de mejora continua** que permitiera monitorizar, como se evoluciona de un periodo a otro. Así, este seguimiento de la puntuación que obtendría cada una de las Agencias (monitorización continua del Marco de preguntas) serviría también para conocer en qué medida las APES en su conjunto (objeto de nuestro estudio) van encaminando sus decisiones hacia el fortalecimiento del autocontrol, a través de actuaciones que tuvieran como **objetivo prioritario**:

- Trabajar en los aspectos necesarios para **mejorar la valoración de los componentes de control** y que todos alcancen el grado de Adecuado, a través del avance en la valoración de las **subhipótesis**.

- Trabajar en las preguntas que tienen una valoración menor y que requerirían **mejorar en las categorías de respuestas obtenidas** y que permitan alcanzar lo contenido en el punto anterior.

A partir del objetivo prioritario analizado, el hecho de que una determinada APES avance en torno al modelo de autoevaluación propuesto, conllevará que esté trabajando en **escenarios de mejora continua con una hoja de ruta** que le suponga **planificar actuaciones en el Área de RRHH** que permitan conseguir, por ejemplo:

- Mayor Puntuación Final del Modelo de Autoevaluación
- Mejorar la puntuación de aquellas preguntas que estén situadas en una categoría de respuesta más alejada de las que ostentan mayor puntuación.
- Mejorar la puntuación en aquellas preguntas cuya valoración esté por debajo de la media del conjunto de las APES.
- Mejorar la puntuación de aquellas subhipótesis y por ende de los componentes de control cuya valoración esté por debajo de la media del conjunto de las APES.
- Mejorar la puntuación de la autoevaluación del sistema de control interno en las Áreas de RRHH para que todos los componentes de control estén en grado Adecuado.

Todo lo anterior, debería tener presente **la valoración que los expertos** han dado, mediante sus aportaciones a través del cuestionario I, a los distintos componentes del Control y a las distintas Áreas de RRHH:

- a) La importancia que atribuyen a los distintos componentes de Control Interno (3 niveles) (de mayor a menor):
 - 1) Entorno de Control
 - 2) Evaluación de Riesgos / Información y Comunicación.
 - 3) Actividades de Control / Supervisión

- b) Las Áreas de RRHH sobre las que habría que actuar de manera preferente por su importancia (de mayor a menor):
 - 1) Régimen retributivo/Nóminas.
 - 2) Selección/Contratación.
 - 3) Relaciones laborales/ Negociación
 - 4) Desarrollo Profesional / Evaluación Rendimiento Profesional.
 - 5) Prevención Riesgos Laborales
 - 6) Régimen Jurídico: Derechos y deberes laborales
 - 7) Otros

Es obvio que la **mejora continua del Modelo propuesto** requeriría también que las propias Direcciones de RRHH llevaran a cabo la **revisión continua de cada una de las preguntas de la autoevaluación**, analizando sus categorías de respuestas y sus correspondientes valoraciones, a fin de que el propio modelo de autoevaluación pueda ir enriqueciéndose y se vaya adaptando a:

- la propia evolución de los sistemas de control interno.
- las prioridades que en materia de Recursos Humanos se vayan formulando.
- las propias exigencias de los Órganos de Control internos y externos de las organizaciones.

Definitivamente, el **trabajo adecuado en modelos de autoevaluación** como el propuesto, gracias a la imprescindible implicación de las Direcciones de las APES, supone:

- Mejorar la imagen de la Organización ante los Órganos encargados del Control Interno y Externo.

- Mejorar la imagen de la Organización ante los propios empleados, ayudándoles a entender y asumir su responsabilidad en el cumplimiento del efectivo control, todo ello fomentando el trabajo en equipo y mejorando la comunicación en todos los niveles.

- Mejorar la imagen de la Organización ante la Sociedad y la ciudadanía, al aportar mayores dosis de transparencia a la gestión pública.

CUARTA PARTE:

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

8.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo resumiremos las principales conclusiones del marco teórico y de la investigación empírica realizada en nuestro trabajo, que permitan dar a conocer los pequeños avances científicos conseguidos, y proponer actuaciones de mejora en torno al control interno de las Áreas de Recursos Humanos en las Organizaciones Sanitarias Públicas, con especial referencia a las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Lo que hemos pretendido con esta tesis es profundizar en la idea de que el **control interno** en las organizaciones sanitarias públicas debería ir más allá del propio control de legalidad, y que mediante la adecuación de los sistemas de control interno a las recomendaciones de modelos internacionales como el fijado por el **Informe COSO**, se pueda ir avanzando en el **uso adecuado y correcto de los recursos** públicos que garantice el futuro y la **viabilidad** de la propia organización.

En este sentido, para establecer y conocer el grado de avance en la implementación del control interno, su adecuación a las recomendaciones del modelo COSO y su efectividad en toda la Organización se recurre a la **Autoevaluación**. Esto supone un cambio de roles, pasando del enfoque tradicional en el que sólo las Oficinas/Unidades de Control Interno evaluaban la efectividad del mismo en función de si se alcanzaban o no los objetivos de la organización, a un nuevo enfoque en el que la Alta Dirección y/o los equipos de trabajo de cada área organizacional (excluyendo a las Oficinas de Control Interno) participan en dicha autoevaluación.

Teniendo en cuenta el grado de adecuación de los sistemas de control interno a las recomendaciones establecidas en el Informe COSO, sería factible que el diseño de autoevaluación a través del **cuestionario** sirviera para que, mediante su evaluación continua y periódica, se pudieran **establecer áreas de mejora** que marcaran el camino a seguir por la organización.

El **objetivo general de nuestra investigación** ha sido conocer cómo funciona el control interno en las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y su grado de adecuación a las recomendaciones establecidas en el Informe COSO (como modelo de control interno más reconocido a nivel internacional) en lo relativo a sus cinco componentes fundamentales:

- Entorno de control
- Evaluación de Riesgos
- Actividades de control
- Información y Comunicación
- Supervisión

A continuación se exponen las **principales conclusiones** obtenidas, distinguiendo entre las extraídas del análisis teórico y las correspondientes al estudio empírico, siguiendo el orden de los temas y capítulos abordados en el presente trabajo.

8.2 CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS TEÓRICO

8.2.1. Conclusiones referidas a Modelos y Sistemas Sanitarios

- Todos los **sistemas sanitarios modernos** deben reunir una serie de **características básicas**: equidad y accesibilidad adecuada, garantía del nivel de renta de los ciudadanos, eficiencia macroeconómica, y satisfacción de los usuarios.

Asimismo, en los sistemas sanitarios se identifican cuatro elementos principales: la población, los proveedores de servicios, las agencias aseguradoras y el gobierno, que se relacionan funcionalmente por la regulación, la financiación, la gestión y la provisión de servicios.

- En España, existe un **Sistema Nacional de Salud** que goza de bastante buena imagen dentro y fuera de nuestras fronteras y con un alto nivel de credibilidad entre la ciudadanía. Convive con multitud de sistemas de seguros públicos y privados, y con un gran número de proveedores privados en régimen de conciertos (ambulancias, clínicas concertadas, alta tecnología, etc.).
- La **Constitución Española de 1978**, recoge la universalidad de la prestación sanitaria en todo el territorio español al establecer, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y determinando la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

- Con la finalidad de hacer efectivo este precepto constitucional nace la **Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (en adelante LGS)**, que establece las bases ordenadoras para la creación del Sistema Nacional de Salud configurado como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que, debidamente coordinados, integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones locales y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.
- El Art. 43 de la **Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/98, de 15 de junio)** define el **Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA)** como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

El SSPA está compuesto por los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo, así como por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía, y por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

- El SSPA ha venido realizando un importante esfuerzo para desarrollar mecanismos de gestión que permitieran avanzar hacia una mayor calidad en la prestación de los servicios y una mayor eficiencia en el uso de los recursos que se le asignan, entre los cuales cabe destacar el importante grado de **descentralización y desconcentración en la gestión** de los diferentes centros sanitarios.
- La asistencia sanitaria especializada en Andalucía se presta, mayoritariamente, a través de los hospitales públicos incluidos en el **Servicio Andaluz de Salud**, aunque también existen otros centros sanitarios de atención especializada, constituidos como entidades públicas dependientes orgánicamente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y funcionalmente del SAS,

denominadas **Agencias Públicas Empresariales Sanitarias**, cuya finalidad es la prestación directa de servicios sanitarios.

- La incorporación de nuevas formas de gestión y organización, como las Empresas Públicas de Emergencias Sanitarias, Hospital Alto Guadalquivir, Hospital Costa del Sol, Hospital de Poniente y Hospital Bajo Guadalquivir, ha permitido **avances en la organización** de la actividad y en la **gestión de los recursos**. Así, la organización en áreas asistenciales integradas o el desarrollo de la consulta especializada de alta resolución son aportaciones impulsadas en el seno de esas empresas que han tenido su posterior extensión al resto de centros del Sistema Sanitario Público Andaluz.

8.2.2 Conclusiones referidas a los Recursos Humanos en la Gestión Pública

- Distintos estudios han demostrado que la forma de **dirigir los recursos humanos** tiene influencia sobre el éxito que alcanza una organización y los resultados obtenidos respaldan la hipótesis de que aquellas que utilizan un conjunto de prácticas de recursos humanos de **alto compromiso** obtienen mejores resultados que aquellas organizaciones que no las emplean.
- En las últimas décadas, las **reformas** producidas en los recursos humanos en las Administraciones públicas de los países de nuestro entorno se caracterizan por la **búsqueda de la eficiencia** a través de la gestión, como en una empresa privada, por la disminución de las diferencias entre los empleados públicos y privados y por la introducción de principios de gestión como la **privatización o la externalización**.
- Para aquellos que han llegado a la convicción de que el Sistema Sanitario Público está amenazado en su **sostenibilidad** por problemas estructurales, no sólo financieros, que requieren cambios profundos en los modelos de organización y gestión, el foco debe ponerse, sobre todo, en los **recursos humanos**.

8.2.3 Conclusiones referidas al Área de Recursos Humanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

- El Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene como objetivo general, en materia de personal, la **adecuación continua de una plantilla de profesionales** que permita cumplir con los fines que la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía le confiere, aumentando cada vez más la autonomía de los profesionales y buscando mejorar la cantidad y calidad de las prestaciones sanitarias que presta a la población. Siempre con una orientación clara hacia el paciente/usuario, garantizando la continuidad asistencial y la accesibilidad a los servicios. Además, adaptándose continuamente a las estrategias de renovación y los cambios que se pudieran producir, manteniendo en todo momento altos niveles de calidad y eficiencia.
- **La importancia del factor humano** en las organizaciones, implica que éstas deben poner el acento en la **calidad de los trabajadores** más que en la de los productos. Por ello, la tarea más importante de la dirección es lograr que sus colaboradores trabajen con más **entusiasmo** y no con más esfuerzo y al mismo tiempo, que sean tenidos en consideración en la **toma de decisiones de la organización**.
- El establecimiento del **sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional** de los profesionales sanitarios se constituye como un elemento fundamental para responder a los retos de calidad y mejora de los servicios públicos sanitarios, con la incorporación de un procedimiento de mejora continua para sus profesionales y su posterior acreditación, que a su vez favorezca la iniciativa de incorporar nuevos derechos y nuevas prestaciones en los servicios sanitarios, para lo cual se precisa de la implicación de sus profesionales, generando a su vez mecanismos incentivadores de la mejora continua en la práctica diaria.
- El propósito de la **autoevaluación** es que la propia organización realice un análisis regular de sus procesos y resultados de gestión para identificar los puntos fuertes y las deficiencias y determinar los oportunos planes de mejora.

- Las **políticas de gestión de personas** se comportan como políticas estratégicas en las organizaciones e instituciones sanitarias, facilitadoras y posibilitadoras de un servicio de alta calidad y excelencia, siempre que estén orientadas al:
 - cliente externo y poder fijar el “cuánto” se puede hacer y “cuándo”.
 - cliente interno (profesional) y poder fijar el “cómo” se ha de hacer.
- El personal de las agencias públicas empresariales en Andalucía se rige en todo caso por el **Derecho Laboral**, así como por lo que le sea de aplicación en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, siendo seleccionado mediante convocatoria pública en medios oficiales, basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad.

8.2.4 Conclusiones referidas al Control Interno

- La **necesidad del control** está ligada a la existencia de recursos escasos, la discrecionalidad en la toma de decisiones, las diferencias en los objetivos, necesidades y motivaciones entre diferentes personas y grupos, y la propia complejidad de la realidad organizativa. El control es **fundamental** para asegurar que todas y cada una de las actividades de una organización se realizan de la forma deseada y contribuyen a la **consecución de los objetivos** globales.
- El crecimiento de los mercados, los cambios tecnológicos, la promulgación de leyes y otros instrumentos jurídicos con mayores exigencias de control, el creciente reclamo a los administradores públicos de rendir cuentas por su gestión, son condiciones que requieren la toma de **acciones concretas** por parte de la Administración para **mejorar sus sistemas de control interno**, como herramientas efectivas para el logro de su cometido, **aprovechar** al máximo los recursos disponibles y **prevenir** el desperdicio y su uso inadecuado o ilícito.
- La **Comisión de Normas de Control Interno de la Organización Internacional de Instituciones Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI)** definió el **control interno** como el plan de organización y el conjunto de planes, métodos, procedimientos y otras medidas de una institución, orientados a proporcionar una **garantía razonable** de que se **cumplen los objetivos de promover** operaciones metódicas, económicas, eficientes y eficaces, así como productos y servicios de

calidad esperada; preservar el patrimonio de pérdidas por despilfarro, abuso, la gestión, errores, fraudes o irregularidades; respetar las leyes y reglamentaciones y estimular la adhesión de los integrantes de la organización a las políticas y objetivos, y por último obtener datos financieros y de gestión completos y confiables y presentados a través de informes oportunos.

- En Andalucía, el Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo (BOJA núm. 53, de 18 de marzo) aprueba el Texto Refundido de la **Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía** y en su Título V establece:
 - **La Intervención General de la Junta de Andalucía** es el superior órgano de **control interno** y de contabilidad pública de la gestión económico-financiera de la Administración de la Junta de Andalucía y de sus entidades instrumentales.
 - El **control interno** comprende el ejercicio de la **función interventora** y el **control financiero**.
 - Las funciones de control interno y de contabilidad pública se ejercerán con plena autonomía respecto a los órganos y entidades sujetos a fiscalización.

- La Administración debe fortalecer los **cinco componentes funcionales** del control interno a fin de obtener un sistema sano y confiable: **El ambiente de control; la valoración del riesgo; los sistemas de información; las actividades de control; y el seguimiento**. En este sentido, si bien el ambiente de control constituye la base fundamental del sistema, sobre la cual se apoyan e interactúan los otros cuatro, lo cierto es que el sistema será tan fuerte como el más débil de sus componentes. Así, para aseverar que la organización cuenta con un **sistema de control interno adecuado**, es necesario poder afirmar lo mismo respecto a cada uno de sus cinco componentes.

- El control interno es un **proceso permanente** que debe llegar a convertirse en una **actitud** de todos los funcionarios, quienes deben percibirlo como un medio para procurar el cumplimiento de los objetivos de la institución. Se habla, entonces, del “**autocontrol**”, como una obligación inherente a todo funcionario.

- Los resultados de la **autoevaluación**, auditoría interna o de otras revisiones realizadas sobre el **Sistema de Control Interno** o el **Sistema de Calidad**, deben servir para emprender acciones tendentes a corregir deficiencias y/o poner en marcha propuestas de **mejora del propio sistema** (política de mejora continua).

Para llevarlo a cabo se precisa de una **participación activa** de la gerencia/**dirección de la organización**.

