



Estudios Gerenciales

ISSN: 0123-5923

estgerencial@icesi.edu.co

Universidad ICESI

Colombia

VIVAS-LÓPEZ, SALVADOR; FERNÁNDEZ-GUERRERO, RAFAEL
GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN INSTITUCIONES SANITARIAS: CLAVES DE LA DIRECCIÓN
DE RECURSOS HUMANOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (ESPAÑA)

Estudios Gerenciales, vol. 27, núm. 120, julio-septiembre, 2011, pp. 41-61

Universidad ICESI

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21222706003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN INSTITUCIONES SANITARIAS: CLAVES DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (ESPAÑA)

SALVADOR VIVAS-LÓPEZ, Ph.D.*

Docente investigador, Universitat de València, España.
salvador.vivas@uv.es

RAFAEL FERNÁNDEZ-GUERRERO, Ph.D.

Docente investigador, Universitat de València, España.
Rafael.Fernandez@uv.es

Fecha de recepción: 17-01-2011

Fecha de corrección: 08-04-2011

Fecha de aceptación: 06-07-2011

RESUMEN

El trabajo busca analizar las claves de la gestión de personas en organizaciones complejas prestadoras de servicios públicos como son las instituciones sanitarias. Para ello, se adopta como marco teórico uno de los más novedosos desarrollos en el ámbito de la Dirección de Recursos Humanos: la Gestión por Competencias. Este trabajo persigue arrojar luz sobre la aplicación de estas propuestas de gestión a la dirección de personas en organizaciones sanitarias del sistema de salud valenciano. La metodología de investigación empleada ha sido el estudio en profundidad de diferentes casos de hospitales públicos y privados en la Comunidad Valenciana (España), que conduzcan a la génesis de construcciones teóricas embrionarias en este ámbito.

PALABRAS CLAVE

Recursos humanos, conocimiento, gestión por competencias, sistema sanitario.

Clasificación JEL: M53, M54

* Autor para correspondencia. Dirigir correspondencia a: Departament de Direcció d'Empreses, Facultat d'Economia, Universitat de València, Avda. dels Tarongers, s/n, 46022, Valencia, España.

ABSTRACT

Competency-based management at healthcare institutions: key factors to human resource management in the Community of Valencia (Spain)

This work is aimed at analyzing the key factors to personnel management at complex organizations, such as healthcare institutions, which provide public services. To this end, it employs one of the newest developments in the field of human resource management as a theoretical framework, namely, competency-based management. It is also intended to shed light on the application of these personnel management proposals to organizations in the healthcare system in Valencia. It used a research methodology based on an in-depth review of various cases of both public and private hospitals in the community of Valencia, Spain, in order to create new theoretical constructs in this field.

KEYWORDS

Human resources, knowledge, competency-based management, healthcare system.

RESUMO

Gestão por competências em instituições de saúde: chaves da direção de recursos humanos na Comunidade Valenciana (Espanha)

O trabalho propõe analisar as chaves da gestão de pessoas em organizações complexas prestadoras de serviços públicos como são as instituições de saúde. Para isso, é adotado como referencial teórico um dos mais recentes desenvolvimentos no âmbito da Direção de Recursos Humanos: a Gestão por Competências. Este trabalho pretende lançar luz sobre a implementação destas propostas de gestão para dirigir as pessoas em organizações de saúde do sistema de saúde de Valência. A metodologia de pesquisa empregada foi o estudo em profundidade de vários casos de hospitais públicos e privados da Comunidade Valenciana (Espanha), que conduzam a gênese de construções teóricas embrionárias nessa matéria.

PALAVRAS-CHAVE

Recursos humanos, conhecimento, gestão por competências, sistema de saúde.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones profesionales descansan en la capacidad de sus empleados para tomar decisiones en tiempo real, en la gestión de un conocimiento científico-técnico que crece exponencialmente y que es cada vez más difícil de evaluar, en la existencia de culturas profesionales que no siempre favorecen la compatibilidad de las propias necesidades o intereses con las de los clientes y la propia organización, y en una motivación que necesariamente tiene elevados componentes intrínsecos y es, por ello, mucho menos moldeable y menos permeable a sistemas de incentivos estándar.

Frente a estas características, siempre difíciles de gestionar, la respuesta de las organizaciones profesionales se ha centrado en los dos últimos decenios en tratar de estandarizar conocimientos, funciones, tareas y procesos; en desarrollar sistemas de *peer-review* y sistemas de información que reduzcan la complejidad a gestionar; en reestructurar los equipos de trabajo en torno a los procesos, más que las funciones; en centrar los modelos evaluativos en los resultados finales, más que en los procesos o insumos intermedios; y, sobre todo, en tratar de alinear los incentivos y compartir los riesgos. Las instituciones públicas han sido mucho más reactivas a estos desarrollos, ya que comportan un alto nivel de descentralización, la cual siempre es un riesgo para los sistemas tradicionales de control en los que se basan las burocracias públicas.

La necesidad de compatibilizar expectativas y demandas crecientes (en cantidad y calidad) con un ni-

vel de gasto aceptable en términos macroeconómicos y sociales, y un estándar aceptable de legitimidad pública en la gestión, es un debate clásico en torno al sector sanitario. La respuesta pública a esta difícil compatibilidad entre posibilidades (oferta) y expectativas (demanda) constantemente crecientes y capacidades de gasto, si no decrecientes, sí limitadas o no capaces de evolucionar al mismo ritmo, ha ido cambiando en los últimos tiempos. Se han generado nuevas fórmulas organizativas, basadas en algo similar a la *reingeniería de procesos* (Oteo y Hernández, 1999) y en la generación de *equipos de alto rendimiento* para la prestación de servicios profesionales (Colenso, 1997). También se ha producido 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; Kneebone y Darzi, 2005).

I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En España el sistema sanitario ha experimentado una gran evolución en términos cuantitativos y cualitativos y deberá afrontar una profunda transformación en los próximos años para hacer frente a los intensos cambios que están siendo impulsados por la propia evolución de las estructuras sociales y económicas y del conocimiento científico-técnico. Más aún cuando en este sector la coexistencia público-privado en la prestación de servicios, y la competencia que ello supone, ha de servir necesariamente de acicate a los servicios públicos para mejorar y optimizar sus procesos de gestión.

Este estudio se concentra en indagar en el desarrollo de la relación entre

el constructo, la gestión de competencias profesionales en el ámbito de la dirección de recursos humanos, y los modelos de gestión operativizados en las instituciones sanitarias del sistema de salud de la Comunidad Valenciana (España). Se pretende abordar las asociaciones que se den en las instituciones sanitarias valencianas (públicas y privadas) entre las prácticas relacionadas con la gestión de competencias profesionales y las diferentes políticas que integran la implementación de una política integral en materia de dirección de recursos humanos.

