
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Barjau Villén, Carlos. *Anàlisi de l'absentisme laboral a l'Hospital Sant Pau :
impacte organitzatiu i propostes de millora*. Treball de Final de Grau (Universitat
Autònoma de Barcelona), 2026 (Relacions laborals). 40 pàg.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/331950>

under the terms of the  license.

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

Anàlisi de l'absentisme laboral a
l'Hospital Sant Pau: Impacte
organitzatiu i propostes de millora.

AUTOR: CARLOS BARJAU VILLÉN

TUTOR: ÓSCAR GUTIÉRREZ ARNAIZ

RELACIONS LABORALS

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

MAIG 2026

ÍNDEX

1. Resum / Abstract	3
2. Abreviacions.....	4
3. Introducció	5
3.1. Contextualització de l'entitat (Hospital de Sant Pau).	
3.2. Objecte d'estudi: L'absentisme en el sector sanitari.	
4. Justificació i objectius.....	6
4.1. Motivació del treball i experiència en pràctiques i treball.	
4.2. Objectiu general i objectius específics.	
5. Metodologia.....	7
6. Marc teòric.....	7
6.1. Definició i conceptes clau de l'absentisme laboral.	
6.2. L'economia de la salut i la gestió de Recursos Humans.	
7. Marc Normatiu i Convencional.	13
7.1. Anàlisi del Conveni Col·lectiu de la Fundació de Gestió Sanitària	
7.2. Mútues.	
7.3. Models estrangers.	
7.4. Jurisprudència.	
7.5. Metge d'empresa (BJ).	
8. Anàlisi de dades i resultats.....	19
9. Conclusions.....	24
10. Propostes de millora.	25
11. Bibliografia.	27
12. Annexos.....	29

1. RESUM / ABSTRACT

ABSTRACT CATALÀ

Aquest Treball de Final de Grau analitza l'impacte organitzatiu de l'absentisme laboral intermitent i de curta durada a la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La Teoria de l'Agència de Jensen i Meckling és una de les bases teòriques que fonamenten el treball, ja que l'absentisme laboral es troba en la fina línia entre oportunisme i necessitat real. També s'analitza el disseny d'incentius residuals del conveni col·lectiu com la cobertura del 100% de la IT des del primer dia o l'ús del "Metge d'Empresa (BJ)", i com aquests poden ser més penalitzants que profitosos per la corporació quan el cost pel treballador es baixa a zero.

Quant a la metodologia, s'ha optat per fer-la mixta revisant normativa i convenis així com enquestant al Departament de Gestió de Professionals i entrevistant al cap de planificació de l'Hospital, d'on surten dades molt precises i inequívokes sobre com l'oportunisme genera un molt elevat cost invisible per a la organització.

Finalment, es proposen una sèrie de possibles solucions des del punt de vista de la corresponsabilitat, passant aquestes per entrevistes de retorn, la regulació del metge d'empresa o la implementació de nous indicadors que vagin més allà de quanta gent falta cada mes.

Paraules clau: Absentisme laboral, Teoria de l'Agència, Metge d'Empresa (BJ), Oportunisme, Risc Moral, Gestió de Professionals.

ENGLISH ABSTRACT

This Final Degree Project analyzes the organizational impact of intermittent and short-term workplace absenteeism at the Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Agency Theory by Jensen and Meckling is one of the theoretical foundations of the paper, as workplace absenteeism lies on the fine line between opportunism and real need. It also analyzes the design of residual incentives in the collective agreement, such as the 100% coverage of Temporary Disability from the first day, and how these can be more penalizing than beneficial for the corporation when the cost for the employee drops to zero.

Regarding the methodology, a mixed approach has been chosen, reviewing regulations and agreements, as well as surveying the Professionals Management Department and interviewing the Hospital's head of planning, from which very precise and unambiguous data emerges on how opportunism generates a high invisible cost for the organization.

Finally, a series of possible solutions are proposed from the perspective of co-responsibility, including return-to-work interviews, the regulation of the company doctor, or the implementation of new indicators that go beyond how many people are absent each month.

Keywords: Workplace absenteeism, Agency Theory, Company Doctor (BJ), Opportunism, Moral Hazard, Professionals Management.

2. ABREVIACIONS.

ICAM: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques.

SS: Seguretat Social.

INSS: Institut Nacional de la Seguretat Social.

BJ: Metge d'empresa.

KPI: Key Performance Indicator (Indicador Clau d'Acompliment).

ET: Estatut dels Treballadors.

TC: Tribunal Constitucional.

TSJ: Tribunal Suprem de Justícia.

STS: Sentència del Tribunal Suprem.

RRHH: Recursos Humans.

CAP: Centre d'Atenció Primària.

IT: Incapacitat Temporal.

IA: Intel·ligència Artificial.

3. Introducció.

Aquest Treball de Final de Grau (TFG) sorgeix de la necessitat personal i professional d'entendre a fons un dels problemes diaris més greus que patim a Recursos Humans i Gestió de Professionals dins l'entorn sanitari: l'absentisme laboral. L'estudi se situa a la Fundació Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, institució de referència on he pogut realitzar les meves pràctiques acadèmiques durant 300 hores i on treballo actualment al Departament de Gestió de Professionals.

A través d'un estudi del marc normatiu (primàriament en els convenis col·lectius de la fundació) i l'observació diària dins de l'Àrea de Gestió de Professionals, la pretensió d'aquest treball és analitzar i proposar solucions a les absències que tant carreguen el sistema. L'absentisme es mesura mitjançant nombres, però realment no són nombres, són persones que no ocupen un lloc que se suposa que haurien d'estar ocupant. En el sector hospitalari, això es tradueix en una disminució de la qualitat assistencial i els qui ho pateixen són els companys de sala i els pacients que reben una atenció deficient.

Per tot això, l'estudi realment aprofundeix en les baixes de curta durada i intermitents, i d'excessiva facilitat per justificar, com són les baixes per "Metge d'Empresa" (BJ en argot clínic). S'estudia si realment el problema són les IT previsibles i controlables o l'absentisme oportunista.

Per situar-ho sobre el marc teòric, es parla de Teoria de l'Agència i risc moral postcontractual, entre d'altres cites bibliogràfiques, per entendre el comportament del treballador. Això es combina amb una anàlisi empírica de les dades recollides al Departament de Gestió de Professionals i a la direcció de l'empresa.

Finalment, el treball acaba amb propostes centrades en la corresponsabilitat i la proactivitat dels treballadors del centre. Les solucions no tracten d'apuntar ningú amb el dit, sinó de buscar un equilibri entre la protecció de la salut dels treballadors i el marge organitzatiu de l'empresa.

4. Justificació i objectius.

L'absentisme no només suposa un cost econòmic directe per a la institució en termes de substitucions i pèrdua de productivitat, sinó que també afecta l'organització del treball i la qualitat assistencial, ja que hi ha algú no fent la feina que li exigeix el contracte signat. La tria d'aquest tema respon a la necessitat d'entendre com una institució de la magnitud de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, un hospital de dimensions gegants, gestiona la complexitat d'organitzar als seus treballadors davant situacions inesperades. Durant la meua estada de pràctiques i posteriorment la meua feina com a planificador dins de l'hospital, he pogut i puc observar que l'absentisme no és un factor aïllat, sinó que està estretament lligat a la motivació, la facilitat de justificació i l'organització dels torns.

L'estudi es justifica per la rellevància organitzativa que té per a l'Hospital, ja que la correcta cobertura de les baixes i el seu seguiment permeten una millor assignació de treballadors, que són amb qui es troba el pacient. L'objectiu principal d'aquest treball és analitzar la gestió i el perquè de l'absentisme laboral a la Fundació Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau per identificar-ne les causes i proposar estratègies de millora.

L'anàlisi del marc normatiu i els convenis col·lectius que regulen les absències i les prestacions per incapacitat temporal a la institució és part essencial, així com identificar les formes principals de l'absentisme i com ens afecta en l'organització del treball. També tenim com a objectiu específic entendre el procediment per justificar les baixes mitjançant el metge d'empresa, i com aquesta manera de procedir pot ser molt nociva per tothom si no s'utilitza de la manera pertinent.

5. Metodologia.

A l'hora de plantejar com abordar aquest estudi, he decidit creuar l'anàlisi de dades estadístiques amb valoracions qualitatives i, sobretot, amb tot allò que visc directament treballant a l'hospital. Una revisió documental mitjançant l'estudi exhaustiu dels convenis col·lectius de la Fundació i la normativa laboral vigent per establir el marc legal de les absències és el primer pas a seguir per saber de què parlem amb coneixement de causa. Aquesta base es complementa amb l'observació directa i participativa després de l'estada de pràctiques realitzada al departament de Recursos Humans i posteriorment treballant com a planificador al Departament de Gestió de Professionals. Aquest és un punt fonamental per entendre la logística real de l'assignació de torns, la gestió de permisos i la validació de justificants, moviments diaris per mi a la feina. Per aprofundir-hi, s'han dut a terme entrevistes semiestructurades i consultes qualitatives al personal del Departament de Gestió de Professionals. L'objectiu és recollir la visió dels gestors, planificadors, coordinadors, administratius i tècnics que s'encarreguen personalment de cobrir les incidències diàries i gestionar les ràtios de personal. Així mateix, s'ha plantejat el disseny d'enquestes de diagnòstic, les quals van adreçades als perfils clau mencionats anteriorment. La intenció és identificar barreres en la comunicació de les absències i possibles punts de millora en la flexibilitat horària.

6. Marc teòric

L'absentisme laboral és, de la manera més resumida i introductòria, la no assistència al lloc de treball durant les hores establertes en el contracte signat sigui de manera justificada o injustificada. D'aquesta manera, no és només estar malalt; és una decisió.

Si l'analitzem més enllà del que ens diuen les dades estadístiques, ens adonem que no estem parlant només de no ser-hi físicament durant l'horari pactat, sinó que ens trobem davant d'una decisió que barreja la necessitat real amb la voluntat individual de la persona. La clau per entendre aquest fenomen no es troba en l'absència en si. Es troba realment en la intencionalitat que hi ha al darrere, ja que no totes les faltes d'assistència tenen el mateix origen ni el mateix impacte organitzatiu per a l'empresa.

On trobem el veritable problema que genera inconveniències reals i tangibles és amb l'absentisme imprevisible, on hi trobem la malaltia comuna o els accidents (laborals o no laborals). Aquí és on la línia entre la necessitat i l'oportunisme es torna més prima, ja que poden haver-hi motius molt llunyans al que diu el paper de la baixa i no ajustar-se al que ha dit el metge de torn.

En entorns com el de l'Hospital de Sant Pau, on el conveni garanteix el sou íntegre i, per tant, faltaria surt gratis econòmicament, es pot veure de manera molt clara el profit “extra” que se’n pot extreure. No hi ha una pèrdua, una contraprestació, res que faci d’impediment.