8.2.5. Conclusiones referidas al Modelo COSO de Control Interno

- Hoy se puede hablar de un **nuevo paradigma de control interno a nivel mundial** presente en todo tipo de organismos, **públicos y privados** cuyo marco conceptual está constituido por los estudios promovidos por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (**COSO**, Committee of Sponsoring Organizations de la Treadway Commisions, National Commission on Fraudulente Financial Reporting). Esta institución privada, creada por cinco de las principales organizaciones de profesionales de la contabilidad en EEUU, tiene por objeto desarrollar orientaciones sobre lucha contra el fraude, control interno y gestión de riesgos, con la finalidad de mejorar los procesos de gestión y gobierno de las organizaciones y reducir el fraude.

- Esto ha conllevado a que otras organizaciones profesionales, hayan asumido los planteamientos del modelo COSO, como es el caso de la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) que ha desarrollado una **guía sobre normas de control interno para el sector publico** basada en dicho modelo (**INTOSAI,2004**).

En España, los **sistemas de control interno** de las organizaciones empresariales y/o administraciones públicas se están reformando siguiendo, en gran medida, los elementos del **modelo COSO**.

- **El informe COSO** ofrece un completo **marco conceptual** de control interno, constituido por una definición de control interno y la identificación y análisis de sus componentes. Además **proporciona dos herramientas prácticas** de especial utilidad: la primera es una guía para la preparación de los informes de la dirección referidos al control interno, y la segunda es una colección de **herramientas** aplicables en la **evaluación** de los sistemas de control.
- **El informe COSO**, cuya redacción fue encomendada a Coopers & Lybrand (1992), define el control interno como el **proceso**, realizado por el consejo de administración, la dirección y el personal de una entidad, diseñado para

proporcionar seguridad razonable respecto a **la consecución de objetivos** en las siguientes **categorías**:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones
- Fiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de las leyes y demás normas aplicables.”

- **La evaluación** para determinar si un sistema de control interno es o no “**eficaz**” constituye una toma de postura subjetiva que resulta del análisis de si están presentes y funcionando eficazmente los cinco componentes.

Su funcionamiento eficaz proporciona un grado de seguridad razonable de que una o más de las categorías de objetivos establecidas van a cumplirse:

- **Objetivos relacionados con las operaciones.** Referidos a la eficacia y a la eficiencia de la entidad, incluyendo los objetivos de rendimiento y rentabilidad y la salvaguarda de los recursos contra posibles pérdidas.
- **Objetivos relacionados con la información financiera.** Se refieren a la preparación de estados financieros fiables y a la prevención de la falsificación de la información financiera publicada.
- **Objetivos de cumplimiento.** Se refieren al cumplimiento de las leyes y normas a las que están sujetas la entidad.

- Las guías establecen que un **control efectivo** puede **apoyar el éxito de una organización** en diferentes formas:

- El personal, al desarrollar sus funciones, puede ejercitar su juicio y creatividad al tiempo que administra o controla los riesgos de que ocurran acciones indebidas.
- El personal tiene la flexibilidad de impulsar cambios en la organización o gestión, al tener un adecuado conocimiento de los riesgos.
- El personal posee información confiable y está en aptitud de usarla al momento oportuno y al más adecuado nivel en la organización.
- La organización puede lograr mejoras en la efectividad y eficiencia y obtener mayor confianza por parte de terceros interesados.

- Si se desea aplicar este modelo en una organización, la unidad a considerar puede ser toda la entidad, una agencia o dependencia de la misma, o subunidades como pueden ser **divisiones o departamentos**.

8.2.6. Conclusiones referidas al Diseño del Modelo de Autoevaluación

- Los dirigentes públicos y el resto de servidores de la Administración Pública deben caracterizarse, en su gestión, por un alto contenido de **integridad** personal y profesional y por la capacidad de comprender la **importancia** de **diseñar, aplicar y mantener controles internos razonables** que les permitan garantizar a la ciudadanía una gestión transparente y oportuna, respecto de la protección del patrimonio público y el cumplimiento de los objetivos y cometidos institucionales.
- La actividad de control interno debe **evaluar la adecuación y eficacia de los controles** que comprenden el objetivo institucional, las operaciones y los sistemas de información de la organización. Para ello se cuenta con la **Autoevaluación**, entendida como un **proceso para examinar y evaluar la efectividad** del Control Interno y cuyo objetivo es proveer de una garantía razonable de que se cumplirán los objetivos de la organización.
- El Instituto de Auditores Internos (IIA) establece que la **Autoevaluación Institucional** es aquel componente que le permite a cada responsable del proceso, programas y/o proyectos y sus funcionarios **medir la efectividad de sus controles** y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad. La autoevaluación se convierte en un **proceso periódico** y toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, proporcionando parámetros para realizar los **ajustes necesarios** a los procesos **antes de llegar a una auditoría formal**, bien sea interna o realizada por entes externos.
- La **Autoevaluación** es realizada con la **participación de los líderes y sus equipos de trabajo**, lo que permite la intervención de todas las personas que intervienen en el desarrollo de los mismos, dinamizando de esta forma el control interno. Desde esta perspectiva el control interno se convierte en un **asunto de todos**.
- Para llevar a cabo la Autoevaluación del Control, se pueden utilizar distintas **herramientas opcionales**, entre las que se encuentra el **Enfoque de Encuesta**, que utiliza **cuestionarios** que pueden emplear la forma de **encuesta**. Los dueños

del proceso emplean los resultados para evaluar su propia estructura. Una diferencia con los cuestionarios de auditoría es que los **cuestionarios para realizar la Autoevaluación del control** deben ser escritos en el **lenguaje del receptor**, no en el del auditor.

- El fomento de la Cultura del Control es uno de los roles de las Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, las cuales deberían realizar acciones para concienciar a los servidores públicos de la necesidad de **realizar periódicamente ejercicios de autoevaluación**, como parte del sistema de control, para **autodiagnosticarse**.

- El **ejercicio particular del autocontrol** es útil a las entidades para que logren los objetivos institucionales, los resultados sean óptimos, se proteja el patrimonio público, se preste un excelente servicio, se satisfaga a los ciudadanos, se legitime el Estado y se propenda por el **crecimiento personal del servidor público**. Por ello, es de primordial importancia fortalecer el **principio del autocontrol** en los servidores públicos, asumido como la capacidad de cada uno de considerar el control como inherente e intrínseco a sus responsabilidades, acciones, decisiones, tareas y actuaciones. En otros términos, proyectarlo a nivel institucional como la actitud de hacer bien las cosas en condiciones de justicia, calidad, oportunidad, transparencia y participación, y como la capacidad de control para regularse a sí mismo y tomar decisiones que beneficien a todos.

- Una organización que utiliza la autoevaluación del control tendrá un **proceso formal y documentado** que permita a la Alta Dirección y equipos de trabajo directamente involucrados en un área organizacional, función o proceso, **participar de forma estructurada** con el fin de:
 - Identificar riesgos y exposiciones.
 - Evaluar los controles que mitigan o manejan aquellos riesgos.
 - Desarrollar planes de acción que reduzcan los riesgos a niveles aceptables.
 - Determinar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales.

- La **Entrevista** es una fuente que constituye evidencia suficiente para calificar los criterios establecidos en la autoevaluación. Se realiza a personas o grupos de personas y permite **obtener o complementar las evidencias** que fundamentan el **juicio** sobre el **estado** de los **elementos** del sistema de control.

8.3 CONCLUSIONES DEL ESTUDIO EMPÍRICO

8.3.1 Conclusiones sobre la opinión de los expertos consultados en la investigación exploratoria. Cuestionario I

- En relación con la **importancia** que los expertos encuestados daban al **Control Interno** en el Área de Recursos Humanos de una Organización Sanitaria Pública, las valoraciones aportadas se pueden resumir en:
 - Favorece el cumplimiento de los objetivos de la Organización.
 - Favorece la implicación y el compromiso de los trabajadores.
 - Minimiza y neutraliza los riesgos asociados a la gestión y mejora la calidad del control interno como herramienta de gestión.
 - Favorece el conocimiento de la Organización y de los elementos (en este caso de RRHH) que la componen.
 - Es fundamental contar con todos los profesionales para definir el Control Interno propio del Área.
 - El control interno es una herramienta fundamental de la gestión de los RRHH que debe permitir la toma de decisiones en tiempo y forma por parte de los distintos responsables en sus niveles correspondientes.

Algunos aspectos clave, presentes en todas las encuestas recibidas:

- Medio o herramienta adecuada para garantizar que la toma de decisiones sea eficiente, en tiempo y forma para la consecución de los objetivos de la Organización.
 - Es un medio adecuado cuando participan todos los estamentos de la Organización.
 - Favorece la mejora continua.
- En relación con las **ventajas** que los expertos encuestados entendían que podría aportar la existencia de un **modelo de autoevaluación del control interno** en las Áreas de Recursos Humanos de una organización sanitaria pública, las valoraciones aportadas se pueden resumir en:
 - Es útil por cuanto que permite verificar el grado de cumplimiento de los procesos operativos a la finalidad real que persiguen.

- Un modelo de autoevaluación conlleva la implicación de todos los profesionales que participan en la ejecución de los procesos, por lo que asegura la participación y la actitud de mejora.
- Un modelo de autoevaluación permite que internamente se detecten y se implementen elementos de corrección o de mejora.

Algunos aspectos clave, presentes en todas las encuestas recibidas:

- Permite la detección de áreas de mejora
 - Conlleva la implicación de los profesionales
- En relación con la pregunta formulada a los expertos en torno a la **existencia o no de modelos de autoevaluación** del control interno en el Área de RRHH, las valoraciones aportadas se pueden resumir en:
- No existen actualmente en las Agencias Públicas modelos de autoevaluación del control interno en las Áreas de Recursos Humanos.
- En relación con la opinión de los expertos encuestados en torno a los principales **factores claves de éxito en la implantación de sistemas de control interno**, las valoraciones aportadas se pueden resumir en:
- Facilita la consecución de los objetivos
 - Contar con la implicación de los profesionales de todos los profesionales del Área
 - Implicación e impulso desde la Dirección.
 - Establecer procesos y procedimientos de obtención de datos e informes que permitan la actualización y mejora permanente y con el menor coste posible, de los mismos.
 - Tener la posibilidad de adaptar el CI a las necesidades que en cada momento se demanden por parte de la Dirección del Área y de la Dirección de la Organización.
 - Que el CI sea conocido y se remita a los distintos estamentos, según los modelos que se hayan previsto para cada uno de ellos, en tiempo y forma, de manera que dicho CI sea útil para la toma de decisiones.

Algunos aspectos clave, presentes en todas las encuestas recibidas:

- La Implicación/compromiso de los profesionales y los responsables
- Revisión continua para la actualización y mejora permanente

- En relación con la opinión de los expertos encuestados en torno a **las parcelas del ámbito de RRHH** que a su juicio requerirían una **mayor desarrollo del Control Interno**, las valoraciones aportadas (de mayor a menor importancia) se pueden resumir en las tres siguientes:
 - 1) Régimen retributivo/Nóminas.
 - 2) Selección/Contratación.
 - 3) Relaciones laborales/ Negociación

- En relación con la opinión de los expertos encuestados en torno a los **componentes de control interno más importantes** a la hora de conseguir un buen nivel de control interno, las valoraciones aportadas se pueden resumir en:
 - 1) Entorno de Control
 - 2) Evaluación de Riesgos / Información y Comunicación.
 - 3) Actividades de Control / Supervisión

8.3.2 Conclusiones sobre las preguntas abiertas del Cuestionario II

- En relación con la **estructura organizativa de las Áreas de RRHH**, no existe un patrón común en los Centros analizados, aunque sí se evidencia una estructura muy parecida. En todos ellos, el Área de Recursos Humanos es responsabilidad directa de una persona con rango de Dirección, y en algunos existe la figura de Subdirección de RRHH dependiendo del anterior.
En cuanto al número de profesionales (fundamentalmente personal técnico y administrativo) que conforman el Área de RRHH de cada una de las APES, incluyendo al personal con cargo directivo, oscila entre 11 a 25 dependiendo del tipo de Agencia, en cuanto al número de Centros que incluye, dimensión de plantillas etc.

- En relación con el **número total de profesionales** que conforman la **plantilla de cada Agencia**, se observa que no existe una uniformidad/homogeneidad en las APES analizadas, estando el volumen total en consonancia con el número de Centros que tenga adscritos cada una de ellas. La plantilla de profesionales se mueve en un rango que va desde los 1700 a 750 profesionales. De ellos, podríamos sacar un perfil tipo en el que aproximadamente el 60% del total serían

personal de la División de Enfermería, el 25% pertenecerían a la División Médica y el 15% a la División de Gestión.

- En cuanto al **organigrama directivo** de las Agencias Públicas, existen diferencias en función de la dimensión de las mismas, y sobre todo dependiendo de la dispersión de los Centros vinculados a ellas, como por ejemplo el caso de la Agencia Pública de Emergencias Sanitarias que cuenta con direcciones provinciales en las ocho provincias andaluzas.

En todas las Agencias, el máximo rango directivo lo ocupa la Dirección Gerencia de la Empresa Pública. A partir de aquí, el desglose de niveles y puestos es diverso.

- En relación con la calidad, todos los Centros Sanitarios adscritos a las Agencias Públicas tienen la **acreditación de calidad** por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. En el caso de la EPES (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias), todas las delegaciones provinciales están acreditadas.

8.3.3 Conclusiones sobre las preguntas cerradas del Cuestionario II. Conclusiones referidas a la hipótesis general.

Las siguientes conclusiones hacen referencia a los distintos grados de adecuación de las subhipótesis formuladas para poder validar o no nuestra hipótesis general: “Las Áreas de Recursos Humanos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (en adelante APES) pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía (dependencia orgánica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), se adecuan a las recomendaciones de control interno establecidas en el informe COSO”.

Para ello, se analizan cómo se adecuan los cinco componentes del control interno en las Áreas de RRHH de las APES a las recomendaciones del Informe COSO, teniendo en cuenta los cuatro rangos posibles fijados en nuestro estudio (de menor a mayor grado de adecuación): Inadecuado – Deficiente – Satisfactorio – Adecuado.

- Todos las APES disponen de un **plan de acogida** para los nuevos profesionales así como algún **Manual, código de conducta o normas de estilo** cuyo contenido y difusión poseen un **grado satisfactorio y casi adecuado**. Además, la mayoría

de los centros tienen establecidos **por escrito los conocimientos, habilidades y actitudes de los puestos de trabajo**, todo ello para favorecer que la dirección y los cargos intermedios demuestren y transmitan al resto de empleados, un mensaje de integridad, valores éticos y responsabilidad, a través de sus actuaciones y comportamientos.

- Las Direcciones y los cargos intermedios de las APES especifican **en grado adecuado**, el nivel de competencia profesional para los puestos del Área de RRHH, y esto se explica por tener procedimientos escritos que describen la mayoría de las **tareas y actividades** así como los **conocimientos y habilidades imprescindibles** para llevarlas a cabo. Asimismo, poseen un **Plan de Formación** cuyo contenido es valorado de manera muy alta por la mayoría de los directivos de los Centros, en cuanto a la adquisición de dichas competencias, habiéndose realizado un número elevado de **actividades formativas** en los dos últimos ejercicios. En todos los Centros, el 100% de los profesionales conocen los objetivos de su Unidad y sus **objetivos individuales**, y existe un **sistema de evaluación del rendimiento profesional** de carácter anual, con más de 10 años de antigüedad.
- Las Gerencias de las APES se implican, en **grado satisfactorio y casi adecuado**, en el Control Interno de los RRHH, donde todos los Centros incluyen **información fundamental de RRHH** en los **Cuadro de Mandos Integrales** (financiera-retribuciones, jurídica, plantillas, selección y contratación, formación, prevención de riesgos laborales) **remitiendo información** de manera periódica a Directivos y Cargos intermedios sobre dichas materias y **fijando reuniones** frecuentes entre la Dirección y los Responsables Clínicos para el tratamiento de los temas relacionados con el Área de RRHH. Como aspecto negativo destacar que sólo una minoría de Centros posee **encuestas de satisfacción** u otro modelo estandarizado para conocer la percepción que los clientes internos tienen sobre el trabajo que realizan los profesionales de dicha Área.
- Los Directivos de RRHH encuestados consideran en **grado satisfactorio y casi adecuado**, que existe una **estructura organizativa y unos responsables** con conocimientos y experiencia adecuados a la actividad de RRHH de las APES, teniendo en cuenta que, en todos los Centros, la **antigüedad y experiencia** media de los Directivos de RRHH es superior a los 5 años, lo que implica que no existe una alta rotación. Al mismo tiempo es positivo que un alto porcentaje de cargos

intermedios y directivos asistenciales poseen unos conocimientos adecuados sobre la normativa y los procedimientos fundamentales de los ámbitos de Recursos Humanos. Como aspecto negativo destacar que en la mayoría de las APES, los directivos y cargos intermedios **prolongan su jornada laboral** en grado medio-alto, lo que podría no estar en línea con la recomendación del Informe COSO en cuanto a la existencia de una estructura adecuada de directivos y cargos intermedios, que les permita cumplir con sus responsabilidades de forma eficiente.

