



Tesis:

**Gestión del Talento en Salud en la República
Argentina. Análisis de la Situación en Servicios de
Cirugía en Instituciones Públicas y Privadas**

Alumno: Fabio Oscar Leiro

Tutora: Vanesa Welsh

Fecha: Marzo de 2020

Lugar: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su área metropolitana (AMBA)



AGRADECIMIENTOS

Este trabajo implica la culminación de un proyecto. Desde adolescente me dediqué a la medicina y con el paso de los años fui sintiendo la necesidad de ampliar mi horizonte, de abrir la mente hacia otras disciplinas y formas de pensar. Esta maestría en administración de negocios fue el resultado de eso.

A la hora de pensar en los agradecimientos no puedo dejar de recordar a mis padres, que por sobre todas las cosas me enseñaron el valor de la palabra. A Martita, que me apoyó y acompañó siempre con una generosidad única, que no pensó en ella cuando tomé la decisión de realizar el MBA, sabiendo que implicaría sacrificar tiempo. Y también algún que otro gusto... A mis hijas María Dolores, Pilar y Josefina, que se sentaban a estudiar conmigo los fines de semana haciéndolo más llevaderos. Y en este caso un agradecimiento especial a Pili, que me insistió para que realizara esta tesis. A los colegas que contribuyeron respondiendo la encuesta. A mis compañeros de trabajo y médicos residentes por inspirarme. A Vanesa, por la paciencia y sus invaluable sugerencias. Y a Romina, por tapar todos los huecos laborales que debí dejar durante mi cursada y los días que dediqué a escribir este trabajo.



RESUMEN

Pese al continuo avance de la tecnología y al reemplazo del capital humano por máquinas y computadoras, en cualquier industria, pero muy especialmente en aquellas en las que se brindan servicios, la contratación, desarrollo y retención de los empleados sigue teniendo una importancia fundamental. Sin embargo, el proceso de gestión del talento es difícil y la mayoría de las organizaciones tienen serias dificultades para hacerlo eficazmente. Este trabajo se refiere a cómo se gestiona el talento en la salud, específicamente en la especialidad cirugía general. El objetivo fue ahondar en cómo las estrategias de reclutamiento, desarrollo y retención, tienen consecuencias en los resultados de la fuerza laboral en términos de compromiso y competencia, y constatar si existen diferencias entre las instituciones de gestión pública con aquellas de gestión privada.

Se consideraron todos los servicios de cirugía general de la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana, tanto en instituciones públicas como privadas, en los cuales se implementa un sistema de residencias para la formación del recurso humano en la especialidad. A través de una encuesta sencilla se interrogó a médicos de planta, residentes y jefes, acerca de la existencia en sus instituciones de programas de gestión del talento. Asimismo, se investigó sobre tres indicadores de calidad en el desarrollo de la carrera de los integrantes de un servicio de cirugía: participación en asociaciones y sociedades científicas, desarrollo de estudios de investigación básica y clínica y publicación de artículos en revistas internacionales de la especialidad.

Este estudio pone en evidencia que en las empresas e instituciones de salud la aplicación de prácticas de gestión del está por debajo del nivel de otras industrias. El análisis de los resultados de la encuesta realizada mostró además que en los 5 rubros de prácticas de gestión del talento investigados los resultados obtenidos en los hospitales privados fueron superiores a los de las instituciones públicas. Por otro lado, y probablemente relacionado con las mejores prácticas de gestión del talento



en las instituciones privadas, los 3 indicadores de calidad investigados dieron en éstas mejores resultados, y con diferencias importantes.

La necesidad permanente de las instituciones de salud de formar recurso humano, lleva a que de manera invariable e inevitable se produzca año a año la incorporación de profesionales recién egresados. Esto, en combinación con las características sociológicas de esta población de jóvenes médicos integrantes de la generación Y, abre perspectivas para atraer talentos a la salud pública.

PALABRAS CLAVE

Gestión del talento – Salud – Sector público – Sector privado

**ÍNDICE GENERAL**

INTRODUCCIÓN.....	6
PREGUNTAS Y OBJETIVOS.....	10
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1: LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN MEDICINA.....	12
1.1 Las residencias médicas como forma de capacitación en la Argentina.....	14
1.2 La crisis del sistema de capacitación en medicina.....	17
1.3 El caso de las residencias de cirugía.....	20
CAPÍTULO 2: EL TALENTO HUMANO Y LA GESTIÓN DEL TALENTO EN ENTIDADES DE SALUD.....	24
2.1 Enfoques del talento y de su gestión.....	25
El talento como objeto versus sujeto.....	26
Gestión de talento inclusiva frente a exclusiva.....	27
2.2 La importancia de la gestión del talento.....	28
2.3 Factores que limitan la implementación de la gestión del talento.....	31
2.4 La gestión del talento en el contexto de crisis.....	34
2.5 Gestión del talento en el sistema público vs. el sistema privado.....	38
2.6 La gestión del talento en la industria de la salud.....	40
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	46
CONCLUSIONES FINALES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	56
APÉNDICE 1 (Encuesta).....	63
APÉNDICE 2.....	78



INTRODUCCIÓN

Después de que un grupo de consultores de McKinsey proclamara la "Guerra por el Talento" a finales de la década de 1990, llamando la atención acerca de que la gestión del talento estaba transformándose en una fuerza impulsora crítica en la competitividad y el rendimiento corporativos, la noción de gestión del talento se ha vuelto cada vez más popular en el mundo de los negocios, (*Axelrod, Handfield Jones y Michaels, 2002*) y este término se convirtió en uno de los más comunes en el léxico gerencial. Como ejemplo de esto, pese a que sólo han pasado 2 décadas, una simple búsqueda en Google realizada en marzo de 2020 devuelve más de 1.420 millones de resultados. Y la proliferación de citas aumenta de manera exponencial. En 2012, la misma búsqueda arrojaba "sólo" 24 millones. (*Minbaeva y Collings, 2013*)

Inicialmente, la guerra por el talento fue impulsada por una intensa competencia entre las principales organizaciones estadounidenses para atraer a los empleados con mayores condiciones, ya que la demanda superaba la disponibilidad. Esta tendencia se vio exacerbada por los cambios demográficos en el mercado laboral de ese país, el más notable de las cuales fue una disminución en el número de trabajadores del grupo etario de 35 a 44 años, algo que se esperaba que continuara hasta 2015. (*Chambe, Foulon, Handfield Jones, Hankin y Michaels, 1998*) De hecho, esta tendencia sigue siendo evidente en gran parte del mundo desarrollado.

Si bien la demografía de las principales economías emergentes, como China e India, puede ser más favorable, las organizaciones de esos países no están exentas de desafíos similares relacionados con la disponibilidad de talento que posea los conjuntos de habilidades que requieren las organizaciones. (*Ali, 2011*) (*Doh, Tymon y Stumpf, 2011*) (*McDonnell, Collings y Burgess, 2012*) Es decir que la atención, y la raíz del problema, se centran en la calidad de la mano de obra.

En el contexto europeo, un estudio realizado por Boston Consulting Group en 2007 identificó la gestión del talento como uno de los cinco desafíos fundamentales a los que se enfrentaron los recursos humanos durante la última década. (*Boston*



Consulting Group, 2007) Más aún, la gestión del talento fue el único desafío que los ejecutivos encuestados se sintieron poco preparados para manejar. Los cambios demográficos asociados con el envejecimiento de la fuerza laboral fueron otra de las cinco principales preocupaciones. (*Collings, Scullion y Vaiman, 2011*) Estos desafíos han puesto en primer lugar los problemas de recursos humanos y particularmente a la gestión del talento como prioridad en las agendas de los líderes organizacionales.

Las organizaciones de todo el mundo han invertido esfuerzos y recursos significativos en reclutar, desarrollar y retener a los mejores empleados con el potencial de mejorar significativamente el rendimiento de su fuerza laboral. (*Tarique y Schuler, 2010*) Y lógicamente, la razón por la que las empresas e industrias se preocupan tanto por este tema para su negocio, en una era tan competitiva, está obviamente ligada a la rentabilidad. A modo de ejemplo, en la India, una diferencia del 25 por ciento en la tasa de deserción de los empleados se traduce en un gasto de 1 millón de dólares destinado a solventar los costos que genera el reemplazo por cada 50 puestos. (*Doh y colaboradores, 2011*)

Pese al continuo avance de la tecnología y al reemplazo del capital humano por máquinas y computadoras, en industrias como la salud, en las que se brindan servicios, la contratación, desarrollo y retención de los empleados sigue teniendo una importancia fundamental. Sin embargo, el proceso de gestión del talento es difícil y como se señaló anteriormente, la mayoría de las organizaciones tienen serias dificultades para hacerlo eficazmente.

Sobre la base de la revisión de la literatura de varias disciplinas, las definiciones operativas de gestión del talento efectivo tienden a diferir ligeramente entre la investigación y la práctica. En general, las prácticas que reflejan gestión del talento efectiva son aquellas que:

- Integran las prácticas de reclutamiento, contratación, desarrollo, evaluación del desempeño y retención
- Hacen hincapié en la importancia de los gerentes y supervisores para implementar e interpretar políticas institucionales de manera efectiva



- Incluyen las opiniones de los empleados y capacitan a todos los grupos de empleados
- Enlazan directamente a la misión y la estrategia organizacional
- Se perciben como equitativas
- Se miden a través de una variedad de indicadores de nivel organizativo e individual

El **tema** que se abordará en esta tesis se refiere cómo a se gestiona el talento en la salud. No sólo en el área privada, sino también en el ámbito público, y específicamente en la especialidad cirugía general. De hecho, por la estructura sanitaria de nuestro país, tradicionalmente la formación del recurso humano era exclusiva del ámbito público, pero cada vez más los médicos buscan capacitarse en las pocas instituciones de gestión privada que ofrecen esta posibilidad. Las razones de este cambio son diversas, y no sólo están ligadas a la mejor salida laboral a la cual pueden acceder luego de culminada su formación. También influye el hecho de que los avances tecnológicos son más rápidamente incorporados en el ámbito privado, algo que se retroalimenta con la adopción de estrategias de gestión empresarial, lo cual hace cada vez más amplia la brecha con los hospitales administrados por el estado.

Esta problemática adquiere una importancia crítica, y debe ser analizada desde varias aristas. Por un lado constituye un problema de salud pública dado que de una mala capacitación de los profesionales dependerá la salud de toda la población del país. Pero por otro lado, y este es el aspecto en el que se intenta profundizar, al igual que en la educación, la salud ha ido dando un giro hacia las instituciones privadas, que por su mayor adaptación a los avances tecnológicos y las estrategias de gestión, proveen un mejor ámbito de trabajo para los profesionales médicos y paramédicos. Por lógica consecuencia, si los profesionales y empleados encuentran un mejor medio en el que desarrollarse, el resultado se refleja en una mejor calidad en la atención. Paralelamente, una mejor gestión del talento podría redundar en un mejor resultado económico para la institución, y esto generar un círculo virtuoso que acrecienta cada vez más la brecha entre salud pública y privada. Y de más está



decir que aquellas instituciones que ofrezcan un mejor clima laboral atraerán a los mayores talentos y eso podría traducirse en un factor clave de éxito en la cada vez más dura competencia en esta industria.



PREGUNTAS Y OBJETIVOS

Las **preguntas** de investigación que se buscó responder fueron: ¿Cuáles son las diferencias en la gestión del talento que presentan las instituciones de salud públicas y privadas, en el sector cirugía general? ¿Qué mejoras traen estas diferencias en cuanto al desarrollo de los talentos? ¿Qué importancia tienen estas diferencias en el desarrollo en la atracción talentos al sistema de residencias?

Como se explicó más arriba, este trabajo se centrará particularmente en los profesionales médicos y dentro de ellos específicamente en la especialidad cirugía general, en los sectores público y privado, en los centros en los que se forma recurso humano, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su área metropolitana. Es decir, aquellos hospitales que reúnen la complejidad suficiente que les permite llevar adelante un programa de formación de especialistas a través del sistema de residencias. La residencia de cirugía general constituye no sólo la manera de acceder a una de las especialidades más importantes, sino también la puerta de entrada a otras especialidades quirúrgicas, cada vez más complejas y diversas. Y a su vez, los adelantos quirúrgicos son los que más impactan a la opinión pública cuando alcanzan difusión en los medios.

Por lo tanto, los **objetivos** fueron los siguientes:

- Analizar el modelo de Reclutamiento-Desarrollo-Retención que se aplica en las instituciones de salud con el personal médico, y evaluar si existen diferencias sustanciales entre las instituciones de administración pública y aquellas de gestión privada. Se buscó ahondar en las estrategias de reclutamiento y retención, condiciones de trabajo, la gestión del desarrollo, el sistema de recompensas, el flujo de incorporación, las ofertas de salida que tienen los empleados (no sólo los médicos en formación), y sus consecuencias en los resultados de la fuerza laboral en términos de: compromiso, competencia, costo-efectividad y congruencia entre los objetivos de los empleados y los de la empresa.



- Evaluar indicadores del desarrollo de la carrera que sirven como marcadores de calidad y que son valorados por los especialistas en cirugía general a la hora de elegir una institución en la cual continuar su carrera, y por los aspirantes a un sistema de residencias a la hora de aplicar a un cargo.

En definitiva, es un trabajo orientado a la gestión del talento en la medicina, iniciando el estudio en la etapa en que se forja la mentalidad de los futuros líderes del área, ya que para las clínicas y hospitales privados el médico residente es una pieza clave. Pero analizando también estos aspectos en toda la fuerza laboral, a lo largo de toda la carrera.

La metodología fue la realización de una encuesta que analizó la implementación de las prácticas de gestión del talento, la cual se distribuyó en los servicios de cirugía que llevan adelante un sistema de residencias médicas en la Ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana (AMBA).



MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN MEDICINA

El aspirante a ejercer la profesión médica debe completar en la Argentina una larga carrera que tiene varias etapas.