Quan dues parts s’asseuen a signar un contracte, entren en joc uns factors que poden amagar intencionalitats no reflexades en el contracte. D’això en diem asimetria informativa precontractual. Succeeix en el moment de la contractació, on hi ha una de les dues parts que disposa de molta més informació de l’estat propi del treballador, sent evidentment aquest el que decideix quanta de la informació vol compartir amb l’empresa contractant. És el propi treballador qui té l’avantatge en aquesta situació, ja que l’empresa no és conscient de les limitacions o afeccions a la salut d’aquest. Aquesta informació a mitges pot fer desembocar en la temuda selecció adversa. És la conseqüència directa, ja que el contractant pensa que està contractant algú molt productiu però sense la certesa que aquest no és propens a l’absentisme, essent impossible visualitzar el futur i triant confiant en tenir tota la veritat tot i no ser comprovable.

Per interpretar bé el que s’exposa, podem exemplificar un cas on un infermer és conscient que té una hèrnia discal. Ell n’és conscient, però no la menciona en cap moment en el període de contractació. Ell sap que té una afecció de salut que suposarà molt probablement una baixa o un absentisme recurrent, però tot i així no ho exterioritza. D’aquesta manera, un cop amb contracte i amb els convenis col·lectius protegint-lo, es troba en una situació d’avantatge davant l’Hospital que el contracta, que ja no té res a fer un cop és coneixedor de la informació amagada o no compartida. Això es deu a que, com veurem després, es troba protegit amb un salari del 100% per IT gràcies al Conveni Col·lectiu aplicable al sector i el propi de l’Hospital amb els sindicats que lluiten pels drets dels treballadors molts cops no avaluant-ne les conseqüències que acabaran derivant pel centre.

Com he mencionat abans, hi ha dues parts en aquesta signatura de contracte: l’empresa i el treballador. Aquests són els qui es disposen a complir amb les obligacions que ells mateixos acorden.

Jensen i Meckling (1976) van establir que tota relació laboral és, en el fons, un contracte on una part que anomenen el “principal” encarrega a una altra (“l’agent”) que faci una feina en nom seu. Li van posar va ser “Teoria de l’Agència”, i és una eina que podem utilitzar per comprendre perquè tenim les xifres d’absentisme que tenim a l’Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ja no n’hi ha prou amb mirar les estadístiques de malalties; cal

entendre com ens relacionem a la feina. En el nostre cas (dins l'hospital), el principal som l'organització (la Direcció i el Departament de Recursos Humans i de Gestió de Professionals) que vetllem perquè l'atenció als pacients tiri endavant. L'agent, evidentment, és el treballador a qui li confiïm aquesta tasca a canvi d'un sou (en categoria d'infermer/a, auxiliar, doctor/a, etc.).

La idea central d'aquesta teoria és que cadascú mira pels seus interessos. Tal com explica l'autora Eisenhardt (1989), els objectius de l'hospital i els del treballador gairebé mai són exactament els mateixos, tot i seguir l'objectiu general de la salut de tothom.

L'hospital necessita que tothom vingui a treballar, que el servei no falli i que s'aprofitin bé els diners públics. En canvi, el treballador té els seus propis interessos personals, i pot valorar més el seu descans, el seu temps lliure o fer menys esforç, especialment si sap que el seu sou està 100% assegurat. Això no vol dir que el professional sigui dolent o irresponsable, simplement significa que les persones prenen decisions per maximitzar el seu propi benestar. L'objectiu principal és el mateix però la suma de tots els de l'agent no resulta igual la suma dels del treballador. Aquest xoc d'interessos no seria cap problema per a nosaltres dins el departament de planificació si poguéssim controlar què fa i com se sent cada treballador, però la realitat és que treballem pràcticament a cegues. Podem preguntar a un treballador com es troba i què necessita, però no hi ha manera humana ni tecnològica de saber al 100% que el que ens diu és el 100% de la veritat.

Aquest problema és el que la teoria anomena "asimetria d'informació". El treballador sempre sabrà millor que nosaltres si aquell mal d'esquena li impedeix realment venir a treballar o si, en el fons, és una excusa perquè està cansat i com que l'hospital no pot llegir la ment de l'empleat ni comprovar cada petit símptoma de manera immediata, patim el que Jensen i Meckling bategen com a "costos d'agència". Aquests costos són els diners i el temps que gastem intentant vigilar (com ara pagant mútues o dedicant hores a revisar paperassa) i la pèrdua d'eficiència que es genera quan algú decideix allargar la baixa de manera innecessària. És, en tota regla, un avantatge del qual disposa la part que té més informació, on nosaltres com a corporació en sortim sempre perdent.

L'asimetria d'informació sempre succeeix abans de l'inici de la relació contractual. Un cop la signatura es troba sobre el paper i cadascú passa a tenir les seves obligacions, es generen unes altres situacions, que poden ser molt empitjorades per aquesta asimetria informativa. Els economistes Shapiro i Stiglitz (1984) van definir molt bé què passa quan s'ajunten aquestes peces amb el concepte de "shirking", que en el nostre dia a dia anomenem "escaqueig". Segons ells, si per a una empresa és gairebé

impossible vigilar si el treballador diu la veritat (com passa amb les baixes de curta durada o les de llarga durada amb difícil comprovació de si estan sent sobre allargades), aquest tindrà un incentiu natural per absentar-se, a menys que hi hagi una penalització que el freni. A Sant Pau ens trobem justament en aquest escenari: com que el conveni garanteix cobrar el 100% estant de baixa i la llei protegeix molt la incapacitat temporal, la "penalització" per faltar desapareix. I aquí tenim "el quid de la cuestión": l'absentisme puja perquè el sistema permet que la decisió de quedar-se a casa surti gratis econòmicament. Com he mencionat al principi del present treball, passa a ser una decisió.

Aquesta decisió de faltar és una conseqüència que en deriva, i és el risc moral post contractual. Com bé diu el nom, és el que es produeix quan el treballador ja és dins l'empresa, ja que el problema és la falta d'informació sobre les accions de la persona. En aquest cas, segueix sent la pròpia persona qui disposa d'aquest poder de decisió i qui valora si realment necessita una baixa o si està fent l'esforç que correspon segons el contracte signat. Al fer la signatura, no hi ha cap assegurança real de que les accions del treballador siguin les plantejades precontracte, és a dir, que pot decidir actuar de manera diferent a la pactada. La conseqüència directa és l'oportunisme: on un cop el treballador té la seguretat del contracte i sap que el Conveni de Sant Pau li cobrirà el 100% del sou si agafa la baixa, el seu incentiu per cuidar-se o per anar a treballar amb una petita molèstia disminueix. Com que l'hospital no pot vigilar què fa el treballador a casa seva, aquest pot allargar la baixa més del necessari (en els casos que no es pot comprovar de manera mèdica amb certesa el resultat real de l'avaluació mèdica).

Si estar de baixa et surt gratis perquè cobres el 100% gràcies al conveni de Sant Pau, el teu incentiu per anar a treballar quan et trobes una mica malament disminueix. Segons la literatura econòmica (García-Serrano, 1998), l'absentisme pot veure's influït pel risc moral degut que quan el treballador no assumeix el cost econòmic de la seva absència, la propensió a agafar la baixa augmenta de manera molt notòria i previsible. Quan el treballador no s'ha de rascar la butxaca per cobrir la cadira que deixa lliure, i més sabent que és una corporació de dimensions molt extenses, no s'ho pensa tant abans de faltar. No es tracta d'una absència per incapacitat real, sinó d'una explotació deliberada de l'asimetria informativa. És una ruptura total de la bona fe contractual.

Com que el treballador sap que el diagnòstic d'una lumbàlgia o d'un quadre d'ansietat és subjectiu i difícil de verificar, pot utilitzar aquesta informació que només ell coneix per faltar a la feina per altres motius.

Aquest escaqueig no només té un cost econòmic en el salari que percep sense treballar (sent l'hospital qui se'n fa càrrec), sinó també un cost organitzatiu, que és el menys apreciat però el més difícil de resoldre: la sobrecàrrega dels companys que sí que assisteixen, el que pot derivar en un empitjorament de l'ambient laboral. Els treballadors entre ells es coneixen, i molts d'ells acaben recorrent al "i si ell sí, per què jo no puc?". Això ho he viscut personalment en el departament de RRHH i de Gestió de Professionals de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, on molts dels treballadors que es troben en aquesta situació admeten sense pensar-s'ho massa que no volen ser menys que els seus companys i acaben fent les mateixes coses que els molesten, faltant sense motiu.

Pels planificadors, que som els que ens hem de trencar el cap per buscar solucions a una decisió presa de manera unilateral pel treballador (que no és qui assumeix el cost de la mateixa), és un greu problema logístic. Una absència avisada mitja hora abans de començar l'horari laboral vol dir que molt possiblement l'espai que es queda lliure no pugui ser tapat, fet que comporta la reorganització d'una sala (o més d'una, ja que poden haver moviments entre sales per compensar l'absència i que les altres sales pateixin danys colaterals) amb un treballador menys. Ens trobem davant d'un escenari no decidit per nosaltres, no valorat com a probable i que ens costa una pèrdua de temps i un caos organitzatiu fora de límits.

Abans hem establert que segons la literatura d'Eisenhardt (1989), els objectius de l'empresa i de l'empleat rarament es troben alineats. Això les empreses bé ho saben, i molts cops utilitzen els incentius. Les que apliquen els incentius més potents però, solen ser aquelles de dimensions grans. Aquests incentius estan pensats per potenciar el rendiment dels treballadors i aconseguir els objectius que marca l'empresa. Això ens faria pensar que tots són beneficiosos, però no sempre són positius. Dins dels esmentats objectius, en trobem de diferents tipus i intencions; poden ser positius com poden ser els bons de presencialitat o de flexibilitat horària, on l'objectiu és que al treballador li surti a compte anar a treballar (si cobren més per assistir sempre o tenen llibertat per sortir una hora abans els divendres, ja miren la productivitat com a part seva i no només empresarial) però també existeixen aquells negatius, anomenats desincentius, on el que es busca no és premiar sinó sancionar. Fets com no cobrar el primer dia de baixa o controls mèdics exhaustius el que fan és atacar de manera directa a l'oportunisme i l'escaqueig, fent que no surti a compte el faltar sense raons realment de pes. És una amenaça directa a la salut econòmica i personal dels treballadors, ja que aquests saben

que si no és per necessitat real, veuran una disminució en la nòmina o una pèrdua de flexibilitat horària que poden arrossegar durant un temps definit o indefinit.

El sistema però, no és perfecte; de vegades els incentius, tot i buscar ser positius, poden agafar un to potencialment negatiu. Aquests són els anomenats incentius perversos. Parteixen de la base de ser un objectiu positiu però amb una contrapart que acaba fent que el remei sigui considerablement pitjor que la malaltia. Per exemple, cobrir el 100% de la IT dispara el risc moral de faltar sense que el motiu sigui del tot convincent. Es vol protegir la salut del treballador amb bona fe sense que afecti al seu benestar econòmic, però es pot acabar convertint en una espasa de doble fil fent que faltar sigui gratis i reduint a cost zero la no assistència. Quan el sindicat i l'hospital el van signar, no es van plantejar (o si, però sense resultat) que aquesta mesura que batejaven com a bona pogués tenir una cara de la moneda que podia sortir realment cara.