Es importante que la investigación empírica sea coherente con los objetivos del estudio que se realiza. En el caso estudiado en este artículo, tres de los objetivos principales son: (1) construir un marco teórico consistente de la aportación de la gestión por competencias a las instituciones sanitarias; (2) generar un conjunto de proposiciones que serán posteriormente contrastadas en una muestra más amplia de los hospitales bajo estudio en este trabajo; y (3) analizar cómo se genera esta aportación y cómo repercute sobre las principales políticas y herramientas de la dirección de recursos humanos.

2. GESTIÓN POR COMPETENCIAS Y DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ORGANIZACIONES SANITARIAS: MODELO DE ANÁLISIS

La dirección de recursos humanos ha impulsado en las últimas décadas el abandono de planteamientos tradicionales, que hablaban de funciones de personal aisladas entre sí, para adoptar una visión integrada de

gestión. Aspectos como la selección de personal, la capacitación y formación, la administración laboral, las políticas y beneficios sociales, las relaciones laborales, la evaluación del personal o los sistemas de retribución y de motivación, están íntimamente relacionados entre sí, incardinándose como parte de una misma acción planificadora con que se pretende responder a los objetivos y propósitos estratégicos de la organización.

Ligado a esta concepción integral, se ha introducido en los últimos años el concepto de *competencia profesional* y de *gestión por competencias*. Al considerar las competencias profesionales, no se parte de los puestos de trabajo sino de las características y las conductas de las personas que realizan con eficacia las tareas propias de un puesto de trabajo. Tomar en consideración las competencias profesionales, implica atender a comportamientos observables, consecuencia de un conjunto de motivaciones, actitudes, valores, conocimientos, aptitudes, habilidades y destrezas.

El concepto de competencia profesional tiene su origen en trabajos de la psicología industrial y organizativa norteamericana en las décadas 1960 y 1970 (Spencer y Spencer, 1993). A partir de estos estudios, el interés de las organizaciones y de sus directivos de recursos humanos se ha ido trasladando desde los puestos de trabajo, como elementos fundamentales, a las personas, a las competencias que éstas aportan y a los procesos a los que dan soporte.

Atendiendo a su valor de cara al desempeño profesional, la competencia profesional se ha definido como una característica subyacente en una per-

sona que está causalmente relacionada con una actuación exitosa en un puesto de trabajo (Boyatzis, 1982). Tomando en consideración los componentes de la competencia profesional, Le Boterf (2000) la define como una construcción a partir de una combinación de recursos (conocimiento, saber hacer, cualidades o aptitudes), y recursos del ambiente (relaciones, documentos, informaciones y otros) que son movilizados para lograr un desempeño (Pinto, 2007). Podría decirse que:

Posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, las destrezas y las actitudes necesarias para ejercer una profesión, puede resolver problemas profesionales de manera autónoma y flexible y está capacitado para colaborar en su contexto laboral y en la organización del trabajo. (Bunk, 1994, p. 9)

A partir de este debate conceptual, se proponen los siguientes ejes que guían la investigación empírica:

P1. La gestión por competencias vinculada a la dirección de recursos humanos, adecúa de manera eficaz el factor humano de las instituciones sanitarias a sus objetivos estratégicos.

Se puede afirmar que la *gestión por competencias* está vinculada a la *dirección de los recursos humanos* y presupone una herramienta óptima de adecuación del factor humano del sistema sanitario a sus objetivos estratégicos (Medina y Castañeda, 2010; Puga y Martínez, 2008). Haciendo este análisis y partiendo de la reflexión apuntada en la sección anterior, se plantea la primera proposición sobre la repercusión de la gestión por competencias sobre la implementación estratégica de la

función de los recursos humanos en los hospitales valencianos.

P2. La evaluación del desempeño y de los recursos, capacidades y competencias, permite a la organización lograr los objetivos de mejora del rendimiento y desarrollo de los empleados.

La propia evolución de los servicios y su institucionalización promueve un cambio de roles del sistema sanitario (Fernández y Martínez, 2003). La innovación en el sector de la salud es el resultado de un proceso complejo e interactivo en el que intervienen conocimiento especializado, tecnologías, trayectorias de aprendizaje, capacidades organizativas, modelos de experiencia, así como otros factores y competencias intangibles (García, 2005; Oteo y Repullo, 2003).

En este sentido, Fernández y Martínez (2003) proponen un planteamiento de los cambios principales requeridos en las estructuras organizativas y en los criterios de diseño, planificación, gestión y control de los recursos sociales institucionalizados que pueden ser adoptados también para el sector sanitario:

- Institucionalizar actividades de análisis y prospectiva social que permitan el diseño de servicios adaptados a necesidades sociales consolidadas y emergentes.
- Transformar los sistemas de atención al usuario para que se incorpore como agente activo a los procesos que le afectan. Esto requiere una transformación en profundidad de las prácticas asistenciales y la necesidad de *reprofesionalizar* una parte de las actuales plantillas de personal.

- Evaluación del desempeño y no sólo de los resultados o del rendimiento. Identificar la calidad de las relaciones que se establecen con los ciudadanos y la necesidad de activar recursos personales, familiares y sociales que actúen de forma sinérgica con los institucionales.
- Análisis exhaustivo y sistemático de las prácticas de relación entre los profesionales y los usuarios (estudio en profundidad de incidentes críticos).
- Creación de espacios interdisciplinarios en los que profesionales de diferentes disciplinas e instituciones, intercambien formal e informalmente experiencias, conocimientos y formas de hacer. Estos espacios posibilitan la emergencia y consolidación de redes de cooperación profesional basadas en la relación personal, potenciando así mecanismos de socialización del conocimiento implícito.

P3. La adopción de prácticas de creación de conocimiento está positivamente relacionada con el desarrollo de competencias individuales y organizativas.

Organizaciones complejas, como los hospitales, son ante todo instituciones para salvar vidas y tratar enfermos. Así, se justifica la importancia de que esas organizaciones sean dinámicas, sostenibles y competentes a la hora de dar respuesta a las necesidades de la sociedad. Sin embargo, estos atributos dependen en gran medida de las actitudes hacia el trabajo de las personas que allí realizan su ejercicio profesional.