- Curso de ingreso a la universidad (hasta 1 año de duración en la Universidad de Buenos Aires).
- El ciclo básico, en el que se estudian fundamentalmente en el aula las ciencias básicas y tiene una duración de 3 años.
- La unidad docente hospitalaria, conocida como UDH, o ciclo clínico, en el que se estudia en el ámbito hospitalario en contacto con los pacientes, de otros 3 años de duración.
- El internado anual rotatorio (IAR), en el que se realizan pasantías por las especialidades médicas básicas (clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología)

Luego de ello, cada egresado de la universidad decide qué especialidad elegirá y podrá optar por formarse de diversas maneras:

- Concurrencia a un hospital
- Residencia
- Cursos o carreras de especialista

Todo este proceso tiene una duración variable de acuerdo a las condiciones y dedicación del candidato y a la universidad elegida, pero oscila entre 10 y 13 años. Hasta el siglo XIX la enseñanza de la cirugía, que es el tema elegido en esta tesis, consistía en el aprendizaje de la misma durante un período de no menor a 6 ó 7 años. El aprendiz adquiría sus conocimientos a través de la observación de cirujanos más experimentados y luego procedía mediante la imitación de sus decisiones y movimientos, tanto en el quirófano como en el resto de la práctica clínica. No había guías claras ni principios que indicaran qué conocimientos o habilidades debían ser transmitidos, ni en qué orden, ni tampoco cuándo comenzar



o finalizar el entrenamiento. Sobre el fin de ese siglo, se fue pasando de esta forma de aprendizaje a un sistema más formal y estructurado, que, tomado de algunas escuelas quirúrgicas alemanas, fue introducido y desarrollado en EEUU por William Halsted. Este cirujano americano había estado en Alemania en contacto con Theodore Billroth quien fuera pionero en desarrollar ese sistema educativo en el viejo mundo.

Hasta fines del siglo XIX, el contacto directo con el paciente no estaba considerado en la currícula de los estudiantes de medicina, pero el Dr William Osler, quién integraba el Board de la Escuela de Medicina John Hopkins en Baltimore MD, creía en el valor de aprender de los pacientes e introdujo hacia 1890 este concepto. Coincidentemente el Dr. Halsted se trasladó a Baltimore y fue nombrado Jefe del Departamento de cirugía del Hospital John Hopkins. Sus años en Europa, en los que pudo vivir las grandes diferencias en la formación quirúrgica europea y norteamericana, tuvieron una profunda influencia en su futura carrera. En particular, la estrecha integración de ciencias básicas en los programas de formación de los cirujanos alemanes. Al unificar el concepto del Dr. Osler de entrenamiento en estrecho contacto con los pacientes y el plan de estudios alemán, engendró el modelo Halstediano de formación. En 1904, Halsted dio una histórica conferencia en la Universidad de Yale, New Haven, CT, en la que puso énfasis además en la asignación de responsabilidades crecientes a los cirujanos en formación, con cada año en que avanzan en el programa.

De acuerdo a Halsted (1904), el sistema de residencias se sustenta en 3 pilares fundamentales:

1. Los residentes deben estar insertos en un programa que les brinde supervisión permanente a cargo de un especialista formado.
2. Deben tener pleno conocimiento de las bases científicas de las enfermedades que tratarán en forma quirúrgica y no ser simplemente técnicos que ejecutan operaciones.



3. A lo largo del programa irán adquiriendo conocimientos y efectuando intervenciones cada vez más complejas, y asumiendo responsabilidades y autonomía crecientes.

Por otro lado, y como aspecto fundamental, durante todo el tiempo que dura el programa los residentes deberán tener dedicación exclusiva, lo que significa que dedicarán tiempo completo a esta actividad.

1.1 Las residencias médicas como forma de capacitación en la Argentina

La medicina, casi como ninguna otra disciplina, contiene especialidades completamente diversas, pero que indudablemente requieren de una base teórica común. Como se describió, desde comienzos del siglo XX se ha ido instalando el sistema de residencias, como el que provee la mayor capacitación de postgrado. Esta formación es imperiosa luego de una larga carrera universitaria que proporciona una gran cantidad de conocimientos teóricos importantes, muchos de ellos imprescindibles, pero que no genera como producto final profesionales preparados para el ejercicio práctico de la profesión, en ninguna de sus especialidades.

En la República Argentina, la Ley de Educación Superior N° 24.521 no contempla a las residencias médicas como programas de formación de postgrado, e imprescindibles para ejercer la profesión. Por el contrario, de acuerdo a la legislación de nuestro país, las Universidades son las que otorgan el título habilitante, y este título autoriza a los graduados al ejercicio de la medicina sin distinguir especialidades. Esta es una situación incongruente que no se da en otros países, donde las universidades dan un título que permite acceder a los programas de residencia, luego de lo cual el profesional es evaluado por un Board de especialistas, es decir por sus pares, quienes en definitiva son los que dan la habilitación para ejercer un especialidad determinada. Nadie puede ejercer la medicina sin la aprobación del Board. Para ser más claro, en la Argentina, cualquier egresado de cualquier universidad, ostentando el título de médico puede ejercer la profesión, en cualquier especialidad. Lo que no puede es anunciarse como



especialista. Yendo a un caso extremo, si lograra que una clínica, sanatorio, hospital, o un paciente particular lo contratara para realizar una intervención neuroquirúrgica, podría hacerlo sin cometer el delito de ejercicio ilegal de la profesión. Por supuesto que estaría por verse si no incurre en impericia, negligencia o imprudencia. Pero no en el ejercicio ilegal.

Lógicamente el sistema de residencias, además de imprescindible para ejercer, debería ser universal, es decir que tendría que estar al alcance de todos los graduados. Sin embargo, en la Argentina, una proporción cada vez más elevada, de un número cada vez mayor de egresados, de las a su vez cada vez más numerosas facultades de medicina, no acceden a ninguna plaza en el sistema. En el año 2012 el Ministerio de Salud de la Nación informó que egresaron 6000 médicos, y la mitad no hicieron residencia. (Diario Clarín, 25/6/2012) Más aún, en algunas especialidades críticas, como la cirugía general, es llamativo el número de deserciones que se registran durante los 4 años que dura el programa de residencia, y una proporción nada despreciable de los que acceden no llegan a completarlo. Los motivos de estas deserciones son múltiples, y mucho tienen que ver con cuestiones que se enlazan con el clima laboral y la gestión del talento. (*Leibrandt, Fassler y Morris. 2004*) Entre estas razones se cuentan:

- Los médicos residentes no vislumbran una formación acorde a los cambios tecnológicos que se vienen.
- No se les ofrece un espacio confortable.
- La formación teórica que se les brinda no es suficiente.
- La actividad quirúrgica a la que acceden es menor a sus expectativas.
- La carga horaria es excesiva.
- La relación con sus residentes superiores les resulta expulsiva.
- La relación con los médicos de planta no les genera ningún vínculo constructivo.
- El trato del personal del hospital en general no es el que esperaban.
- La salida laboral que observan de acuerdo al posicionamiento de los médicos de planta no los seduce.



- La retribución económica que reciben durante la duración del programa no los compensa.
- La retribución económica que recibirán una vez completado el programa no cumple sus expectativas.
- No observan que el completar un programa de residencia los posicionará en un lugar de mayor retribución monetaria.
- Desearían comenzar con una subespecialización en un periodo más breve.
- Han recibido sugerencias dentro del servicio que por su performance lo más conveniente sería que abandonaran el programa.
- Tomaron conciencia de que la especialidad elegida no es la que desean realizar.
- Han decidido abandonar la medicina.

Como se dijo más arriba, muchas de estas razones están relacionadas al “clima laboral”, un concepto que parece abstracto pero que refleja una realidad y un valor cada vez más tenido en cuenta por la fuerza laboral de cualquier empresa o institución. Este aspecto será ampliado más adelante. En este sentido hay 3 aspectos que son muy valorados por las nuevas generaciones, que se agregan y van más allá de la retribución económica: (*Dhanabhakym y Kokilambal, K, 2014*)

- Respeto por el individuo
- Valor para la innovación
- Riesgo vs. Recompensa

Los egresados de las facultades de medicina de la actualidad son jóvenes pertenecientes a la generación Y o “millenials”, ¹ con la particularidad de tener cierta base de idealismo, más aún en nuestro país, donde la medicina dejó de ser una de

¹ Término acuñado por Neil Howe y William Strauss en 1987 para definir a la población nacida desde principios de los años 80 hasta fines de los 90. Sus prioridades no son laborales, les preocupa menos el salario y cambian de trabajo fácilmente. La rutina los agobia, poseen una maduración más tardía, y un desarrollo cerebral más adaptado a la competitividad y el narcisismo. Tratan de mantener un equilibrio entre el trabajo, su vida personal y el cuidado ambiental. Tienen necesidades de cumplimiento inmediato de sus deseos. Logran el buen humor por procesos más individuales que compartir con seres queridos, pero suelen regresar al hogar familiar ante las adversidades. Poseen una tendencia a frustrarse más rápidamente.



las profesiones más rentables. Por esta razón un sistema que ofrece condiciones de trabajo incómodas y una retribución inadecuada resulta expulsiva.

En definitiva, lo que se observa es que egresan de las universidades cada vez más médicos. Pero no sólo el número de puestos para capacitarse se mantiene estable o decrece, sino que un número importante de los que acceden a uno de estos cargos lo abandona antes de completar el programa. Más aún, la política inmigratoria y los acuerdos con universidades extranjeras abren de par en par las puertas para la entrada de médicos de países de la región, lo cual empeora la proporción de médicos correctamente formados sobre el total de médicos matriculados.

Un aspecto importante de la gestión del talento en los servicios de cirugía tiene que ver con el reclutamiento de los residentes, el cual se hace de manera diferente en el sector público y el privado. El principio de igualdad del sector público ha provocado que desde hace muchos años se hayan abolido las entrevistas, algo que se mantiene en los hospitales privados. Esta falta de conocimiento, por mínimo que sea, entre el aspirante y quienes en definitiva serán sus maestros y mentores, ha provocado que una de las formas más reconocidas y utilizadas en el mundo empresario para seleccionar a la fuerza laboral haya sido eliminada. Si bien el residente es un individuo que está completando su formación profesional, también es una persona que está actuando como un trabajador en una institución o empresa de salud, y es deseable que tanto el como sus futuros jefes y formadores tengan una idea del medio, la cultura y las personas con la que compartirán la tarea.

Otro aspecto que hace muy especial a la medicina como disciplina, y en particular la cirugía, lo constituye el hecho de que los permanentes cambios. Los nuevos conocimientos científicos, los avances tecnológicos y la innovación permanente, generan un contexto en el que invariablemente se hace necesario que los profesionales abocados a ellas deban mantenerse en continua formación, hasta el fin mismo de su carrera. Con lo cual la lógica de la etapa de formación de postgrado se extiende, y es válida prácticamente hasta la jubilación.

1.2 La crisis del sistema de capacitación en medicina



Las residencias de cirugía general se encuentran bajo la lupa en todo el mundo, dado que el problema que se plantea en la Argentina existe también en otros países. En EEUU, por ejemplo, se han realizado investigaciones que han dado como resultado que un 17% de los residentes de cirugía abandonan el programa. (*Dodson y Webb, 2004*) Este índice de deserción no es, al menos por el momento, mayor entre las mujeres que entre los varones, y la causa más importante se refiere a que los médicos residentes desean un estilo de vida muy diferente y mucho más relajado de lo que exige esta especialidad. Pero a la vez, esta mayor demanda laboral, responsabilidad y estrés emocional no se ven compensados en ningún momento de la vida cuando se compara con otras especialidades médicas o profesiones.

Pero el problema no se limita exclusivamente a la etapa de residencia ni a los primeros años del ejercicio de la profesión. Como ya fue mencionado, durante toda la carrera hospitalaria se debe mantener los mismos niveles de compromiso con la capacitación, mucho más en especialidades como la cirugía, en la que además de los avances científicos el cirujano debe adaptarse a avances en la tecnología médica que llevan a cambios radicales en el ejercicio práctico de la especialidad. A modo de ejemplo, la cirugía laparoscópica se inició a fines de los años '80, y se introdujo en la Argentina a comienzos de los '90. Por lo tanto, aquellos cirujanos que completaron su residencia antes de ello, lo hicieron en un mundo en el cuál no existía la cirugía miniinvasiva, y debieron incorporar estas técnicas, con todos los cambios que ella implica en relación a la cirugía a cielo abierto, luego de haberse integrado al sistema hospitalario como médico de planta y ya en el rol de formadores del nuevo recurso humano.

Es por todo lo anterior que se tornan importantes las estrategias de gestión del talento y desarrollo, y también lo es entender que esta es una forma, quizás la única posible en un contexto de crisis, en el que es muy difícil mejorar la retribución económica, de atraer y retener a los profesionales con mayor vocación y capacidad. Y estos cambios continúan. Y continuarán.

En los años 80 en Estados Unidos sucedió un caso que revolucionó el sistema de residentes. En marzo de 1984, una joven llamada Libby Zion ingresó en un hospital



de Manhattan con unas líneas de fiebre. Pocas horas más tarde, murió. (*Lerner, 2009*)

Libby Zion tenía 18 años, con una historia de depresión y consumo habitual de cocaína. Fue admitida en el New York Hospital el 4 de Marzo de 1984 y asignada a dos residentes, Luise Weinstein y Gregg Stone, quienes consideraron que su cuadro neurológico se debía a su enfermedad previa, y luego de consultarlo con su médico de cabecera el Dr. Raymond Sherman, le prescribieron un analgésico y un sedante, (Demerol y Haloperidol). Se decidió también amarrarla literalmente a su cama, para evitar que se lastimara.

A su vez, Weinstein y Stone estaban acargo de una docena de otros pacientes. Libby no mejoró, y su estado de agitación era cada vez peor. Luego de ser contactados un par de veces por enfermeras por teléfono, Libby tuvo un paro cardíaco y falleció.

Su padre, Sidney Zion, era abogado y Fiscal Federal de Nueva Jersey y demandó al hospital, argumentando que su hija había muerto como resultado de negligencia médica. Las investigaciones demostraron que los fármacos administrados por el hospital la ponían en peligro en conjunción con su medicación previa y que se debió sospechar desde un principio el posible consumo de drogas, hecho que se confirmó en la autopsia. El proceso judicial concluyó que todo había sido resultado de la combinación de largas horas de trabajo que los médicos en cuestión habían experimentado, en combinación con la deficiente supervisión de estos internos por médicos expertos. Sidney Zion continuó con su investigación sobre el funcionamiento de los sistemas de formación de los hospitales y descubrió que, en los Estados Unidos, el promedio de horas de trabajo de los recién graduados era de 100 a 120 a la semana, y que era frecuente que cumplieran hasta 36 horas seguidas por guardia.