També poden succeir a través d'una compensació per assistència o objectius molt gran (per exemple, un augment del 50% del salari per no faltar) on pot comportar que els treballadors prenguin la decisió de no faltar a la feina tot i estar en un estat de salut greu o perillós. Un treballador amb una malaltia altament infecciosa o contagiàble amb una situació econòmica delicada pot decidir assistir a la feina per no perdre la bonificació, posant en un molt alt risc de contagi a la resta de treballadors, únicament posant atenció a l'aspecte onerós i no a la salut de la resta de la plantilla. Per tant, és molt important tenir ben estudiades les mesures que s'apliquen abans d'implantar-les i fer simulacres, per evitar tant l'absentisme deliberat com el presentisme infecciós que podria comportar greus conseqüències.

L'absentisme no té una manera directa i verídica d'eliminar-se de les empreses així com així. Depenent del sector, tipus d'empresa, perfil dels treballadors, objectius... la manera de combatre'l pot ser molt diferent.

Posem d'exemple el mètode aplicat per l'empresa El Corte Inglés: la pressió de grup. L'aplicació del mètode és senzilla en tots els aspectes; proposar incentius econòmics a nivell grupal en comptes de manera individual, forçant que el resultat depengui de la cooperació de tots i cadascun dels membres. Això es tradueix en que si el company A i el B volen aconseguir l'objectiu i veuen al company C quedar-se enrere, seran els primers en pressionar al tercer company a tornar a agafar el ritme de grup, ja que l'objectiu depèn de l'esforç per igual dels tres. El resultat del mètode és mesurable mitjançant números i són els propis treballadors els que s'empenyen positivament entre ells, en comptes de necessitar una supervisió constant dels nivells superiors.

Ambdós sistemes (el del Corte Inglés i el de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) no poden comparar-se en igualtat de condicions; en el primer cas, trobem una manera de mesurar el rendiment molt clara on les vendes són tangibles i comptables, de manera que només cal fer una ullada en un Excel per poder extreure el rendiment del grup i poder establir si s'arriba als objectius o no, no hi ha alternativa possible.

El problema es troba en l'altre cas, ja que és molt difícil mesurar el rendiment d'un grup de treballadors/es si no hi ha una manera de quantificar el rendiment. En aquesta situació, és inviable establir un sistema de pressió de grup on els objectius siguin comuns i es necessitin entre els propis companys per arribar a aquest, ja que la producció no es ni tangible ni quantificable. Es podria arribar a plantejar que el sistema de mesura passés pel nombre de pacients diaris, però això podria comportar que els "despatxessin" ràpid i sense una bona atenció únicament per aconseguir un objectiu de grup que els repercuteixi individualment a nivell econòmic, fent que aquesta opció sigui nul·la en quant a la seva aplicabilitat en el cas. A part d'això, aquests objectius haurien de ser negociats en Conveni Col·lectiu, dificultant encara més una estructura clara de dits objectius.

7. Marc Normatiu i Convencional.

Per al desenvolupament d'aquesta anàlisi, s'han pres com a base documental els convenis col·lectius vigents a la institució: d'una banda, el Conveni Col·lectiu de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que regula les condicions generals de tot el personal de la fundació; i de l'altra, el Conveni extraestatutari de l'Associació professional del cos facultatiu, on s'especifiquen les condicions particulars del cos mèdic. L'anàlisi se centrarà en els articles referents a la Incapacitat Temporal (IT), les llicències i els permisos, així com les millores que l'hospital ofereix sobre la prestació base de la Seguretat Social, factor clau per entendre les dinàmiques de l'absentisme.

Aquest conveni col·lectiu és precisament un dels punts a debatre sobre si s'ajuda a combatre o facilitar l'absentisme. L'article 68 del mencionat conveni estableix: "Incapacitat Temporal 1. Per les situacions d'incapacitat temporal iniciades a partir del dia 1 de juliol de 2019, el règim de millora de la prestació econòmica d'incapacitat temporal del personal inclòs en l'àmbit funcional d'aquest conveni col·lectiu serà el següent: a) En la situació d'incapacitat temporal derivada de contingències comunes: III. A partir del 31 de desembre de 2020: 100% de complementació des del primer dia."

El Conveni de la Fundació de Sant Pau estableix una millora de la prestació d'Incapacitat Temporal (IT) que arriba al 100% del salari real. Si ens centrem en veure-ho des de la banda de l'economia de la salut, només aquest article ja protegeix de manera completa al treballador degut que no té cap pèrdua econòmica per no assistir al centre de treball. Això és el que la literatura (García-Serrano, 1998) defineix com a risc moral: la modificació del comportament de l'individu perquè està assegurat contra el risc. Aquest article ens serveix per exemplificar com la negociació col·lectiva pot alterar els incentius laborals. Mentre que la Seguretat Social estableix períodes de carència (els 3 primers dies no es cobra, i del 4 al 20 es cobra el 60% en cas d'accident no laboral), el conveni de l'hospital estableix una millora voluntària de la IT que cobreix el 100% del salari. És el que en diem "condició més beneficiosa", ja que l'Estatut dels Treballadors traça la línia de mínims en unes condicions però és l'hospital juntament amb el sindicat qui decideixen millorar voluntàriament la situació dels seus treballadors. Aquesta protecció adquirida com un dret social guanyat pels sindicats actua com un motor del risc moral, ja que impulsa un escaqueig cobert i pagat que genera un bucle on l'empresa assumeix el cost total de la baixa des del primer minut i el treballador ni ho nota, donant llibertat a aquest a dir que es troba pitjor del que realment es troba.

Allen, S. G. (1981) va desenvolupar un model d'assistència on demostra que la decisió de faltar a la feina realment respon a un càlcul on el treballador valora el que perd econòmicament (en termes de salari) respecte al que guanya en temps lliure o descans. En el context de la nostra Fundació (garantint tot el salari), el cost de l'absència per a l'empleat es redueix a zero, descompensant la balança de pèrdues contra beneficis cap a la banda dels beneficis dràsticament.

Una de les altres peces que trobem en el gran puzzle laboral són les mútues; són les entitats que gestionen les contingències professionals i col·laboren en les comunes. El seu paper principal és, bàsicament, fer de vigilants per reduir l'asimetria informativa de l'empresa. Els tres actors principals que intervenen en l'absentisme són l'Estat, les mútues col·laboradores amb la Seguretat Social i les empreses. L'Estat busca protegir el treballador, però intenta no assumir tots els costos de les baixes curtes per no sobrecarregar el sistema, que cada cop es troba més i més al límit que pot suportar, amb 22.1 milions d'afiliats a la Seguretat Social per l'any 2026. Si el risc (o també li podem dir cost econòmic) recau només sobre l'hospital, la Mútua pot relaxar el seu control i no fer-lo tan exhaustiu ja que no és qui pateix l'entrebanc econòmic. En canvi, si és la Mútua qui ha de pagar part de la prestació, el seu incentiu per donar l'alta de manera ràpida augmenta, fent més evidents els controls i la vigilància sobre la salut del

treballador per evitar seguir pagant de manera innecessària. Funcionen com un policia extern, ja que l'empresa no pot entrar en la privacitat mèdica del treballador per llei.

Tot i ser així, no totes les empreses tenen el mateix format, ja que existeixen també altres models d'empresa, com les cooperatives. És el model oposat a la gran empresa. Si un falta en una cooperativa, els altres han de treballar més i els beneficis de tots baixen, cosa que va en contra del principal objectiu com a corporació. Per això, l'absentisme sol ser molt menor: compartir la responsabilitat reparteix les motivacions per faltar, t'ho penses més. La propietat de l'empresa provoca una reducció dràstica de l'absentisme degut que si no es treballa, no es guanyen diners i la l'incentiu econòmic és determinant. En aquest model, l'oportunisme individual perjudica directament el col·lectiu i directament es converteix en un mecanisme d'autocontrol entre socis (o propietaris). En aquest sistema, el mecanisme de control no és la Mútua, sinó la pressió social i el cost directe a la butxaca de tots els participants. Si un soci es queda a casa sense motiu real, el benefici de la cooperativa baixa. Per tant, la seva pròpia nòmina es veu afectada de manera negativa i l'objectiu d'enriquir-se s'allunya. L'oportunisme es redueix perquè el propietari i treballador són la mateixa persona. Aquest model demostra que la propietat i els incentius residuals són la millor eina contra l'absentisme quan es mira des d'un punt merament econòmic.

Però l'aspecte econòmic no només preocupa a Espanya quan es tracta d'absentisme, és un problema global, internacional i patit per totes les nacions, tot i tenir cultures diferents. Quan mirem cap als models d'altres països, podem veure que no tots segueixen els mateixos patrons; cada Estat ha triat una manera de posar-hi l'enfocament.

En el model espanyol, encara que la llei no cobreix els tres primers dies, molts dels convenis protegeixen la baixa del treballador des del primer dia, i en el sector mèdic, el 100% de la IT. Això pot comportar casos d'escaqueig per aprofitar caps de setmana llargs, allargament de baixes de manera innecessària i baixes curtes, atenent a la picaresca espanyola i la tendència a l'absentisme que caracteritza la societat en la que vivim a dia d'avui. De tota manera, la gestió de la baixa passa per el sistema públic de salut, ja sigui mitjançant el CAP o l'ICAM, on la decisió final sobre la baixa la té el metge (que és qui determina l'estat real de salut del treballador). D'aquesta manera, el risc moral que es genera és màxim degut que no afecta a la butxaca del treballador i pot tenir tendència a la falta.

En el model alemany en canvi (per a ells, Entgeltfortzahlung), qui ha de cobrir el pagament de la baixa durant les primeres sis setmanes és l'empresa, no l'Estat. Això

genera un control potentíssim de les corporacions sobre l'absentisme, ja que al ser ells qui l'han de cobrir, tenen dret a informes mèdics quasi en *prime time*. Les polítiques sobre salut són molt estrictes per evitar un cost directe a l'empresa sense raons de pes. Com és l'empresa qui paga, ja busquen la manera de estar segurs que ho paguen per raons de salut reals i no perden diners amb algú que vol aprofitar al màxim els buits que deixa la llei.

En canvi, el mètode nòrdic és diferent, on apliquen els dies de carència (per a ells, *Karenztag*). Això es tradueix a la realitat en que el primer dia de baixa no es cobra, directament. D'aquesta manera, els treballadors es pensen dues vegades el fet d'agafar una baixa i sobretot si era per aplicar alguna manera d'escaqueig com simple cansament, ja que si no van a treballar, es trobaran amb aquell dia de salari sense pagar. Utilitzen un mètode on tu pots decidir que hi ha tres dies que faltes per raons mèdiques sense necessitat d'un metge, avisant només a l'empresa. Això es pot fer basant-se en la bona fe dels treballadors, però també té l'altra banda, on si detecten que abusa de dita auto certificació, els controls mèdics passen a ser exhaustius ja que no confien més en la teva manera de procedir. Hi ha més punts interessants a destacar com el retorn gradual. Són pioners en les baixes parcials, on pots estar de baixa al 50%, vas a treballar 4 hores i les altres 4 les descances cobrant de la Seguretat Social. Això evita que el treballador es desconnecti totalment de l'empresa i redueix el risc de baixes llargues.

La possibilitat que té el treballador de burlar el sistema o, al menys, moure's còmodament per ell, fa que els tribunals ja les han vist de tots els colors en quant a l'escaqueig flagrant, és a dir, exageradament comprovable i constatable. Fins al 2020, l'article 52.d de l'ET permetia l'acomiadament per absentisme intermitent, estigués o no justificat, però va ser derogat pel govern.