Nuño (2005) propone líneas de reflexión basadas en el enfoque sobre las competencias profesionales y el conocimiento, para la transformación del ejercicio de las profesiones sanitarias y de su entorno organizativo. Su enfoque principal es proponer una visión que pueda contribuir a generar una atención sanitaria basada en las competencias y el conocimiento, repositando el papel de los servicios sanitarios, de sus profesionales y de su contribución a la generación de valor social. De esta manera, se sugieren algunas premisas a la gestión sanitaria:

- **Atención centrada en el paciente.** Centrar la atención sanitaria en la interacción con el paciente, reconociendo de forma activa la importancia de la transmisión de conocimientos y del aprendizaje.
- **Microsistemas clínicos.** Potenciar la emergencia de creatividad e innovación local, a través del aprendizaje y de las experiencias de forma cooperativa, pluridisciplinar y centrada en el hecho asistencial, donde la idea de equipo y de comunidad se vea potenciada.
- **Trabajadores del conocimiento.** Los profesionales sanitarios como agentes activos de la transformación de la práctica profesional y de la ampliación del campo de su contribución a la salud de individuos y poblaciones.
- **Redes de trabajo colaborativas.** Desarrollar redes de aprendizaje colaboradoras: entre centros, entre niveles asistenciales e involucrando a grupos de interés.
- **Multiplicidad.** Promover un sistema sanitario múltiple donde

se identifiquen, sea a nivel micro o macro, unos principios esenciales, auto-semejantes, que generen dinámicas positivas, como pueden ser: la confianza, la colaboración, la libertad y el respeto.

- **Auto-organización.** Avanzar hacia organizaciones compuestas por personas cooperando en equipos libres, con un propósito compartido o común.

El conocimiento es difícil de definir y, cuando está formalizado y codificado, puede migrar y transferirse. Pero el conocimiento será más eficaz en la medida en que se incorpora e interioriza por los individuos y las organizaciones, y de esta manera se convierte en *saber hacer*, en competencias individuales, grupales y organizativas que permiten añadir valor a los procesos productivos de las organizaciones (Barney, 1991; Le Boterf, 2000). De esta manera, las competencias esenciales recién apuntadas lograrán buenos resultados cuando las premisas anteriormente citadas son desarrolladas adecuadamente.

P4. La consideración de la capacitación por competencias en las instituciones sanitarias contribuye a un mejor ajuste del diseño y planificación de su estructura organizativa y de la dirección de recursos humanos.

Nuño (2005) afirma que el enfoque sobre el conocimiento en el ámbito sanitario está en una fase embrionaria y que no es posible dar respuestas suficientemente sólidas y convincentes sobre sus resultados positivos. Sin embargo, es cierto que los enfoques sobre competencias profesionales y sobre el conocimiento

están cambiando la concepción del empleado, como un recurso esencial para lograr los objetivos estratégicos y la ventaja competitiva. La gestión por competencias consiste en procedimientos para medir, desarrollar y recompensar las habilidades de los mismos.

De esta manera, los profesionales sanitarios pueden ser vistos como trabajadores del conocimiento, elementos cruciales en la relación paciente-profesional, lo que puede contribuir a aumentar el valor social y la calidad de la experiencia de pacientes y profesionales. Por lo tanto, es coherente pensar que las organizaciones que presentan un mayor interés por la aplicación del modelo de gestión por competencias, son las que tienen la disponibilidad de recursos económicos para hacerlo y la convicción de que la inversión que se realice es fundamental a la hora de marcar una diferencia en relación con las demás organizaciones con las que compiten. El paradigma de las competencias profesionales implica cambios profundos en la forma de concebir el desempeño, la evaluación, la formación, la retribución, el liderazgo, en definitiva, de gestionar las personas de la organización.

García (2005) resalta la importancia de las nuevas formas de organización profesional. Apunta la necesidad de plantearse nuevos criterios para la diversificación de la oferta integrada de servicios que caracteriza los sistemas de salud del entorno. Sugiere la agrupación de los servicios y de las funciones, equilibrando la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los mismos, y fijando la responsabilidad de cada profesional, unidad y centro.

Además, propone que el proceso de capacitación por competencias en instituciones sanitarias supone que éstas deben establecer sus necesidades manifiestas (las percibidas e identificadas) para así trazar programas centrados en los objetivos condicionados por esas necesidades de formación/capacitación y cuyo impacto en la salud debe ser evaluado. Para que el proceso de generación de competencias sea coherente con los objetivos y las expectativas del sistema de salud y sus usuarios, es necesario que las instituciones sanitarias se involucren en un diseño y planificación adecuados de su estructura organizativa y de la dirección de recursos humanos.

P5. La adopción de prácticas de trabajo en equipo está positivamente correlacionada con el desarrollo de competencias colectivas entre los empleados.

Nuño (2005) resalta la importancia de la formación de competencias colectivas continuadas en los servicios sanitarios para que estos servicios dispongan de profesionales de alta calidad asistencial que prioricen los problemas de salud y atiendan con criterios de equidad y eficiencia, respetando al paciente en su dimensión humana. El profesional sanitario debe buscar la excelencia y capacitarse a través de un proceso formativo, estructurado, progresivo, continuo y específico para cada profesión sanitaria. El trabajo en equipo permite a la organización la utilización más adecuada del talento (Vivas-López, Peris-Ortiz y Rueda-Armengot, en prensa), conocimiento y experiencias del personal, creando un ambiente de motivación y satisfacción en la realización del trabajo, lo que

mejora los niveles de eficacia, eficiencia y productividad (Von Krogh, 1998). Sin embargo, no siempre el rendimiento en productividad, es positivo, por lo que la desconfianza, la resistencia y la negatividad pueden afectar al grupo (Moravec, Johannessen y Hjelmas, 1997).

P6. Las herramientas liderazgo y comunicación, deben considerarse como variables dinamizadoras y estímulo de la creación y el desarrollo de las competencias, tanto en el ámbito de los equipos de trabajo como en el organizativo.

El trabajo en equipo puede ser entendido como una competencia cuando se orienta para crear competencias colectivas para la organización. La creación de estas competencias está directamente influida por el modo en que el líder conduce su equipo de trabajo y la manera en que las comunicaciones son desarrolladas. El papel del líder es fundamental para motivar el trabajo en equipo, transferir conocimiento, ayudar a difundir los objetivos, por complejos que sean, en un lenguaje sencillo, a proponer soluciones y desarrollar las capacidades de sus seguidores. Además, la comunicación se manifiesta como el proceso esencial de construcción de la identidad de la organización y de su dinámica interna y externa (Fernández y Martínez, 2003). Por lo tanto, se puede percibir la necesidad de estas herramientas en el ámbito del proceso de la gestión por competencias como dinamizadoras y estimulantes de la creación y el desarrollo de las competencias, tanto en el ámbito de los equipos de trabajo como en el organizativo.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

El interés por los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud se ha producido a partir de la atención mostrada por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias, lo cual ha motivado que la investigación cualitativa en salud se esté definiendo a partir de referentes teóricos y metodológicos tomados principalmente de las ciencias sociales y las humanidades (Amezcuza y Gálvez, 2002).