La sentencia de la corte ocurrió en 1995, culpándose al Interno y a los otros 2 médicos, así como al jefe de piso (considerado responsable de todo lo que acontece en su sala) de contribuir con la muerte de la paciente.



Después de la acusación del jurado a los dos residentes, las autoridades sanitarias del estado de Nueva York decidieron abordar los problemas en las residencias médicas. A partir de este episodio se re-evaluó la capacitación y supervisión de los médicos en el estado, y se desarrolló una serie de recomendaciones.

El estado de Nueva York adoptó la norma de que los residentes no podían trabajar más de 80 horas a la semana o más de 24 horas consecutivas y que los médicos asistentes debían estar físicamente presentes en el hospital en todo momento, y se tomaron medidas enérgicas contra los hospitales que violaran estas recomendaciones. Desde entonces se han adoptado límites similares en muchos otros estados. En julio de 2003, el Consejo de Acreditación para Educación Médica de Graduados (ACGME) adoptó regulaciones similares para todas las instituciones acreditadas de capacitación médica en los Estados Unidos.

Como consecuencia de este caso se sucedieron trabajos de investigación dentro y fuera de EEUU, y estas normas se aplican hoy en día en nuestro país a través de una ordenanza del año 1985 (N° 40.997/95). Durante fines de 2019, la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires intentó sancionar una Ley de Residencias que pusiera al día los derechos y obligaciones de los médicos residentes. La ley llegó a sancionarse, pero se produjo una gran politización que llevó a que se sucedieran una serie de movilizaciones que culminaron con su suspensión luego de haber sido sancionada. El sistema aún hoy se rige por la vieja ordenanza de 1985.

1.3 El caso de las residencias de cirugía

La especialización en cirugía siempre fue considerada como altamente competitiva, exigente y ardua, pero también una elección y esfuerzo fuertemente recompensados. Sin embargo, desde hace algunos años estos programas enfrentan algunos desafíos y dificultades para captar y retener a los egresados con mayor capacidad, fundamentalmente como consecuencia de las prioridades de las nuevas generaciones en términos de calidad de vida. Estas expectativas han causado un menor interés en la cirugía como especialidad y una de las tasas más altas de deserción con relación a los programas de otras especialidades. Mientras



que en los 80 se incrementaba el interés en especializarse en cirugía general en Estados Unidos, el porcentaje de egresados que elegían esta especialidad siguió creciendo hasta comienzos de los 90, llegando a un pico del 22% en 1991. Estos valores comenzaron luego a caer y descendieron al 15% en 2002. (*Lind y Cendan, 2003*) Durante este periodo, por el contrario se incrementó el número de nuevos médicos que optaban por especialidades denominadas de estilo de vida amigable o "lifestyle friendly" como dermatología, radiología, patología, anestesiología y psiquiatría. Es decir que permiten un estilo de vida más relajado que la cirugía, con el agregado de que además ofrecen una mejor remuneración. Mientras tanto, otras especialidades se mantuvieron estables. A comienzos de los años 2000 en Estados Unidos comenzó por primera vez a comprobarse que quedaban cargos libres en los programas de cirugía general. Esta reducción en el interés por la cirugía podría tener consecuencias en que la proporción de alumnos más capaces y con mejor performance durante la carrera también disminuya. Sin embargo, cuando se encuestó a los directores de programa, el 37% consideró que la calidad de los aspirantes había mejorado, el 29% no tenía una idea formada y el 34% respondió que había disminuido. (*Cochran, Melby, Foy, Wallack y Neumayer, 2001*)

Un estudio de Escuela de Medicina de la Universidad de Kentucky publicado en 1989 reportó que 15% de los residentes cambiaban de especialidad, con un traslado desde especialidades quirúrgicas y generales hacia las de estilo de vida amigable. (*Schwartz, Simpson, Strodel, Jarecky, Griffen Jr y Young, 1989*)

Y en otro estudio de graduados de Cornell University de 1986 otros autores reportaron que en un 13% de graduados que cambiaron de especialidad las razones del cambio involucraron el estilo de vida y las cuestiones financieras. (*Tardiff, Cella, Seiferth y Perry, 1986*)

La pérdida de residentes de cirugía es de vital importancia y creciente preocupación para los educadores quirúrgicos. Aunque los directores, profesores y administradores de programas de cirugía general están de acuerdo en la gravedad del problema, hay poco consenso sobre su magnitud, y las tasas de deserción reportadas varían, al igual que los parámetros utilizados para calcularlos.



A modo de ejemplo, en un estudio longitudinal de 15 años de los graduados de Jefferson Medical College, Wolfson y colaboradores encontraron que sobre un total de 593 médicos que comenzaron una residencia quirúrgica, el 60% continuaron en cirugía general o una subespecialidad quirúrgica (cirugía vascular, colorrectal, torácica, etc.), mientras que el 26% se trasladó a otra especialidad dentro del campo quirúrgico (como otorrinolaringología, cirugía ortopédica, oftalmología u urología), y 14% cambió a especialidades no quirúrgicas (anestesiología, dermatología, práctica familiar, emergencia, medicina interna, patología, medicina pediatría, medicina preventiva y radiología). Mientras que en los primeros años del estudio un 52% de los residentes que abandonaron el campo quirúrgico se trasladaron a una especialidad de estilo de vida amigable, este porcentaje se incrementó al 70% en los últimos años. Alrededor de un tercio se trasladó a la anestesiología. (*Wolfson, Robeson y Velosi, 1991*)

Es evidente que la deserción, ya sea voluntaria (porque no están satisfechos con el programa elegido) o involuntaria (su performance no alcanza los objetivos mínimos y se les recomienda abandonarlo o no son promovidos), es un problema significativo para los programas de residencia de cirugía general. Las tasas de deserción notificadas y las diferencias entre el género masculino y femenino varían ampliamente en las series publicadas. Pero en general se observa que las razones por las que abandonan los hombres tienen más que ver con ambiciones económicas y las mujeres con la imposibilidad de sostener su vida familiar. No obstante, coinciden en que los residentes generalmente dejan los programas en los primeros años de formación de posgrado, que el estilo de vida es una razón importante, que se ve poca diferencia entre los programas de instituciones afiliadas a una universidad y por ende gozan de mayor prestigio, y los de aquellos que no lo están, y que un número no despreciable de residentes que dejan un programa se transfieren a otro programa de residencia de cirugía general.

Reemplazar a los residentes que se van es difícil y genera un problema, pero no obstante la mayoría de los residentes de reemplazo tienen éxito en sus nuevos programas. Resulta obvio que las deserciones de residentes de cirugía general



provocan también un problema a las especialidades quirúrgicas postbásicas que tendrán un pool de postulantes mas exiguo.



CAPÍTULO 2: EL TALENTO HUMANO Y LA GESTIÓN DEL TALENTO EN ENTIDADES DE SALUD

De acuerdo a la real Academia de la lengua se define el talento humano como una combinación de varios aspectos características o cualidades que implican conocimientos, compromiso y autoridad.

Se lo define también como la capacidad de las personas de comprender de manera inteligente la manera de resolver en determinada ocupación utilizando sus destrezas, experiencias y aptitudes, o la capacidad de influir positivamente en el rendimiento empresarial y en la productividad de cualquier organización.

Otras definiciones: *(Gallardo Gallardo, Dries y González Cruz, 2013)*

Michaels (2001) La suma de las habilidades de una persona: sus dones intrínsecos, destrezas, conocimiento, experiencia, inteligencia, juicio, actitud, carácter y la capacidad de conducirse. También incluye su capacidad para aprender y crecer.

Tansley, Harris, Stewart, y Turner (2006) El talento puede ser considerado como una amalgama compleja de las habilidades, conocimientos, capacidad cognitiva y potencial de los empleados. Los valores y preferencias de trabajo también son de gran importancia.

González Cruz (2009) Un conjunto de competencias que, al ser desarrolladas y aplicadas, permiten a la persona desempeñar un determinado papel de una manera excelente.

Los gestores del talento humano tratarán por lo tanto, de desarrollar e incorporar a su empresa a aquellos trabajadores que se considera que tienen más talento y que se espera que lleven a cabo un mejor desempeño de sus funciones.

Así, la gestión del talento humano fue definida por Silzer y Dowell como un conjunto integrado de procesos, programas y normas culturales en una organización diseñadas e implementadas para atraer, desarrollar, desplegar y retener el talento para alcanzar objetivos estratégicos y satisfacer las necesidades futuras del negocio. (Silzer y Dowell, 2010) Y se compone de una serie de herramientas y acciones encaminadas a reclutar, y posteriormente retener, y desarrollar el talento



de la fuerza laboral. Es decir, a nutrir a la empresa o institución de aquellos trabajadores que agregan más valor a las organizaciones.

Entre las acciones más utilizadas por los profesionales de recursos humanos con la finalidad de aumentar el talento humano en la empresa se cuentan:

- Búsqueda, atracción y reclutamiento de candidatos bien formados y capacitados para desarrollar las funciones del puesto de trabajo en cuestión.
- Gestionar y establecer nóminas competitivas, que atraigan y retengan a los mejores candidatos.
- Fomentar la formación y el desarrollo profesional de los empleados, poniendo a su disposición distintos cursos o la flexibilidad necesaria para llevarlos a cabo.
- Diseñar parámetros y formas de medir el desempeño y productividad de los trabajadores, con el objetivo de identificar a los más competitivos y aplicar medidas para motivar a los demás.
- Crear, actualizar y aplicar diferentes programas de captación de talento y retención del mismo, por parte de la empresa.

En particular en las instituciones de salud de mayor envergadura, dada las características de la capacitación que se completa en el postgrado, se pone especial esfuerzo por desarrollar programas de formación (residencias), que son las que en definitiva van a nutrir la del capital humano necesario.

2.1 Enfoques del talento y de su gestión

Los académicos han reflexionado sobre la conceptualización tanto del talento como de la manera de gestionarlo, y han propuesto algunas subdivisiones relevantes para su implementación. Por ejemplo, Swailes, Downs, y Orr (2014) sugieren enfocar la gestión del talento especialmente en la identificación y la selección del personal, ya que el talento es considerado como algo que se tiene o no se tiene. Por otro lado, Meyers y van Woerkom (2014) proponen enfoques que consideran también el impacto de las capacidades innatas del individuo, pero para adaptarse a las funciones que se le asignarán. Es decir que consideran que la gestión no termina



en la selección sino que existe un campo para trabajar una vez incorporado el personal.

El talento como objeto versus sujeto.

La gestión del talento enfocada en el talento como **objeto**, se refiere a este como a las cualidades únicas con las que las personas están dotadas y que ponen en práctica a lo largo de sus experiencias diarias. El talento se concibe como una característica de un individuo que lo impulsa a superar a los demás. (Pruis. 2011)

Una revisión sistemática de la literatura demuestra que los académicos que perciben el talento como un objeto vinculan el término a una habilidad y/o capacidad en particular, a una competencia innata, o a las formas mediante las cuales participan los empleados. Por lo tanto, podría decirse que la gestión del talento como objeto es la gestión de atributos de los empleados centrándose en la competencia y la gestión del conocimiento. (Cheese, Thomas y Craig, 2008) (Michaels, Handfield Jones y Axelrod, 2001) (Silzer y Dowell, 2010) (Ulrich, 2007) (Garrow y Hirsh, 2008) (Vance y Vaiman, 2008)

Por el contrario, la gestión del talento enfocada en el talento como **sujeto** hace hincapié en las personas que, dependiendo de sus capacidades, podrían adaptarse mejor a ciertas posiciones de trabajo. Los talentos son individuos que tienen determinadas competencias y capacidades específicas. Por lo tanto, la gestión del talento como sujeto se refiere a la gestión eficiente de las personas con talentos innatos con el fin de mejorar su coincidencia con un trabajo en particular y dentro de un marco de competencias. (Alferaih, 2018) (Gallardo Gallardo y colaboradores. 2013) Las empresas que adoptan este enfoque, planifican e implementan procedimientos que facilitan el posicionamiento de los empleados adecuados en el trabajo adecuado, de modo que cada uno pueda maximizar su producción en una posición particular contribuyendo a su despliegue. (Dutttagupta, 2005) (Buckingham y Vosburgh, 2001)

Basándose en estas conceptualizaciones del talento, la gestión del talento como objeto refleja mejor las políticas del sector privado, que se basan fundamentalmente en la búsqueda y contratación de un empleado con capacidades mejores que otro.



Por el contrario, la gestión del talento como sujeto refleja mejor al sector público, que direcciona a las personas que poseen competencias y valores particulares de manera tal que permitan servir a los objetivos del sector. Algunas investigaciones han demostrado que las organizaciones del sector público favorecen a la aplicación de la gestión del talento como sujeto. (*Clarke y Scurry, 2017*) (*van den Brink y Fruytier, 2013*) (*Harris y Foster, 2010*) Sin embargo, hay pruebas que indican que el sector privado también implementa la gestión del talento de esta manera porque facilita la segmentación de los empleados. (*Gallardo Gallardo y colaboradores, 2013*)

Por lo tanto, la conceptualización del talento no necesariamente impulsa la aplicación de un enfoque de particular, pero los factores contextuales también juegan un papel.

Gestión de talento inclusiva frente a exclusiva

Otros autores han hecho una distinción entre la gestión del talento inclusiva, también conocida como "soft", y la exclusiva o "hard". (*Thunnissen y Buttiens, 2017*)

La gestión del talento exclusiva se enfoca a la gestión eficiente de los empleados con altos potenciales y de alto rendimiento. Sobre la base de las revisiones del rendimiento, se considera como alto rendimiento a aquellos cuyos logros son significativamente más valiosos y están en el 10% superior del ranking. A través de estas evaluaciones de desempeño, también se distingue a estos empleados como altos potenciales (es decir que son altamente propensos a contribuir significativamente al desempeño organizacional en algún momento). El objetivo es monitorear el desempeño de los empleados y distinguir a aquellas personas que pueden aumentar la rentabilidad.