- La totalidad de las APES consideran que existe un **grado adecuado de asignación de responsabilidad y delegación de autoridad** para la toma de decisiones en su ámbito, entre Directivos y Cargos intermedios del Área de RRHH, y se acompaña de una **plantilla de profesionales**, que en la mayoría de los Centros (no en su totalidad) valoran como muy adecuada en cuanto a número y experiencia para el cumplimiento de los objetivos de ese Área. Esta asignación de responsabilidad y delegación de autoridad entre directivos y Cargos Intermedios del Área de RRHH constituye la subhipótesis mejor valorada con más de un 93% en cuanto a cumplimiento.

Todo ello, unido a lo expresado en las cuatro conclusiones anteriores, supone la base para **un componente de Entorno de Control que se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Adecuado.**

- La mayoría de las APES (no todas) poseen **Planes Estratégicos** a partir de los cuales poder diseñar sus objetivos generales y específicos. En este sentido, la totalidad de las Direcciones de RRHH participan en la elaboración y seguimiento de los presupuestos de las Unidades/Servicios y al mismo tiempo, la gran mayoría de las Áreas de RRHH tienen fijados objetivos vinculados en grado muy alto con los **objetivos incluidos en el Contrato Programa** de las APES con la Consejería de Salud. En la fijación y elaboración de los Objetivos de las Áreas de RRHH **participan, en la mayoría de las APES, todos los agentes implicados:** directivos, cargos intermedios y profesionales. Por tanto las APES consideran en **grado adecuado**, que existe una **estrategia** en el Área de RRHH para la **fijación de objetivos de carácter general** así como unos **objetivos específicos** para los profesionales basados en los generales.
- Las APES consideran en **grado satisfactorio y casi adecuado**, su **identificación de riesgos relevantes** que pueden influir en la consecución de sus objetivos generales y los específicos del Área de RRHH, y entienden mayoritariamente que

el **presupuesto anual** de gastos de Personal no es adecuado para la consecución de los objetivos fijados, al mismo tiempo que consideran que las Áreas de RRHH llevan a cabo **análisis de riesgos** reales y posibles que pudieran producirse (aun no disponiendo unánimemente de procedimientos escritos) y en los que participan principalmente tanto **directivos** como **cargos intermedios**. No obstante, los **profesionales** de la mayoría de las APES también **participan en los análisis de los cambios** importantes que se producen las Áreas de RRHH.

- Todas las APES disponen, en sus Áreas de RRHH, de mecanismos para que los profesionales **aporten recomendaciones de mejora** para avanzar en calidad y eficiencia, habiéndose **puesto en marcha** mayoritariamente gran parte de las propuestas en los dos últimos ejercicios, al tiempo que se llevan a cabo periódicamente reuniones entre dirección, cargos intermedios y profesionales para evaluar el rendimiento profesional y proponer medidas para mejorarlo.

Todo ello, unido a los aspectos incluidos en las dos conclusiones anteriores, supone la base para **un componente de Evaluación de Riesgos que se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Satisfactorio**, constituyéndose como el único componente de control interno analizado que no alcanza el grado de Adecuado.

- Todas las APES tienen **auditorías** periódicas en sus Áreas de RRHH (anual/semestral) y poseen mayoritariamente **procedimientos escritos** para las actividades/tareas más importantes. Asimismo, todas ellas disponen de una **Unidad/departamento** que realiza la supervisión de Control Interno, y las Direcciones llevan a cabo alguna/as **actuaciones para verificar** y controlar que los procesos del Área de RRHH se realizan de forma adecuada. En este sentido, las APES consideran en **grado adecuado** que disponen de registros que acreditan el **cumplimiento de las normas y leyes aplicables** así como las **políticas** establecidas por ellas.

- El Plan de formación para los profesionales del Área de RRHH, el establecimiento por escrito de las competencias profesionales para los puestos de trabajo en la mayoría de las Áreas de RRHH de las APES, las reuniones periódicas de los profesionales para tratar los temas de Personal y para evaluar el rendimiento profesional unido a una satisfactoria separación de funciones entre el personal de RRHH que evite concentración de competencias, posibilita que las Áreas de RRHH

consideren que **disponen, en grado adecuado, de personal necesario y con cualificación y formación** suficiente para llevar a cabo sus tareas.

Todo ello, unido a los aspectos incluidos en la conclusión anterior, supone la base para **un componente de Actividades de Control que se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Adecuado**, constituyéndose como el componente de control interno mejor valorado.

- Las APES entienden que poseen **sistemas de información** donde recoger, procesar y presentar la información pertinente **en grado Adecuado**, disponiendo de **registros para detectar de manera inmediata cambios** en los aspectos fundamentales de los Recursos Humanos (retribuciones, puestos, turnos de trabajo etc.), y valorando mayoritariamente con un nivel alto, la información que recibe el personal directivo, el **detalle de la información** para los distintos niveles de gestión (directivo, cargos intermedios, técnicos/operativos) y la **pertinencia de la información** permitiendo una inspección minuciosa de los detalles cuando es necesario. Todo ello acompañado de la existencia, en la totalidad de las APES, de un **Cuadro de Mando** que además de ser **enviado periódicamente** a la Dirección, incorpora, en su mayoría, **información relativa al Área de RRHH** como: retribuciones, contratación, presupuesto, efectivos plantilla, formación, prevención de riesgos laborales etc.

- Las APES valoran que la **comunicación en el Área de RRHH** cubre las **expectativas** y responsabilidades **de los individuos** y grupos **en un grado Adecuado**: al conocerse las **competencias profesionales** requeridas para los puestos que están establecidas por escrito; al difundirse a la totalidad de los profesionales del Área de RRHH los **objetivos de Unidad e individuales**; al establecerse una comunicación mediante la **evaluación del rendimiento**; al existir mecanismos para que los profesionales puedan comunicar sus **recomendaciones de mejora** ó a que en la mayoría de las APES (no todas), los distintos niveles (directivo, cargo intermedio, profesional del Área) participen en el análisis del **Informe de Recomendaciones** emitido por los Auditores.

Todo ello, unido a los aspectos incluidos en la conclusión anterior, supone la base para **un componente de Información y Comunicación que se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Adecuado**.

- Las APES consideran que llevan a cabo distintas **actuaciones para verificar** que los **procesos de RRHH** se realizan de manera adecuada, contrastando

información, encargando dicha verificación a equipos de profesionales, y mediante el **trabajo conjunto** de directivos, cargos intermedios y profesionales para **analizar y revisar los controles** que deben implantarse para evitar problemas de funcionamiento y también para **revisar y analizar los informes** de recomendaciones de los Auditores/interventores. Todas las APES han declarado que en la última auditoría realizada al Área de RRHH, el informe indicaba que se habían detectado incidencias en los sistemas de control interno y que se establecían unas recomendaciones que una vez puestas en funcionamiento habían dado resultados positivos. A lo anterior se une el que las Agencias entienden que poseen una **adecuada segregación de funciones** entre el personal del Área de RRHH además de contar con **Unidades de Control Interno** para verificarlo, por lo que la totalidad de las APES consideran que **realizan una supervisión continuada del sistema de control interno** en el Área de RRHH en **grado Adecuado**.

- La mayoría de las APES **incluyen en los objetivos** del Área de RRHH, **aspectos relacionados con el Control Interno** como evaluación de reclamaciones y demandas judiciales, aportaciones para las mejoras de los procesos, cumplimiento de los plazos legales etc. Esto, unido a la participación de los profesionales tanto en la elaboración de los controles que prevengan los problemas de funcionamiento como en el análisis de los informes de recomendaciones, constituyen algunos aspectos que posibilitan que las APES consideren que **llevan a cabo evaluaciones del sistema de control interno** del Área de RRHH en **grado Adecuado**.
- La mayoría de las APES consideran que la Dirección **conoce las posibles deficiencias de control interno** en el Área de RRHH en **grado Satisfactorio**, ya que aunque existen mecanismos para que los profesionales aporten sus recomendaciones de mejora, y participan junto a los directivos y cargos intermedios en el análisis y revisión de los controles para prevenir la aparición de problemas de funcionamiento en el Área, y también participan en la mayoría de las APES en la concreción y aplicación de medidas correctoras ante la presencia de deficiencias de Control Interno, por el contrario la mayoría de las Agencias no tienen implantadas encuestas de satisfacción sobre el trabajo que realizan los profesionales del Área de RRHH.

Todo ello, unido a los aspectos incluidos en las dos conclusiones anteriores, supone la base para **un componente de Supervisión que se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Adecuado.**

- Tras las autoevaluaciones llevadas a cabo en todas las APES, se ha constatado que el porcentaje medio global que mide la adecuación del control interno de las Áreas de Recursos Humanos a las recomendaciones del INFORME COSO (cinco componentes) se sitúa, **para el conjunto de las APES**, en un nivel del **81.77%**. Por tanto, se podría concluir que el sistema de control interno en las Áreas de Recursos Humanos de las APES, se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Adecuado (superior al 80%). Sin embargo, como hemos señalado en capítulos anteriores, la bibliografía existente establece que **el sistema de control interno será Adecuado cuando lo sea en todos y cada uno de sus componentes.**

Esta premisa **no se cumple en nuestro trabajo** ya que mientras cuatro de los cinco componentes sí acreditan un nivel de adecuación superior al 80% (Grado Adecuado), esto no ocurre con el Componente de Evaluación de Riesgos que ha obtenido un porcentaje del 79.01% (Grado Satisfactorio), aunque muy próximo a dicho límite.

Por tanto podemos concluir que tras las autoevaluaciones realizadas por las APES, el Sistema de Control Interno en las Áreas de Recursos Humanos de dichas organizaciones se adecúa a las recomendaciones del Informe COSO en grado Satisfactorio con perspectiva a Adecuado.

- El diseño de **autoevaluación a través del cuestionario** permite que, mediante su **evaluación continua**, se puedan identificar Áreas de Mejora en relación con aquellos ítems(preguntas del cuestionario) que hayan obtenido menor valoración y sobre los que cada una de las APES podría actuar para ir mejorando la puntuación global del sistema (**mejora continua**), todo ello teniendo en cuenta la importancia que los **expertos** entrevistados han dado tanto a los distintos **componentes del control interno**, como a las distintas **parcelas dentro del Área de RRHH.**
- Todo el análisis matemático llevado a cabo para la valoración de las respuestas obtenidas de los cuestionarios cumplimentados por las APES, que permite obtener el grado de adecuación de los componentes del control interno a las recomendaciones del Informe COSO y en definitiva todos los **cálculos operados**

en este estudio empírico, se han volcado en un **modelo propio**, en formato de **hoja de cálculo (Excel)**, generado y creado por el autor de este trabajo.

8.4 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- El estudio se ha dirigido al universo de Agencias Públicas Empresariales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, concretamente a las cinco existentes actualmente, las cuales agrupan y representan a más de veinticinco Centros sanitarios entre hospitales, Centros de alta resolución, Delegaciones provinciales, etc. Por tanto, una limitación estaría referida al ámbito de la población estudiada, ya que el número de estas entidades es pequeño, aunque se haya trabajado con la totalidad de Agencias Públicas del SSPA.

Siendo conscientes de esta limitación, nuestro propósito ha sido llevar a cabo un estudio de esta naturaleza sobre esas figuras empresariales porque cumplían dos requisitos importantes, a nuestro juicio:

- a) El carácter empresarial de las Agencias. (legislación contable / fiscal)
 - b) El carácter público de las Agencias. (Adscritas orgánicamente y pertenecientes a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía)
- Para que los resultados de nuestra investigación pudieran ser extrapolables al campo científico, sería necesario que el estudio estuviese referido, al menos, al ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía e incluso al ámbito estatal.
 - Se puede abrir una línea de investigación para comprobar el grado de Adecuación a las recomendaciones del Informe COSO, de las Áreas de Recursos Humanos de todos los Centros pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía y poder obtener una valoración global del mismo. En nuestro caso, el cuadro de preguntas propuesto que sustentan la autoevaluación del Control Interno, podría extrapolarse al ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
 - Otra línea de investigación podría ser el estudio de la relación existente entre los resultados obtenidos con la autoevaluación del Control Interno y el cumplimiento de los objetivos de la Organización Sanitaria Pública, y comprobar si los avances en la mejora continua del Control Interno permiten y facilitan que ésta consiga, en mayor grado, los objetivos que tenga fijados como institución al servicio del ciudadano.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Adán Carmona, J. "El encaje actual del control interno en el sector público estatal". *Economistas* nº 26 (2008).
- Adán Carmona, J. "La evaluación de la políticas de gasto". *Presupuesto y gasto público* nº 47 (2007).
- Aguirre Sádaba, A. "Fundamentos de Economía y Administración de empresas", *Editorial Pirámide* (1995).
- Aguirre Sádaba A., Tous Zamora D., Castillo Clavero A.M. "Administración de organizaciones en el entorno actual". *Ediciones Pirámide* (2003).
- Alcalde Hernández, J.C. "Actuación integrada de las funciones de control interno y contabilidad de la Intervención General del Estado en el Marco de la estabilidad presupuestaria ". *Presupuesto y gasto público* nº 70 (2013) pp. 55-77.
- Almela Díez, B. "Control y auditorías internos en la empresa". *Consejo General de Colegios de Economistas*. (1991).
- Amat J.M. "Control de Gestión: una perspectiva de dirección". *Ediciones Gestión 2000*, (2002).
- Anderson R. "Limitaciones de las revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas" *Health Economics* doi: 10. 1002/1486 (2009).
- Anderson Zanette, M., Do Nacimiento, C., Damhmer Pfitscher, E., Alberton L. "Gestión y seguimiento de la información basada en los preceptos de la metodología COSO: Estudio de casos múltiples". *Revista Digital del Instituto Internacional de Costos (RIIC)*, Nº 5 (2009) pp. 53-71.
- Anthony Robert N. y Govindarajan Vijay., "Sistemas de Control de Gestión". *Editorial Mc Graw Hill*. (2003).
- Antoñanzas Villar F., Guerras Martín L.A., Roviras Fornes J. "La planificación de los recursos sanitarios: El caso del personal de enfermería". *Presupuesto y Gasto Público* Nº 10, (1993) pp.61-68.
- Arenilla Sáez M. "La vigencia de los modelos de gestión de los recursos humanos en las Administraciones públicas". *Presupuesto y Gasto Publico* Nº 41.(2005) pp. 33-53.
- Arenilla Sáez, M. "La reforma de la Administración desde el ciudadano". *Instituto Nacional de Administración Pública*, Madrid,(2003).
- Arias C., Rodríguez Rodríguez, M. "La comunicación interna, una fuente generadora de valor". *Análisis Local* Nº 53,(2004) pp. 43-52.
- Arias E. "Hacia una Administración centrada en el ciudadano". *Harvard-Deusto Business Review*. (1994).
- Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA), "La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios". (1997).
- Baena, M. "Curso de Ciencia de la Administración". *Tecnos*, Madrid, 4ªedición, (2000).