Es indispensable que la investigación empírica sea coherente con los objetivos del estudio que se realiza. En este caso, eran tres los objetivos principales: (1) colaborar en la construcción de un marco teórico consistente de la aportación de la gestión por competencias a las instituciones sanitarias; (2) generar un conjunto de proposiciones que serán posteriormente contrastadas en una muestra más amplia de los hospitales en estudio en este trabajo; (3) analizar cómo se genera esta aportación y cómo repercute sobre las principales políticas y herramientas de la dirección de recursos humanos.

Por otra parte, como estrategia para el desarrollo de esta investigación, se consideró la utilización del estudio de casos, ya que por el dinamismo del tema, este tipo de estrategia proporciona flexibilidad y la opción de plantear proposiciones que posteriormente serán contrastadas.

Así pues, se seleccionaron cinco casos de instituciones sanitarias:¹

- Un **hospital privado (1)** que actúa en diversas áreas del sector sanitario (asistencia sanitaria, servicios complementarios de salud, hospitales y centros médicos, y residencia para personas mayores). Posee unidades de negocio también fuera de España. Tiene 10 quirófanos y aproximadamente 250 camas.
- Un **hospital público/privado**, lo que significa que la financiación, propiedad y control son públicos y la gestión de la prestación del servicio es privada. Actúa en diversas áreas del sector sanitario y posee un departamento de investigación y docencia que desarrolla actividades de carácter científico. Posee 8 quirófanos y 270 camas.
- Un **hospital público (1)** que a pesar de haberse constituido como un consorcio nuevo,² es heredero de una tradición centenaria en la sanidad valenciana. Cuenta con 596 camas, 17 quirófanos y 4 de urgencias. Actúa en diversas áreas del sector sanitario como, por ejemplo, oftalmología, cirugía cardíaca, cardiología, neurología, odontología, maternidad, pediatría, entre otros.
- Un **hospital público (2) universitario** que actúa en diferentes áreas del sector sanitario, que cuenta con 585 camas, 12 quirófanos y 4 urgencias. Su gestión per-

1 Según Yin (1994) un estudio de casos puede ser realizado con el mínimo de dos casos para tener fiabilidad.

2 El hospital ha pasado a pertenecer a la red sanitaria de la Generalitat Valenciana, posee personalidad jurídica propia, en el que participan en el mismo grado la Diputación Provincial de Valencia y la Agència Valenciana de Salut de la Generalitat Valenciana.

tenece a la Agència Valenciana de Salut. Además, desarrolla muchas actividades de carácter científico.

- Un **hospital privado (2)** que actúa en diversas áreas de asistencia sanitaria, servicios complementarios de salud, hospitales, centros médicos, entre otros. Posee la certificación ISO 9001 y unidades de servicios también en Madrid, Barcelona, Bilbao, Zaragoza y San Sebastián. Tiene 12 quirófanos y 280 camas.

Para la realización de las entrevistas se siguió el protocolo del estudio de casos desarrollado al efecto, el cual fue adaptado a medida que fueron introduciéndose nuevos aspectos al estudio. Las entrevistas tuvieron una duración media que varía entre los 120 y los 180 minutos y se realizaron siguiendo guiones semi-estructurados en los que se trataban aspectos relacionados con el sistema de política de los recursos humanos, la evaluación general de éste y las correlaciones con la gestión por competencias. Se hizo especial referencia a las políticas de evaluación de desempeño y formación, como también a las herramientas de liderazgo y comunicación, además de averiguar si existe algún tipo de fomento al desarrollo de competencias colectivas.

De acuerdo con el protocolo de los casos, se obtuvo información documental relacionada con los procedimientos adoptados por la dirección de los recursos humanos de las instituciones: el convenio colectivo de los trabajadores, los boletines y revistas de circulación interna, el organigrama, las hojas de sugerencias de los empleados, entre otros documentos; con ello se trianguló la información

recogida a través de los diferentes medios y de entrevistas con los responsables por los recursos humanos de cada institución, con el objetivo de dotar al estudio de la confiabilidad necesaria. Se codificó la información obtenida en dos grandes categorías: (a) cuestiones sobre la política de recursos humanos; y (b) cuestiones generales sobre la evaluación del sistema de gestión. Cada una de estas grandes áreas se desglosa en otras de orden inferior.

En el desarrollo de las entrevistas se siguió el método de inducción analítica (Yin, 1994). Partiendo de las entrevistas y de la previa revisión de la literatura, se completaron o modificaron las proposiciones de trabajo iniciales, siguiendo un procedimiento paso-a-paso hasta obtener un conjunto de proposiciones teóricas finales que se incluyen en los resultados de este estudio.

4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS

Mediante el análisis inductivo y el estudio de la información obtenida se establecieron una serie de variables que clarifican la estructura de las políticas de dirección de recursos humanos y la gestión por competencias. De esta manera, se pueden trazar los aspectos a considerar en la elaboración de la estrategia de recursos humanos y medir su grado de influencia sobre la estrategia general de la institución.

Los aspectos considerados a priori en este análisis se centraron en cuestiones sobre las políticas de recursos humanos desarrolladas en las instituciones. Así pues, en los casos analizados, los responsables entrevistados

apuntaron a las dimensiones de las políticas de recursos humanos en las estrategias generales de la institución, de acuerdo con lo que suponen los trabajos de Pucik (1991), Barney (1991) y Grant (1995). Con todos estos referentes se aborda la síntesis de la información obtenida en cada uno de los casos estudiados.

4.1. Hospital privado (1)

- Los asuntos vinculados a la gestión de recursos humanos tienen relevancia en la toma de decisiones estratégicas.
- La Dirección de Recursos Humanos y la Dirección General establecen los perfiles de los puestos de trabajo y elaboran los planes de formación para los empleados en los distintos sectores y puestos.
- Las decisiones estratégicas generales son tomadas desde la central de Madrid y ejecutadas por las demás unidades según sus necesidades y objetivos particulares.
- Hay un plan de gestión por competencias formalizado en el que se trazan los perfiles de los puestos de trabajo y los planes de formación.³
- La evaluación se realiza anualmente según los criterios contenidos en este plan de gestión por competencias y tiene como objeto principal identificar la calidad de las relaciones que se establecen entre los ciudadanos, sus familiares, la comunidad y los empleados de la institución (Fernández y Martínez, 2003).