La gestión del talento inclusiva, por otro lado, considera que todos los empleados de una organización tienen cualidades especiales, y cada uno de ellos contribuye al alto rendimiento de una manera única. (*Gelens, Dies, Hofmans y Pepermans, 2013*) Esto se hace posible cuando cada empleado ocupa el puesto que le permite ejercer su talento, es decir cuando las organizaciones identifican inicialmente el potencial de cada empleado y luego apoyan su desarrollo para que pueda traducirse en



producción. Por lo tanto, este enfoque destaca la igualdad de trato y enfatiza todos los intereses de los empleados a través de la adopción de prácticas como el desarrollo, el compromiso y la retención. Se implementa mediante la adopción de un modelo estratégico que impulsa la determinación de las necesidades de los talentos, así como el desarrollo de prácticas que podrían satisfacer esas necesidades. Las organizaciones del sector privado implementan principalmente la gestión del talento exclusiva, ya que implica menos costo y tiempo para identificar, recompensar y retener una fuerza de trabajo de élite. La gestión del talento inclusiva parece ser una mejor opción para el sector público, ya que existe una predisposición ideológica a los principios del igualitarismo. Algunas instituciones gubernamentales, como la administración pública del Reino Unido, adoptan un enfoque inclusivo para proporcionar igualdad de oportunidades de desarrollo tanto a los oficiales de mitad de carrera como a los oficiales superiores, ya que la fuerza de trabajo se considera un vehículo para alcanzar objetivos de igualdad de trato. (*Garrow y Hirsh, 2008*) La forma inclusiva parece ser más apropiada en este contexto porque apoya la integración de todos los empleados hacia el cumplimiento de objetivos comunes. Aunque existe una inclinación actual hacia la implementación de la gestión del talento inclusiva la mayoría de los gobiernos adoptan una mezcla ambas formas. Algunos ejemplos de gobiernos que hacen esto en función del contexto son: Canadá, el Reino Unido, y Tailandia y Malasia.

El sector público puede aspirar a reclutar, desarrollar y valorar personal talentoso en su intento de desarrollar habilidades clave de los empleados, pero enfrenta la dura competencia del sector privado que habitualmente ofrece mayores salarios. (*Poocharoen y Brillantes, 2013*)

2.2 La importancia de la gestión del talento

Las políticas de recursos humanos de cualquier empresa o institución se ven influenciadas tanto por las características del medio en el que están insertas, como por los intereses de los diferentes grupos afectados por su accionar (stakeholders).



Entre las características del medio son importantes las leyes y valores sociales vigentes (cultura e ideología), las condiciones del mercado laboral, la fuerza sindical, las peculiaridades de su fuerza de trabajo, las estrategias de su negocio, la filosofía arraigada en su management y la tecnología que deba incorporarse para el funcionamiento del “negocio”.

Entre los intereses afectados por el accionar de la empresa, deben tenerse en cuenta no sólo los accionistas, sino también los empleados, el gobierno, los sindicatos y la comunidad toda.

Del mismo modo que las políticas de RRHH son influenciadas por todo lo anterior, estas políticas de alguna u otra forma, en el mediano o en el largo plazo, influirán sobre las características del medio y moldearán los intereses de los grupos mencionados arriba.

Sin duda que la fuerza laboral sufrirá cambios de manera dinámica, dado que elegirá en la medida de sus posibilidades a aquellas instituciones más atractivas por sus condiciones de trabajo. Por el contrario, las legislaciones y la cultura e ideología de la sociedad serán menos sensibles en el corto y mediano plazo, pese a que sin duda lo serán en el largo plazo.

Las políticas de RRHH se deben centrar en las condiciones de trabajo, el sistema de recompensas, el flujo de incorporación, ascensos y salidas de los empleados, y tienen indudables consecuencias en los resultados de la fuerza laboral en términos de: **C**ompromiso, **C**ompetencia, **C**osto-efectividad y **C**ongruencia entre los objetivos de los empleados y los de la empresa. No obstante, los resultados obtenidos en términos de mejoras en estos 4 vectores, conocidos como “las 4 Cs”, son lamentablemente difíciles de objetivar y medir. Pese a ello, es indudable que estos resultados repercuten en el bienestar, no sólo de los empleados sino también de la organización y la sociedad toda.

El cierre del círculo virtuoso se produce cuando este bienestar termina afectando e influyendo no sólo en las nuevas políticas de RRHH, sino también en las características del medio, además de moldear y modificar los intereses de los stakeholders.



En un mundo en constante cambio, donde uno de los valores fundamentales de las empresas es su adaptabilidad a los contextos cambiantes, una fuerza laboral competente, comprometida, costo-efectiva y con intereses congruentes con los de la organización contribuirá a mantener esta adaptabilidad.

Es tarea fundamental de los managers estar atentos a los intereses diferentes de los stakeholders y las características del medio en que su empresa está inserta, manteniendo una relación de cercanía con toda la fuerza laboral y apoyándose en una gerencia de recursos humanos muy cercana a él para lograr articular políticas consecuentes con la visión descrita en este capítulo. Todo esto se relaciona evidentemente con el resultado económico de la empresa o institución. Es por eso que una Dirección que tiene el ojo puesto en estos resultados estará más atenta a las políticas de recursos humanos que aquella que no debe rendir cuentas de manera tan clara como sucede en el ámbito estatal.

A pesar de la popularidad creciente en el mundo profesional y el académico, la teoría de la gestión del talento está claramente en las primeras etapas del desarrollo. Algunos autores consideran que existe una «inquietante falta de claridad con respecto a la definición, el alcance y los objetivos generales de la gestión del talento. (*Lewis y Heckman, 2006*) Más recientemente, la revisión de Collins y Mellahi reiteran esta crítica y concluyen además que las deficiencias de la teoría y la investigación de la gestión del talento han limitado tanto el trabajo académico sobre el tema como su utilidad práctica. (*Collings y Mellahi, 2009*) Ciertamente la gestión del talento sigue siendo una construcción emergente que necesita un mayor desarrollo teórico. Este modelo hace hincapié en las relaciones críticas entre la estrategia de negocio, la gestión del talento y los resultados empresariales.

El modelo estipula que la estrategia de gestión del talento y los sistemas, procesos y programas de apoyo de una organización deben estar impulsados por estrategias de negocio. Los resultados empresariales se utilizan como un resultado amplio de la eficacia del sistema de gestión del talento, así como para la revisión de nuevas estrategias de negocio y de las propias estrategias de gestión del talento.



Como ya fue descripto, Silzer y Dowell proponen que las organizaciones ejecuten la gestión del talento a través de cinco procesos primarios. El modelo de gestión del talento los autores nombrados resulta atractivo por varias razones. En primer lugar, el énfasis del modelo en la importancia de la integración con la estrategia de negocio y la integración entre las funciones y sistemas clave de RRHH es consistente con la investigación previa de gestión del talento en la industria del cuidado de la salud. En segundo lugar, el enfoque del modelo en identificar y desarrollar grupos de talentos con el fin de mejorar la fuerza de trabajo y la capacidad de liderazgo es consistente con la ampliamente reportada "crisis de liderazgo" en la industria del cuidado de la salud.

2.3 Factores que limitan la implementación de la gestión del talento

La revisión de Rani y Kumar sugiere factores que probablemente impulsarán o dificultarán la implementación de la gestión del talento en el sector privado. Sobre la base de diversos estudios estas dificultades pueden agruparse en dos categorías, ya que pueden deberse a factores internos o externos. (*Rani y Kumar, 2014.*)

Los factores internos se refieren a características institucionales como la existencia de oportunidades para el desarrollo de los empleados y el crecimiento profesional, el seguimiento que cada empresa haga de la retención de empleados, la existencia de sistemas de información, el suministro de prácticas motivacionales intrínsecas y extrínsecas, y el reclutamiento y selección dirigidos a personas con talento. También influyen otros elementos como la marca corporativa, la estrategia de la empresa, el compromiso de los empleados en general, la cultura organizacional, el entorno social en el lugar de trabajo y el apoyo a la gestión y liderazgo.

Los factores externos están vinculados al contexto más amplio en el que una organización opera, como las desviaciones demográficas, la movilidad de los empleados, la situación financiera, la legislación, la situación política, la cultura nacional y/o regional, y algunas características específicas del contexto como la escasez de talento en el mercado, las características de la industria/sector, y las fuerzas de la competencia y el mercado.



De manera similar, la implementación exitosa de la gestión del talento podría verse influenciada por factores internos y externos también en las organizaciones del sector público. (*Thunnissen y Buttiens, 2017*) (*Clarke y Scurry, 2017*)

Está claro que muchos de los factores antes mencionados pueden influir al igual que en el sector privado. Sin embargo, se debe considerar el factor "impacto a la sociedad" como principio fundamental dados los objetivos que hacen al bien común que son de importancia en este sector. A pesar del hecho de que los factores influyentes internos superan en importancia a los externos, la importancia de ambos debe subrayarse si las organizaciones desean producir resultados beneficiosos al planificar y practicar una estrategia de gestión del talento.

El branding o la reputación organizacional se considera un mecanismo para atraer talentos al sector público. Por lo tanto, para que la gestión del talento sea beneficiosa para el sector público y atraiga talento, las actividades deben estar alineadas con los objetivos estratégicos de valor público de la organización para lograr involucrar al personal. Además, los empleados altamente comprometidos podrían apoyar a la gestión del talento en la promoción de la discusión en varios niveles jerárquicos impulsando la contribución de todos al logro de los objetivos de la organización.

Dado que establecer pautas de justicia social y la igualdad de trato son principios fundamentales del sector, la gestión del talento debe ser inclusiva y apoyar objetivos del bien común mediante una mayor participación de todo el personal. La gestión y el apoyo de liderazgo también son importantes porque pueden avanzar o inhibir la implementación de la gestión del talento. Aparte del apoyo de las principales partes interesadas, la cultura de la institución puede servir para impulsar o actuar restringiendo. La cultura del sector público es intrínsecamente burocrática, lo que a menudo impide prácticas innovadoras, ya que la implementación de podría suceder que la gestión del talento choque con la cultura del sector y posiblemente no satisfacer las necesidades de la fuerza de trabajo. Independientemente del modo de gestión del talento que se implemente, ésta debe integrar el posible impacto social en sus objetivos. También podría apoyar prácticas particulares relacionadas



con los recursos humanos, como la planificación de la sucesión, que podrían garantizar que los empleados con talento desarrollen y mejoren su progresión profesional dentro del sector. Una gran oferta de recompensas intrínsecas y extrínsecas también podría mantener la automotivación de los empleados del sector público para alcanzar los objetivos organizativos.

La mejora de los sistemas de información vinculados a las prácticas básicas de gestión del talento también podría facilitar su éxito en el sector público. Por ejemplo, estas organizaciones podrían anunciarse en las redes sociales para reclutar posibles candidatos talentosos. Los sistemas de información también pueden ser útiles para fines de auditoría, como las tasas de rotación de empleados, y así garantizar la retención de empleados talentosos.

Al igual que en el sector privado, en el público existen factores externos que influyen en la aplicación de la gestión del talento. Los parámetros políticos, legales, culturales y financieros son claves en la implementación de la gestión del talento en el sector público. Los cambios en las prioridades políticas, por ejemplo, a menudo significan cambios en los presupuestos), lo que potencialmente limita los recursos financieros para apoyar la implementación de la gestión del talento. La legislación también tiene un impacto en la aplicación de la gestión del talento. Por ejemplo, la formación de talentosos funcionarios chinos está respaldada por la ley de servicio civil chino. Los atributos generacionales también podrían afectar. Dado que muchos baby boomers están ahora en una edad de jubilación, las organizaciones del sector público deben encontrar maneras de atraer a las generaciones más jóvenes y ajustar su gestión del talento en consecuencia. Esto se hace difícil si se tiene en cuenta que las nuevas generaciones tienen mayores expectativas, están más preocupadas por la calidad del trabajo y valoran la movilidad. Por lo tanto, las organizaciones ya no pueden depender de la lealtad y necesitan considerar maneras de atraer y retener talentos. Aunque la reciente recesión mundial creó más oportunidades para atraer talento al sector público, el sector privado todavía tiene una ventaja competitiva como Poocharoen y Lee argumentan que esto se debe a la burocracia que consume mucho tiempo en el sector público. Además, la gestión del



talento se percibe como un procedimiento injusto que choca con los principios y valores del sector público de igualdad de trato (*Poocharoen y Lee, 2013*)

2.4 La gestión del talento en el contexto de crisis

Las organizaciones de todos los rubros, ya sea sanitario o de cualquier otra industria, que compiten en las condiciones económicas históricamente difíciles de hoy en día, se enfrentan a una infinidad de decisiones desafiantes que afectan tanto a la solvencia a corto plazo como a la creación de valor a largo plazo. Aún en países como los estados Unidos de Norteamérica, desde el inicio de la actual recesión, que comenzó oficialmente en diciembre de 2007 (Oficina Nacional de Investigaciones Económicas, 2008), se podría decir que las empresas sufren la mayor amenaza para su supervivencia desde la Gran Depresión. Como obvia respuesta a esta amenaza, se registra una tendencia a la reducción de tamaño como medio de disminuir los costos operativos y aumentar las ganancias. A menudo, se recurre como primera medida a recortes drásticos en las prácticas de gestión del talento, y a sostener las estrategias, políticas y programas diseñados para identificar, desarrollar, desplegar y retener talento para alcanzar objetivos estratégicos y satisfacer las necesidades futuras del negocio. (*Silzer y Dowell, 2010*) Aunque esta táctica a corto plazo a menudo se considera un último recurso, en particular para las empresas que compiten en industrias intensivas en capital humano como la atención sanitaria, la cruda realidad es que las empresas están ejerciendo cada vez más los límites preventivos para anticipar condiciones económicas difíciles o igualar la decisión de un competidor de reducir la capacidad operativa. En un país como la Argentina, en el cual la crisis es la regla más que la excepción, estas prácticas están mucho menos arraigadas, e incluso en el ámbito estatal sólo responden a iniciativas aislada y excepcionales de algunos jugadores que llamativamente sobreviven en el sistema.