Banegas Ochovo R., Navada Peña D., Tejada Ponce A. "El cuadro de mando como instrumento de control en la gestión social: Recursos Humanos y medio ambiente". *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, Nº 103. (2000) pp. 107-147.

Barba Aragón, M.I., Serrano Segura, J. "¿Es útil la gestión de los recursos humanos en los ayuntamientos?". *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* 21 (1),(2015). pp.9-16.

Barquero, M. "Manual práctico de control interno. Teoría y aplicación práctica". *Editorial Profit*. (2013).

Barrilao González, P.; Delgado Alaminos, J.; Villar Rubio, E.; Heredia Díaz, B. "¿Están motivados los empleados de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria en Andalucía?". *Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social. Comentarios, prácticos. Recursos humanos*. Nº 385. (2015). pp. 213-232.

Barrio Tato L., Barrio Carvajal S., "El Informe de Control Interno en la Administración Pública". *Auditoría y gestión de los fondos públicos* nº 46,(2008).

Basabe Aldecoa M. "Paradigmas de control en las organizaciones actuales". *Revista Empresa y Humanismo* Nº 6,(2003) pp. 9-33.

Beecher, D.D. "The Next Wave of Civil Service Reform". *Public Personnel Management*, vol.32, (2003).

Benavides Velasco C.A., "Un modelo integrado de gestión para la empresa industrial". Tesis Doctoral. Aguirre Sádaba A.A. (Director). E.T.S. de Ingenieros Industriales de la Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones, (2000).

Benavides Velasco C., Quintana García C., "Proceso y sistemas organizativos para la gestión del conocimiento. El papel de la calidad total". *Boletín Económico de ICE* nº 2838, (2005).

Benavides Velasco, C. y Quintana García C. "Gestión del conocimiento y calidad total". *Ediciones Díaz de Santos*,(2006).

Berwick DM, JB, Coye MJ. "¿Están relacionadas la medida y la mejora de la calidad?" *Med Care*, 41, (2003) pp30-38.

Biedma López, E; Ruiz Barbadillo, E.; Gómez Aguilar, N. "¿Cómo actúan las empresas frente a la dependencia económica del auditor?: el papel del comité de auditoría". *Revista de Contabilidad* Nº 14 (2011) pp. 87-119.

Björkman Ingmar, Smale Adam. "La gestión global del talento: Retos y Soluciones". *Universia Business Review*, 3ª trim.(2010).

Blanco J. "Claves para la implantación de sistemas de control interno". *Estrategia financiera* nº 249 (2008).

Blanco Lang J.M. "El control de la actividad económico-financiera pública: Especial referencia al sistema de control interno". *Seminarios 1985, coord. por Asociación de Censores Letrados y Contables, Servicio de Estudios del Tribunal de Cuentas*, (1987).

Boada-Grau J., Gil-Ripoll C. "Gestión Estratégica de Recursos Humanos como antecedente del Balance Scorecard". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* Vol. 25 nº 2 (2009), pp.123-134.

Bodiguel J.L. "¿Por qué es tan difícil cambiar la mentalidad de los funcionarios?", en Arenilla, M. (Dir.) *La gestión del cambio cultural en la Administración pública*. Logroño, *Gobierno de La Rioja*,(2001).

Bohigas L., Asenjo MA, Net A., Ortún V., Rodríguez M., Vaqué J., Salleras L.: "La Calidad de los hospitales catalanes: análisis de los datos de la acreditación". *Revista de Calidad Asistencial* nº 6 (1996).

Bonavia T., Marín J.A.. "Producción ajustada y recursos humanos Resultados sobre la efectividad empresarial". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa* vol. 19 núm. 4. (2010) pp. 117-134.

Bossi Queiroz A., Fuertes Callén Y., Serrano Cinca C. "Reflexiones en torno a la aplicación del capital intelectual en el sector público". *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, Nº 124. (2005) pp. 211-245.

Brun A., García-Aísa JC. "Sistema de calidad del Servicio Aragonés de Salud". *Revista de Calidad Asistencial* Vol. 19 (3) (2004).

Buchan, J. y Calman, L. "Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles". *OECD Health Working Papers*, nº17, OECD Publishing, Paris, (2004).

Bunge M., "La investigación científica". *Editorial Ariel*. Barcelona (1972).

Caba Pérez C., Sierra Fernández M. "Incorporación de un estado sobre el capital intelectual en los organismos públicos". *Actualidad Financiera*, Monog-3;(2001) pp. 59-74.

Cabasés Hita J.M., Martín Martín J., López del Amo González P., "La eficiencia de las organizaciones hospitalarias". *Papeles de Economía Española* nº 95, (2006).

Cabero Almenara J., Infante Moro A. "Empleo del Método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación". *EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa* nº48, (2014).

Camaleño Simón M^a Cristina "Control analítico preventivo versus eficiencia analítica integral". *Alta Dirección* nº 39(229), (2003).

Campos Climent, V.; Melián Navarro, A.; Sanchis Palacio, J.R. "El método Delphi como técnica de diagnóstico estratégico. Estudio empírico aplicado a las empresas de inserción en España.". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*. 23(2). (2014) pp.72-81.

Campos Palomo, A.D; Campos Palomo, L.D. "Optimizando la gestión y administración profesionales. Comunicación y liderazgo laissez faire enfermero". *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2105, 6(1) (2015) pp.85-93.

Cantera Herrero F. "La nueva gestión de personas en el sector público local: el reto de la productividad". *Análisis Local* Nº 59. (2005) pp.7-11.

Cantero Martínez, J. "Las medidas de racionalización de plantillas en el empleo público local y en un contexto de contención fiscal.". *Cuadernos de Derecho Local*. (28).(2012) pp.7-39.

Carazo José A. "Hospital Costa del Sol: Un proyecto basado en la calidad del servicio y el compromiso profesional". *Capital Humano* nº 13. (2000) pp.48-58.

Carmona Ibáñez P. "Influences of Internal Control Risk in the planning of a audit: An Empirical Study of Coso Report Framework". *Revista de Contabilidad* nº 10 (2007).

Carmona Ibáñez P. "Un enfoque moderno del control interno: el Informe COSO y sus repercusiones". *Estudios financieros. Revista de Contabilidad y tributación. Comentario, casos prácticos*, Nº 301. (2008) pp. 203-220.

Casado, J.M. "El valor de la persona. Nueve principios para la Gestión del Capital Humano". *FT/Prentice Hall*, Madrid (2003).

Casas, M. "Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización". *Masson*. (1991)

Casas Anguita, J, Repullo Labrador JR, Donado Campos, J. "La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II)". *Atención Primaria* nº31, Mayo (2003).

Castejón González, J. "Aproximación a la evaluación del Control Interno en las Auditorias Públicas sobre la Gestión Contractual". *Auditoria Pública* Nº 57 (2012) pp. 71-82.

Céspedes Lorente J.J., Jerez Gómez P., Valle Cabrera R. "Las practicas de RRHH de alto rendimiento y la capacidad de aprendizaje organizativo: incidencias e implicaciones". *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*. Nº 24,(2005) pp. 29-55.

Cohen C. "Sistemas de Información para la toma de decisiones". *Ed. MacGraw-Hill*, (1996).

Coleman, S. "Innovation and Global Trends in Human Resoure Management Practises", en Peters, b.B y Pierre, J.: "Handbook of Public Administration", *Sage*, Londres, (2003).

Colomer J., "La gestión sanitaria a través de la administración pública: Burocracia y privilegios". *Gestión Clínica y Sanitaria* Vol.11 nº 4, (2009).

Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. "Resumen Ejecutivo". *Instituto de Auditores Internos de España y PwC España*. (2013).

Conclusiones del I Congreso Nacional de Auditoria en el Sector Público. *Auditoria Pública* nº 33, (2004).

Conrad DA., Christianson JB., "Incentivos y calidad clínica ¿vamos en la dirección adecuada?". *Medical Care Research* nº 61 (3), (2004).

Coopers & Lybrand, "Los nuevos conceptos del control interno. Informe COSO". *Editorial Díaz de Santos S.A.* (2007).

- Cordero, N., Horcajadas-Almansa, A., Bermúdez G.J., Tous, D. "Calidad percibida en hospitales del Servicio Sanitario Andaluz. El caso de los servicios de neurocirugía". *Revista de Calidad Asistencial*, Vol.29, nº6, (2014) pp.311-319.
- Cortés José V. "Evaluación de la gestión de personas en las organizaciones". *Análisis Local* Nº 53, (2004) pp.7-15.
- Cosials i Pueyo, D., "Auditoria operativa en hospitales (2ª parte). Inicio, preparación y realización". *Auditoría Interna* 18 (62). (2002).
- Currístine, T.; Lonti, Z.; Jourmard, I. "Improving public sector efficiency Challenges and opportunities". *Presupuesto y Gasto Público*, nº 51, (2008) pp. 161-198.
- Dafni LS. "Los hospitales no cambian la calidad de la atención ni la política de ingresos ante cambios en los precios de los DRG,s". *NBER Working Paper 9972, National Bureau of Economic Research*. (2003).
- Dautzenberg A., "El Marco Internacional para el ejercicio de la auditoria interna". *Auditoría Interna* nº 88, (2009).
- Dautzenberg A., "Evaluación de la calidad". *Auditoría Interna* nº 75,(2005).
- De la Puerta Rueda E. "Taller de gestión por procesos. Una propuesta en común para superar algunos obstáculos relevantes". *V Jornadas de Gestión y Evaluación de costes Sanitarios*, (2000).
- De Pedro Montalbán T., Rodrigo Rincón I., Salcedo Miqueleiz A., Montes García Y. "Estudio de los GRDs (All Patients) obtenidos por codificación del informe de alta hospitalaria frente a los conseguidos codificando a partir de la historia clínica. Concordancia e impacto económico". *Revista de Administración Sanitaria*, volumen IV, número 14, (2000).
- Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de la asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales. (BOJA núm. 61, de 24 de junio de 1986)
- Decreto 462/1996 que modifica el decreto 105/1986, sobre ordenación de la asistencia sanitaria. (BOJA núm. 127 de 5 de noviembre de 1996)
- Decreto 245/2000, 31 de mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica Básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA núm.65, de 06 de junio de 2000).
- Decreto 136/2001, de 12 de Junio, por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y la provisión de las plazas básicas vacantes de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA núm.80, de 14 de julio de 2001)
- Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias.(BOJA núm. 142, de 25 de julio de 2003).
- Decreto 241/2004 de establecimiento de la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del SAS. (BOJA núm. 99 de 21 de mayo de 2004)

Decreto 257/2005, de 29 de noviembre, de asistencia jurídica al Servicio Andaluz de Salud. (BOJA núm. 247, de 21 de diciembre de 2005).

Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. (BOJA núm. 21, de 29 de enero de 2007).

Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA núm. 140, de 17 de julio de 2007).

Decreto 98/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, y se modifican los de otras Agencias Públicas Empresariales Sanitarias. (BOJA núm. 83, de 29 de abril de 2011).

Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA núm. 136, de 15 de julio de 2015).

Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía. (BOE núm.79, de 01 de abril de 2010).

Decreto-Ley 5/2010 de 27 de julio, por el que se aprueban medidas urgentes en materia de reordenación del sector público. (BOJA núm. 147, de 28 de julio de 2010).

Decreto-Ley 1/2012, de 19 de junio, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía.(BOJA núm. 122, de 22 de junio de 2012).

Decreto-ley 3/2012, de 24 de julio, por el que se modifica el Decreto-ley 1/2012, de 19 de junio, de medidas fiscales, administrativas, laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía, para adaptarlo al Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. (BOJA núm. 145, de 25 de julio de 2012).

Del Llano Señarís J., Rodríguez Roldán J. Jiménez Martín M.J. "El camino para la excelencia en la atención sanitaria pasa por el liderazgo clínico". *Gestión Clínica y Sanitaria* Vol.6 nº 3, (2004).

Delgado Jalón, J.L.; González Pérez, J.M.; Delgado Jalón, M.L. "Sistema de información económica pública multidimensional: proyecto SIEMUL". *Auditoría Pública* Nº 51 (2010) pp. 31-44.

DeLoach James, Thomson Jeff. "Improving Organizational Performance and Governance. How the COSO Frameworks Can Help". *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*, (2014).

Deloitte Development LLC. "Estructura de Control Interno COSO: Preparándose para los cambios", (2013).

Deming, W.Edwards. "Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis". *Ediciones Díaz de Santos* nº1 , (1989).

Deming, W. Edwards. "Out of the Crisis". Editorial MIT Press. (2000).

Departamento Administrativo de la Función Pública. República de Colombia. "Rol de las oficinas de Control Interno. Auditoría Interna o quién haga sus veces", (2014).

Díaz de Quijano S., Comejo J.M., Yepes Monsterrat, F.R. "La calidad de los recursos humanos de la organización: conceptualización y media". *Encuentros en Psicología Social* N°1, (2003) pp.103-107.

Díaz Zurro A., "El control externo visto desde el control interno". *Revista Española de Control Externo* n° 12,(2002).

Donahue, J.D. "La decisión de privatizar. Fines públicos y medios privados". Editorial Paidós, Barcelona, (1991).

Durand Baquerizo E., "Auditoría Interna y Gestión del Riesgo como elemento del control interno". *Auditoría Interna* n° 18, (2002).

Durand Baquerizo E., "El diseño de un modelo integrado de información sobre control interno". *Universi Bussiness Review* n° 4, (2004).

Emery J.C., "Sistemas de Información para la Dirección, el recurso estratégico crítico". Ed. Díaz de Santos, (1990).

Equiza Escudero, J.J. "Nuevos modelos de gestión. Una visión retrospectiva". *Arbor* 170 (670), (2001).

Ermólieva, Eleonora; Kudeyárova, Nadezhda. "La movilidad internacional de recursos humanos cualificados: nuevas tendencias (el caso de España)". *Camino Real. Estudios de las Hispanidades Norteamericanas*. 6(9). (2014) pp.39-55.

Escobar Pérez B., González González J.Mª, Lobo Gallardo A. "Mejora continua y benchmarking interno aplicados a la gestión de costes: experiencia en un grupo multinacional". *Revista de Contabilidad* n° 13, (2004).

Espinosa Hernández, R.A.; Canós Darós, L.; Carrión López, J.A. "Relación entre la presencia de indicadores de efectividad de las tecnologías de la información y su aporte efectivo a la función estratégica y operativa de los recursos humanos.". *Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social. Comentarios, prácticos. Recursos humanos* (346). (2012) pp.223-264.

Evans, R. "Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the Health-care Industry", in Van Der Gaag, J / Perlman (ed). *Health, Economics and Health Economics. Amsterdam .Apud. OECD*, (1992).

Evanthia P. Vorria and George A. Boris, "Criteria requirements of the European business excellence model: a suggested approach". *TQM Journal. Bingley* n° 21, (2009).

Faisal Talib, Zillur Rahman "Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A proposed Model". *Services Marketing Quarterly*, Vol. 31, (2010).

Federgruen Awi, Yang Nan "Optimal Supply Diversification Under general Supply Risks". *Operations Research* Vol. 57, (2009).

Felguera Martínez-Alarcón, "La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios", Tesis doctoral, (2002).

Fernández Fernández, F. "Los sistemas de información y la reorganización de empresas (y II)". *Partida doble, revista de Contabilidad, Auditoría y Empresa* nº 10(116),(2000).

Fernández Llera, R. "Nuevas demandas de control a los Órganos de Control Externo en la función de supervisión". *Auditoría Pública* Nº 53 (2011) pp. 21-32.

Fernández Sandino, J. "El control interno en la empresa". *Partida doble* nº 100, (1999).