La Sentència del *TSJ de Galícia de 20 de juliol de 2023* és un exemple clar on un treballador de baixa per una patologia que teòricament li impedia la seva feina habitual, va ser enxampat jugant un torneig de pàdel. El tribunal va considerar que l'activitat era incompatible amb la baixa, confirmant que el treballador havia utilitzat la protecció del sistema per aprofitar-se d'un benefici individual de manera indeguda. Va decidir que ell es trobava per sobre del sistema i podia fer esport estant en una baixa incompatible amb l'esport, fet pel qual va haver d'anar als jutjats.

Un altre cas és la *STSJ de Madrid 455/2021*, on s'analitza un cas similar de frau en la IT, on queda molt clar que l'absentisme fraudulent és una abús de la bona fe contractual. Aquestes sentències ens demostren que, encara que el Conveni de Sant Pau protegeixi el salari, la llei encara permet sancionar l'oportunisme quan aquest es pot provar que

s'ha portat a terme de maneres indegudes o directament il·legals. Cobrar el 100% no implica poder fer al 100% el que vulguis, i més si és alguna cosa incompatible amb la teva baixa.

La *Sentència del Tribunal Constitucional 118/2019* va ser molt important perquè, bàsicament, va donar la raó a una empresa que havia acomiadat una treballadora que faltava molts dies de manera sovint tot i que les seves faltes estaven totalment justificades amb baixes mèdiques reals. El conflicte va arribar fins al Constitucional perquè la treballadora estava convençuda de que la llei la castigava per estar malalta i deia que si l'empresa la podia fer fora per faltar, ella es veia obligada a anar a treballar sense estar recuperada, posant en risc la seva pròpia salut. El Tribunal Constitucional va prioritzar la llibertat d'empresa i la necessitat de seguir amb la producció habitual per sobre d'aquestes absències que es repeten de manera massa seguida com per mantenir un ritme productiu al menys decent. La lògica del tribunal era que una empresa no té perquè aguantar indefinidament que un contracte de treball deixi de ser útil perquè el treballador no produeix per no ser al seu lloc de treball de manera molt sovint. No se la castigava per estar malalta, sinó que es buscava una solució a la improductivitat que causava la intermitència en el seu lloc de treball. De manera indirecta deixa entreveure que les baixes de curta durada que van i venen són les més difícils de controlar i aquelles persones que les utilitzen de manera recurrent són les que més s'aprofiten de l'asimetria informativa, ja que només ells coneixen tota la veritat de la situació. El Constitucional posava un límit jurídic a l'oportunisme, deixant clar que la protecció a la salut no és una raó per faltar de manera constant si això fa que l'empresa deixi de ser productiva. Aquesta interpretació va ser tan polèmica que el Govern va derogar l'article l'any següent, prohibint definitivament que es pugui acomiadar algú pel simple fet de faltar si la baixa és real.

Des del Departament de Gestió de Professionals a diari treballem sobre la gestió de l'absentisme a l'hospital, ja que estudiem i planifiquem la plantilla sencera d'infermeria, essent aquest, amb àmplia diferència, el grup més majoritari de personal dins l'Hospital. Aquesta immersió diària en l'organització de l'hospital permet veure una aplicació pràctica de la Teoria de l'Agència i documentar en temps real com l'asimetria informativa i el risc moral es converteixen en situacions per resoldre.

Tots els dies, el departament s'enfronta al repte de gestionar un absentisme sobrevingut que fa trontollar les bases de les plantilles de treballadors que gestionem. Cada dia, en

cada una de les diferents sales de l'hospital, s'ha de combatre l'absència, en la majoria de casos de manera imprevista, del personal que hi treballa.

L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau dona als treballadors l'opció d'anar al que anomenem metge d'empresa. Això consisteix en que aquests tenen la possibilitat de faltar a la feina sense necessitat d'una justificació real durant dos dies seguits, només signant un paper, recordant el mètode nòrdic. El funcionament del procés és realment senzill ja que no hi ha cap mecanisme de comprovació del que veritablement comuniquen quan acudeixen al departament de salut laboral. Per accedir a aquest servei, el professional únicament ha d'acudir al departament esmentat i assegurar que tal dia (el que ell exposi que no va venir) es trobava malament per "x" raó, i que aquest motiu no sigui comprovable mitjançant una exploració mèdica. En aquest moment, se'ls fa entrega d'un document on han de signar que han fet la declaració i ja es considera vàlid per justificar una absència. Els afectats tenen fins a un mes natural post absència per fer aquest tràmit tan senzill, i que la falta que van cometre es consideri automàticament justificada.

D'altra banda, si amb el marge tan extens de temps del qual disposen no justifiquen les absències mitjançant aquest procés, els treballadors que es trobin en aquesta casuística es veuran penalitzats amb una sanció d'onze dies de feina i sou. Tot i ser un model veritablement favorable a aquest tipus d'absentisme curt i senzill d'executar, es donen casos de no acudiment a salut laboral per recórrer al metge d'empresa, incorrent en les sancions esmentades amb anterioritat. De tota manera, la gran majoria dels treballadors comprenen correctament el sistema. Alguns d'ells però, burlen l'obligació contractual de treballar les hores que els pertocquen, en paraules literals d'alguns treballadors, "prenent-se els dies de metge d'empresa que tenen per llei".

Al entendre el sistema com dies lliures de vacances aprofitables per fer ponts i caps de setmana llargs, directament impacten en la planificació mensual de la plantilla. Tot i així, cert és que hi ha dues cares de la moneda; no tothom ho veu com una oportunitat per trencar la bona fe contractual. En el cas de l'Hospital, la plantilla d'infermeria i auxiliars treballen amb pacients que tenen afeccions de salut, cadascú en la seva branca de domini o especialitat i això es tradueix en que ells no poden tenir malalties o dolències que posin en perill la salut dels pacients, ja que són precisament els que han de cuidar de la salut dels malalts i no posar-la en risc. El metge d'empresa ben utilitzat permet treure pressió a la part burocràtica del sistema sanitari no carregant més pacients i permetent que aquests es recuperin no treballant però sense haver d'acudir a un Centre d'Atenció Primària per justificar l'absència per dies comptats.

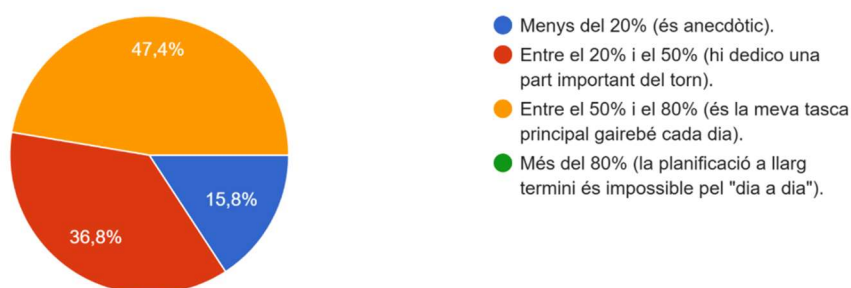
8. Anàlisi de dades i resultats.

Per obtenir dades reals, verídiques i comprovables, he realitzat una enquesta anònima als meus companys de departament. Ells són (juntament amb mi) qui planifiquen tot l'hospital, per tant té tot el sentit buscar les dades en ells. De les 19 qüestions proposades (les quals es troben a annexos), les 4 més interessants i representatives són les següents:

Figura 1. Percentatge del temps de feina dedicat exclusivament a tapar absències imprevistes.

Del teu temps de feina diari, quin percentatge aproximat dediques EXCLUSIVAMENT a tapar "forats" per absències d'última hora o imprevistes?

19 respostes



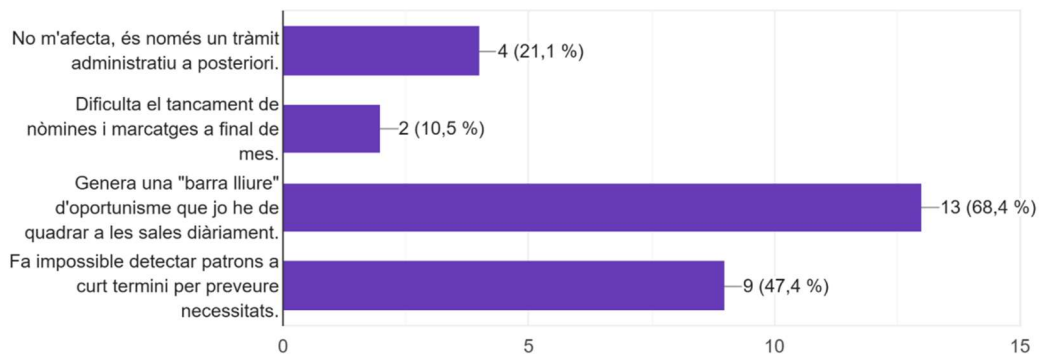
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta al Departament de Gestió de Professionals (2026).

Si ens fixem en el primer gràfic, tota la teoria de l'agència es converteix en el nostre dia a dia. No són números abstractes, sinó la realitat i el desgast dels qui planifiquem. Més del 84% de l'equip confessa que passa gairebé tot el seu torn tapant forats d'última hora. Aquest és el veritable cost invisible de l'absentisme. Tenim un departament pensat inicialment per fer planificació a llarg termini, però que a la pràctica acaba actuant com a urgències. L'estrès de desfer la feina ja feta i moure personal constantment demostra com cada decisió individual de no venir a treballar acaba saturant la resta de la maquinària de l'hospital, deixant els tècnics i administratius sense marge de maniobra.

Figura 2. Percepció sobre l'impacte organitzatiu de la justificació diferida del "metge d'empresa".

El fet que el treballador tingui fins a un mes per justificar verbalment/signar aquesta absència, com afecta la teva feina al Departament?

19 respostes



Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta al Departament de Gestió de Professionals (2026).

Les dades de la segona figura destapen el gran problema de fons del nostre sistema: el permís del metge d'empresa. Gairebé el 70% dels companys creuen que aquest dret ha creat una "barra lliure d'oportunisme". Aquí veiem clarament què passa quan un contracte té buits i no cobreix totes les situacions possibles. Segurament la mesura es va pensar per estalviar visites innecessàries al CAP per un simple mal de panxa, però a l'hora de la veritat, el fet de permetre justificar l'absència només de paraula i no tenir un límit mensual clar ha estat un error de plantejament. Com que no hi ha cap revisió mèdica al darrere, l'escaqueig acaba sortint de franc i ens deixa als planificadors lligats de mans, totalment incapaços de preveure patrons i a l'espera de les decisions d'última hora de certes persones que treballen en les nostres sales.

Figura 3. Efecte del Conveni i la complementació del 100% de la IT sobre el comportament laboral.

El Conveni garanteix cobrar el 100% des del primer dia de baixa (IT). Com a planificador, com perceps que això afecta el comportament de la plantilla?

19 respostes



Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta al Departament de Gestió de Professionals (2026).