A pesar de la popularidad de la reducción de las inversiones en gestión del talento como enfoques para hacer frente a las condiciones económicas recesivas, una amplia evidencia sugiere que tales tácticas no crean valor a largo plazo. La fuente



a largo plazo de innovación, al igual que las ideas que finalmente generan la creación de riqueza derivan del reservorio de empleados talentosos de una organización y de la forma en que dicho talento se identifica y desarrolla a lo largo de sus carreras. Desafortunadamente, las inversiones en sistemas de gestión del talento a menudo se reducen drásticamente e incluso por completo durante las desaceleraciones económicas. Pfeffer argumenta que las organizaciones toman estas medidas porque la importancia de los costos de recursos humanos (nómina, costos de capacitación y costos de beneficios médicos y de jubilación) en sistemas de información financiera supera con creces la de los beneficios compensatorios (reducción de la facturación, mayor participación de los empleados, mayor esfuerzo discrecional e ideas más innovadoras). (Pfeffer y Veiga, 1999)

Aunque los costos de los empleados se reflejan en los estados de resultados y los balances, la información sobre los muchos beneficios compensadores de las prácticas de gestión del talento frecuentemente no se mide, de manera que los beneficios y los costos no pueden compararse fácilmente. Como consecuencia, las prácticas de medición organizacional y los sistemas de información financiera contribuyen a percepciones en gran medida erróneas sobre el valor añadido de las prácticas de gestión del talento cuando las empresas se enfrentan a decisiones difíciles en términos de reducción de los costos. La industria del cuidado de la salud presenta una serie de desafíos únicos para ejecutar sistemas de gestión del talento. Dada la baja duración en el cargo de los CEOs de las instituciones de salud que se calcula en una mediana de 4 años, el limitado número de programas de calidad en capacitación para la administración de hospitales e instituciones de atención médica, y una falta general de inversión sostenida en la gestión del talento en comparación con otras industrias, las organizaciones de atención médica deben ser más precisas y más eficientes en la identificación y el desarrollo de talentos emergentes muy temprano en sus carreras. (Dolan, 2005)

Los profesionales de la salud han luchado durante mucho tiempo con la opinión de que los sistemas de capital humano no actúan como motores críticos de la estrategia y los resultados de la organización. Fottler, Erickson y Rivers, concluyen



que "Las organizaciones de atención de la salud más importantes ven los recursos humanos como un drenaje en los resultados de la organización". (*Fottler, Erickson y Rivers, 2006*) A pesar de estos desafíos desalentadores, varios sistemas nacionales de atención de la salud han ejecutado con éxito sistemas integrales de gestión del talento que están cosechando los beneficios antes mencionados de evitar la reducción de la fuerza laboral y los recortes en el talento. Este artículo informa de un estudio cualitativo de 15 sistemas de atención de la salud a nivel nacional y sus respectivas estrategias y prácticas de gestión del talento. Dichas prácticas se examinan con el fin de generar un modelo que refleje los importantes problemas contextuales en la atención de la salud.

Existen varios motivos importantes para invertir en prácticas de gestión del talento a pesar de la recesión económica, los cuales a menudo no se comunican de manera convincente a las partes clave interesadas (equipo de alta dirección, miembros del directorio y responsables de RRHH). ¿Cuáles son las razones por las que las prácticas de gestión del talento deberían ser una prioridad para las empresas de atención de la salud aún ante situaciones de recesión económica? Numerosos resultados de investigación empírica realizados en EEUU indican que las prácticas de gestión del talento producen efectos positivos y significativos en las medidas a corto y largo plazo del desempeño financiero corporativo. Muchos estudios han concluido que estas prácticas afectan fuertemente el valor de mercado, el retorno del capital, las tasas de supervivencia de la oferta pública inicial y los rendimientos de los accionistas, entre otros resultados financieros. (*Huselid, 1995*) (*Bernthal y Wellins, 2005*) (*Pfeffer y Veiga, 1999*) (*Michaels, Handfield Jones y Axelrod, 2001*) La investigación de Huselid y sus colegas concluyó que un aumento de un desvío estándar en las prácticas de gestión del talento produjo un aumento de \$27.044 en las ventas por empleado, lo que representa un aumento de casi el 16% en las ventas medias por empleado (\$171,099). (*Becker, Huselid y Beatty, 2009*) (*Huselid, 1995*) Poniendo estos hallazgos en el contexto de las organizaciones de atención de la salud, el estudio de evaluación comparativa de capital humano de la Sociedad para la Gestión de Recursos Humanos (2009) reportó una mediana de \$87,641 en



ingresos por empleado equivalente a tiempo completo (FTE) para el sector de la atención médica. Las organizaciones de atención médica que mantienen o inician inversiones sustantivas en prácticas de gestión del talento pueden obtener 14.023 dólares adicionales en ingresos por empleado.

Los costos de rotación de empleados también representan una justificación convincente para la inversión continua en prácticas de gestión del talento. Numerosos metaanálisis que examinan los predictores más fuertes de la rotación de empleados concluyen que las prácticas de gestión del talento se encuentran entre los variables con mayor influencia (*Allen, Bryant y Vardaman, 2010*) La investigación de Waldman, Kelly, Arora y Smith afirma que el gasto que genera la rotación del personal cuesta a las organizaciones de atención médica al menos el 5% del presupuesto operativo anual total. (*Waldman, Kelly, Arora y Smith, 2004*) Para poner esta pérdida en contexto, estos autores informan que un centro médico con un presupuesto operativo anual de \$500 millones incurrirá en costos de rotación de aproximadamente \$25 millones, debido en gran parte a los costos de contratación y selección, los costos de capacitación y la reducción de la productividad de las nuevas contrataciones. También concluyen que esos costos de rotación exorbitantes indican que sería conveniente ofrecer a cada enfermera que plantea irse de la institución un bono de permanencia equivalente al 86% de su salario anual si opta por quedarse, o dar a cada enfermero un suplemento de retención del 33% cada año. Aunque hablan por sí solas, estas cifras excluyen otros muchos costos más difíciles de medir, como los costos de oportunidad múltiple, el daño a la moral de los empleados y la falta de esfuerzo discrecional.

Por último, la demografía de la fuerza de trabajo apoya firmemente los beneficios de la gestión del talento en la atención de la salud. Casi un tercio de todos los estadounidenses (76 millones) alcanzarán la edad de jubilación en los próximos 10 años, un dilema comúnmente citado por los profesionales de RRHH como la crisis "5/50" que implica la perspectiva de perder el 50% de todo el talento en los próximos 5 años. (*Ready y Conger, 2007*) La investigación de Dychtwald, Erickson y Morison sobre las tasas de crecimiento de los segmentos de la fuerza laboral por edad



durante la última década (2000-2010) presenta serias implicancias para la gestión eficaz del talento. Mientras que el segmento de edad más joven (de 16 a 24 años) está creciendo un 15%, el segmento de 25 a 34 años está creciendo a solo 8%, y el segmento de 35 a 44 años está disminuyendo en realidad un 10%. En comparación, los tres segmentos de edad más antiguos (45-54, 55-64 y 65 ó más años) están aumentando en un 21%, 52% y 30%, respectivamente. (*Dychtwald, Morison y Erickso, 2006*) Lo más preocupante es que las tasas de crecimiento más bajas en general representan los dos segmentos de edad para los que las prácticas de gestión del talento son más críticas para desarrollar el liderazgo.

Es razonable asumir que todo este panorama, extrapolado principalmente de EEUU aplica a nuestro medio en la medida que la tendencia al mayor protagonismo de las empresas que ofrecen servicios de salud se sostenga en el mediano plazo. Dado el costo cada vez más alto de la salud, y el déficit en las cuentas públicas es esperable que el vacío que el estado está dejando desde mediados del siglo pasado y cada vez de manera más ostensible, sea ocupado por jugadores privados que encuentran y encontrarán aquí una oportunidad de negocio. Estos inversores, con una visión orientada no sólo a ofrecer calidad de atención sino también a obtener rentabilidad, indudablemente analizan y tienen en cuenta todas las variables, incluida esta.

2.5 Gestión del talento en el sistema público vs. el sistema privado

A diferencia del talento del sector privado para el que existen diversas definiciones, la noción de la importancia del talento en el sector público está en su infancia, posiblemente porque la mayoría de las publicaciones se enfocan en el sector privado (*Thunnissen y Buttiens, 2017*) (*Gallardo Gallardo y colaboradores, 2013*) (*Al Ariss, Cascio y Paauwe, 2014*)

Basándose en la muy limitada literatura, un "talento" para el sector público puede ser:

- 1) Una persona que contribuye a los resultados del sector, ya sea a corto o a largo plazo, logrando su mayor potencial.



2) Un individuo que posee una amplia gama de competencias, conocimientos y es automotivado.

3) Alguien que valora el trato igualitario y la transparencia, así como otros principios fundamentales del sector público.

En contraste con talento del sector privado que se refiere a las capacidades excepcionales, ya sea heredadas o desarrolladas por una persona, la conceptualización del talento del sector público destaca a los empleados como entidades humanas, pero con valores diferentes. Esto podría atribuirse a las características específicas del contexto que la fuerza de trabajo del sector público debería poseer, como el deseo innato de contribuir al servicio público sin buscar como primer y más importante objetivo, una recompensa financiera. Por lo tanto, en la bibliografía proveniente del primer mundo, donde más desarrollo tiene el tema, el talento del sector público difiere de aquel del sector privado en el que su conceptualización está más influenciada por los principios del espíritu del servicio público para el bien común. Por lo tanto, estos autores proponen que el talento del sector público puede conceptualizarse como un individuo que posee competencias, conocimientos y valores que reflejen los principios fundamentales del sector público, que le permitan utilizar sus excepcionales capacidades para servir al bien común. Por su parte, la gestión del talento del sector privado podría dividirse ampliamente en tres categorías:

1. Es una estrategia que mejora el avance de los empleados con talento para que estos últimos puedan contribuir positivamente al alto rendimiento organizacional.
2. Constituye una herramienta que apunta a la progresión profesional apoyando a los empleados para producir su producción máxima.
3. Se trata de la implementación de procedimientos específicos que incluyen reclutamiento y selección, desarrollo de la carrera, y retención de empleados.

Basándose en estas definiciones, se propone que la gestión del talento del sector privado esté constituida por las prácticas adoptadas por una organización



para facilitar el desarrollo del personal con el fin de mejorar el rendimiento corporativo. La conceptualización de la gestión del talento del sector público depende de la definición del talento que se adopta en este sector. La literatura se puede dividir en cuatro escuelas de pensamiento, cada una de las cuales define a la gestión del talento de diferentes maneras:

1. Los procesos adoptados para reclutar, desarrollar, desplegar, retener e involucrar sistemáticamente el talento del sector público tanto a corto como a largo plazo (*Glenn, 2012*)
2. Una estrategia que facilite al sector hacer frente a desafíos contemporáneos, como el desarrollo del liderazgo y la mejora de los servicios (*Kock y Burke, 2008*)
3. Una estrategia que garantice que los empleados del sector público no sólo posean conocimientos y capacidades, sino que también posean valores fundamentales que se ajusten al contexto, y que puedan abordar cuestiones de mala gobernanza como la corrupción y el nepotismo (*Reilly, 2008*)
4. Un proceso para lograr un ajuste adecuado para apoyar la aplicación de objetivos estratégicos dentro de la filosofía, la cultura y la estructura de la institución (*Thunnissen y Buttiens, 2017*)

Por lo tanto, una posible definición de la gestión del talento del sector público podría decir que es la implementación de procedimientos clave para garantizar que los empleados del sector público posean las competencias, los conocimientos y los valores fundamentales con el fin de abordar los complejos desafíos contemporáneos y cumplir los objetivos estratégicos del sector público para el bien común. Aunque el sector público y el sector privado adoptan procesos algo similares, el primero difiere de este último en la forma en que conceptualizan el talento y en los objetivos más amplios de servicio hacia el público en general, independientemente del rendimiento económico obtenido.

2.6 La gestión del talento en la industria de la salud



En los Estados Unidos, los costos de atención médica han aumentado dramáticamente en los últimos 30 años. A nivel nacional, el gasto en salud representó el 17,2 por ciento del producto interno bruto (PIB) del país en 2012 (*Martin, Hartman, Whittle y Catlin, 2014*) El problema no es sólo que este porcentaje de gasto incluye una variedad compleja de costos (por ejemplo, mano de obra, suministros, tecnología y administración); el verdadero problema es que esos costos no son sostenibles. Las proyecciones indican que al ritmo de aumento (3,8 por ciento anual), el gasto en salud representará aproximadamente el 20 por ciento del PIB de los Estados Unidos luego del año 2021. (*Wayne, 2012*) El problema del aumento de los costos puede analizarse de diversas maneras. Las investigaciones indican que se están realizando esfuerzos de reducción de costos para lograr disminuir el gasto sanitario (por ejemplo, la reforma de la atención sanitaria), pero el éxito de estas políticas es objeto de mucha especulación y debate. Los estudios de investigación pueden desglosar los costos de los componentes y analizar los componentes individuales para determinar su peso de impacto en los costos totales. La industria sanitaria moderna comprende todos los productos y servicios que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades tanto físicas como mentales en los seres humanos. En los Estados Unidos, según un Censo de la Industria de la Salud de 1997, existían más de 500.000 centros de salud, empleaban a alrededor de 12 millones de personas y aportaban más de 1,3 billones de dólares a la economía del país (*Perfil de la Industria, 2005*).

En 2012, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido empleó a unos 146.000 médicos y 370.000 enfermeras. (*Confederación National Health Services, 2014*) El tamaño de la industria sanitaria india en 2009 se estimó en un 50 mil millones de dólares y se proyectó que crecería al 23% anual. (*Montgomery, 2014*) Dado que el potencial de crecimiento de la industria de la salud es enorme, es imperativo que se estudien sus prácticas de gestión del talento para mejorar la retención del talento. Una gestión eficaz del talento en este sector puede mejorar enormemente los modelos sanitarios. La disponibilidad de trabajadores de la salud es un indicador de la capacidad de una nación para satisfacer las necesidades de salud de sus



ciudadanos. Las categorías de habilidades y los niveles de formación son importantes, destacando la formación de la fuerza de trabajo como una práctica básica de gestión del talento.

En los países en desarrollo, los incentivos salariales, las oportunidades de vivienda y la rotación de puestos de trabajo se han identificado como buenos retenedores de talento.