Fernández-Martín J., Gutiérrez-Fernández R., Marín-Rubio J.M., Parra-Vázquez B., Royo-Sánchez C. "Mejora de la calidad asistencial en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)". *Revista de Calidad Asistencial* Vol.19 (3) (2004).

Fontanals J., "Certificado de Gestión Avanzada 9004". *Revista DYNA* nº 3. (2006).

Fontes Trisciuzzi C.R. "Evaluación del entorno de control interno con el modelo PECEI de COSO: estudio de caso de una empresa industrial en Rio de Janeiro". *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión* Nº 14 (2009).

Freire J.M, "El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones". *Revista Claridad* nº7, (2006) pp.31-45.

Fresneda Fuentes S., "El sistema de información hospitalario. Requerimientos a cumplir y cuestiones a resolver". *Partida Doble, Revista e Contabilidad, Auditoría y Empresa* 11 (122) (2001).

Fuentes B. "La gestión de los recursos humanos y el estatuto de función pública". *Análisis Local* Nº 46, (2003) pp.41-44.

Fuster Gómez, M.; Lederman, Alan S. "Las nuevas medidas fiscales internacionales adoptadas en España en relación con la evasión fiscal y la reducción del déficit público". *Quincena Fiscal. Revista de Actualidad Fiscal* Nº 4. (2014) pp. 19-56.

Gámez Peláez, I.M. "Análisis comparativo de los sistemas de control interno y de calidad". *Auditoría Pública* Nº 54 (2011) pp. 11-31.

Gámez Peláez, I.M. "Áreas de aprovisionamiento en centros sanitarios públicos: adecuación a las recomendaciones del Informe COSO". *Auditoría Pública* Nº 56 (2012) pp. 63-72.

Gámez Peláez, I.M. "Necesidad de implantar modelos de control interno en las organizaciones públicas". *Revista de Gestión Pública y Privada*, (2013) pp.77-90.

García Alegre E.: "La determinación de los costes de los Servicios Públicos Locales". *Revista de Auditoría Pública* nº 20,(2000).

García Cornejo B. "¿Caminamos hacia modelos heterogéneos de Contabilidad Analítica para cada Comunidad Autónoma?". *Revista de Administración Sanitaria* nº 2, (2004).

García Lacalle J., "Auditoría externa y evaluación financiera en organizaciones públicas descentralizadas. El caso de los hospitales ingleses". *Auditoría Pública* nº 48, (2009).

García Muñoz, J., Álvarez Arderius, L. "Controles informáticos para la fiscalización de la nómina". *Auditoría Pública* Nº 64 (2014) pp. 51-60.

García Sabater J.J., García Sabater J.P., Marín García J.A.. "Optimización de los recursos humanos a través de las TIC". *Economía Industrial* Nº 370. (2008) pp. 143-15.

García Sánchez I.M., García Peramato M.L.: "Calidad total en el sector público". *Revista Auditoría Pública* nº21, (2000).

García-Tenorio, J.; Sánchez, I.; Holgado, R.: "Flexibilidad y desarrollo de RRHH en un contexto de innovación". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol.20, num.1. (2011) pp 17-40.

Garrido-Lestache Angulo, Á. "Nuevas funciones para el auditor privado en la auditoría de los organismos descentralizados de la Unión Europea". *Auditoría Pública* Nº 64 (2014) pp. 61-74.

Garrigós Fernández J.K.: "La nueva gestión de los recursos humanos. Retos en el nuevo paradigma". *Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social. Comentarios y casos prácticos. Recursos humanos* Nº 324; (2010) pp.165-178.

Gil Suay V., "La calidad en el entorno hospitalario. Calidad e incentivos". *Arbor* nº 670, (2001).

Gil-Gómez, B. y Pascual-Ezama, D. "La metodología Delphi como técnica de estudio de la validez de contenido". *Anales de Psicología*, 28, (2012).

Ginneken Wouter Van. "Reajustes de personal en el sector público: Consideraciones generales referidas a los países en desarrollo". *Revista Internacional del Trabajo* Nº 109, (1990) pp.399-417.

Goldfield N., Burford R., Averill R., Boissonnault B., Kelly W., Kravis T., Smithline N., "Pago por resultado, o cómo combinar los incentivos para controlar costes y aumentar la calidad". *Q. Manage Health Care* nº 14, (2005).

Gómez Maldonado M.A. "Hacia la construcción de la Auditoría Pública". *Auditoría Pública* nº 47, (2009).

González Álvarez N. "Análisis de los factores determinantes de la eficacia organizativa desde la dirección estratégica de los recursos humanos". *Pecunia, monográfico* (2008).

González López-Varcárcel B., Urbanos Garrido R.M. "Prioridades en la organización de la atención a la salud en España". *Informe SESPAS*, (2002).

González Sánchez B., "Aplicación de la metodología de cálculo del coste en los hospitales públicos gallegos". *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 4(4), (2006).

González Tallón, J.M. "El papel de la gestión de riesgos en la auditoría pública: ¿el cuchillo de palo en la casa del herrero?". *Auditoría Pública* Nº 61 (2013) pp.35-44

Gorgemans, Sophie. "La planificación de los recursos humanos en la administración pública: características y disfunciones. El caso de la Diputación General de Aragón". *Revista de Gestión Pública y Privada* nº 14. (2009) pp.71-88.

Gorriti Bontigui M., Toña Güenaga F. "El nuevo modelo de organización y recursos humanos en la Administración del País Vasco". *Presupuesto y Gasto Público*, Nº 41 (2005) pp. 245-270.

Grajal Caballero I. "El control de la contratación de las administraciones públicas". *Auditoría Pública* nº 54: (2011) p 55-70.

Gramling Audrey A., Hermanson Dana R, Hermanson Heather M., Zhongxia (Shelly) Ye. "Addressing Problems with the Segregation of Duties in Smaller Companies". *The CAP Journal* nº 80, (2010).

Gramling Audrey A., Hermanson Dana R. "COSO's Internal Control guidance for smaller businesses". *Internal Auditing* Vol. 22,(2007).

Gualmini, E. "L'amministrazione nelle democrazie contemporanee". *Editori Laterza*. (2004).

Hampton John J., "Keep it simple when building enterprise risk structures". *Business Insurance* nº 43, (2009).

Heras I., Arana G., Camisón C., Casadesus M., Martiarena A., "Gestión de la Calidad y competitividad de las empresas de la CAPV". *Instituto Vasco de la Competitividad – Fundación Deusto*, (2008).

Hernández Yáñez J. "Políticas de Personal en el Sistema Sanitario Público". *Presupuesto y Gasto Público* Nº 41 (2005) pp. 287-307.

Herrador Alcalde T, De los Ríos Sastre S. "El control interno y la calidad de la información financiera". *Partida doble* nº 130, (2002).

Iturriaga Miñón J.A., Borrajo Domínguez M., "Auditoría Interna: Situación actual y perspectiva de futuro". *Partida doble* nº 146, (2003).

Ivancevich J.M., Lorenzo P. y Skinner S.J. "Gestión calidad y competitividad". *Editorial Irwin*. Madrid, (1996).

James, P. "Gestión de la Calidad Total. Un texto introductorio". *Editorial Hall*. Madrid, (1997).

Jiménez Montañés M.A., "La calidad de la actividad de la auditoría interna. Incidencia de la Sarbanes-Oxley Act". *Revista Iberoamericana de Contabilidad* nº 7, (2006).

Junta de Andalucía, Consejería de Salud, "Caminando hacia la excelencia, II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2005-2008".

Junta de Andalucía, Consejería de Salud, "III Plan Andaluz de Salud 2003-2008".

Junta de Andalucía, Consejería de Salud, "Memoria 2005 del Servicio Andaluz de Salud".

Junta de Andalucía, Consejería de Salud, "Memoria 2006 del Servicio Andaluz de Salud".

Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, Dirección General de Gestión Económica. "Modelo de compras en el SAS"(2005).

Junta de Andalucía Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. "Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Un espacio compartido".(2010).

Junta de Andalucía, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. "Manual de estándares de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía". (2015).

Karl R. Popper, "La lógica de la investigación científica". *Editorial Tecnos*. Madrid (1980).

Lamata F. "Manual de administración y Gestión Sanitaria". *Ediciones Díaz de Santos*, (1998).

Landsittel David L., Landes Charles E., Beasley Mark S., Chambers Richard F., Hollein Marie N., Richtermeyer Sandra, Thomson Jeffrey C.. "Internal Control - Integrated Framework". *Committee of Sponsoring Organizations ofn the Treadway Commission* (2013).

Lertxundi Lertxundi, A. "El enfoque cultural en la dirección de los recursos humanos. Revisión de la literatura e implicaciones para el futuro". *Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, nº 81 (2010).

Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA núm.59, de 26 de julio de 1983).

Ley 30/1984, de 2 de Agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública. (BOE núm.185, de 03 de agosto de 1984).

Ley 6/1985, de 28 de noviembre, de Ordenación de la Función Pública de la Junta de Andalucía. (BOJA núm.112, de 28 de noviembre de 1985).

Ley 14/1986, de 25 Abril, General de Sanidad. (BOE núm.102, de 29 de abril de 1986).

Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. (BOE núm.124, de 24 de mayo de 1986).

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA núm.74, de 04 de Julio de 1998).

Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria. (BOE núm.284, de 27 de noviembre de 2003).

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm.128 de 29 de mayo de 2003).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. (BOE núm. 301, de 17 de diciembre de 2003),

Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. (BOE núm. 89, de 13 de abril de 2007).

Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía. (BOE núm.276, de 17 de noviembre de 2007).

Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. (BOE núm.250, de 23 de junio de 2007).

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. (BOJA núm.255, de 31 de diciembre de 2011)

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. (BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011).

Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. (BOE núm.295, de 10 de diciembre de 2013).

Ley 6/2014, de 30 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2015. (BOJA núm. 255, de 31 de diciembre de 2014).

Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, del Estatuto de Autonomía para Andalucía. (BOE núm. 9, de 11 de enero de 1982)

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (BOE núm. 71, de 23 de marzo de 2007).

Libreo J., Marín M., Peiró S., Verdaguer Munujos A. *“Las complicaciones en los procesos de cirugía mayor aumentan más los costes que el reembolso por GRD”* Int. J. Qual Health Care nº 16, (2004).

Longo F., "Evaluación y gestión del rendimiento laboral en las administraciones públicas". *Presupuesto y gasto Público* nº 41 (2005) pp.127-144.

López Combarros J.L. "El gobierno de la empresa en España: reflexiones sobre los comités de auditoría". *Instituto de Estudios Económicos* nº 1, (2003).

López Díaz, A. "La auditoría del sector público y las organizaciones de control externo en la Unión Europea". *Noticias de la Unión Europea* nº 206, (2002).

López i Casasnovas G. *“Una valoración de opciones para la política sanitaria española en un contexto descentralizado”*. *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales* nº 49, (2005).

López L.A., Jiménez J.M. "Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales". *Gestión Hospitalaria* nº1, (1997).

López Martínez, P.A.; Montañó Moreno, J.J.; Ballester Brage, L. "Análisis de las competencias profesionales en las jefaturas de la Administración pública española". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 30(2), (2014) pp. 61-66.

López, A.; Valle, R.. "Capital humano, prácticas de gestión". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol.17, num.2. (2008) pp.155-178.

López-Viñas M.L., Guzmán-Sebastián R.: Tirvió-Gran C., Busquets-Bou, E. "Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de acreditación". *Revista de Calidad Asistencial* Vol. 19 (3) 2004.

Lorenzo S. "La gestión de la calidad: de los modelos a la excelencia". *Gestión Clínica y Sanitaria* Vol.6 nº 4, (2004).

Macho Fernández A., Rodríguez Pérez P., Millán Núñez-Cortés, J. "Plan de calidad en un hospital de tercer nivel". *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*, Madrid (2000).

Madorrán García C., de Val Pardo I. "¿Es posible aplicar las teorías de la gestión estratégica de las organizaciones al ámbito hospitalario?". *Health Policy* nº 67, (2004).

Manual de normas generales de control interno para la Contraloría General de la República y las entidades y órganos sujetos a su fiscalización. La Gaceta nº107, (2002).

Marcos-Ortega M., Revilla-Ramos F. "Política de calidad en la sanidad de Castilla y León". *Revista de Calidad Asistencial* Vol.19 (3) (2004).

Marimon S., "La Sanidad en la Sociedad de la Información: Sistemas y Tecnologías de la Información para la Gestión y la Reforma de los Servicios de Salud". Ed. Díaz de Santos. (1999).

Marimon Viadiu F., Casadesús Fa, M., Heras Saizarbitoria I., "Percepción de los servicios ofrecidos por las empresas de calidad ¿resulta efectivo el asesoramiento relacionado con la ISO 9000?". *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa* nº 19, (2004).

Martín Alcázar F., Romero Fernández P.M., Sánchez Gardey G., "La investigación en dirección de recursos humanos: análisis empírico de los procesos de construcción y comprobación de la teoría". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, Vol. 18 núm.3,(2009) pp. 37-64.

Martín Arribas, M.C. "Diseño y validación de cuestionarios". *Revista Matronas Profesión* nº17, (2004).

Martin Bardsley, James Coles and Linda Jenkins "DRG,s and Health care. The management of case mix". *King Edward's Hospital Fund for London*, (1987).

Martínez Manzano, F. "Hacia el control sustancial de la gestión. Reflexiones sobre auditoría operativa en el sector público. Un caso práctico". *Auditoría Pública* nº 48 (2009) pp.11-20.

Martínez Marín, A. "Régimen Jurídico de los funcionarios" *Editorial Tecnos*, Madrid, (1999).

Martínez Torre-Enciso M.I., Casares San José-Martí, M.I. "El proceso de gestión de riesgos como componente integral de la gestión empresarial". *Boletín de Estudios Económicos* Nº 66, (2011) pp.73-93.

Mejía Quijano, Rubi Consuelo. "Autoevaluación del Sistema de Control Interno". *AD-Minister. Universidad EAFIT n°6. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Readlyc.org.*, (2005).

Melián González S., Verano Tacoronte D. "Estilos de dirección de RRHH dentro de las empresas una cuestión de intensidad de DRRHH". *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*. N° 36, (2008) pp.151-178.

Meneu, R. "Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones". *Masson*, Barcelona, (2002).

Meneu, R. y Ortún, V. "Transparencia y buen gobierno en sanidad. También par salir de la crisis". *Gaceta Sanitaria*, (2011).

Miaja Fol, M. "Las tendencias actuales en los sistemas de control interno de las organizaciones. Implicaciones para las Administraciones Públicas". *Documentación Administrativa*, (2010) pp.207-238.

Miralles, L. "La Gestión de Personas: una filosofía humanista". Fundación IAVANTE-Consejería de Salud, (2002).

Miranda González F.J., Chamorro Mera A., Rubio Lacoba S., "Clarificando el concepto de certificación. El caso español". *Boletín Económico de ICE* n° 2825, (2004).

Mitxelorena López M. "Rentabilización de los RRHH como clave para el éxito competitivo a través de la calidad corporativa". *Estudios financieros. Revista de trabajo y seguridad social. Comentarios y casos prácticos. Recursos humanos* N° 311; (2009) pp.173-208.

Monge Lozano P., "Características de los hospitales de EEUU. Analogías y diferencias con los hospitales españoles". *Boletín Económico de ICE* n° 2782, (2003).

Monge Lozano P., "La gestión en las empresas sanitarias españolas". *Boletín Económico de ICE* n° 2732, (2002).

Monge Lozano P., "Ventajas e inconvenientes de los diversos sistemas de costes implantados en los hospitales españoles". *Boletín Económico de ICE* n° 2764, (2003).

Monge Lozano, P., "La planificación estratégica en los hospitales de EEUU". *Boletín Económico de ICE* n° 2741, (2002).

Mora Corral A., Vivas Urieta C. "Técnicas de análisis de datos para el Cuadro de Mando Integral". *Auditoría Pública* n° 20, (2000).