- Existe una cultura de participación y los problemas y sugerencias más relevantes, son identificados a través de hojas que son llevadas a la dirección central de recursos humanos en Madrid.
- La comunicación se desarrolla desde la central de Madrid a las distintas unidades, y por lo tanto, fluye jerárquicamente.
- Hay un plan de formación de competencias que sigue los referentes del manual de competencias formalizado de la organización.
- El trabajo en equipo se fomenta, principalmente, para el desarrollo de competencias colectivas según instituye el manual de competencias de la institución.
- La dirección de recursos humanos tiene un peso muy significativo sobre las decisiones estratégicas de la organización. Hay una inversión muy alta por parte de la institución en este departamento. Su capital humano se percibe como un recurso esencial.
- Fomenta la polivalencia, sobre todo entre los empleados administrativos de atención al cliente, con el objetivo de rotar aquellos empleados que estén disponibles a otros puestos de trabajo y así agilizar los procesos.

4.2. Hospital público/privado

- Los asuntos de recursos humanos son importantes en la toma de decisiones estratégicas generales de la organización, sobre todo en la fase de formulación de las mismas.

³ Es importante aclarar que el perfil de los puestos son definidos desde de la central de Madrid, la cual gestiona los planes de formación y evaluación conjuntamente con la Dirección de Calidad de la unidad.

Las políticas de recursos humanos son coordinadas por la Dirección de Recursos Humanos, la Dirección de Calidad y la Dirección de Investigación y Docencia.⁴

- Al tratarse de una institución nueva (ocho años de trayectoria) cuando se realizó el perfil competencial de los puestos hubo también una evaluación de los recursos, capacidades y competencias requeridos, sobre todo para los puestos del personal sanitario.
- Se realizan programas de reciclaje continuo (reuniones periódicas entre los grupos de trabajo) con el objeto de estos aportaren experiencias vividas y situaciones no comunes del trabajo para fomentar sinergias e información, sobre todo entre el personal sanitario.⁵
- La comunicación es una herramienta fundamental de transmisión de conocimiento. Existe un departamento formalizado de comunicación que coordina un sistema de información bien planificado. Posee una Intranet, una revista interna y una biblioteca actualizada que continuamente ofrece información renovada del área técnica de la institución.
- Existen planes de formación para atender las necesidades del personal sanitario y no sanitario. Aunque estos planes son esencialmente de actualización, el propósito para el personal sanitario es

el de innovación y desarrollo de competencias.

- El trabajo en equipo se fomenta con reuniones periódicas entre sus miembros, donde la transmisión de conocimiento es elevada. Además, el desarrollo de competencias colectivas es muy significativo y los líderes son pieza clave en la identificación y elaboración de estas competencias.
- Las políticas de recursos humanos son uno de sus pilares estratégicos y el hospital posee un plan de carrera formalizado para los médicos residentes. Igualmente, el hospital unifica los criterios de formación, evaluación y promoción de personal en que se fomenta el desarrollo de competencias y la creación del conocimiento. Hay una inversión muy significativa en los recursos humanos de la institución.

4.3. Hospital público (1)

- Existe una estrecha relación entre la dirección de recursos humanos y la dirección general. La primera participa activamente de las reuniones que realizan los directivos para la toma de decisiones.
- Posee recursos limitados, por lo que tienen que evaluarlos periódicamente para poder obtener el máximo beneficio posible y optimizar las capacidades. No realizan evaluación de competencias ni evaluación del desempeño.

⁴ La dirección de recursos humanos está principalmente involucrada con las políticas de contratación, selección de personal, retribución, etc. Por su parte, la Dirección de Calidad y la Dirección de Investigación y Docencia, se concentran en los programas de formación, evaluación del desempeño, motivación, etc.

⁵ Un ejemplo son las reuniones entre los médicos de cabecera y de especialidades de los distintos ambulatorios de la zona, de la que ésta es la institución de referencia en que se tratan temas específicos de las actividades desarrolladas por los mismos.

- En el asunto del liderazgo se realiza un esfuerzo para que exista una integración directiva.⁶ Pero a nivel intermedio el liderazgo no funciona y no hay retroalimentación. En el caso de la comunicación, los directivos del hospital hacen hincapié en las campañas de comunicación, que aunque están bien estructuradas no son efectivas, ya que no llegan a todos los empleados.
 - Se realiza un plan de formación que no se puede proyectar a largo plazo por la carencia de recursos financieros para tal fin, lo que conlleva su discontinuidad. En cuanto al conocimiento, aunque la transmisión de conocimiento tácito es muy alta (ya que existen formas de interpretar habilidades y técnicas), no hay un procedimiento que permita a la organización captar y formalizar apropiadamente ese conocimiento.
 - Dadas las carencias de personal y de disposición, no se trabaja la polivalencia. Como consecuencia, se externalizan algunos procesos como lavandería, limpieza, seguridad, cocina, radiodiagnóstico, hospitalización domiciliaria, etc.
- 4.4. Hospital público (2)**
- El desarrollo y la gestión de las políticas de recursos humanos están bajo la dirección del Director Económico que es también el Subdirector General de la institución, lo que evidencia un alto grado de influencia de esta dirección sobre la toma de decisiones estratégicas. No obstante, el hospital no posee autonomía de gestión, pues debe seguir las directrices de la Agència Valenciana de Salut (en adelante, AVS) de la Generalitat Valenciana.
 - No disponen de una evaluación precisa sobre sus recursos, capacidades y competencias disponibles, sin embargo, están buscando establecer políticas de evaluación de desempeño para que una parte de la retribución sea variable. La evaluación se enfoca en la cualificación profesional.
 - El mecanismo de comunicación no es suficiente para que llegue a todos los empleados. Sin embargo, herramientas disponibles, como la intranet, ayudan a difundir y transmitir la información. Otros medios existentes son las comunicaciones escritas entre los responsables de los departamentos y la información escrita a los domicilios de los empleados. El asunto del liderazgo no está totalmente desarrollado, sino que se da entre los jefes de cada unidad con la dirección del hospital.
 - Los planes de formación son desarrollados por el organismo EVES (Escola Valenciana d'Estudis en Salut Pública). El hospital participa en la formulación de estos planes de manera voluntaria. No se desarrollan planes de competencias y parte del conocimiento generado en las reuniones voluntarias entre los médicos y en las sesiones formalizadas juntamente con la dirección del hospital, es captado a través de actas y reglamentos formales.