Un estudio británico indicó que los empleados de la salud esperaban de sus empleadores que les proporcionaran infraestructura adecuada y moderna, buenas prácticas de recursos humanos y apoyo. (*Hyde, Harris, Boaden y Cortvriend, 2009*)

Un estudio holandés que se centró atraer y retener exclusivamente médicas del género femenino identificó que proporcionar facilidades para que pudieran relacionarse con sus familias, como como por ejemplo permitir flexibilidad en los horarios de trabajo, era valorado como el mejor apoyo para que pudieran concretar sus objetivos profesionales. (*Pas, Peters, Doorewaard, Eisinga y Lagro Janssen. 2011*) Una encuesta realizada en 13 organizaciones de atención médica en los Estados Unidos reveló que las prácticas más recomendadas fueron:

- Tutoría formal e informal
- Desarrollo de actividades de aprendizaje en acción
- Implementación de foros de organización

(*Groves, 2006*)

Si bien la investigación sobre este tema se ha desarrollado más plenamente en otros sectores que en el sector salud, esto no implica que no se justifique su consideración y estudio dentro de la medicina tanto asistencial como académica. Una revisión de la literatura multidisciplinaria sobre la gestión del talento en ámbitos médicos donde se combina lo asistencial y lo académico indica que las prácticas eficaces de gestión del talento se asocian constantemente con los siguientes resultados en estas instituciones, en una amplia gama de grupos de empleados y configuraciones organizativas:



- Mayores niveles de compromiso y retención de los empleados. Estos son resultados importantes, ya que la investigación ha vinculado a la gestión del talento con el desempeño organizacional positivo.
- Desempeño positivo a nivel individual de los docentes y de todo el personal, incluyendo el desempeño laboral y comportamientos de adaptación al medio organizacional. Se ha demostrado que la adopción de prácticas sólidas de gestión del talento en reclutamiento, desarrollo de empleados y construcción de la moral puede mejorar directamente el rendimiento individual.
- Desempeño positivo a nivel organizacional, incluyendo la calidad de la atención al paciente, la mortalidad hospitalaria, la calidad del servicio al cliente, la productividad y diversas medidas de rendimiento financiero.

El valor y el impacto de la gestión del talento también han sido reconocidos en los círculos profesionales. Al igual que McKinsey, los investigadores de la Association of American Medical Colleges que analizaron este tema consideran que la gestión del talento es un componente crítico de la estrategia de negocio. Más aún, encuestas de la industria de la salud sobre la satisfacción de los profesores y el personal son, explícita o implícitamente, diseñado para evaluar los problemas de gestión del talento. *(Fox y Bunton, 2011)*



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se llevó a cabo bajo un paradigma cualitativo, de tipo descriptivo, con un estudio etnográfico no experimental.

Con el fin de hallar una respuesta al interrogante planteado, se consideraron todos los servicios de cirugía general de la ciudad de Buenos Aires, tanto en instituciones públicas como privadas, en los cuales se implementa un sistema de residencias para la formación del recurso humano en la especialidad. Se identificó a los profesionales como médicos residentes, médicos de planta y aquellos con cargos de conducción.

Se les propuso participar de la investigación, que consistió en una encuesta sencilla, realizada a través de la plataforma google forms. La misma se publicó en el sitio web de la Asociación Argentina de Cirugía y se envió por correo electrónico y mensajería a través de los teléfonos celulares. Requería un promedio de cuatro minutos para ser respondida, y esto podía realizarse con facilidad tanto desde una computadora personal, una tableta, o el mismo teléfono.

A través de una serie de preguntas se interrogó acerca de la existencia en sus instituciones de programas de gestión del talento. (Apéndice 1) Se tomó como base una encuesta desarrollada por Laurie Bassi y Daniel McMurrer, publicada por la Harvard Business Review en marzo de 2007, en el artículo Maximizing Your Return on People. (Apéndice 2) Se realizaron entonces 22 preguntas acerca de la existencia en la institución de este tipo de prácticas, con opción de respuestas múltiples, divididas en 5 rubros:

- Prácticas de liderazgo
- Contribución de los profesionales
- Acceso al conocimiento
- Optimización de la fuerza laboral
- Capacidad de aprendizaje

Cada rubro constaba de 4 ó 5 preguntas que podían ser respondidas con un puntaje de 1 a 5, donde 1 significaba que la práctica en cuestión no se cumplía, y 5 lo



contrario. Para el análisis se realizó la suma de los puntos obtenidos por cada rubro, la cual daba como resultado 5 puntajes parciales que tenían un rango de 0 a 20 en los rubros de 4 preguntas, y de 0 a 25 en aquellos de 5 preguntas. Posteriormente se multiplicó el puntaje parcial de los rubros de 5 preguntas por 0,8 con el fin de obtener 5 puntajes parciales de 0 a 20 puntos y un puntaje final de 0 a 100 puntos. De acuerdo a este puntaje, la implementación de las prácticas de gestión del talento fue calificada por cada participante de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntaje	Calificación
90-100	Superior
80-90	Adecuado
70-80	Marginal
60-70	Bajo
Menos de 50	Muy bajo

Por último se investigó sobre tres indicadores de calidad en el desarrollo de la carrera de los integrantes de un servicio de cirugía:

1. Participación en asociaciones y sociedades científicas
2. Desarrollo de estudios de investigación básica y clínica
3. Publicación de artículos en revistas internacionales de la especialidad

Con este objetivo se interrogó qué porcentaje de los profesionales en cada servicio participaban en cada uno de estos rubros. Se consideró como un buen indicador la participación de más del 50% de los médicos en cada uno de los estos rubros. Finalmente se analizó en qué instituciones se obtuvieron mejores resultados en términos de alcanzar los indicadores de calidad propuestos.

**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA**

La encuesta fue respondida por 90 personas, entre cirujanos de planta, médicos residentes y jefes, de instituciones públicas y privadas.

La **tabla 1** muestra el lugar de trabajo y el rol de los participantes de la encuesta. Cabe destacar que hubo un médico de planta que no respondió en qué tipo de institución (pública o privada) se desempeña.

	Institución Pública	Institución Privada	NR	Total
Cargo de Conducción	15	10	-	25
Médico de Planta	37	12	1	50
Médico Residente	9	6	-	15
Total	61	28	1	90

Tabla 1: Tipo de Institución y cargo de los encuestados (NR: No responde)

La siguiente parte del análisis se muestra en la **tabla 2**, y consistió en calcular el promedio de los puntajes parciales para cada rubro (multiplicado por 0,8 si correspondiese), y el promedio del puntaje total (para todos los rubros).

	Prácticas de Liderazgo	Contribución de los Profesionales	Acceso al Conocimiento	Optimización de la Fuerza Laboral	Capacidad de Aprendizaje	Todos los Rubros
Promedio de Puntaje	12,2	11,7	12,7	11,3	12,2	60,1

Tabla 2: Promedio de puntaje (total de la muestra)

El promedio de puntaje de la totalidad de la muestra refleja que esta población de profesionales de la salud calificó a la aplicación de las prácticas de gestión del talento en sus instituciones con un valor bajo, y muy cercano al límite con muy bajo.



Posteriormente se calcularon los promedios estratificando la muestra de acuerdo a las diferentes poblaciones estudiadas: profesionales provenientes de instituciones públicas o privadas por un lado, y médicos residentes, médicos de planta y jefes por otro.

Los puntajes promedio para cada uno de los 5 rubros de prácticas de gestión del talento investigados se describen en las **tablas 3 y 4**. La **tabla 3** los estratifica por el tipo de institución, y la **tabla 4** lo hace de acuerdo al cargo o función.

Promedio de Puntaje	Prácticas de Liderazgo	Contribución de los Profesionales	Acceso al Conocimiento	Optimización de la Fuerza Laboral	Capacidad de Aprendizaje	Todos los Rubros
Global	12,2	11,7	12,7	11,3	12,2	60,1
Privado	12,8	12,5	14,6	12,8	13	65,8
Público	11,8	11,2	11,6	10,5	11,7	56,9

Tabla 3: Promedio de puntaje global y por tipo de institución

Los datos que se muestran en la **tabla 3** indican que en los 5 rubros de prácticas de gestión del talento investigados los resultados obtenidos en los hospitales privados fueron superiores a los de las instituciones públicas, con un resultado global (columna de la derecha) que podría definirse como "bajo", en los primeros y "muy bajo" en los segundos, por encontrarse por debajo de los 70 y los 60 puntos respectivamente.

Promedio de Puntaje	Prácticas de Liderazgo	Contribución de los Profesionales	Acceso al Conocimiento	Optimización de la Fuerza Laboral	Capacidad de Aprendizaje	Todos los Rubros
Global	12,2	11,7	12,7	11,3	12,2	60,1
Planta	11,5	11,2	11,8	10,9	11,8	57,3
Residente	12,7	11,1	12,8	11	12	59,7
Conducción	13,5	13,1	14,4	12,2	12,9	66,1

Tabla 4: Promedio de puntaje según el tipo de función



La **tabla 4** coloca el foco en el tipo de tarea desempeñada (residente, médico de planta o jefe). En esta se observa que los últimos calificaron mejor a las prácticas de gestión del talento en sus hospitales. Esto podría interpretarse considerando que parte de la responsabilidad de aplicarlas les compete a ellos mismos.

Entre los residentes y los médicos de planta los que mejor calificaron a sus instituciones fueron los residentes en todos los rubros salvo en el rubro "contribución de los profesionales", en el cual hubo una mínima diferencia. Esto es esperable, ya que los residentes tienen menor poder de decisión por la atapa formativa en la que se encuentran. Pero a su vez, están inmersos en un programa de capacitación y resulta lógico que haya toda una serie de estrategias para contribuir a su capacitación y desarrollo. Más aún, el sistema de residencias está liderado por jefe o instructor de residentes, que no es más que un residente que acaba de completar el programa, cuyo cargo dura un año, y que es elegido por ser el más capaz de su camada. Por el contrario, los resultados comprueban que médicos de planta reciben menos oportunidades para su formación continua, pese a la importancia de que dicha capacitación sea sostenida hasta el final de la carrera.

Con el fin de determinar si existen diferencias en cómo valoran las 3 poblaciones de médicos, en los 2 tipos de instituciones, las prácticas de gestión del talento analizadas, tanto de manera global como para cada uno de los 5 rubros, las siguientes 6 tablas muestran la comparación de los promedios de puntajes obtenidos.

Prácticas de Liderazgo	Planta	Residente	Conducción
Privada	13	11,8	13,3
Pública	10,8	13,3	13,6

Tabla 5: Prácticas de liderazgo



Contribución de los Profesionales	Planta	Residente	Conducción
Privada	12,7	10,7	13,5
Pública	10,6	11,3	12,8

Tabla 6: Contribución de los profesionales

Acceso al Conocimiento	Planta	Residente	Conducción
Privada	14,2	13	16,1
Pública	10,7	12,7	13,3

Tabla 7: Acceso al conocimiento

Optimización de la Fuerza Laboral	Planta	Residente	Conducción
Privada	12,9	11,1	13,8
Pública	10	11	11,2

Tabla 8: Optimización de la fuerza laboral

Capacidad de Aprendizaje	Planta	Residente	Conducción
Privada	13,1	11,1	14,1
Pública	11,2	12,7	12,2

Tabla 9: Capacidad de aprendizaje

Global	Planta	Residente	Conducción
Privada	65,8	57,6	70,7
Pública	53,4	61,1	63

Tabla 10: Promedios globales



En todos los rubros (**tablas 5 a 9**), al igual que de manera global (**tabla 10**), los médicos de planta y los jefes de las instituciones privadas devolvieron mejores calificaciones sobre las prácticas de gestión del talento en sus instituciones que aquellos de hospitales públicos. Hubo una única excepción dada por la calificación de los jefes en el rubro “prácticas de liderazgo” (**tabla 5**). En este caso los jefes de los hospitales públicos valoraron mejor que los de los privados. Esto resultó llamativo. Los médicos residentes, en cambio, calificaron mejor a los hospitales públicos salvo en 2 rubros: la “contribución de los profesionales” (**tabla 6**) y el “acceso al conocimiento” (**tabla 7**). En este caso se podría interpretar que los residentes de los hospitales privados tienen menor libertad de acción dada la población más demandante que se atiende, y la posibilidad de que este tipo de pacientes exija una mayor presencia y participación activa en las intervenciones quirúrgicas de los médicos de planta en desmedro de los residentes.

Finalmente, la **tabla 11** muestra la comparación del porcentaje de encuestados de las instituciones públicas y privadas que cumplen con los 3 indicadores de calidad investigados.

Tipo de Administración	Cumplimiento del Indicador	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3
Privada	No Cumple	80,8%	42,3%	42,3%
	Cumple (50% ó +)	19,2%	57,7%	57,7%
Pública	No cumple	87,8%	83,3%	87,2%
	Cumple (50% ó +)	12,2%	16,7%	12,8%

Tabla 11: Indicadores de calidad

Este último aspecto investigado muestra que en probable relación con las mejores prácticas de gestión del talento en las instituciones privadas, los 3 indicadores de calidad investigados dieron en dicho tipo de instituciones mejores resultados, y con diferencias importantes. Es sabido que en nuestro medio las dificultades



presupuestarias y la gran carga horaria que sobrellevan los cirujanos para satisfacer la demanda asistencial, limitan fuertemente el desarrollo de las actividades de investigación tanto básicas como clínicas de manera prospectiva. No obstante en las instituciones privadas, pese a que no necesariamente sean parte del "negocio" de la salud, estas actividades son más frecuentes que en el deteriorado sistema público. Estas diferencias fueron aún mayores en los otros dos indicadores. La encuesta también reflejó una importante diferencia con una mucho mayor participación de los profesionales de instituciones de gestión privada en asociaciones y sociedades científicas, al igual que una mayor publicación en revistas internacionales revisadas por pares (colegas especialistas).



CONCLUSIONES FINALES

Probablemente, la administración pública en el sector salud en la Argentina no sea un ejemplo de buena gestión en recursos humanos. En realidad la “oficina del personal” constituye el área donde se guardan los legajos y se lleva un control del ausentismo y las licencias. Ni siquiera se liquidan sueldos, ya que eso se hace desde un área que está a nivel ministerial, muy alejada geográfica y administrativamente de los hospitales. Mucho menos se adopta cualquier tipo de política como las que intenta evaluar ese tipo de cuestionarios. De más está decir que lo habitual es que las direcciones de los hospitales son también totalmente ajenas a esta problemática.

En realidad lo que existe es una cierta congruencia entre los empleados y la dirección. Si bien últimamente se ha implementado un sistema de facturación a obras sociales, la cultura que subyace implica que los empleados no tienen incentivos por productividad, y la dirección intenta que el exiguo presupuesto que se le asigna alcance para todo el año, es decir que tampoco se interesa en aumentar la producción.