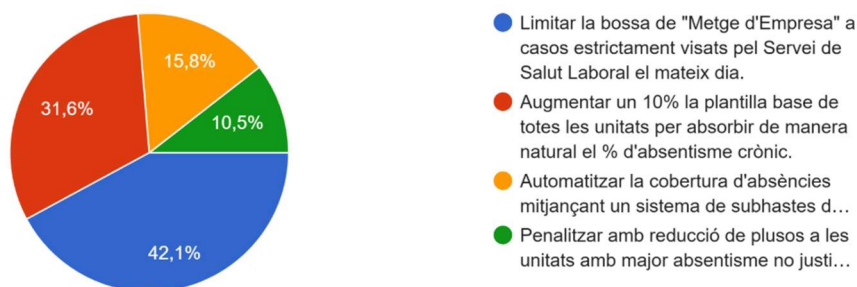
A la tercera figura entrem de ple en el dilema dels drets laborals. Que qualsevol treballador cobri el 100% de la nòmina des del primer dia de baixa és una gran notícia per no castigar els malalts reals, però els que quadrem la plantilla sabem perfectament que se'n paga un preu molt alt.

Quasi tots els enquestats veuen que, com que quedar-se a casa no suposa cap pèrdua econòmica per a l'empleat, un grup de gent ho aprofita per allargar la baixa més del necessari o per faltar per molèsties mínimes. És cert que la gran majoria fa un ús completament ètic i responsable d'aquest dret, però les dimensions de l'hospital faciliten l'anonimat d'aquella minoria que se n'aprofita. Al final, el sistema paga el mateix a tothom, i nosaltres hem de córrer pels passadissos buscant solucions perquè els pacients i els companys de sala no ho pateixin.

Figura 4. Identificació de l'obstacle principal per a la mitigació de l'absentisme sobrevingut. Font:

Si tinguessis capacitat de decisió directa avui mateix, quina mesura implantaries a l'Hospital per facilitar la vida al Departament de Planificació? (Tria'n només una)

19 respostes



Elaboració pròpia a partir de l'enquesta al Departament de Gestió de Professionals (2026).

Per tancar aquesta enquesta, el quart gràfic ens explica per què costa tant trobar una solució a tot això. Si demanem al departament quin és l'obstacle principal, la resposta no té res a veure amb falta de pressupost o manca de programes informàtics. Més de la meitat de l'equip assenyala directament la pèrdua de cultura de la responsabilitat per part d'alguns professionals. Si a això hi sumem l'alta protecció que dona el Conveni, ens trobem en un carrer sense sortida. És una situació frustrant perquè es demostra que no és només qüestió de contractar més mans, sinó d'una actitud on aquests permisos es veuen directament com a dies lliures a la carta. La por a provocar conflictes sindicals frena qualsevol intent de posar normes més estrictes, deixant tota la pressió estructural sobre l'esquena dels planificadors.

Després d'observar les dades i el dia a dia a l'Hospital, he pogut comprovar que el problema real i greu que dispara l'absentisme no són les Incapacitats Temporals, sinó l'absentisme que es pot decidir. Les IT estan programades i vigilades per l'ICAM, són de duracions normalment superiors a les de metge d'empresa i permeten trobar substitucions pels llocs de treball que queden sense cobrir. Tenen un seguiment i es poden solucionar en relativament poc temps.

Per entendre bé com funciona l'absentisme al Sant Pau, no només podem mirar les dades matemàtiques. També és necessari escoltar la visió estratègica de la Direcció. A l'entrevista realitzada al cap de Planificació, podem veure com mostra una postura molt prudent i reflexiva. Quan li preguntem si el fet de cobrar el 100% de la baixa acaba subvencionant l'escaqueig, ell deixa clar que la prioritat de l'hospital és protegir la salut i evitar el risc enorme del presentisme amb malaltia. Venir a treballar malalt a un hospital pot posar vides en perill. Tot i això, admet que el fet que la baixa surti gratis a l'empleat rebaixa bastant la barrera per faltar davant de molèsties menors. Per aquest motiu, des de la Direcció no són partidaris de posar dies de carència per no acabar castigant els professionals que realment estan malalts, tot i reconèixer que cal impulsar de manera molt urgent una cultura de la responsabilitat.

D'altra banda, la Direcció entén a la perfecció el cost invisible que patim cada dia els planificadors. Saben que el repte no és simplement pagar un substitut, sinó el dany que fa trencar l'estabilitat dels torns i com s'acaba sobrecarregant tothom a la planta. De fet, proposen obertament deixar de mirar només el percentatge clàssic d'absentisme i passar a fer servir un indicador de cobertura assistencial òptima. Això permetria mesurar de manera realista en quines condicions i amb quin nivell de tensió hem hagut de cobrir un torn concret.

A més, les respostes de l'entrevista validen un concepte molt repetit en aquest treball: el problema de l'anonimat. En un hospital de la mida del Sant Pau, és molt fàcil que un treballador no sigui conscient del dany directe que provoca la seva absència puntual. Com a possible solució, la Direcció descarta els plusos de presència, considerant que al sector públic poques vegades funcionen com s'espera. Prefereixen apostar per comandaments molt més propers i fomentar les entrevistes de retorn. La idea no és fer de policies interrogant el professional, sinó seure amb ell i fer-li veure amb dades quin ha estat l'impacte real de la seva decisió per al seu equip.

Finalment, pel que fa a la tecnologia de futur, la Direcció veu la intel·ligència artificial com una eina d'ajuda preventiva, mai com a càstig. Aquestes eines ens podrien servir per detectar amb antelació quines sales, perfils o èpoques de l'any pateixen pics d'absentisme, i així poder-nos avançar a les caigudes previsibles. La conclusió final que extraïem de la conversa amb el cap de planificació és molt clara: no podem somiar a eliminar l'absentisme per complet, però l'hospital té l'obligació de lluitar contra el que és ineficient i evitable, armant-se de valentia, dades clares i molt de lideratge per mantenir l'atenció als pacients.

La validesa de la Teoria de l'Agència de Jensen i Meckling (1976) agafa tot el sentit del món i es veu de manera impecable amb els resultats de l'entrevista a la Direcció. Els "costos d'agència" derivats de l'asimetria informativa que es troben a la teoria, el cap de planificació els anomena "costos invisibles", que en el marc de l'Hospital són la pèrdua de continuïtat assistencial i la replanificació constant. Així mateix, el model de "shirking" de Shapiro i Stiglitz (1984) es veu reflexat quan el cap del departament admet que és cert que el cost zero de l'absentisme ajuda a que aquest incrementi. Per tant, les conclusions d'aquest treball no són només observacions empíriques, sinó la confirmació que les mesures negociades i establertes en el conveni de Sant Pau són les que generen els resultats predits en la literatura estudiada pel cas.

9. Conclusions.

Arribats a aquest punt de l'estudi, podem afirmar sense gaires dubtes i amb dades pròpies a la mà que el veritable problema de l'Hospital Sant Pau no és l'absentisme en si, sinó la gestió de l'absentisme evitable i oportunista, ja que no tots els tipus d'absentisme són evitables ni s'han d'evitar. Després d'haver creuat la teoria econòmica amb la realitat diària del Departament de Gestió de Professionals, queda clar que les baixes llargues o les Incapacitats Temporals greus no són l'enemic de la planificació ni de l'Hospital en general. Aquestes situacions clíniques reals estan vigilades i controlades per l'ICAM, es poden arribar a preveure amb una mica de marge i permeten buscar substitucions estructurals, cobertures ben organitzades i sobretot seguir unes pautes i uns circuits que ja tenim marcats, pensats i establerts per aquestes. El problema gros i que realment ens posa contra les cordes en matèria d'organització és l'absentisme intermitent, curt i sobrevingut, aquell que es comunica mitja hora abans de començar el torn i que no permet posar-hi a ningú a mètode de cobertura puntual, havent de recórrer a reassignar professionals a d'altres sales, amb altres especialitats i que no volen sortir de la seva unitat.

El que ens demostra tota aquesta anàlisi és que l'hospital té un forat legal davant d'aquest absentisme decidit unilateralment i sense raó de ser. L'explicat ja metge d'empresa va ser pensat originàriament per descongestionar l'atenció primària davant d'indisposicions menors (com mals de cap o cops lleus) i s'ha acabat convertint en una explicació al peu de la lletra del risc moral post contractual. Si com a hospital permetem que qualsevol treballador pugui encadenar dies lliures només justificant-ho de paraula i sense paper mèdic setmanes més tard i sense cap límit ni mensual ni anual, s'ha creat una via legal (impulsada pel sindicat) per a l'escaqueig a cost zero pel treballador, però

cost cent per cent per l'empresa. Com que el Conveni també garanteix cobrar el 100% des del primer minut d'una baixa ordinària, la picaresca entra en joc. Aquest cost ja no és només econòmic, sinó que es tradueix en l'estrès de desmuntar quadrants sencers, la tensió de moure professionals cap a sales que no coneixen o directament no volen anar i la baixada de qualitat assistencial que reben els pacients, que són realment qui haurien de tenir el protagonisme absolut dins l'hospital.

Es pot assegurar sense temor a l'error que la mida de la institució juga en contra nostra com a planificadors. No hi ha sentiment de culpa si ni tan sols coneixes a qui té per sobre el teu cap directe; al ser una organització tan gran i haver-hi molts nivells estructurals, molts dels treballadors només es coneixen entre companys del mateix nivell i al seu cap immediat, no als qui realment prenen les decisions importants. El treballador que decideix aprofitar-se del sistema poc favorable a l'hospital no veu a qui està perjudicant directament, assumint que el Departament de Planificació sempre tindrem una llista de gent per trucar o alguna mena de truc de màgia per tapar el forat, ignorant que darrere d'aquell forat hi ha companys assumint el doble de càrrega de treball. Nosaltres (des de Gestió de Professionals) patim sobre la gestió, però els companys de sala de l'absentista són qui paguen amb suor.

10. Propostes de millora

Solucionar aquest trencaclosques no passa pas per castigar la malaltia real o retallar drets laborals dels nostres treballadors, això no ho trobo ni qüestionable. Realment passa per tancar les vies lliures d'absentisme descontrolat i canviar la manera com mesurem les coses, per ser més exactes amb les nostres accions.

El metge d'empresa (BJ, per a nosaltres) ha de ser el principal punt a debatre amb els sindicats. No es tracta d'eliminar-lo, sinó de regular-lo amb un sentit comú on totes les parts podem tenir paraula. La meua proposta principal és establir un límit màxim de BJ a l'any per treballador, tal com es fa amb els dies d'assumptes propis (per cada any, en generen 6). Sumat a estar limitat en nombre de vegades, s'hauria d'exigir que la justificació no sigui a posteriori, sinó que requereixi l'aprovació del Servei de Salut Laboral el mateix dia de l'absència. Només posant aquest filtre de control en el moment de la BJ, s'eliminarà d'arrel la pràctica d'utilitzar aquests dies com a allargament de caps de setmana i ponts, i pels dies que fa mandra anar a treballar i és més senzill passar-se per Salut Laboral a les dues setmanes a dir que tenies un mal d'esquena terrible.