Moreno J. (1997): *Sistemas y Modelos de Salud*. En VV.AA.: "Sistemas de Información Sanitarios: una perspectiva de gestión". Moreno J. Y Medrano J. (editores). Servicio Andaluz de Salud y Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla.

Moreno Pérez C. "Ética y Recursos Humanos". *ICADE. Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas Empresariales* (64); (2005) pp.157-180.

Mosqueda Almanza R.M., "El control interno ante los precios de transferencias internacionales". *Partida Doble* n° 2, (2000).

Naranjo Gil, D. "El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos". *Gaceta Sanitaria* Vol.24 (3), (2010).

Noguer M.C. "De la gestión de puestos a la gestión de personas: Claves y oportunidades del desarrollo de un sistema de evaluación del desempeño basado en competencias". *Administración Pública* Nº 53, (2004) pp.53-61.

Núñez Pérez, M. "Transparencia e Instituciones de control". *Auditoría Pública* nº 49, (2009) pp.7-20.

Nuño Solinis R., "Más allá de la excelencia". *Boletín de Estudios Económicos* nº 187, (2006) pp.137-145.

OECD, "Modernizing Government: The way forward". *Policy Brief*, (2005)

OECD. "Survey on Strategic Human Resources Management", *Public Governance and Territorial Development Directorate, Public Management Committee*, Paris, (2002).

OECD. "Recent Development and Future Challenges in Human Resources Management in OECD Member Countries". *Puma/HRM*(2000) pp 1-8.

OECD. "The PSPE (Public Sector Pay and Employment) Update and Future HUM Data Collection". *Puma/HRM*(2000b) pp 1-41

Olías de Lima, B. "La Nueva Gestión Pública". *Pearson Educación, S.A.*, Madrid, (2001).

Onrrubia J. "Evaluación y Gestión eficiente en el sector público: aspectos organizativos". *Economistas* nº 60, (2005).

Onrrubia J., "Exigencias organizativas para una gestión eficiente". *Economistas* nº 23, (2005)

Onrrubia Fernandez J. "Motivación, incentivos al desempeño y carreras profesionales en el sector publico". *Presupuesto y Gasto Publico* Nº 41; (2005) pp.145-171.

Orbea T., "Gestión para el éxito sostenido". *Revista UNE* nº 237, (2009).

Ordíz Fuertes M. "Análisis de la efectividad de las prácticas de recursos humanos en la empresa española". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa* Nº 13, (2004) pp.73-86.

Ordoñez de Pablos, P. "Gestión Estratégica de Recursos Humanos flexibilidad organizativa y encaje estratégico". *ICADE. Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas Empresariales* (65); (2005) pp.31-74.

Orta Pérez M., Sierra García, L. "La auditoría interna y los códigos de buen gobierno". *Técnica Contable* nº 57 (678), (2005).

Palacín Sánchez M.J. "El gobierno de empresas: mecanismo de control interno y mecanismo de control externo". *Esic market* nº 113, (2002).

Pariante A., Ramos C., Dierssen T., Esteban J., Amaya A., Rodríguez de Lope C., Soler G. "Gestión de la calidad en el Servicio Cántabro de Salud." *Revista de Calidad Asistencial* Vol. 19 (3) (2004).

Parres García A. "Un modelo de control interno que induce al desarrollo del gerencialismo público: la experiencia de Canarias". *Auditoría Pública* Nº 50 (2010) pp. 33-46.

Parveen P.Gupta "Management's evaluation of internal controls under Section 404(a) using the COSO 1992 control framework: Evidence from practice". *International of Disclosure and Governance* Vol.5, (2008) pp.48-68.

Pascual García, J. "La huida del Derecho Administrativo, del Presupuesto y de los controles financieros por los nuevos entes del sector público". *Presupuesto y Gasto Público* Nº 3 (2010) pp.109-128.

Pecino Medina, V.; Mañas Rodriguez, M.A.; Díaz Fúnez, P.A.; López Puga, J.; Llopis Marín, J.M. "Clima y satisfacción laboral en el contexto universitario". *Anales de Psicología*, 31(2), (2015) pp. 658-666.

Pereda Pérez, F.J.; López-Guzmán Guzmán, T.; González Santa Cruz, F. "Las habilidades directivas como ventaja competitiva. El caso del sector público de la provincia de Córdoba (España)". *Intangible Capital*. 10(3), (2014) pp.528-561.

Pérez-Carballo Veiga J.F. "Control de la Gestión empresarial: texto y casos". *EISC*. Madrid, (2002).

Pérez Fernández, P. "La importancia de los programas de cumplimiento (Compliance Programmes) en las políticas sancionadoras de las autoridades de competencia". *Revista de Derecho Mercantil* Nº 292 (2014) pp. 297-332.

Pérez Pérez J.A. "Implicaciones de la transparencia en el ámbito de la contabilidad pública y del control interno". *Presupuesto y Gasto Público* nº 38, (2005).

Pérez Pérez J.A. "Perspectivas para un modelo de auditoría única en España. Experiencias recientes". *Padres y maestros* nº 1(50), (2008).

Perez-Accino Garcia, R. "Los Sistemas de Información Hospitalarios ¿Hay condiciones para iniciar la segunda etapa?". *Informática y Salud*; 23 (Sociedad Española de Informática de la Salud) (1999).

Piniés Bianchi, J. "Ventaja competitiva y la estrategia de los recursos humanos". *Economistas* Nº 24, Madrid (2006) pp.33-37.

Poch Torres, R., "Manual de control interno: los circuitos informativos en la administración empresarial". *Ediciones Gestió 2000 S.A.*, Barcelona (1989).

Poch Torres, R., "Manual de control interno". *Instituto de Auditores-Censores Jurados de Cuentas de España*, Madrid (1998).

Pons Verdú F.J. "Innovación en las organizaciones: Ocho variables y cuatro modelos para estimularla y gestionarla eficazmente desde el departamento de recursos humanos". *Revista de trabajo y seguridad social. CEF*; 317-318; (2009) pp.157-216.

Porras Gómez, A.M. "La pirámide de control: un modelo de control presupuestario integrado". *Presupuesto y Gasto Público* N° 77 (Instituto de Estudios Fiscales) (2014) pp. 235-249.

Prieto Rodríguez M.A., March Cerdá J.C., Oleada Usategui J.I., Siló Villamil F., Pérez Cobo G., Cervera Guerrero A. "Plan de comunicación interna del plan estratégico de un hospital". *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*.nº 3, (1999) pp.99-109.

Primo Yufera E. "Introducción a la investigación científica y tecnológica". *Edita Alianza Universidad*. Madrid (1994).

Quijano S., Navarro J., Yepes M., Berguer R, Romeo M. "Human System Audit (HSA) for the analysis of human". *Papeles del Psicólogo* Vol. 29.(2008) pp. 92-106.

Ramírez Córcoles,Y. "Análisis de las principales guías para la presentación de información sobre capital intelectual". *Estudios de Economía Aplicada*. Vol.28-2 (2010) pp.1-24.

Ramírez Córcoles,Y. "Cómo gestionar el capital intelectual en las universidades públicas españolas: el cuadro de mando integral". *Revista Iberoamericana de Contabilidad y Gestión* N° 16 (2010).

Raya J. "El control interno realizado por los interventores". *Análisis local* nº 49, (2003) pp. 7-16.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 35, de 10 de febrero de 1995).

Real Decreto 2188/1995, de 28 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen del control interno ejercido por la Intervención General de la Administración del Estado. (BOE núm. 22, de 25 de enero de 1996).

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (BOE núm. 255, de 24 de octubre de 2015).

Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. (BOE núm.36, de 11 de febrero de 2012).

Repullo Labrador J.R. y Iñesta A. "Sistemas y Servicios Sanitarios". *Ediciones Díaz de Santos*, (2007).

Repullo Labrador J.R. "Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico". *Administración Sanitaria* nº 2, (1998).

Repullo Labrador J.R, Oteo Ochoa L.A. "Reformas y formación de directivos sanitarios". *Administración Sanitaria* N° 3, (1999) pp.109-124.

Resolución de 2 de diciembre de 2010, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud aprobado por la Resolución de 9 de noviembre de 2004 de este órgano directivo. (BOJA núm. 241, de 13 de diciembre de 2010).

Resolución de 11 de abril de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Agencia. (BOJA núm. 86, de 07 de mayo de 2014).

Robert N.Anthony, Vijay Govindarajan. “*Sistemas de Control de Gestión*”. Ediciones Aljibe. Málaga (2003).

Roca E. y Soldevilla P., “Co-evolución de los sistemas de control y dirección de empresas”. *Revista ICADE* nº 57, (2002) pp. 249-256.

Rodríguez de Robles L. Gómez Lafón A., “Sistemas de Información sobre productos sanitarios”. *Revista Informática y Salud* nº 4, (1993).

Rodríguez Martínez, M., Prieto Rebolleda, G. “Los retos de la Intervención General de la Seguridad Social ante la Administración Electrónica”. *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social* Nº 114 (2014) pp. 57-93.

Rodríguez Soler,L. “Los cambios en la auditoría interna: seguimiento, control y procesos de compliance”. *Revista del Instituto de Estudios Económicos* Nº 4 (2010) pp. 163-177.

Rodríguez Valdés, J.L. “El estatuto de función pública: características y aspectos más relevantes”. *Análisis Local* Nº 46 (2002), pp.45-49.

Román Masedo, L. “La cultura organizativa y la ética pública”, en Olías de Lima, B.(coordinadora): “La nueva gestión pública.” *Pearson Educación, S.A.,Madrid*, (2001) pp. 223-252.

Rubio Reinoso, S., Martínez Martínez A., “Función de la auditoría interna dentro del control interno”. *Partida doble* nº 183, (2006) pp.66-79.

Ruiz Álvarez. J.L. “Una panorámica sobre las tendencias recientes en la gestión pública de los recursos humanos”. *Presupuesto y Gasto Público* Nº 41 (2005) pp. 55-72.

Sacristán JA, Oliva J, del Llano J, “Una revisión de las evaluaciones económicas españolas”. *Gaceta Sanitaria* nº 16, (2002).

Sáiz Bárcena L., Manzanedo del Campo M. “Claves para la implantación con éxito de la gestión del conocimiento”. *Boletín de Estudios Económicos* Nº 58,(2003) pp.465-48.

Salustiano Esnoz, A. “La ruptura del equilibrio psicológico y social de los trabajadores públicos”. *Análisis Local* Nº 59 (2005) pp. 29-36.

Sánchez Jiménez, S. “La obtención de evidencia de auditoría: el caso particular del enfoque de control interno, de acuerdo con el enfoque NIA”. *Revistacontable.es*, 3 (25) (2014) pp. 94-101.

Sancho Martín J. “La dirección profesionalizada del hospital y la participación de los profesionales: una necesidad acuciante”. *Arbor* 170 (670),(2001).

Santesmases Mestre, M. “Diseño y Análisis de Encuestas en Investigación Social y de Mercados”, *Ediciones Pirámide*, Madrid, 1ª ed.(1997).

Sansalvador Sellés, M.E., Cavero Rubio, JA, "El coste total de la calidad en organizaciones ISO 9000: un estudio empírico". *Revista Española de Financiación y Contabilidad* nº 127, (2005) pp.829-924.

Schneider Arnold, "The roles of internal audit in complying with the Sarbanes-Oxley Act". *International Journal of Disclosure and Governance* nº 6, (2009).

Scott Eriksen, Urrutia de Hoyos, I "COSO: el marco integrado de control interno de la Ley Sarbanes & Oxley". *Estrategia financiera* nº 225, (2006) pp.14-19.

Scott Eriksen, Urrutia de Hoyos Ignacio, "Los efectos de la ley Sarbanes-Oxley. Del COSO IC al COSO ERM (II)". *Estrategia financiera* nº 246, (2008) pp.42-48.

Serrano Segura, J., Barba Aragón, M.I. "La gestión de recursos humanos en las corporaciones locales". *Cuadernos de Gestión*. 12(2), (2012) pp.149-168.

Sierra Bravo R. "Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios". *Editorial Paraninfo*. Madrid (1997).

Sierra Bravo R. "Tesis doctorales y trabajos de investigación científica". *Editorial Paraninfo*. Madrid (2003).

Signes de Mesa, J.I. "La Sección 404 de la Sarbanes-Oxley Act y los controles internos financieros: un balance tras diez años de aplicación". *Revista de Derecho Bancario y Bursátil* Nº 31 (128) (2012) pp. 161-182.

Sobrino Moreno J.M^a "La informática aplicada al control del gasto público". *Presupuesto y gasto Público* nº 18, (1996) pp.203-218.

Solís Céspedes J.L., Pumarino García-Agull, A. "Control Interno Financiero: Ley Sarbanes-Oxley, primer año de aplicación y situación actual en España". *Revista Partida Doble* nº 180, (2006) pp.86-93.

Soy i Aumatell, C. "La Auditoría de la Información, componente clave de la gestión estratégica de la información". *El Profesional de la Información* nº 12(4), (2003) pp.261-268.

Stephen McNally J.. "The 2013 COSO Framework & SOX Compliance. One approach to an effective transition". *Strategic Finance* June 2013, (2013) pp. 45-52.

Stevens S. "Reform Strategies For The English NHS". *Health Affairs* nº23 (2004) pp.37-44.

Stirpe L., Zárraga-Oberty C.. "¿Están convergiendo globalmente las practicas de recursos humanos?". *Universia Business Review*, 3^a trim. (2010) pp.88-103.

Tanarro Nemiña, F., "Evolución y práctica del informe de control interno contable". *Técnica contable* nº 658, (2003) pp.18-26.

Temes Montes J.L. "Gestión Hospitalaria". *Editorial McGraw-Hill*. (2002).

Temes Montes J.L., "Gestión Clínica: ventajas e inconvenientes". *Arbor* nº670, (2001) pp.363-370.

Terreros Ceballos G., "El Comité de Auditoría y sus funciones". *Documentos de trabajo del Departamento de Derecho Mercantil* nº 17, (2008) pp.1-125.

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. "The health of Canadians- The federal role." . *Parliament of Canada, Ottawa*. Disponible en www.parl.gc.ca. (2002).

Tom Olach, Shayamini Weeramantri. "How COSO has improved internal controls in the United States". *Internal Auditing*, Vol. 24, (2009).

Topa Cantisano, G., Caeiro, J.L. "Gestión de recursos humanos y empleo público: un estudio cuantitativo con funcionarios del Estado en España.". *Aloma:Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*. 31(2) (2013) pp.35-43.

Torres A., Fernández E., Paneque P., Carretero R., Garijo A. "Gestión de la calidad asistencial en Andalucía". *Revista de Calidad Asistencial* Vol. 19 (3) (2004) pp.105-112

Úbeda García, M. "La repercusión de la formación sobre el aprendizaje organizativo y el rendimiento". *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* Nº 10, (2004) pp.55-69.

Urbano López de Meneses M., "La Armonización del Control Interno en la Unión Europea". Instituto de Estudios Fiscales. Madrid (2009).

Ureña López A.E.: "La autoevaluación: elemento para la mejora de la posición competitiva de la empresa". Ponencia presentada en el VII Congreso Español de la Calidad. Libro de Ponencias. AEC. Madrid, (1998).

Ureña López A.M. "Gestión estratégica de la calidad". Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones, (1998).

Valdrich C. "La comunicación cara a cara en la dirección de Personas". *Capital Humano* Nº 14, Nº145 (2001) pp.64-68.

Valverde Aparicio, M., Soler Vicente, C., Díaz de Quijano de Arana, S. "Del departamento de recursos humanos a la función de recursos humanos: La gestión de personas como responsabilidad compartida". *Encuentros en Psicología Social* Nº1, (2003) pp.94-97.

Van Sambeek J.R.C., Cornelissen F.A., Bakker P.J.M., Krabbendam J.J. "Models as instruments for optimizing hospital processes: a systematic review". *International Journal of Health Care Quality Assurance* Vol.23, (2010) pp.356-377.