Sin embargo, a nivel de los servicios de cirugía y de otras especialidades médicas en instituciones en las que se forma recurso humano, la implementación de prácticas de gestión del talento suelen tener algún lugar. Esto podría explicarse en que en los sistemas de residencia existe cierto espíritu meritocrático, y que cuando se logra el trabajo conjunto entre los jefes de servicio, los residentes y los médicos de planta, se logra un feedback positivo que lleva a maximizar la producción, es decir la cantidad de operaciones y de pacientes atendidos. No sólo por “sentir” la obligación de responder directamente ante la demanda de atención, sino por la asumir la responsabilidad de capacitar al recurso humano (residentes), la experiencia que proporciona la tarea y el prestigio que otorga la difusión de los resultados en ámbitos académicos. Es por ello que pese a las limitaciones presupuestarias, cuando se intenta contrarrestar la inercia de la administración pública, a través de un acercamiento y una mejor comunicación con el personal del



área, y a través del apoyo de sponsors que ofrecen oportunidades de capacitación, se pueden obtener mejores resultados. De más está decir que estos mejores resultados no siempre son los ideales.

Asimismo, la implementación de la gestión del talento en el sector público en cierto punto colisiona con su cultura y algunos de sus valores. Es quizás por ello que gran parte de la investigación y la implementación se encuentra en el sector privado. Lo cierto es que la naturaleza burocrática del sector público obstruye los intentos de reclutar talentos. Esto, sumado a los recortes presupuestarios limitan a muchos gobiernos las posibilidades de atraer el talento que necesitan. Más aún, la cultura del sector percibe que algunas prácticas de gestión del talento socavan parte de sus valores fundamentales como la igualdad de trato y la transparencia (Garrow y Hirsh, 2008). Poocharoen y Lee (2013) encontraron que los requisitos meritorios de los exámenes de ingreso eran desincentivos para atraer a personas altamente talentosas en el sector público. Los gobiernos se enfrentan a un equilibrio entre los principios de igualdad de trato y los enfoques más eficaces para atraer a personas con talento debido al hecho de que el sector público se centra en las virtudes más que en los talentos. Esta cultura meritocrática y el otorgamiento de condiciones preferenciales a los empleados más talentosos es vista como contraria a la igualdad de trato. Es posible que los administradores públicos no quieran participar en la implementación de la gestión del talento por riesgo de ser acusados de trato preferencial a ciertos empleados, y de desviarse del principio de igualdad.

Las instituciones de salud, a través del sistema de residencias, se nutren de manera continua e inevitable de profesionales jóvenes, que invariablemente actúan como un motor que inyecta entusiasmo a toda la planta de profesionales. Pero más allá de esta forma de reclutamiento, los procesos de selección obstaculizan el ingreso de personas con talento, ya que son costosos y lentos. Por lo tanto, cuando estas personas se identifican son frecuentemente reclutadas para el sector privado, con relativamente menores requisitos de selección y un proceso menos burocrático. Esto da lugar a vacantes del sector público con roles clave que se ocupan con gente menos capacitada, o que accede por su orientación política más que por su



capacidad. Los resultados del sector privado se miden con respecto a los objetivos y resultados financieros. En el sector público, las medidas de rendimiento son más complejas con los intentos de medir otro tipo de resultados más intangibles. La rigidez de las normas burocráticas en términos de estructuras salariales e incentivos restringen aún más la implementación de la gestión del talento en el sector público. Claramente la política salarial en el sector público es un obstáculo para la movilidad del trabajo entre los sectores público y privado, ya que los candidatos altamente talentosos pueden tener que renunciar a gran parte de su salario para trabajar para el sector público, y además este raramente incluye ninguna parte variable o relacionada a la productividad.

En **respuesta a los interrogantes planteados**, este estudio muestra que en congruencia con la literatura revisada, las empresas e instituciones de salud la aplicación de prácticas de gestión del talento están por debajo del nivel de otras industrias. Asimismo, se observó que las instituciones de administración privada lo hacen más que en la salud pública. En las instituciones de administración privada el nivel de aplicación fue bajo. Y en las públicas fue aún peor.

De la misma forma, son los hospitales privados los que obtuvieron mejores resultados en los indicadores investigados. Por lo tanto, en relación a la segunda pregunta de la investigación, puede concluirse que estas diferencias podrían estar relacionadas con un mejor desarrollo de los talentos en las instituciones privadas.

Finalmente, este mayor desarrollo podría estar directamente relacionado con la tendencia observada acerca del cambio en la preferencia de los jóvenes egresados de la universidad por acceder a los programas de residencia de los hospitales privados en desmedro del hospital público.

No obstante, la necesidad permanente de las instituciones de salud de formar recurso humano, lleva a que de manera invariable e inevitable se produzca año a año la incorporación de profesionales recién egresados. Las nuevas generaciones de jóvenes, integrantes de la llamada Generación Y, incluyen talentos comprometidos con el espíritu de servicio público. La implementación de prácticas de gestión del talento abre una oportunidad ante el desafío de revertir el proceso y



volver a poner al sector público en competencia para atraer a los médicos más capaces.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Al Ariss, A., Cascio W. F. and J. Paauwe. (2014) Talent Management: Current Theories and Future Research Directions. *Journal of World Business* 49:173–17
2. Alferaih, A. (2018) Advances in Talent Management Research: A Review of Extant Literature. In *Emerging Markets from a Multidisciplinary Perspective: Challenges, Opportunities and Research Agenda*, edited by Y. K. Dwivedi, N. P. Rana, E. L. Slade, M. A. Shareef, M. Clement, A. C. Simintiras, and B. Lal. 359–379
3. Ali, A. (2011) Talent Management in the Middle East. En D. Collings and H. Scullion in *Global Talent Management*, New York. Routledge, 155-178
4. Allen, D., Bryant, P. and Vardaman, J. (2010) Retaining talent: Replacing misconceptions with evidence-based strategies. *Academy of Management Perspectives*, 24:48-64
5. Axelrod, B., Handfield-Jones, H., and Michaels, E. (2002) A New Game Plan for C Players, *Harvard Business Review*, 126
6. Bassi, L. and Mc Murrer, D. (2007) Maximizing your return on people. *Harvard Business Review*. March, 2007.
7. Becker, B., Huselid, M., and Beatty, R. *The differentiated workforce: Transforming talent into strategic impact*. Boston: Harvard Business Press; 2009
8. Bernthal, P. and Wellins, R. (2005) *Leadership forecast 2005-2006: Best practices for tomorrow's leaders*. Pittsburgh, PA: Development Dimensions International
9. Boston Consulting Group. (2007) *The Future of HR: Key Challenges Through 2015*, Düsseldorf: Boston Consulting Group
10. Buckingham, M. and R. M. Vosburgh. (2001) The 21st Century Human Resources Function: It's the Talent, Stupid! *Human Resource Planning* 24:17–23



11. Chamber, E., Foulon, M., Handfield-Jones, H., Hankin, S. and Michaels, E. (1998) 'The War for Talent', *The McKinsey Quarterly*, 3:44–57
12. Cheese, P., Thomas, R. T. and Craig E. (2008) *The Talent Powered Organization: Strategies for Globalization, Talent Management and High Performance*. London: Kogan Page.
13. Clarke, M. and T. Scurry. (2017) "The Role of the Psychological Contract in Shaping Graduate Experiences: A Study of Public Sector Talent Management Programmes in the UK and Australia." *The International Journal of Human Resource Management* 29:2054–2079
14. Clarke, M. and T. Scurry. (2017) *The Role of the Psychological Contract in Shaping Graduate Experiences: A Study of Public Sector Talent Management Programmes in the UK and Australia*. *The International Journal of Human Resource Management* 29:2054–2079
15. Cochran, A., Melby, S., Foy, H.M., Wallack, M.K. and Neumayer, L.A. (2002) *The state of general surgery residency in the United States: program director perspectives, 2001*. *Arch Surg* 137:1262–5
16. Collings, D. C. and Mellahi, K.. (2009) *Strategic Talent Management: A Review and Research Agenda*. *Human Resource Management Review* 19:304–313
17. Collings, D.G., Scullion, H. and Vaiman, V. (2011) *European Perspectives on Talent Management*, *European Journal of International Management*, 5,453–462
18. Cooke, F.L. (2011) *Talent Management in China*. En Collings, D. and H. Scullion, H. *Global Talent Management*, New York: Routledge, 132-154
19. Dhanabhakya, M. and Kokilambal, K. (2014) *A study on existing talent management practice and its benefits across industries*. *International Journal of Research in Business Management* 2:23-36
20. Dodson, T.F. and Webb, A.L.B. (2004) *Why do residents leave general surgery? The hidden problem in today's programs*. *Current Surgery* 62:128-131



21. Doh, J.P., Tymon, W.G. and Stumpf, S.A. (2011) Talent Management in India, eds. D. Collings and H. Scullion in *Global Talent Management*, New York: Routledge. 113-131
22. Dolan, T. (2005) Increasing succession planning. *Health Care Executive*, 20:6
23. Duttagupta, R. (2005) *Identifying and Managing Your Assets: Talent Management*. London: Pricewaterhouse Coopers
24. Dychtwald, K., Morison, R. and Erickson, T. (2006) *Workforce crisis: How to beat the coming shortage of skills and talent*. Boston: Harvard Business School Press
25. Fottler, M., Erickson, E. and Rivers, P. (2006) Bringing human resources to the table: Utilization of HR balanced scorecard at Mayo Clinic. *Health Care Management Review*, 33:64-72
26. Fox S. and Bunton SA. (2011) *The Case for Strategic Talent Management in Academic Medicine*. Portland State University. Association of American Medical Colleges
27. Gallardo Gallardo, E., Dries, N. y González Cruz, T. (2013) What is the meaning of talent in the world of work? *Human Resource Management Review*. 23:290-300
28. Garrow, V. and W. Hirsh. (2008) *Talent Management: Issues of Focus and Fit*. *Public Personnel Management* 37:389–402
29. Gelens, J., Dies, N., J. Hofmans, J. and Pepermans, R. (2013) The Role of Perceived Organizational Justice in Shaping the Outcomes of Talent Management: A Research Agenda. *Human Resource Management Review* 23:341–353
30. Glenn, T. (2012) *The State of Talent Management in Canada's Public Sector*. *Canadian Public Administration* 55:25–51
31. Groves, K. S. (2006) View from the top: CEO perspectives on executive development and succession planning practices in healthcare organizations. *The Journal of health administration education*, 23:93–110



32. Harris, L. and Foster, C. (2010) Aligning Talent Management with Approaches to Equality and Diversity: Challenges for UK Public Sector Managers. *Equality, Diversity and Inclusion: an International Journal* 29:422–453
33. Huselid, M. (1995) The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance. *Academy of Management Journal*, 38,635-672
34. Hyde, P., Harris, C., Boaden, R. and Cortvriend, P. (2009) Human relations management, expectations and healthcare: A qualitative study. *Human Relations*, 62:701-725
35. Kock, R. and M. Burke. (2008) Managing Talent in the South African Public Service. *Public Personnel Management* 37:457–470
36. Leibbrandt, T.J., Steven A., Fassler, S.A. and Morris, J.B. (2004) Attrition and replacement of general surgery residents *Surg Clin N Am* 84:1525–1535
37. Lerner, B.H. (2009) A life-changing case for doctors in training. *The New York Times*, March 3
38. Lewis, R. E., and Heckman, R.J. (2006) Talent Management: A Critical Review. *Human Resource. Management Review* 16:139–154
39. Lind, D.S. and Cendan, JC. (2003) Two decades of student career choice at the University of Florida: increasingly a lifestyle decision. *Am Surg* 69:53–6
40. Martin, A. B., Hartman, M., Whittle, L. and Catlin, A. (2014) National Health Spending in 2012: Rate of health spending remained low for the fourth consecutive year. *Health Affairs* 33:67-77
41. McDonnell, A., Collings, D.G. and Burgess, J. (2012) Asia Pacific Perspectives on Talent Management', *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 50:391–398
42. Meyers, M. C. and M. van Woerkom. (2014) The Influence of Underlying Philosophies on Talent Management: Theory, Implications for Practice, and Research Agenda. *Journal of World Business* 49:192–203



43. Michaels, E., Handfield Jones, H. and Axelrod, B. (2001) *The War for Talent*. Boston: Harvard Business School Press
44. Minbaeva, D. and Collings, D. G. (2013) Seven myths of global talent management. *The International Journal of Human Resource Management*, 24:1762-1776
45. Montgomery, E. (2014) Talent Management Vulnerability in Global Healthcare Value Chains: A General Systems Theory Perspective. *Journal of Business Studies* 5:173-189
46. Pas, B., Peters, P., Doorewaard, H., Eisinga, R. and Lagro Janssen, T. (2011) Feminisation of the medical profession: A strategic HRM dilemma? The effects of family-friendly HR practices on female doctors contracted working hours. *Human Resource Management Journal*, 21:285-302
47. Pfeffer, J. and Veiga, J. (1999) Putting people first for organizational success. *Academy of Management Executive*, 13, 37-48
48. Poocharoen, O. O. and Brillantes, A. (2013) Meritocracy in Asia Pacific: Status, Issues, and Challenges. *Review of Public Personnel Administration* 33:140–163
49. Poocharoen, O. O. and Lee, C. (2013) Talent Management in the Public Sector: A Comparative Study of Singapore, Malaysia, and Thailand. *Public Personnel Review* 15:1185–1207
50. Pruis, E. (2011) The Five Key Principles for Talent Development. *Industrial and Commercial Training* 43:206–216
51. Rani, K. and S. Kumar. (2014) Factors Affecting Talent Management Practises: A Review. *Indian Journal of Research* 3:20–22
52. Ready, D. and Conger, J. (2007) Make your company a talent factory. *Harvard Business Review*, 85, 68-77
53. Reilly, P. (2008) Identifying the Right Course for Talent Management. *Public Personnel Management* 37:381–388



54. Schwartz, R.W., Simpson, W.G., Strodel, W.E., Jarecky, R.K., Griffen, W.O. Jr, and Young, A.B. (1989) Career change: in quest of a controllable lifestyle. *J Surg Res* 47:189–92
55. Silzer, R. and Dowell, B.E.. (2010) *Strategy-Driven Talent Management: A Leadership Imperative*. San Francisco, CA: John Wiley and Sons
56. Swailes, S., Downs, Y. and Orr, K.. (2014) Conceptualizing Inclusive Talent Management: Potential, Possibilities and Practicalities. *Human Resource Development International* 17:529–544
57. Tardiff, K., Cella, D., Seiferth, C. and Perry, S. (1986) Selection and change of specialties by medical school graduates. *J Med Educ* 61:790–6
58. Tarique, I. and Schuler, R.S. (2010) Global Talent Management: Literature Review, Integrative Framework, and Suggestions for Further Research, *Journal of World Business*, 45:122–133
59. Thunnissen, M. and D. Buttiens. (2017) Talent Management in Public Sector Organizations: A Study on the Impact of Contextual Factors on the TM Approach in Flemish and Dutch Public Sector Organizations. *Public Personnel Management* 46:391–418
60. Ulrich, D. (2007) The Talent Trifecta. *Workforce Management* 86:32–33
61. van den Brink, M. and B. Fruytier. (2013) Talent Management in Academia: Performance Systems and HRM Practices. *Human Resource Management Journal* 23:180–195
62. Vance, C. M. and V. Vaiman. (2008) Smart Talent Management: On the Powerful Amalgamation of Talent Management and Knowledge Management. In *Smart Talent Management: Building Knowledge Assets for Competitive Advantage*, edited by V. Vaiman and C. M. Vance, 1–18. Cheltenham: Edward Elgar Publishing
63. Waldman, J., Kelly, F., Arora, S. and Smith, H. (2004) The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 29:2-7



64. Wayne, A. Health-care spending to reach 20% of U.S. economy by 2021. 2012. Bloomberg Businessweek. <http://www.businessweek.com/news/2012-06-13/>
65. Wolfson, P.J., Robeson, M.R. and Velosi, J.J. (1991) Medical students who enter general surgery residency programs; a follow-up between 1972 and 1986. Am J Surg 162:491–4



APÉNDICE 1

Gestión del Capital Humano en Servicios de Cirugía General

Agradecemos responder este cuestionario con la mayor sinceridad y objetividad. En caso de no conocer la respuesta o tener dudas es preferible que responda NO SE.