6 Últimamente los directivos han asistido a cursos de *coaching* y de liderazgo.

- Los servicios complementarios, como por ejemplo lavandería, limpieza, cocina, seguridad, son externalizados por razones de eficiencia y economía. Entre los períodos de julio a septiembre (vacaciones) la plantilla de personal es renovada con contratos temporales. Como el hospital está bajo tutela de la Agència Valenciana de Salut de la Generalitat Valenciana, muchas de las políticas de recursos humanos son gestionadas desde allí, como los planes de formación y la evaluación de necesidades.
- El liderazgo está bien desarrollado en la alta dirección y en los mandos medios; incluso los mandos intermedios participan en un curso de liderazgo para perfeccionar sus habilidades y competencias.
- En cuanto a la comunicación, la institución percibe fallos graves, aunque disponen de una herramienta informática desarrollada para organizaciones sanitarias. La comunicación falla, sobre todo en los canales internos.
- Existen dos tipos de plan de formación: un plan anual e individual y otro para los grupos y equipos de trabajo. También se fomentan la creación de nuevo conocimiento y el desarrollo de competencias profesionales, puesto que disponen de un plan de competencias para los puestos de trabajo.
- Los asuntos de recursos humanos ejercen una gran influencia sobre las decisiones estratégicas de la institución, lo que revela la importancia del capital humano en la organización. Según la percepción de la institución, su capital humano es su recurso más importante, aunque no desarrollen ningún tipo de plan de carrera. En las políticas de retribución también se trabaja con el factor motivador, con premios y gratificaciones por desempeño.

4.5. Hospital privado (2)

- La dirección de recursos humanos participa en todas las etapas de sus decisiones estratégicas, desde la formulación hasta la puesta en práctica. Existe una relativa autonomía por parte de esta dirección en la toma de decisiones, principalmente en lo que se refiere a las políticas de formación y evaluación.
- Se ejecutan sistemas de evaluación de desempeño anuales para identificar si el personal sigue correspondiendo al perfil del puesto de trabajo. Realizan evaluaciones periódicas para verificar la necesidad de programas de formación y para establecer promociones, entre otros.
- Existe un sistema de incentivos por productividad e implicación en el trabajo, sin embargo, este es sólo para los puestos de trabajo de rango superior. Los cuadros medios de los distintos departamentos del personal sanitario suelen reunirse todos los viernes para discutir temas relacionados con sus actividades de trabajo.

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La evidencia generada en la presente investigación apunta a que la dirección de recursos humanos participa e influye en la toma de decisiones estratégicas de las instituciones sanitarias investigadas, tal y como han

argumentado su importancia un gran número de investigadores (Barney, 1991; Grant, 1995; Pucik, 1991). Sin embargo, también se ha identificado en este trabajo la discrepancia de gestión entre las instituciones privadas y públicas.

5.1. Gestión por competencias

De los casos analizados, se observa que las instituciones privadas 1 y 2, y la institución pública/privada, presentan una dirección de recursos humanos muy vinculada al proceso de gestión por competencias, lo que denota la clara importancia que el factor humano de la institución representa en sus objetivos estratégicos. Como se indicó en la proposición 1 y según indica Tachizawa (2005), la dirección de recursos humanos, cuando está vinculada a la gestión por competencias, favorece la creación de un capital humano que tiene influencia dinámica y congruente con los objetivos estratégicos de la institución.

Por otra parte, en las entidades públicas 1 y 2, se identificó que no hay una gestión por competencias y sus departamentos responsables de la gestión de recursos humanos influyen poco en la toma de decisiones del hospital. El hospital público 1 presenta muchos problemas con su capital humano. Es probable que la falta de autonomía del hospital público 2 sea una de las causas de los problemas de la institución con sus recursos humanos puesto que el gobierno valenciano gestiona algunas políticas, entre ellas, los planes de formación.

5.2. Evaluación del desempeño

La evidencia de los casos indica que la evaluación de los recursos, capacidades y competencias disponibles en las instituciones privadas 1 y 2, y de alguna manera para la institución público/privada, es realizada periódicamente con el objetivo de identificar y posteriormente desarrollar los recursos y capacidades que más se adecuen a los objetivos estratégicos de la institución, tal y como resaltan Fernández y Martínez (2003) y Nuño (2005). Por su parte, la evaluación del desempeño es realizada para evaluar la mejora del rendimiento y el desarrollo de los empleados, según los criterios contenidos en su manual de gestión por competencias, lo que confirma la proposición 2.

En los hospitales públicos la evaluación no es realizada de forma tan genérica. En el hospital público 1 se hace una evaluación periódica para optimizar las capacidades disponibles. Sin embargo, los recursos disponibles para la evaluación son limitados y no existe una evaluación del desempeño de los puestos de trabajo, lo que deriva en graves problemas de gestión y en la inviabilidad de trazar planes de formación, ya que no son evaluados y se desconocen las reales contribuciones que estos pueden proporcionar. Por otra parte, en el hospital público 2 las evaluaciones son desarrolladas más bien en lo que se refiere a la cualificación profesional.⁷

La política de evaluación se menciona por todas las instituciones como un canal de información útil acerca de

7 Como se mencionó anteriormente, existe un plan en el hospital de establecer políticas de evaluación de desempeño para que una parte de la retribución se torne variable.

los procedimientos y el desarrollo de las actividades profesionales, como resalta la literatura. De hecho, en las instituciones privadas se logran buenos resultados. Sin embargo, el desarrollo restringido de esta política en los hospitales públicos origina un problema de gestión, en que el exceso de burocracia y la falta de autonomía se tornan en barreras para su implementación adecuada.

5.3. Creación de conocimiento

En los casos de los hospitales privados con planes de gestión por competencias formalizados, la creación y transmisión de conocimiento es muy intensa, sobre todo en las sesiones que realizan periódicamente y en algunos planes de formación. En la institución pública/privada, por ejemplo, la transmisión y creación del conocimiento es intensa con los programas de reciclaje continuo, el fomento al desarrollo de investigaciones científicas entre los equipos médicos y las sesiones de debate de situaciones de trabajo y temas de la actualidad.⁸ Gran parte del conocimiento creado en estos ambientes es captado y desarrollado por la institución, convirtiéndose en competencias organizativas de la misma. Así pues, la adopción de prácticas de creación de conocimiento favorece el desarrollo de competencias en las organizaciones, tal y como se ha planteado.