Una altra proposta directa és la d'implementar entrevistes de retorn. Per lluitar contra la pèrdua de sentit de la responsabilitat que genera treballar en un hospital tan gran, cal recuperar la gestió humana de proximitat, directa i personal, amb la gent amb la que treballem a diari. Trobo que és imprescindible que es faci una trobada amb el supervisor un cop es reincorpora la persona absentista, una breu reunió de cinc minuts just en el moment de reincorporar-se. L'objectiu no és investigar, fer sentir malament o castigar al treballador, sinó interessar-se per l'estat del professional i, ja que estem, fer-li evident l'impacte organitzatiu que ha tingut la seva falta a la sala. Que el treballador que era a casa dedicant temps a activitats d'oci vegi que els seus companys van anar corrents pels passadissos per suplir el seu forat, perquè pensi en no fer-ho més si no és necessari en qüestions de salut.

Per últim, una proposta que trobo interessant a fer és la millora de la recollida i anàlisi de dades. El Departament de Gestió de Professionals ha de deixar de justificar-se només amb el percentatge tradicional d'absentisme (aquest dia aquí van faltar "x" treballadors, i prou). S'ha de crear un nou KPI o "Indicador Clau d'Acompliment". Aquest indicador ha de demostrar quantes vegades s'ha cobert un torn en condicions d'alt absentisme sobrevingut, movent gent fora de la seva especialitat o pagant hores extres. Amb aquest tipus d'indicadors, és més senzill visualitzar l'esforç logístic real, ja que es veuen més paràmetres. La utilització d'Intel·ligència Artificial ha de ser enfocada a analitzar dades massives i predir quins torns, unitats o èpoques de l'any tenen més risc de caigudes imprevistes, permetent que els planificadors deixem de ser totalment reactius per passar a ser preventius.

Només equilibrant la protecció dels drets del treballador amb l'exigència de responsabilitat cap a la institució, l'Hospital Sant Pau podrà garantir la sostenibilitat d'un sistema que ara mateix s'aguanta, en gran mesura, per l'esgotament silencios dels qui intenten fer-lo quadrar cada dia. S'està fent un esforç massiu a nivell econòmic i organitzatiu per no deixar caure un sistema ineficient i manipulable, cosa que ens ha de fer preguntar fins quin punt podem protegir sense ser abusats.

Tot i així, cal ser conscients que qualsevol modificació del permís de metge d'empresa o la implantació d'entrevistes de retorn vol dir rebel·lió i negació imminent per part dels sindicats. Per poder dur a terme les mesures plantejades sobre el BJ, ho hem d'enfocar des d'un altre punt de vista: l'absentisme intermitent a qui realment penalitza i sobrecarrega físicament i mentalment és als propis companys de sala.

L'estratègia de negociació passa per plantejar una prova pilot en les unitats amb major índex d'absentisme, i mesurar els canvis en un període de temps mitjançant els nous

indicadors. A canvi d'acceptar límits en la utilització del metge d'empresa i controls mèdics en les absències curtes, s'haurien d'oferir mesures de flexibilitat horària i de conciliació. Si realment necessitessin acudir al metge d'empresa i fan bé el procés, podrien retornar de manera pautada i amb el sentiment coral de grup de fer les coses de la manera que toca.

11. Bibliografia.

DOCTRINA I ARTICLES ACADÈMICS

Allen, S. G. (1981). An empirical model of work attendance. *The Review of Economics and Statistics*, 63(1), 77–87.

Belita, A., Mbau, R., & Musiega, A. (2022). Management of health worker absenteeism: A systematic review. *Human Resources for Health*.

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57–74.

García-Prado, A., & Chawla, M. (2006). The impact of hospital management reforms on absenteeism. *Social Science & Medicine*.

García-Serrano, C. (1998). El absentismo laboral: Una aproximación teórica y empírica. *Revista Internacional de Sociología*, (10), 10.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360.

Løkke, A. K. (2008). The concept of absenteeism. *The International Journal of Human Resource Management*.

Shapiro, C., & Stiglitz, J. E. (1984). Equilibrium unemployment as a worker discipline device. *The American Economic Review*, 74(3), 433–444.

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (s.d.). *España marca un nuevo récord y supera los 22,1 millones de afiliados en la serie original, tras sumar 224.000 en abril.* <https://www.inclusion.gob.es/w/espana-marca-un-nuevo-record-y-supera-los-22-1-millones-de-afiliados-en-la-serie-original-tras-sumar-224.000-en-abril>

CONVENIS I DOCUMENTS INSTITUCIONALS

Consorti de la Santa Creu i Sant Pau. (2021a). *Conveni col·lectiu de treball de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau per als anys 2021-2024.*

Consorti de la Santa Creu i Sant Pau. (2021b). *Conveni col·lectiu extraestatutari entre la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i l'Associació professional del cos facultatiu de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.*

JURISPRUDÈNCIA

Tribunal Constitucional. (2019). *Sentència 118/2019, de 16 d'octubre.*

Tribunal Suprem. (1987). *Sentència de 29 de gener de 1987.*

Tribunal Suprem. (1987). *Sentència de 2 de juny de 1987 (RJ 1987\4103).*

Tribunal Suprem. (1988). *Sentència de 24 d'octubre de 1988.*

Tribunal Suprem. (1990). *Sentència de 25 de juny de 1990.*

Tribunal Suprem. (1991). *Sentència de 4 de febrer de 1991.*

Tribunal Suprem. (2005). *Sentència 5981/2004, de 3 de febrer de 2005.*

Tribunal Suprem. (2020). *Auto de 11 de juny de 2020.*

Tribunal Suprem. (2023). *Sentència 2339/2022, de 25 de maig de 2023.*

Tribunal Superior de Justícia de Catalunya. (2002). *Sentència 4447/2002, de 11 de juny de 2002.*

Tribunal Superior de Justícia de Catalunya. (2003). *Sentència 5818/2003, de 29 de setembre de 2003.*

Tribunal Superior de Justícia de Catalunya. (2016). *Sentència de 7 de març de 2016 (EDJ 2016/50698).*

Tribunal Superior de Justícia de Madrid. (2017). *Sentència 1172/2016, de 8 de març de 2017.*

Tribunal Superior de Justícia de Madrid. (2021). *Sentència 455/2021.*

12. Annexos.

ENTREVISTA CAP PLANIFICACIÓ HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

¿Cuál es la lógica estratégica de mantener el complemento al 100% de la IT en el convenio y cómo crees que esto condiciona el comportamiento del trabajador ante dolencias leves?

La lógica estratégica es proteger la salud del profesional y evitar que una persona venga a trabajar enferma por miedo a perder salario. En un hospital, el presentismo también es un riesgo: para el profesional, para el equipo y para el paciente.

Ahora bien, también es cierto que cuando la baja no tiene impacto económico directo para el trabajador, en determinados casos de dolencias leves puede reducirse la barrera de entrada a la IT. No diría que esto genera absentismo por sí solo, pero sí puede condicionar el comportamiento de una minoría si no existe cultura de corresponsabilidad, seguimiento y análisis de los patrones de absentismo.

La clave no es penalizar al que enferma, sino gestionar bien el equilibrio entre protección de la salud, continuidad asistencial y sostenibilidad del sistema.

En las mesas de negociación con los sindicatos, ¿se llega a debatir abiertamente el impacto económico que tiene el “coste cero” de la baja para el empleado?

Creo que debería poder debatirse con datos, pero con mucho cuidado en el enfoque. No se trata de cuestionar el derecho a la baja ni de señalar a los profesionales, sino de explicar que el coste cero para el trabajador no significa coste cero para la organización.

Cada ausencia genera una necesidad de cobertura, llamadas, replanificación, horas extra, contratación externa o movimientos internos. Y eso acaba repercutiendo en los equipos, en la planificación y en la eficiencia del hospital.

En una mesa de negociación madura, el debate debería ser: cómo protegemos la salud del trabajador y, al mismo tiempo, cómo garantizamos la sostenibilidad del servicio público y la equidad con los compañeros que asumen la carga asistencial.

¿Sientes que el convenio actual protege el derecho a la salud o que, involuntariamente, termina subvencionando la falta de compromiso de una minoría?

Diría que el convenio protege el derecho a la salud de la mayoría de profesionales, y eso es imprescindible. La mayoría de trabajadores utilizan la IT de forma correcta y responsable.

Pero también creo que algunos diseños pueden generar efectos no deseados cuando una minoría utiliza el sistema de forma poco responsable. No hablaría de que el convenio “subvenciona la falta de compromiso”, porque sería injusto para la mayoría, pero sí de que determinados marcos pueden dificultar la gestión del absentismo de corta duración e intermitente.

El reto es no debilitar derechos colectivos por el comportamiento de una minoría, pero tampoco ignorar el impacto real que esa minoría tiene sobre el conjunto del sistema.

Si pudieras renegociar desde cero, ¿introducirías algún sistema de “días de carencia” para frenar el absentismo de corta duración?

Sería muy prudente con esta medida. Los días de carencia pueden frenar determinados usos ineficientes, pero también pueden castigar injustamente a profesionales que realmente están enfermos, especialmente en categorías con mayor exposición física, emocional o biológica.

Antes de ir a una penalización económica, yo exploraría otras medidas: análisis de patrones de absentismo de corta duración, entrevistas de retorno, acompañamiento por salud laboral, activación del ICAM cuando proceda, indicadores de reincidencia y planes preventivos en unidades con mayor tensión.

Si se planteara alguna medida de carencia, debería ser muy garantista, negociada, con excepciones claras y nunca orientada a castigar la enfermedad.

Más allá del coste del sustituto, ¿cuál es el coste invisible de la “variabilidad” constante que asume el hospital para no dejar de prestar servicio?

El coste invisible es enorme. No es solo pagar a otra persona. Es romper la planificación, mover profesionales de unidad, generar llamadas constantes, aumentar horas extra, recurrir a cobertura externa, sobrecargar a los equipos y reducir la estabilidad del turno.

En enfermería, la variabilidad tiene un impacto directo en la continuidad asistencial. Un profesional que entra a cubrir una ausencia puede ser competente, pero quizá no conoce igual la dinámica de la unidad, los circuitos, el equipo o la situación concreta de los pacientes.

También hay un coste emocional: los equipos perciben inequidad, los mandos intermedios dedican tiempo a apagar fuegos y la planificación deja de ser estratégica para convertirse en reactiva.

¿Cómo se justifica ante la Dirección Financiera o el CatSalut un presupuesto de absentismo que parece no tener techo debido a las mejoras del convenio?

Se justifica con transparencia, datos y trazabilidad. El absentismo no puede presentarse solo como una desviación presupuestaria; debe presentarse como una necesidad vinculada a la continuidad asistencial.

Pero también hay que demostrar que la organización no se limita a asumir el coste, sino que lo analiza y lo gestiona. Hay que explicar qué parte corresponde a absentismo estructural, qué parte a procesos de larga duración, qué parte a bajas intermitentes, qué coberturas se han hecho con plantilla propia, con horas extra o con dispositivos externos, y qué medidas se están tomando para reducir la variabilidad.

La Dirección Financiera necesita entender que cubrir una ausencia en un hospital no es opcional: es necesario para mantener la actividad y la seguridad asistencial. Pero nosotros también tenemos la obligación de convertir ese gasto en información para tomar mejores decisiones.

¿Existe algún indicador de “productividad perdida” que usemos para medir el impacto real de las bajas intermitentes en la calidad asistencial?

El porcentaje de absentismo por sí solo se queda corto. Necesitamos indicadores que midan el impacto operativo real.