Varo J. "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria", *Editorial Díaz de Santos*,(1993).

Vela J. "Innovaciones en sistemas de información hospitalarios". *Revista Informática y Salud* nº 5, (1993).

Vela Pastor, M, Marco Granell, A., "La Auditoria en el mundo". *Alta Dirección* nº 18, (1982) pp. 36-46.

Vicente Remesal, J. "Control de riesgos en la empresa y responsabilidad penal: la responsabilidad de la persona física (directivo, representante legal o administrador de

hecho o de derecho de una persona jurídica) por infringir los deberes de vigilancia o control". *Revista Penal* N° 34, (2014) pp. 170-203.

Vidal Barberá, A., Chico Martínez, F.J. "Cómo tomarse el capítulo I como algo personal y no morir en el intento". *Auditoría Pública* N° 50 (2010) pp. 23-32.

Vilaró Gonsálvez F., "El control interno y el control de gestión". *Alta dirección* n° 173, (1994) pp.49-54.

Villalbí J., Guix J., Casas C., Borrell C., Durán J., Artacoz L., Camprubí E., Cusí M., Rodríguez-Montuquín P., Armengol J.M., Jiménez G., "El Cuadro de Mandos Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública". *Gaceta Sanitaria* n° 21-2, (2007) pp.60-65

Wright, P.M.and G.C,McMahan. "Theoretical Perspectives for Strategic Human Resource Management". *Journal of Management*, Vol.18-2 (1992) pp 295-320.

PAGINAS WEB CONSULTADAS

<http://www.coso.org/> (Consulta: 6 de febrero 2015)

<http://www.epes.es/cocoon/index.html> (Consulta: 17 de Julio de 2015).

<http://www.ephag.es/Paginas/default.aspx>.(Consulta: 04 de Agosto de 2015)

<http://www.ephpo.es/> (Consulta: 06 de Julio de 2015)

<https://www.hcs.es/web/> (Consulta: 02 de Agosto de 2015)

<http://www.intosai.org/es/actualidades.html> (Consulta: 14 de febrero 2015)

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/wp-content/uploads/2015/11/Manual-de-Estandares-de-Hospitales.pdf> (Consulta: 06 de julio de 2015)

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp> (Consulta: 02 de Junio de 2015).

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/> (Consulta: 04 de Julio de 2015).

<http://www.juntadeandalucia.es/epsbg/> (Consulta: 01 de Agosto de 2015)

<http://www.msssi.gob.es> (Consulta: 02 de Agosto de 2015)

http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve_publicaciones?no=2162 (Consulta: 10 de Agosto de 2015)

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO I

CUESTIONARIO EN TORNO AL CONTROL INTERNO EN LAS ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PÚBLICAS.

DESTINATARIOS: Expertos seleccionados por su dilatada trayectoria directiva en el Área de RRHH de Organizaciones Sanitarias Públicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO: Este cuestionario consta de un total de 6 preguntas divididas en dos partes, que deberían ser cumplimentadas por los expertos seleccionados. La información facilitada será tratada con total confidencialidad y su explotación será exclusivamente con fines propios de una investigación científica.

CUESTIONARIO (PARTE PRIMERA):

A partir de su condición de EXPERTO, le pedimos su **Opinión/Valoración en torno a las siguientes cuestiones:**

PRIMERA PREGUNTA: ¿Qué **importancia** da al Control Interno en el Área de Recursos Humanos de una Organización Sanitaria Pública y qué Ventajas/beneficios cree que puede aportar?

SEGUNDA PREGUNTA: ¿Qué **ventajas/utilidad** cree que puede aportar la existencia de un **modelo de autoevaluación** del Control Interno en el Área de RRHH de una Organización Sanitaria Pública, para poder indicar el grado de avance y mejora en ese ámbito?.

TERCERA PREGUNTA: ¿Existe actualmente en su Organización un **Modelo de autoevaluación** del Control Interno en el Área de RRHH? En caso afirmativo, ¿nos podría indicar algunas de sus características principales?

CUARTA PREGUNTA: ¿Cuáles son, a su juicio, los principales **Factores claves de Éxito** en la implantación de sistemas de control interno, en el área de Recursos Humanos en una Organización Sanitaria Pública? Indicar, por favor, un mínimo de 5 y un máximo de 10 factores.

QUINTA PREGUNTA: ¿ De las siguientes **parcelas del ámbito de RRHH** de una Organización Sanitaria Pública, cuáles serían las que requerirían un mayor desarrollo del Control Interno? (Ordenar de Mayor a menor):

- Selección/Contratación
- Régimen retributivo/Nóminas
- Desarrollo Profesional / Evaluación Rendimiento Profesional
- Régimen Jurídico: Derechos y deberes laborales
- Relaciones laborales/ Negociación
- Prevención Riesgos Laborales
- Otros

CUESTIONARIO (PARTE SEGUNDA) :

INTRODUCCIÓN: Según el Modelo COSO, el **Control Interno** consta de cinco componentes relacionados entre sí. Estos se derivan del estilo de dirección del negocio y están integrados en el proceso de gestión. Los componentes son los siguientes:

- **Entorno de control.** El núcleo de un negocio es su personal (atributos personales, integridad, valores éticos, profesionalidad) y el entorno en el que trabaja. Los empleados son el motor que impulsa la entidad y los cimientos sobre los que descansa todo. Entre los factores que constituyen el entorno de control se encuentran la honradez, los valores éticos y la capacidad del personal; la filosofía de la dirección y su forma de actuar; la manera en que la dirección distribuye la autoridad y las responsabilidades y organiza y desarrolla profesionalmente a sus empleados, así como la atención y orientación que proporciona el consejo de administración.
- **Evaluación de los riesgos.** La entidad debe conocer y abordar los riesgos con los que se enfrenta. Debe fijar objetivos de actividad, producción, comercialización, financieros etc., para que la organización funcione de forma coordinada, y al mismo tiempo debe establecer mecanismos para identificar, analizar y tratar los riesgos correspondientes que podrían afectar a la consecución de dichos objetivos.
- **Actividades de control.** La entidad debe establecer políticas y procedimientos para conseguir una seguridad razonable de que llevan a cabo las acciones consideradas necesarias para afrontar los riesgos que existen respecto a la consecución de los objetivos de la entidad. Las actividades de control consisten en las políticas y los procedimientos que tienden a asegurar que se cumplen las directrices de la dirección.
- **Información y Comunicación.** Las actividades de la entidad están rodeadas de sistemas de información y que permiten al personal de la organización desarrollar, gestionar y controlar sus operaciones. Se debe establecer una comunicación eficaz en el sentido más amplio, lo cual implica una circulación multidireccional de la información, es decir ascendente, descendente y transversal. La dirección debe transmitir un mensaje claro a todo el personal sobre la importancia de las responsabilidades de cada uno en materia de control. Los empleados deben comprender el papel que deben desempeñar dentro del sistema de control interno, así como la relación existente entre las actividades propias y las de los demás empleados
- **Supervisión.** Todo el proceso ha de ser supervisado, introduciéndose las modificaciones que resulten necesarias, en el momento oportuno, para que el sistema reaccione ágilmente y cambie de acuerdo con las circunstancias. La supervisión continuada se inscribe en el marco de las actividades corrientes y comprende unos controles regulares efectuados por la dirección, así como determinadas tareas que realiza el personal en el cumplimiento de sus funciones.

El control interno se presenta como un proceso iterativo multidireccional, en el que prácticamente cualquiera de esos cinco componentes puede influir, y de hecho influye, en otro. Cualquier organización necesita de todos sus componentes ya que todos son necesarios si quiere tener el control sobre sus actividades. Por ello, los sistemas de control interno no son, ni deben ser, iguales en todas las organizaciones ya que dependerán del sector en el que operen, su tamaño, su cultura o su filosofía de gestión.

SEXTA PREGUNTA: ¿De los cinco componentes del Control Interno descritos en la introducción anterior, y teniendo en cuenta las características particulares del Área de Recursos Humanos de una Organización Sanitaria Pública, **qué importancia (De 1 a 10)** le daría a cada uno de ellos, para poder conseguir un buen nivel de Control Interno?

- Entorno de Control
- Evaluación de Riesgos
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- Supervisión

ANEXO II

CUESTIONARIO II

CUESTIONARIO II

INVESTIGACIÓN SOBRE CONTROL INTERNO (RECOMENDACIONES INFORME COSO) EN LAS ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS DE CENTROS SANITARIOS PÚBLICOS. ESPECIAL REFERENCIA A AGENCIAS PÚBLICAS EMPRESARIALES SANITARIAS DE ANDALUCÍA (APES).

INTRODUCCIÓN AL CUESTIONARIO.

El presente cuestionario consta de 45 preguntas, y cada una de ellas está acompañada de un apartado de Comentarios para que el encuestado pueda realizar alguna aclaración sobre la pregunta formulada y/o respuestas posibles establecidas a priori, así como sobre las aportaciones que considere oportunas para mejorar la interpretación de las respuestas dadas al cuestionario.

En aquellas preguntas donde la respuesta sea elegir de entre varias opciones posibles, marque con un círculo aquella que se adecue más/mejor a las circunstancias de su Centro/Área de RRHH. La referencia al Centro habrá de entenderla realizada a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria.

Por último, el cuestionario incluye varias preguntas abiertas relacionadas con el entorno organizativo de su Centro/Área de RRHH.

PARTE PRIMERA

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

P1- ¿Existe en la Organización algún Manual, Código de Conducta, Código ó Normas de estilo u otro, que recoja los valores de integridad, éticos y de responsabilidad, aplicables a los profesionales y por ende, a los que trabajan en el Área de RRHH del Centro?

SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida)

En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicho Manual/ Código de Conducta/Normas de estilo entre los profesionales de ese Centro. (Marque con un círculo el valor elegido)

Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentarios:

P2- ¿Existe encuesta de satisfacción u otro modelo estandarizado que permita valorar la percepción que los clientes internos y resto de agentes que interactúan con el Área de RRHH del Centro, tienen de los profesionales de la misma?

SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida)

En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicha encuesta o modelo normalizado. (Marque con un círculo el valor elegido)

Contenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Difusión: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentarios:

P3- Cuando un trabajador del Área de RRHH del Centro falta a sus responsabilidades y lleva a cabo una conducta no adecuada en alguna de las actividades asignadas, la respuesta de la dirección es:

- 1. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades.**
- 2. Hablar con él y recordarle cuáles son sus responsabilidades, avisándole de las posibles medidas correctivas y mejorando la formación en caso de ser necesaria.**
- 3. Aplicar directamente las medidas correctivas.**
- 4. No hay establecida ninguna respuesta predefinida.**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P4- El Área de RRHH del Centro tiene establecidos por escrito los conocimientos , habilidades y actitudes de los puestos de trabajo, que permitan realizar adecuadamente las tareas encomendadas para la consecución de los objetivos en:

- **Más del 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH.**
- **Entre el 60 y el 80% de los puestos de trabajo del Área de RRHH.**
- **Entre el 40 y el 60% de los puestos de trabajo del Área de RRHH.**
- **Menos del 40% de los puestos de trabajo del Área de RRHH.**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P5- ¿Tiene el Centro establecido plan/manual de acogida para los profesionales de nueva incorporación?

SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida)

En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido y difusión de dicho Plan/Manual. (Marque con un círculo el valor elegido)

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Contenido: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Difusión: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

En caso afirmativo indique, a continuación, cuáles son los elementos fundamentales que incluye dicho plan/manual. Por ejemplo: misión y valores de la Organización, aspectos fundamentales del Centro, normativa básica de aplicación a los trabajadores etc.:

Comentarios:

P6- ¿Existe un plan de formación del Centro, que incluye actividades formativas para los trabajadores del Área de RRHH del Centro que facilite la adquisición de conocimientos y habilidades?

SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida)

En caso de existir, puntúe entre 0 y 10 (pésimo a óptimo) la valoración que usted daría al contenido/adecuación de dicho Plan para cumplir con sus fines. (Marque con un círculo el valor elegido)

Contenido/Adecuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentarios:

P7- ¿Cuántas actividades formativas de aprendizaje y/o reciclaje se han realizado, de media, para los profesionales del Área de RRHH del Centro, a lo largo de los dos últimos ejercicios?

- **Entre 1 y 3.**
- **Entre 4 y 6.**
- **Más de 6**
- **Ninguna**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P8- Indique la periodicidad con la que es auditada el Área de RRHH del Centro.

- **Anuales**
- **Semestral**
- **No se realizan periódicamente**
- **No se realizan**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P9- Señale qué tipo de información incluida en el Cuadro de Mando Integral (CMI), se envía periódicamente a la Dirección del Centro.

- | | |
|--|----------------|
| 1- Financiera (Presupuesto y Costes) | SI / NO |
| 2- Jurídica del Personal | SI / NO |
| 3- Plantillas y Efectivos (Centro y Unidades) | SI / NO |
| 4- Selección y contratación del Personal | SI / NO |
| 5- Otros (especificar en Comentarios) | SI / NO |
| 6- Ninguna de las anteriores. | SI / NO |

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P10- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección de RRHH y los responsables Clínicos para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.):

- 1- *Semanal/Mensual*
- 2- *Trimestral/Semestral*
- 3- *Anual*
- 4- *Nunca*

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P11- Indique la periodicidad media de las reuniones entre la Dirección del Centro y sus Órganos superiores (Consejería de Salud) para tratar temas relacionados con el Área de RRHH (Financieros, Plantillas, Jurídicos, Selección y Contratación, etc.):

- 1- *Semanal/Mensual*
- 2- *Trimestral/Semestral*
- 3- *Anual*
- 4- *Nunca*

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P12- ¿Cuál es la antigüedad media en el Sistema Sanitario Público, de los Directivos y Cargos Intermedios del Área de RRHH del Centro?

1. => 5 años

2. => 3 años

3. < 1 año

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P13- Indique en qué medida los cargos intermedios y directivos del Área de RRHH del Centro prolongan su jornada laboral ordinaria para poder cumplir con sus responsabilidades.

(0 = no prolongan a 5 = prolongan en exceso).

0 1 2 3 4 5

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P14- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más acorde con la política de su Centro, en relación con el Área de RRHH?:

1- Normalmente, los cargos intermedios tienen delegada la autoridad para la toma de decisiones en su ámbito.

2- Cualquier decisión del cargo intermedio debe ser previamente autorizada por la dirección.

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P15- Indique si el Área de RRHH del Centro posee procedimientos escritos para la realización de las actividades/tareas relacionadas con los siguientes ámbitos:

1- Retribuciones del Personal **SI / NO**

2- Régimen Jurídico del Personal **SI / NO**

3- Plantillas (Efectivos y Jornada laboral) **SI / NO**

4- Selección y contratación del Personal **SI / NO**

5- Prevención Riesgos Laborales **SI / NO**

6- Formación **SI / NO**

7- Ninguna de las anteriores. **SI / NO**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P16- La plantilla de profesionales fijada para el Área de RRHH del Centro es adecuada, tanto en número como en experiencia, para el cumplimiento de sus objetivos, en grado:

1- Muy alto

2- Alto

3- Medio

4- Bajo

5- Muy Bajo

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P17- Indique la periodicidad con la que se llevan a cabo reuniones de los directivos y cargos intermedios del Área de RRHH del Centro con los trabajadores a su cargo, para evaluar el rendimiento profesional y proponer medidas para mejorarlo.

1- Anual

2- Semestral

3- Trimestral

4- Mensual ó inferior.