Sin embargo, en los hospitales públicos analizados mucho del conocimiento creado se pierde o no se formaliza adecuadamente, pues no existe nin-

gún plan que fomente su captación y consecuentemente el desarrollo de competencias organizativas. A pesar de esto, la creación de conocimiento es muy intensa y es probable que el desarrollo de competencias individuales también, sobre todo entre los médicos que informal y espontáneamente realizan sesiones de discusiones y debates sobre sus experiencias y la actualidad sanitaria.

5.4. Procesos de capacitación/formación

En el caso de las instituciones privadas, los resultados suelen ser los esperados puesto que el plan de formación sigue los referentes del manual de competencias preestablecido, el cual ya tiene planificadas todas las acciones de introducción, desarrollo, evaluación y asesoramiento de los objetivos de la formación, tal y como se ha planteado en la proposición 4. Lo mismo ocurre con la institución público/privada, aunque los referentes de competencias no se encuentren actualizados, sus bases todavía siguen influyendo de alguna manera los resultados alcanzados por los planes de formación.

Todas las instituciones coinciden en referir que la formación es el medio necesario para poder tener la adaptabilidad que la dinámica del sector lleva implícita, pero los resultados alcanzados por el hospital público 1 no corresponden a lo esperado. Todo ello se debe a la carencia de recursos financieros para tal fin. En el hospital público 2 los planes de formación son

8 Fernández y Martínez (2003) resaltan la importancia de la creación de espacios interdisciplinarios en los que profesionales de diferentes disciplinas y pertenecientes a distintas administraciones, intercambien formal e informalmente experiencias, conocimientos y formas de hacer.

gestionados desde fuera del hospital, por lo que los resultados alcanzados son difíciles de ser medidos por el hospital, además no se desarrollan planes de formación orientados a las competencias profesionales.

5.5. Trabajo en equipo

Mediante el análisis de casos se ha observado que, para los directivos de todas las instituciones, la práctica del trabajo en equipo es fundamental para el desarrollo de redes de aprendizaje colaborativas interdepartamentales, tal como resalta el trabajo de Nuño (2005). Sin embargo, los resultados alcanzados y la forma como gestionan las prácticas, no son los mismos y por lo tanto encajan de manera distinta a la proposición 5.

En el caso de la institución privada 1 y la pública/privada, las prácticas de trabajo en equipo funcionan como fuente de nuevo conocimiento y de competencias colectivas, lo que confirma la correlación positiva entre el trabajo en equipo y el desarrollo de competencias colectivas. En la institución privada 2 está claro que también hay un alto nivel de creación de conocimientos, sin embargo, por carecer de una cohesión más fuerte entre los miembros del equipo, el desarrollo de competencias colectivas deja de ser eficaz y en algunos casos resulta difícil el desarrollo del trabajo.

Por otra parte, en los casos de los hospitales públicos existe una dinámica muy fuerte entre algunos equipos sanitarios, pero entre los demás no está tan desarrollado, incluso algunos llegan a presentar problemas graves de falta de cohesión y dinámica de trabajo. Así pues una adecuada prác-

tica de trabajo en equipo favorece las dinámicas de trabajo y el desarrollo de competencias colectivas en sus miembros.

5.6. Liderazgo

La evidencia de los casos indica que el liderazgo está desarrollado sobre todo a nivel de alta dirección, aunque en las instituciones privadas los mandos medios poseen un alto nivel. En la institución privada 1 existe una cultura de participación, en la cual la figura del líder es fundamental para que la comunicación fluya correctamente, sobre todo porque muchos de los procedimientos y actividades son dirigidos desde la sede central de Madrid.

Por otra parte, en los demás casos, el liderazgo se desarrolla solamente a nivel de alta dirección y está poco formalizado. Es curioso cómo el tema liderazgo es poco fomentado entre los mandos medios, sobre todo porque en las instituciones sanitarias existen muchos grupos y equipos de trabajo, además la literatura apunta que los líderes son una vía esencial de motivación. Incluso se resalta la importancia de los líderes hacia el entorno cambiante de las instituciones sanitarias. Además, está claro que los líderes intermedios son la vía de comunicación entre la dirección y el personal. En este sentido los sindicatos son los que más ejercen este papel comunicador del líder.

5.7. Comunicación

Sobre la comunicación se ha observado que, en el caso de la institución público/privada, su relevancia y utilidad es percibida y desarrollada con mucha eficiencia, tanto que disponen

de un departamento de comunicación formalizado que coordina un sistema de información muy bien proyectado, en el que han desarrollado aplicaciones informáticas propias para su gestión interna. En el hospital privado 1 los canales de comunicación también fluyen de una manera muy favorable, aunque se desarrolla en forma jerárquica. Incluso, existe una cultura de participación, en la cual se conserva a los empleados enterados de los objetivos y estrategias de la institución y se comparten opiniones. Por lo tanto, se considera la comunicación como una variable dinamizadora y estímulo de creación y desarrollo de las competencias.

En los demás casos se encontraron fallos en los canales de comunicación que impiden que la información llegue a todos los empleados. Las direcciones de recursos humanos de estas instituciones reconocen que estos fallos rompen con la dinámica del proceso de la comunicación, y que por lo tanto, deben ser sanados cuanto antes, pues interfieren negativamente en los procesos y actividades de trabajo de las organizaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este trabajo se analizó la importancia de la dirección de recursos humanos conjuntamente con la gestión por competencias en la elaboración y desarrollo de las estrategias generales del sector sanitario y la medida en que la gestión por competencias influye la gestión integral de las instituciones sanitarias. Tras la exposición de un marco teórico preliminar, en el que se han presentado las principales aportaciones sobre la importancia

de la gestión por competencias en las políticas y dirección de recursos humanos y sobre sus dimensiones y antecedentes en el sector sanitario, se estableció un estudio de casos a través del cual se ha verificado y aclarado las proposiciones planteadas previamente en el marco teórico.

La evidencia generada en el estudio empírico aclara que la gestión por competencias ya es una realidad en el sector sanitario y dicta los perfiles de los puestos de trabajo y de los planes de formación y evaluación. Además, se ha percibido que en las instituciones que la utilizan, su disposición organizativa se asemeja en algunos puntos a la configuración organizativa planteada por Tachizawa (2005). Tres de los casos analizados (instituciones privadas) corresponden a este planteamiento. Los departamentos de calidad, de investigación y docencia y de comunicación, los manuales de competencias, las sesiones de debates de temas de interés, entre otros factores, son las evidencias de que las organizaciones sanitarias están buscando formular sus competencias para diferenciarse en el mercado. La importancia de la creación y transmisión de conocimiento es percibida y fomentada en estas instituciones, tal y como resalta Nuño (2005).