Yo hablaría de indicadores como turnos descubiertos, turnos cubiertos con horas extra, turnos cubiertos con profesionales externos, cambios de ubicación de profesionales, tiempo administrativo dedicado a replanificar, recurrencia de bajas de corta duración e impacto sobre la estabilidad de las unidades.

En nuestro caso, tiene sentido avanzar hacia un indicador de cobertura asistencial óptima, que no solo mida si el turno se ha cubierto, sino cómo se ha cubierto y con qué nivel de tensión organizativa. Porque no es lo mismo cubrir con plantilla estable que cubrir a última hora, con horas extra o con un profesional que no conoce la unidad.

¿Cómo es la relación con el ICAM? ¿Sientes que el sistema público de salud está alineado con la necesidad del hospital de que las altas sean rápidas y efectivas?

Yo no hablaría de altas rápidas, sino de altas adecuadas, seguras y ajustadas a la situación funcional del profesional.

El ICAM tiene un papel clave en la evaluación, seguimiento y control de las situaciones de incapacidad temporal, y puede intervenir en la revisión de determinados procesos.

Desde la perspectiva del hospital, a veces la sensación es que los tiempos clínicos, administrativos y organizativos no siempre están alineados. Nosotros necesitamos planificar, cubrir turnos y garantizar actividad asistencial, pero el sistema de evaluación médica tiene sus propios circuitos y garantías.

La relación debería basarse en datos objetivos, canales ágiles y confianza institucional. No se trata de presionar para altas, sino de asegurar que las bajas se ajustan realmente a la limitación funcional existente y que los procesos no se alargan innecesariamente.

¿En qué punto crees que el derecho a la intimidad del trabajador choca con el derecho del hospital a verificar que la baja se usa realmente para la recuperación?

El hospital no tiene derecho a conocer el diagnóstico ni a invadir la intimidad del trabajador. Los datos de salud son especialmente protegidos y su tratamiento está muy limitado.

Pero el hospital sí tiene derecho y obligación de gestionar la ausencia, proteger la continuidad asistencial y activar los mecanismos legales de revisión cuando existan indicios objetivos o patrones preocupantes.

El equilibrio está en no preguntar “qué tienes”, sino analizar “qué impacto organizativo genera”, “qué patrón se repite” y “si procede activar los circuitos establecidos”. La verificación debe hacerse por vías formales: salud laboral, mutua, ICAM o los mecanismos que correspondan, no desde la sospecha informal ni desde la presión directa al profesional.

¿Por qué crees que los incentivos positivos, como pluses de presencia, suelen tener menos éxito en el sector público que en el privado?

Porque en el sector público los incentivos individuales tienen menos recorrido si no están muy bien diseñados. Hay más rigidez normativa, más peso de la negociación colectiva y más dificultad para diferenciar comportamientos individuales sin generar sensación de agravio.

Además, en sanidad pública hay un componente vocacional y de compromiso colectivo que no siempre se moviliza solo con incentivos económicos. A veces funciona mejor trabajar sobre cultura de equipo, liderazgo cercano, reconocimiento profesional, estabilidad en la planificación y corresponsabilidad.

Un plus de presencia mal diseñado puede incluso penalizar a quien enferma de verdad. Por eso hay que ser muy cuidadoso: incentivar la asistencia no puede convertirse en castigar la enfermedad.

¿Crees que el tamaño del hospital y la burocratización favorecen el anonimato y, por tanto, disminuyen el coste social de “escaquearse”?

En organizaciones grandes existe más riesgo de anonimato. Cuando los equipos son muy grandes, los circuitos son complejos y la relación con la organización es más distante, puede disminuir la percepción del impacto que tiene una ausencia individual.

Pero no me gusta utilizar la palabra “escaquearse” como categoría general. La mayoría de profesionales tienen compromiso. Lo que sí diría es que el tamaño puede dificultar la detección temprana de patrones y puede hacer que algunos comportamientos individuales se diluyan dentro del sistema.

Por eso es tan importante tener mandos cercanos, presencia administrativa, buena planificación, herramientas digitales y datos compartidos. Cuanto más visible es el impacto de las decisiones individuales sobre el equipo, más cultura de corresponsabilidad se genera.

¿Qué papel crees que jugará la inteligencia artificial o el análisis masivo de datos en la predicción y control de patrones de absentismo fraudulento?

Creo que tendrá un papel importante, pero hay que enfocarlo bien. La inteligencia artificial no debe utilizarse para señalar personas ni para sustituir la valoración médica. Debe ayudarnos a detectar patrones organizativos, anticipar tensiones de cobertura y planificar mejor.

Por ejemplo, puede identificar unidades con mayor absentismo de corta duración, periodos críticos, correlación con fines de semana, festivos, cargas de trabajo, turnos o determinados momentos del año. Eso permite actuar preventivamente: reforzar equipos, revisar planificación, activar salud laboral o analizar causas organizativas.

Hablaría más de absentismo ineficiente que de fraude. El fraude requiere una valoración jurídica y médica muy garantista. La IA puede orientar la gestión, pero no puede convertirse en una herramienta de sospecha automática.

¿Cuál es el mayor obstáculo político o legal que te impide acabar con el absentismo ineficiente hoy mismo?

El principal obstáculo es que no existe una solución única, inmediata y exclusivamente jerárquica. El absentismo está en la intersección entre derechos laborales, salud, negociación colectiva, privacidad, cultura profesional, liderazgo y sostenibilidad económica.

Legalmente, y con razón, hay muchas garantías para proteger al trabajador enfermo. Políticamente, cualquier medida puede interpretarse como un ataque al derecho a la salud si no se explica bien. Y organizativamente, necesitamos mejores datos, mejores circuitos y más capacidad de anticipación.

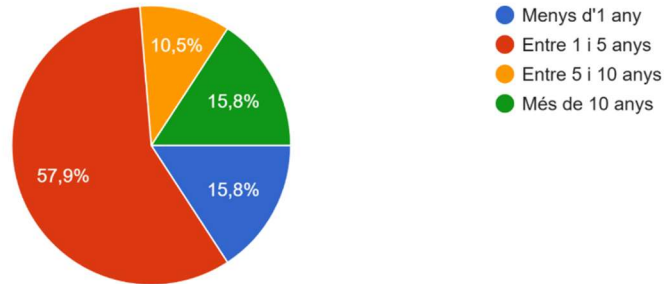
Yo no hablaría de “acabar” con el absentismo, porque siempre habrá absentismo legítimo. Hablaría de reducir el absentismo evitable, gestionar mejor el absentismo intermitente y actuar con firmeza ante los casos de uso ineficiente o abusivo, siempre con garantías.

El mayor obstáculo es encontrar el equilibrio entre proteger derechos individuales y garantizar la continuidad de un servicio público esencial. Ese equilibrio exige datos, liderazgo, negociación y valentía institucional.

ENQUESTA AL DEPARTAMENT DE GESTIÓ DE PROFESSIONALS:

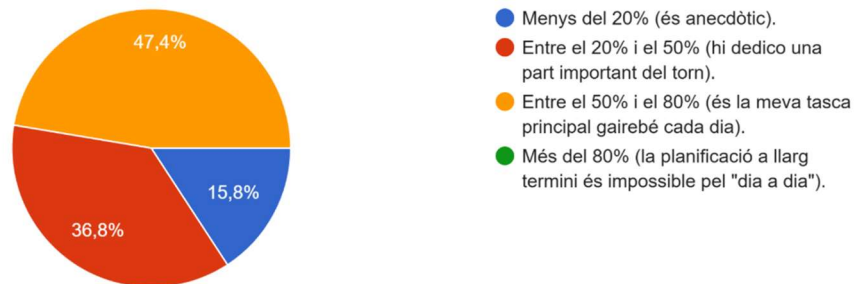
Quina és la teva antiguitat treballant a l'àrea de Planificació / Gestió de Professionals?

19 respostes



Del teu temps de feina diari, quin percentatge aproximat dediques EXCLUSIVAMENT a tapar "forats" per absències d'última hora o imprevistes?

19 respostes



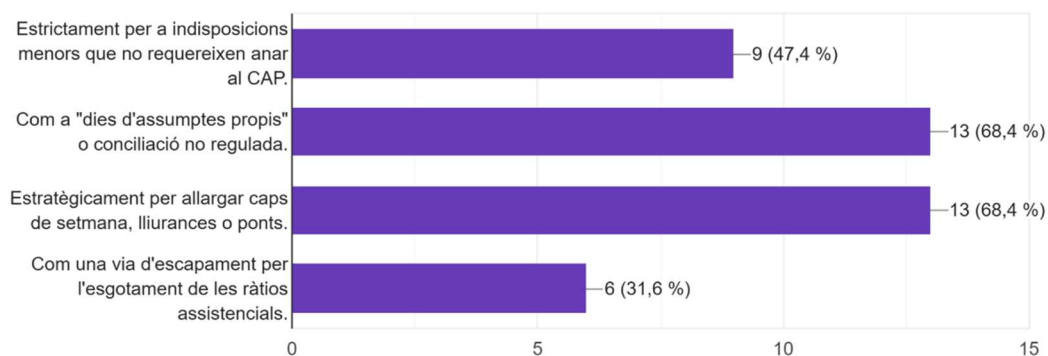
Com descriuries el teu nivell d'estrès laboral quan arribes al teu torn i veus el llistat d'absències d'aquell dia?

19 respostes



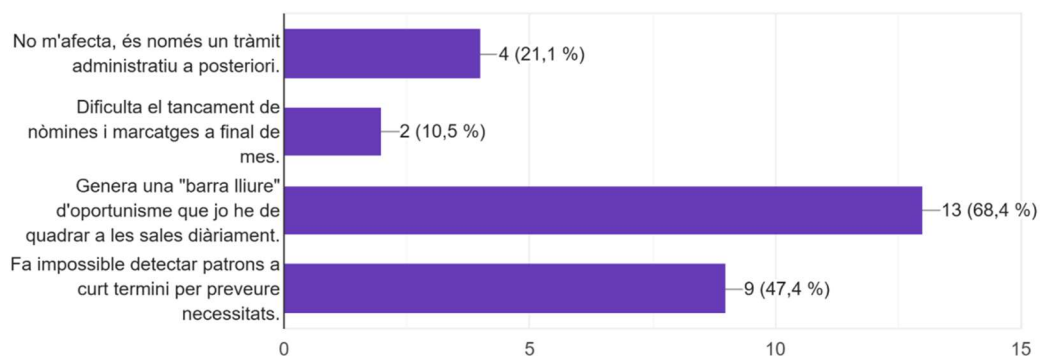
Des de la teva experiència gestionant incidències, com creus que s'utilitzen majoritàriament els 2 dies de "metge d'empresa" seguits per part del personal? (Pots marcar-ne més d'una)

19 respostes



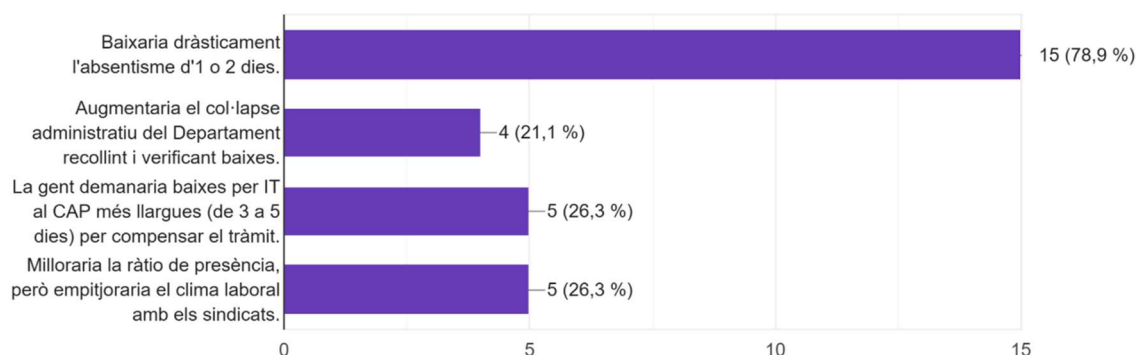
El fet que el treballador tingui fins a un mes per justificar verbalment/signar aquesta absència, com afecta la teva feina al Departament?