5- No se llevan a cabo reuniones

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P18- Según la política del Centro, cuando un trabajador lleva a cabo una conducta inadecuada, falta a sus responsabilidades ó comete una infracción:

- | | |
|--|---------|
| 1- Le afectaría a su evaluación de rendimiento profesional | SI / NO |
| 2- Le afectaría a su posibilidad de promoción profesional (Ej: Promoción a Responsable ó cargo intermedio) | SI / NO |
| 3- Se le abriría una información reservada y/o expediente disciplinario | SI / NO |

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P19- ¿Qué porcentaje de Responsables y Cargos Intermedios del Área de RRHH conocen los objetivos globales del Centro, tanto asistenciales como no asistenciales?:

- 1- Entre el 85% y 100%
- 2- Entre el 70% y el 85%
- 3- Entre el 50% y el 70%
- 4- Menos del 50%

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P20- ¿Tiene el Centro diseñado un Plan Estratégico para los próximos años?

SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida)

En caso afirmativo enumere, según su criterio, cuáles serían sus grandes líneas.

Comentarios:

P21- Indique en qué medida, el Presupuesto Anual de Gastos de Personal del que dispone el Centro tiene en cuenta ó se adecua a la experiencia histórica (años anteriores) y las circunstancias actuales de la entidad para poder conseguir sus fines/objetivos. (Puntúe entre 0 = En absoluto se adecua a 10 = Totalmente se adecua.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Marque con un círculo el valor elegido)

Comentarios:

P22- Indique cómo es la participación de la Dirección de RRHH en la elaboración y seguimiento de los presupuestos de Gastos de Personal de las distintas Unidades/Servicios del Centro (Asistenciales y No Asistenciales)

- 1- Participa en la elaboración y seguimiento**
- 2- Participa sólo en la elaboración**
- 3- Participa sólo en el seguimiento**
- 4- No participa ni en la elaboración ni en el seguimiento**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P23- Los objetivos propios del Área de RRHH (Cuadro Anual) asumen y están vinculados con los objetivos generales del Centro (recogidos en el Contrato Programa ó Acuerdo de Gestión con la Consejería de Salud) relativos a RRHH, en grado:

- 1- Muy Alto**
- 2- Alto**
- 3- Medio**
- 4- Bajo**
- 5- Muy Bajo**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P24- Indique si el Área de RRHH del Centro tiene establecidos en su Cuadro Anual de Objetivos, algunos relacionados con:

- | | |
|--|----------------|
| 1- Selección /Contratación de profesionales | SI / NO |
| 2- Nóminas/Retribuciones de profesionales | SI / NO |
| 3- Presupuesto /Gestión económica del Gasto de Personal | SI / NO |
| 4- Prevención Riesgos laborales y Salud Laboral | SI / NO |
| 5- Efectivos y dotación de Plantilla | SI / NO |
| 6- Formación | SI / NO |
| 7- Control Interno | SI / NO |
| 8- Protocolos, Procedimientos, Acciones de Mejora etc. | SI / NO |

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Si es posible, además de las anteriores, enumere otras áreas/ámbitos de RRHH que tengan establecidos objetivos específicos.

Comentarios:

P25- En la elaboración de los objetivos del Área de RRHH del Centro participan:

- 1- Directivos**
- 2- Directivos y Cargos Intermedios**
- 3- Directivos, Cargos Intermedios y Responsables de áreas específicas.**
- 4- Directivos, Cargos intermedios, Responsables de áreas específicas y profesionales**
- 5- Otros**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P26- Indique en qué medida, en el Área de RRHH se llevan a cabo los análisis de los riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos propios y del Centro.

1- No realizan análisis

2- Se analiza sólo los riesgos reales (se hacen presentes)

3- Se analiza los riesgos reales y los posibles (pudieran presentarse)

4- Existe un procedimiento escrito para el análisis de riesgos

5- Ninguna de las anteriores.

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P27- En el Área de RRHH, ¿quién participa en el análisis de riesgos internos y externos que pudiesen influir en la consecución de los objetivos del Centro?

1- Directivos

2- Directivos y Cargos Intermedios

3- Directivos, Cargos Intermedios y Responsables de áreas específicas.

4- Directivos, Cargos intermedios, Responsables de áreas específicas y profesionales

5- Otros

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P28- Indique si existen en el Centro, registros para poder comprobar y detectar de manera inmediata a los profesionales afectados por:

- | | |
|--|----------------|
| 1- Cambios de puestos de Trabajo (Unidades/Servicios) | SI / NO |
| 2- Cambios de turnos y horarios de trabajo. | SI / NO |
| 3- Cambios de retribuciones | SI / NO |
| 4- Cambios en vinculación jurídica/ relación laboral | SI / NO |
| 5- Cambios en la composición de Unidades/Servicios | SI / NO |

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P29- ¿Qué personal (Directivo, Cargo Intermedio, Responsable Unidad, Profesional Unidad) participa en el análisis de cada uno de los siguientes cambios relacionados con el Área de RRHH del Centro?:

1- Cambios en el número de trabajadores a asignar a las distintas Unidades del Área de RRHH:

Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad

2- Cambios en los procedimientos de trabajo :

Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad

3- Cambios en los sistemas de información:

Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad

4- Cambios en la formación y conocimientos requeridos para el trabajo:

Directivo / Cargo Intermedio / Responsable Unidad / Profesional Unidad

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P30- Indique, según su opinión, en qué grado se concretan las siguientes afirmaciones en el Área de RRHH de su Centro:

1- El personal directivo recibe información pertinente y oportuna (en plazo) del Área de RRHH para la toma de decisiones.

Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo

2- La información de RRHH se facilita con el detalle adecuado para los distintos niveles de gestión (directivo; cargos intermedios/responsables; técnico/operativo).

Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo

3- La información de RRHH se resume adecuadamente, siendo pertinente y permitiendo la inspección minuciosa de los detalles cuando es necesario.

Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P31- ¿Tiene el Centro implantado un Cuadro de Mando Integral (CMI)?

SI / NO (Marque con un círculo la respuesta elegida)

¿Con qué periodicidad se entrega dicho CMI al personal directivo y/o cargo intermedio

Anual / Semestral / Trimestral / Mensual ó inferior / No se entrega

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P32- Indique si el CMI de su Centro incorpora Información relativa al Área de RRHH, relacionada con:

- | | |
|--|----------------|
| 1- Selección /Contratación de profesionales | SI / NO |
| 2- Nóminas/Retribuciones de profesionales | SI / NO |
| 3- Presupuesto /Gestión económica del Gasto de Personal | SI / NO |
| 4- Prevención Riesgos laborales y Salud Laboral | SI / NO |
| 5- Efectivos y dotación de Plantilla | SI / NO |
| 6- Formación | SI / NO |
| 7- Otros | SI / NO |

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P33- Indique, según su opinión, qué porcentaje de Directivos y Cargos Intermedios de Unidades/Servicios Asistenciales tienen conocimientos e información adecuada sobre la normativa, procedimientos etc., que afectan a las grandes ámbitos de Personal: Selección, Retribuciones, Prevención Riesgos Laborales, Formación etc.

- 1- Entre el 75% y el 100%**
- 2- Entre el 50% y el 75%**
- 3- Entre el 25% y el 50%**
- 4- Menos del 25%**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P34- Indique qué porcentaje de profesionales del Área de RRHH del Centro tienen establecidos y conocen los objetivos de su Unidad/Servicio así como sus propios objetivos individuales:

1- Todo el personal

2- Entre el 75% y el 100%

3- Entre el 50% y el 75%

4- Entre el 25% y el 50%

5- Menos del 25%

6- Ningún profesional

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P35- ¿Desde cuándo tiene implantado el Centro un sistema de evaluación del rendimiento de los profesionales?:

1- Más de 10 años

2- Entre 6 y 10 años

2- Entre 2 y 5 años

3- Menos de 2 años

4- No tiene implantado ningún sistema

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P36- Indique que mecanismos existen en el Área de RRHH del Centro, para que los profesionales puedan aportar sus recomendaciones de mejora, que les permita avanzar en la calidad y eficiencia del servicio que prestan.

- 1- Buzón de sugerencias**
- 2- Círculos de Calidad**
- 3- Informe que aporta el profesional con las recomendaciones**
- 4- Entrevista personal con Responsable/Directivo**
- 5- Otros**
- 6- No existen mecanismos**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P37- ¿Qué porcentaje de las recomendaciones de mejora aportadas por los profesionales del Área de RRHH se han puesto en marcha en los últimos dos años?:

- 1- Entre el 75% y el 100%**
- 2- Entre el 50% y el 75%**
- 3- Entre el 25% y el 50%**
- 4- Menos del 25%**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P38- Indique si la Dirección lleva a cabo las siguientes actuaciones para verificar y controlar que los procesos del área de RRHH (contratación, nóminas, salud laboral etc.) se realizan de forma adecuada:

1- Contrasta la información aportada por terceros, (Responsables Clínicos y no clínicos, Profesionales de RRHH) con la información generada por los Sistemas de Información de la Organización. SI / NO

2- La Dirección encarga a un Equipo de profesionales propios ó ajenos al Área de RRHH que lleven a cabo dicha verificación

SI / NO

3- Encarga a los propios profesionales del Área de RRHH que dejen constancia mediante firma/visé que han verificado/revisado sus propias actuaciones.

SI / NO

4- Otros

5- No utiliza ningún método

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P39- ¿Qué profesionales analizan y revisan los controles (autorizaciones, firmas, cumplimentación documental, registros de datos, plazos, protocolos etc.) que deben implantarse para prevenir la aparición de problemas de funcionamiento en el Área de RRHH?:

1- Directivos SI / NO

2- Cargos Intermedios SI / NO

3- Profesionales del Área donde se detecta el problema. SI / NO

4- Profesionales del Área ajenas al problema. SI / NO

5- Otros SI / NO

6- No se realizan dichos análisis SI / NO

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P40- ¿Qué profesionales del Área de RRHH participan en el análisis del Informe de Recomendaciones emitido por Auditores / Interventores, con el fin de mejorar y fortalecer los controles internos?:

- | | |
|--|----------------|
| 1- Directivos | SI / NO |
| 2- Cargos Intermedios | SI / NO |
| 3- Profesionales del Área | SI / NO |
| 4- Otros | SI / NO |
| 5- No se realizan dichos análisis | SI / NO |

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P41- En relación con la última Auditoría realizada al Área de RRHH, el informe indicaba:

- 1- Que cumplía con todos los requisitos de control interno y por tanto no era necesaria ninguna actuación de mejora.**
- 2- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento y han dado resultados positivos.**
- 3- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que se han puesto en funcionamiento pero no han producido los resultados esperados.**
- 4- Se detectaron incidencias en los sistemas de control interno y se establecieron unas recomendaciones que no se han puesto en funcionamiento.**
- 5- Ninguna de las anteriores**
- 6- No se ha realizado ninguna Auditoría al Área de RRHH**

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

P42- De los siguientes aspectos relacionados con el Control Interno, señalen los que están incluidos en los objetivos anuales del Área de Recursos Humanos:

- **Evaluación de las Reclamaciones Laborales.**
- **Evaluación de las Demandas judiciales**
- **Aportaciones realizadas por los profesionales para las mejoras de procesos**
- **Cumplimiento de los plazos administrativos legalmente establecidos**
- **Elaboración y/o Revisión de protocolos**
- **Evaluación de las Reclamaciones/Quejas contra profesionales de RRHH**
- **Otros**
- **Ninguno de los anteriores**

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P43- Cuando se presentan deficiencias de Control Interno relacionadas con RRHH, indique qué personas participan en su análisis, concreción de medidas correctoras y evaluación de la aplicación de las mismas:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1- Análisis | Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales |
| 2- Concreción de medidas | Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales |
| 3- Evaluación | Directivos / Cargos Intermedios / Profesionales |

(Marque con un círculo las respuestas elegidas)

Comentarios:

P44- Indique en qué medida, existe una adecuada separación de funciones entre el personal del Área de RRHH, evitando la concentración de competencias en las mismas personas que pudiera poner en riesgo el equilibrio y eficacia del control interno (separación de las funciones de autorización, ejecución, aprobación y registro de transacciones). (Puntúe entre 0 = En absoluto adecuada a 10 = Totalmente adecuada.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Marque con un círculo el valor elegido)

Comentarios:

P45- ¿Existe en el Centro, una Unidad/Departamento/Servicio que lleve a cabo la Supervisión del Sistema de Control Interno?.

SI / NO

(Marque con un círculo la respuesta elegida)

Comentarios:

PARTE SEGUNDA

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO (ABIERTAS)

P1- Describa la Estructura Organizativa (Unidades/Servicios) y el número de profesionales que conforman el Área de RRHH.

P2- Describa el Número de Profesionales totales (División Médica, Enfermería y de Gestión) que conforman la Plantilla del Centro.

P3- Describa el Organigrama Directivo del Centro

P4- ¿Cuántas Unidades/Servicios del Centro poseen algún tipo de Acreditación Externa de calidad?. ¿ Qué porcentaje representan sobre el total?

VALORACIÓN/OPINIÓN FINAL QUE QUIERA REALIZAR EL ENCUESTADO

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN ESTA ENCUESTA/ENTREVISTA.

ANEXO III

GLOSARIO DE TÉRMINOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

| | |
|-------|--|
| AAA | American Accounting Association |
| AAPP | Administraciones Públicas |
| ACSA | Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía |
| AECA | Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas |
| AICPA | American Institute of Certified Public Accountants |
| APES | Agencias Públicas Empresariales Sanitarias |
| BOE | Boletín Oficial del Estado |
| BOJA | Boletín Oficial de la Junta de Andalucía |
| BOP | Boletín Oficial de la Provincia |
| CCAA | Comunidades Autónomas |
| CE | Constitución Española |
| CGTS | Consejo General de Transfusión Sanguínea |
| CHARE | Centro Hospitalario de Alta Resolución |
| CICA | Instituto Canadiense de Contadores Certificados |
| CMBD | Conjunto Mínimo Básico de Datos |
| CMI | Cuadro de Mando Integral |
| CNMV | Comisión Nacional del Mercado de Valores |
| COBIT | Control Objectives for Information and Related Technology |
| COCO | The Criteria of Control Board |
| COSO | Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commissions |
| CSA | Control Self Assessment |
| CTN | Comités Técnicos de Normalización |
| CHARE | Centros Hospitalarios de Alta Resolución |
| EASP | Escuela Andaluza de Salud Pública |
| EBEP | Estatuto Básico del Empleado Público |
| EEUU | Estados Unidos de América |
| EFQM | European Foundation for Quality Management |
| EFS | Entidades Fiscalizadoras Superiores |
| ENAC | Entidad Nacional de Acreditación |
| EPES | Empresa Pública de Emergencias Sanitarias |
| EPS | Empresas Públicas Sanitarias |
| ERM | Enterprise Risk Management |
| ET | Estatuto de los Trabajadores |

| | |
|---------|---|
| FAI | Financial Executive Institute |
| FIC | International Auditing of Accountants |
| FMI | Fondo Monetario Internacional |
| GDR | Grupos Relacionados por el Diagnóstico |
| HAR | Hospital de Alta Resolución |
| ICAC | Instituto de Contabilidad de Auditoría de Cuentas |
| IFAC | Internacional Federation of Accountants |
| IGAE | Intervención General de la Administración del Estado |
| IIA | Institute of Internal Auditors |
| IMA | Institute of Management Accountants |
| INTOSAI | Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores |
| ISO | International Organization for Standardization |
| LCSP | Ley de Contratos del Sector Público |
| LGS | Ley General de Sanidad |
| NAA | National Association of Accountants |
| NGP | Nueva Gestión Pública |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAS | Plan Andaluz de Salud |
| PORH | Plan Ordenación de Recursos Humanos |
| REA | Registro de Economistas Españoles |
| RRHH | Recursos Humanos |
| SAC | Sistema de Aseguramiento de la Calidad |
| SAS | Servicio Andaluz de Salud |
| SEC | Securities and Exchange Commission |
| SGC | Sistema de Gestión de la Calidad |
| SIH | Sistemas de Información Hospitalarios |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SSP | Sistema Sanitario Público |
| SSPA | Sistema Sanitario Público Andaluz |
| TQM | Total Quality Management |
| TRLGHP | Texto Refundido de la Ley General de Hacienda Pública |
| URV | Unidades Relativas de Valor |