Desde la óptica de estos autores, la gestión por competencias constituye un conjunto de acciones deliberadas que orientan la dirección de recursos humanos de la organización a optimizar la utilidad de su personal, pero que por sí sola no es un elemento suficiente para la consecución de los objetivos estratégicos de las empresas y por lo tanto necesita estar conectada a otras políticas

y herramientas de la dirección de recursos humanos.

Por otra parte, el estudio también lleva a plantear que hay muchas diferencias en este ámbito entre el sector público y el privado, sobre todo en los modelos adoptados de gestión. Las instituciones públicas estudiadas siguen siendo muy burocratizadas y con una autonomía de gestión pobre, aunque en determinadas políticas poseen algún grado de libertad. Además, estos son conscientes de que muchos de sus problemas de gestión se derivan de la falta de cualificación profesional para la gestión de su personal sanitario, lo que denota la necesidad de cambios.

Las instituciones privadas analizadas poseen un estilo de gestión más congruente con los planteamientos de Quintana (2000), lo cual sugiere a los recursos humanos como un elemento esencial de los servicios de salud y un factor decisivo en estos procesos. De esta manera se señala la necesidad de un estudio futuro que aclare cuáles son las reales diferencias y sus causas entre los dos segmentos del sistema sanitario (público y privado), puesto que gran parte de la demanda de servicios sanitarios presionan sobre el sistema público.

Algunas de las limitaciones de este trabajo son que el mismo no tiene un carácter longitudinal que permitiría conocer con mayor profundidad la influencia de la dirección de recursos humanos y la gestión por competencias en las estrategias generales y en los resultados logrados por las instituciones sanitarias. Aunque se

ha hecho un importante esfuerzo por aplicar una perspectiva dinámica recurriendo a las informaciones de la manera más amplia posible, no fue posible recogerlas en su totalidad.

Otra limitación fue la dificultad de conseguir entrevistas con instituciones públicas, llegando a dificultar el progreso de la investigación. Por otro lado, el carácter cualitativo de esta investigación conlleva una limitación propia de esta metodología. Los resultados no pueden ser generalizados en términos estadísticos,⁹ puesto que la investigación cualitativa hasta el momento no ha permitido realizar generalizaciones teóricas, pasando de la observación particular a la proposición general (Yin, 1994).

Este trabajo constituye un primer paso en la comprensión teórica de la gran utilidad de la gestión por competencias para la dirección de recursos humanos y para la gestión integral de las instituciones sanitarias. Se considera necesario que las proposiciones planteadas en este estudio deberían ser contrastadas mediante estudios de naturaleza cuantitativa, enfocados hacia la confirmación o refutación de las mismas. Es la intención de estos autores, el continuar en este sentido así como mediante el desarrollo de un estudio longitudinal que permita depurar el marco teórico propuesto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amezcua, M. y Gálvez, A.T. (2002). Los modos de análisis e investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 45-58.

9 Por ejemplo, las diferencias encontradas entre los sectores público y privado de las instituciones analizadas.

2. Barney, J.B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(4), 99-120.
3. Boyatzis, C. (1982). *The competent manager. A model for effective performance*. New York, NY: John Wiley & Sons.
4. Buchan, J. y Calman, L. (2004). Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers*, 17. Paris: OECD Publishing.
5. Bunk, G.P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesionales en la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1(1), 8-14.
6. Colenso, M. (1997). *High performing teams*. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.
7. Fernández, R. y Martínez, A. (2003). Cómo aprenden las organizaciones: Personas, conocimiento e innovación en servicios sociales. En *La Calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias* (pp. 79-103). Valencia, España: Tirant lo Blanch.
8. García, E.M. (2005). Desde la gestión de recursos hacia la gestión de resultados. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(1), 99-110.
9. Grant, R.M. (1995). *Dirección Estratégica. Conceptos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Civitas.
10. Kneebone, R. y Darzi, A. (2005). New Professional Roles in Surgery. *Business Management Journal*, 330(48), 803-804.
11. Le Boterf, G. (2000). *Ingeniería de las Competencias*. Barcelona: Gestión 2000.
12. Medina, A.F. y Castañeda, D.I. (2010). Competencias requeridas en los encargados de recursos humanos para el desempeño eficaz en empresas industriales de Cali, Colombia. *Estudios Gerenciales*, 26(115), 117-140.
13. Moravec, M., Johannessen, O.J. y Hjelmas, T.A. (1997). Thumbs up for self-managed teams. *Management Review*, 86(7), 42-48.
14. Nuño, R.S. (2005). Atención sanitaria basada en el conocimiento. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(2), 361-371.
15. Oteo, L.A. y Hernández, J. (1999). Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En J. Del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Eds.), *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos* (pp. 48-85). Barcelona: Masson.
16. Oteo, L.A. y Repullo, L.J.R. (2003). La innovación en los servicios sanitarios: consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud Español. *Revista de Administración Sanitaria*, 1(2), 307-32.
17. Pinto, J.J. (2007). Sistema de gestión de competencias basados en capacidades y recursos y su relación con el sistema SECI de gestión del conocimiento, realizadas por las pequeñas empresas del Urola medio (España). *Estudios Gerenciales*, 23(105), 13-38.
18. Pucik, V. (1991). Technology Transfer in Strategic Alliances: Competitive collaboration and Organizational Learning. En T. Agmon y M.A. Von Glinow (Eds), *Technology Transfer in International Business* (pp. 192-227). New York, NY: Oxford University Press.

19. Puga, J. y Martínez, L. (2008). Competencias directivas en escenarios globales. *Estudios Gerenciales*, 24(109), 87-103. Recuperado de http://www.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/1853/1/4Competencias_directivas.pdf
20. Quintana, B.P. (2000). Health sector reform and its impact on human resources and employment management within the health sector. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(12), 43-54.
21. Spencer, L.M. y Spencer, S.M. (1993). *Competence at work. Models for superior performance*. New York, NY: Wiley & Sons.
22. Tachizawa, E.M. (2005). *Estratégias de gestão ambiental e responsabilidade social*. Sao Paulo: Atlas.
23. Vivas-López, S., Peris-Ortiz, M. y Rueda-Armengot, C. (en prensa). Managing Talent for Organizational Learning. *European Journal of International Management*.
24. Von Krogh, G. (1998). Care in knowledge creation. *California Management Review*, 40(3), 133-153.
25. Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage. ☼