19 respostes



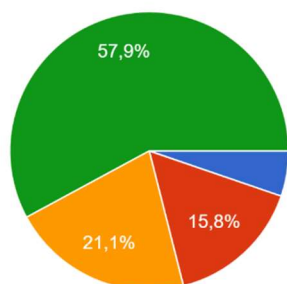
Si s'exigís una justificació mèdica real al CAP o visita a Salut Laboral el mateix dia (eliminant el permís de "2 dies verbals seguits"), quin creus que seria el resultat organitzatiu?

19 respostes



El Conveni garanteix cobrar el 100% des del primer dia de baixa (IT). Com a planificador, com perceps que això afecta el comportament de la plantilla?

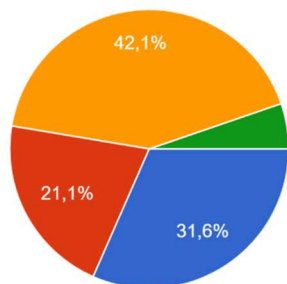
19 respostes



- No afecta; la gent només agafa la baixa si està realment malalta.
- Fomenta un allargament innecessari dels dies de baixa (cost zero per a l'empleat).
- Fomenta un ús oportunista o "escaqueig" intermitent en èpoques concretes de l'any.
- Protegeix la salut general, però paguem el preu amb un petit grup que n'abusa.

Si l'hospital introduís el "dia de carència" (no cobrar el 1r dia de baixa), com creus que afectaria la nostra feina a Planificació?

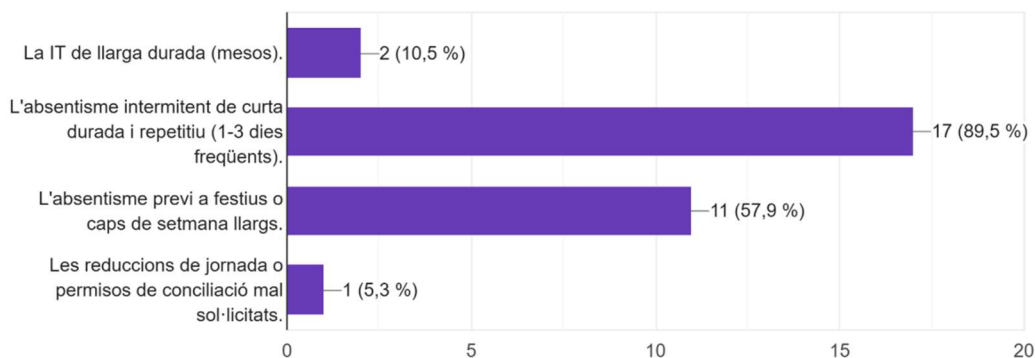
19 respostes



- Ens buidaria d'estrès: baixariem a la meitat les trucades per tapar forats d'un dia.
- Generaria un greu problema de presentisme (gent venint malalta) que explotaria més tard.
- Desplaçaria el problema: tindriem menys baixes d'un dia, però més baixes...
- És inviable legalment i provocaria una vaga, fent la nostra feina més caòtica.

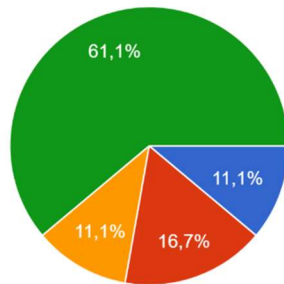
Quina tipologia d'absentisme et genera un "cost invisible" i logístic pitjor a l'hora de treballar?

19 respostes



A l'hora de resoldre un "forat" a sala per una absència imprevista, quina és la mesura que t'agrada MENYS haver d'aplicar per l'impacte que genera?

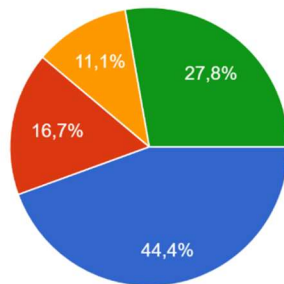
18 respostes



- Pagar hores extres o doblatges (desgast econòmic i físic de l'empleat).
- Moure un professional d'una altra unitat on estava assignat (desestabilitzar dues unitats).
- Trucar a personal de borsa/extern que no coneix bé el servei.
- Deixar el torn "en descobert" o sota ràtio, assumint el risc assistencial.

Creus que les macro-organitzacions (com l'Hospital Sant Pau) afavoreixen l'anonimat del treballador, facilitant que aquest falti sense sentir-se responsable de l'impacte?

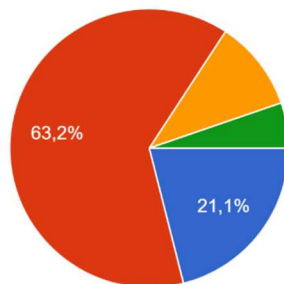
18 respostes



- Sí, totalment. L'empleat creu que Planificació sempre té una llista de gent per trucar.
- Sí, a diferència d'una clínica petita, l'impacte es dilueix i no hi ha pressió social.
- No, el treballador sap que qui pateix és el seu company de torn i això el frena.
- No hi té a veure la mida de l'hospital, sinó la vocació individual de cadascú.

Com és habitualment la recepció/comunicació amb els supervisors de sala quan els comuniquem que no podem cobrir una baixa amb el perfil òptim?

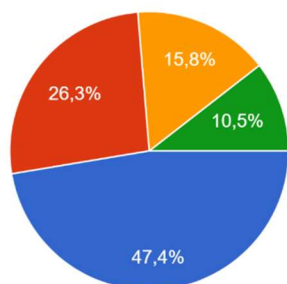
19 respostes



- Comprensiva, saben que no tenim una "fàbrica de personal".
- Tensa però col·laborativa; acaben reestructurant la feina.
- Molt negativa; ens culpabilitzen de la falta de previsió o cobertura.
- Inexistent; normalment envien els professionals disponibles i s'apanyen com poden.

Com d'útil creus que seria aplicar eines predictives d'Intel·ligència Artificial al Departament per detectar patrons d'absentisme intermitent?

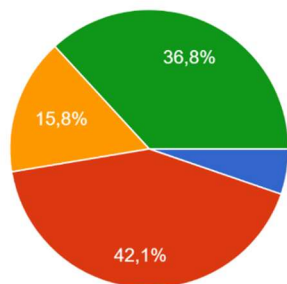
19 respostes



- Vital, ens permetria avançar-nos a festius i reforçar plantilles on sabem que hi haurà caigudes.
- Útil per detectar i assenyalar treballadors reincidents (frau).
- Poc pràctic; l'absentisme real no avisa, no es pot predir amb un algoritme.
- Seria perillós a nivell sindical i de protecció de dades de salut.

Com valoren el suport de l'ICAM o Mútues en la tasca de controlar les baixes recurrents que us desquaden els quadrants?

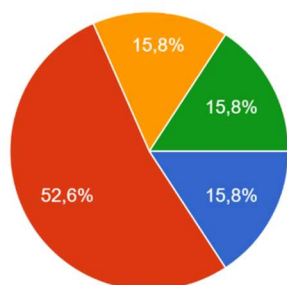
19 respostes



- Molt bo, donen altes justes i a temps.
- Lent i ineficaç, els temps clínics van molt per darrere de la nostra urgència logística.
- Nul, l'hospital està sol assumint la gestió d'aquestes baixes.
- No conec a fons la relació de l'hospital amb aquestes entitats.

Quina estratègia creus que tindria MÉS ÈXIT per desincentivar les faltes fraudulentas d'1 o 2 dies, tenint en compte el sector sanitari públic-privat?

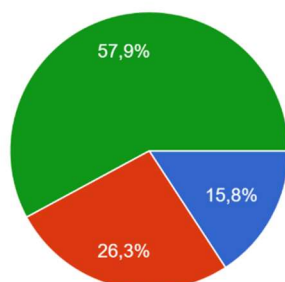
19 respostes



- Incentius econòmics positius per assistència (Pluses de presencialitat).
- Aplicació rigorosa de sancions disciplinàries en casos d'ús fraudulent comprovat del "metge d'empresa".
- Entrevistes de retorn obligatòries amb el Comandament per reduir l'anonimat de la falta.
- Descomptar directament els dies del saldo de vacances/assumptes propis...

Si es fessin "entrevistes de retorn" (el treballador ha de justificar la falta asseient-se amb el seu Cap/Supervisor en tornar), quin paper hi jugaríem els de Planificació?

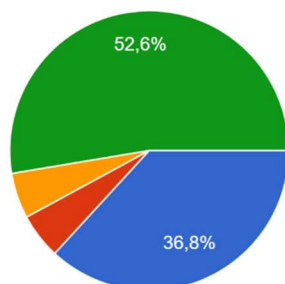
19 respostes



- Hauríem de ser-hi presents per aportar la dada de l'impacte d'aquella falta.
- Només hauríem de proveir el llistat a les Supervisores perquè elles ho gestionin.
- Ens recarregaria de burocràcia passar aquesta informació.
- Cap, nosaltres som operatius logístics, això és feina de Relacions Laborals.

Quin és l'obstacle PRINCIPAL per solucionar el caos de l'absentisme sobrevingut a la nostra àrea?

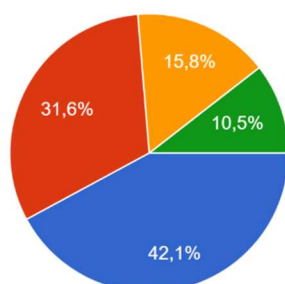
19 respostes



- L'excessiva protecció del Conveni i la manca de conseqüències per faltar.
- La dificultat o reticència política/direcció a enfrontar-se als Sindicats.
- La manca d'eines tecnològiques, IA i pressupost per a cobrir la realitat de la feina.
- La pèrdua de cultura de responsabilitat per part d'alguns professionals sanitaris.

Si tinguessis capacitat de decisió directa avui mateix, quina mesura implantaries a l'Hospital per facilitar la vida al Departament de Planificació? (Tria'n només una)

19 respostes



- Limitar la bossa de "Metge d'Empresa" a casos estrictament visats pel Servei de Salut Laboral el mateix dia.
- Augmentar un 10% la plantilla base de totes les unitats per absorbir de manera natural el % d'absentisme crònic.
- Automatitzar la cobertura d'absències mitjançant un sistema de subhastes d...
- Penalitzar amb reducció de plusos a les unitats amb major absentisme no justi...