1. En qué tipo de Institución se desempeña:

Mark only one oval.

Pública

Privada

- 2.Cuál es su posición:

Mark only one oval.

Médico Residente

Médico de Planta

Conducción



Prácticas
de
Liderazgo

Evaluar a su institución en cada categoría usando una escala de 1 a 5 (1. fuertemente en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. neutro, 4. de acuerdo, 5. muy de acuerdo). Si tiene dudas responder NO SE.

3. Comunicación: La Dirección y los Jefes de Servicio son abiertos y honestos en sus comunicaciones: existe un proceso efectivo para informar las novedades, estrategias y objetivos a los médicos de planta y/o residentes, y se aseguran que los mismos sepan qué se espera de ellos.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

4. Inclusividad: La Dirección y los Jefes de Servicio buscan y utilizan el input de los médicos de planta y/o residentes, trabajan en sociedad con los mismos y los tratan con respeto.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



5. Habilidades de los jefes: Los jefes demuestran los valores organizacionales, eliminan barreras innecesarias para lograr que el trabajo sea hecho, dan feedback oportuno e inspiran confianza.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

6. Sistemas: Existen sistemas y procesos muy efectivos para identificar y desarrollar la generación de futuros líderes y asegurar los cuadros de reemplazo.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



**Contribución
de los
Profesionales**

Evaluar a su institución en cada categoría usando una escala de 1 a 5 (1. fuertemente en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. neutro, 4. de acuerdo, 5. muy de acuerdo). Si tiene dudas responder NO SE.

7. Diseño de los puestos: El trabajo está organizado, se hace un uso adecuado de las habilidades y talentos de los médicos de planta y residentes. Los médicos de planta tienen responsabilidad para determinar cómo pueden hacer su trabajo de la mejor manera.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

8. Compromiso con los médicos de planta y/o residentes: Los médicos de planta y residentes están seguros en su trabajo, reconocidos por sus logros y tienen oportunidades de crecimiento.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



9. Tiempo: La carga de trabajo permite que los médicos de planta y/o residentes hagan bien su tarea, tomen decisiones razonadas y logren un balance apropiado entre lo laboral y lo personal..

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

10. Sistemas: Los sistemas permiten retener a los que performan bien a través de un monitoreo continuo de las expectativas de los colaboradores y proveen información sobre cuáles son los factores determinantes de la productividad y de la satisfacción del paciente.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



Acceso al
Conocimiento

Evaluar a su institución en cada categoría usando una escala de 1 a 5 (1. fuertemente en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. neutro, 4. de acuerdo, 5. muy de acuerdo). Si tiene dudas responder NO SE.

11. Disponibilidad: La gente tiene los manuales, herramientas e información necesarios para hacer su trabajo y, donde hay procedimientos, hay entrenamiento disponible cuando lo necesitan..

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

12. Colaboración y trabajo en equipo: El trabajo en equipo es alentado y facilitado: hay lugares para que la gente se encuentre informalmente y tiempo dedicado a que cada uno comparta y aprenda del otro.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



13. Información compartida: Las mejores prácticas y recomendaciones son compartidas, mejoradas y circulan a través de las distintas áreas.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

14. Sistemas: Existen sistemas para recolectar y almacenar información y hacerla disponible para todos los médicos de planta y residentes.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



Optimización
de la Fuerza
Laboral

Evaluar a su institución en cada categoría usando una escala de 1 a 5 (1. fuertemente en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. neutro, 4. de acuerdo, 5. muy de acuerdo). Si tiene dudas responder NO SE.

15. Procesos: Los procesos para hacer que se haga el trabajo están bien delineados y continuamente mejorados. Los médicos de planta y/o residentes están bien entrenados en cómo utilizarlos.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

16. Condiciones: Los médicos de planta y/o residentes tienen acceso a los materiales y a las tecnologías que necesitan, y las condiciones de trabajo contribuyen a que se desempeñen bien.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



17. **Accountability:** Los médicos de planta y/o residentes son responsables por producir un trabajo de alta calidad. La promoción está basada en la competencia. Los performers pobres salen del sistema. Los empleados confían en que sus compañeros harán bien el trabajo.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

18. **Decisiones de Incorporaciones:** La selección de nuevos médicos de planta y/o residentes está basada en requerimiento claro de habilidades. Las nuevas incorporaciones reciben un programa de inducción adecuado y la descripción de qué se espera de ellos. Los médicos de planta y/o residentes tienen participación en el proceso de selección.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



19. Sistemas: Existen sistemas y procesos muy efectivos para gestionar la performance y talento de los médicos de planta y/o residentes, ayudar a los mismos a realizar su potencial en los puestos actuales, identificar oportunidades de desarrollo y preparar a los que se encuentren motivados a para que progresen en su carrera.

Mark only one oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- No se



Capacidad
de
Aprendizaje

Evaluar a su institución en cada categoría usando una escala de 1 a 5 (1. fuertemente en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. neutro, 4. de acuerdo, 5. muy de acuerdo). Si tiene dudas responder NO SE.

20. Innovación: Las nuevas ideas son bienvenidas. Se alienta a los médicos de planta y/o residentes a encontrar nuevas maneras para hacer el trabajo mejor, y los mismos ponen su talento a disposición para resolver problemas.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

21. Capacitación: La capacitación es práctica, da soporte a los objetivos organizacionales y está al menos en parte provista por los médicos de planta y/o residentes que trabajan con ese tema.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



22. Desarrollo: Los médicos de planta y/o residentes tienen planes de desarrollo y usan esos planes para lograr sus objetivos de carrera.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se

23. Valoración y soporte: El comportamiento de la conducción demuestra consistentemente que el aprendizaje es valorado, y los jefes siempre hacen del aprendizaje la prioridad.

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 No se



24. Sistemas: Existe un sistema de gestión del aprendizaje que automatiza la gestión de todos los aspectos del entrenamiento y aprendizaje y provee reportes a los Jefes de Servicio, incluyendo datos como el contenido y las habilidades o gestión de las competencias.

Mark only one oval.

1

2

3

4

5

No se



Sólo responder si ostenta un cargo de conducción

Si desconoce la respuesta o tiene dudas responder No se

25. Qué porcentaje de los los médicos de su servicio participa en estudios de investigación básica, o de investigación clínica de manera prospectiva:

Mark only one oval.

- 0 - 25%
- 25 - 50%
- 50 - 75%
- 75 - 100%
- No se

26. Qué porcentaje de los los médicos de su servicio desempeña cargos en Asociaciones Científicas de la especialidad o subespecialidades:

Mark only one oval.

- 0 - 25%
- 25 - 50%
- 50 - 75%
- 75 - 100%
- No se



27. Qué porcentaje de los los médicos de su servicio ha publicado en revistas internacionales de la especialidad:

Mark only one oval.

- 0 - 25%
- 25 - 50%
- 50 - 75%
- 75 - 100%
- No se



APENDICE 2

Gestión del Capital Humano¹

Evalúa a tu empresa en cada categoría usando una escala de 1 a 5 (1. fuertemente en desacuerdo, 2- en desacuerdo, 3. neutro, 4. de acuerdo, 5. muy de acuerdo)

PRÁCTICAS DE LIDERAZGO	PUNTAJE	NO SÉ
Comunicación: La Alta Dirección y los gerentes son abiertos y honestos en sus comunicaciones: existe un proceso efectivo para informar las novedades, estrategias y objetivos a los empleados, y se aseguran que los empleados sepan qué se espera de ellos.		
Inclusividad: La Alta Dirección y los gerentes buscan y utilizan el input de los empleados, trabajan en sociedad con los empleados y los tratan con respeto.		
Habilidades de los jefes: Los jefes demuestran los valores organizacionales, eliminan barreras innecesarias para lograr que el trabajo se hecho, dan feedback oportuno e inspiran confianza.		
Habilidades de la Alta Dirección: La Alta Dirección demuestra los valores organizacionales, eliminan las barreras para hacer que el trabajo se haga, dan feedback constructivo e inspiran confianza.		
Sistemas: Existen sistemas y procesos muy efectivos para identificar y desarrollar la nueva generación de líderes y asegurar los cuadros de reemplazo.		
SUBTOTAL (suma los puntos y multiplica por 0,8)		

CONTRIBUCIÓN DE LOS EMPLEADOS	PUNTAJE	NO SÉ
Diseño de los puestos: El trabajo está organizado, se hace un uso adecuado de las habilidades y talentos de los empleados, y es interesante y tiene sentido. Los empleados tienen responsabilidad para determinar cómo pueden hacer su trabajo de la mejor manera y el diseño creativo de los puestos de trabajo concuerda con las necesidades de los empleados.		
Compromiso con los empleados: Los empleados están seguros en su trabajo, reconocidos por sus logros y tienen oportunidades de crecimiento.		
Tiempo: La carga de trabajo permite que los empleados hagan bien su tarea, tomen decisiones razonadas y logren un balance apropiado entre lo laboral y lo personal..		
Sistemas: Los sistemas permiten retener a los que performan bien a través de un monitoreo continuo de las expectativas de los colaboradores y proveen información sobre cuáles son los factores determinantes de la productividad y de la satisfacción del cliente.		
SUBTOTAL (suma los puntos)		

¹ Encuesta desarrollada por McBassi & Company, y publicada por la Harvard Business Review, Marzo 2007, en el artículo "Managing your return on people".



ACCESO AL CONOCIMIENTO	PUNTAJE	NO SÉ
Disponibilidad: La gente tiene los manuales, herramientas e información necesarios para hacer su trabajo y, donde hay procedimientos, hay entrenamiento disponible cuando lo necesitan..		
Colaboración y trabajo en equipo: El trabajo en equipo es alentado y facilitado: hay lugares para que la gente se encuentre informalmente y tiempo dedicado a que cada uno comparta y aprenda del otro.		
Información compartida: Las mejores prácticas y recomendaciones son compartidas, mejoradas y circulan a través de las distintas áreas.		
Sistemas: Existen sistemas para recolectar y almacenar información y hacerla disponible para todos los empleados.		
SUBTOTAL (suma los puntos)		
OPTIMIZACIÓN DE LA FUERZA LABORAL	PUNTAJE	NO SÉ
Procesos: Los procesos para hacer que se haga el trabajo están bien delineados y continuamente mejorados. Los empleados están bien entrenados en cómo utilizarlos.		
Condiciones: Los empleados tienen acceso a los materiales y a las tecnologías que necesitan, y las condiciones de trabajo contribuyen a que se desempeñen bien.		
Accountability: Los empleados son responsables por producir un trabajo de alta calidad. La promoción está basada en la competencia. Los performers pobres salen del sistema. Los empleados confían en que sus compañeros harán bien el trabajo.		
Decisiones de Incorporaciones: La selección de nuevos empleados está basada en requerimiento claro de habilidades. Las nuevas incorporaciones reciben un programa de inducción adecuado y la descripción de qué se espera de ellos. Los empleados participan en el proceso de selección.		
Sistemas: Existen sistemas y procesos muy efectivos para gestionar la performance y talento de los empleados, ayudar a los empleados a realizar su potencial en los puestos actuales, identificar oportunidades de desarrollo y preparar a los empleados motivados a para que progresen en su carrera.		
SUBTOTAL (suma los puntos y multiplica por 0,8)		



CAPACIDAD DE APRENDIZAJE	PUNTAJE	NO SÉ
Innovación: Las nuevas ideas son bienvenidas. Se alienta a los empleados a encontrar nuevas maneras para hacer el trabajo mejor, y los empleados ponen su talento a disposición para resolver problemas.		
Capacitación: La capacitación es práctica, da soporte a los objetivos organizacionales y está provista por los empleados que trabajan con ese tema.		
Desarrollo: Los empleados tienen planes de desarrollo y usan esos planes para lograr sus objetivos de carrera.		
Valoración y soporte: El comportamiento de la conducción demuestra consistentemente que el aprendizaje es valorado, y los jefes siempre hacen del aprendizaje la prioridad.		
Sistemas: Un sistema de gestión del aprendizaje automatiza la gestión de todos los aspectos del entrenamiento y aprendizaje y provee reportes al management, incluyendo datos como el contenido y las habilidades o gestión de las competencias.		
SUBTOTAL (suma los puntos y multiplica por 0.8)		
TOTAL (sumá los subtotales)		

Si el resultado ...

90 a 100 SUPERIOR
80 a 89 ADECUADO
70 a 79 MARGINAL
menos de 69 BAJO

Número de veces que contestaste "No sé"

0 a 1: BUENO. Tenés un sistema de gestión que puedes usar para mejorar la performance organizacional.

2 o 3: ADECUADO: hay algunos "agujeros" en tu sistema.

Más de 4: POBRE: no tenés la información necesaria para mejorar los resultados del negocio a través de una gestión efectiva del capital humano.