

Informe de SEDISA sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud



LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA SALUD

Febrero 2013 Versión 3.1

Confeccionado por:

SEDISA. Sociedad Española de Directivos de la Salud

Con la colaboración de

Entidades colaboradoras



Universitat Oberta
de Catalunya



Profesionalización de los Directivos de la Salud

1. Introducción

Desde hace más de 25 años viene siendo habitual la preocupación por la profesionalización de los gestores sanitarios y su papel en la gestión de las organizaciones sanitarias. Algunos de los más veteranos recordarán las sesiones de trabajo de la Escuela Nacional de Sanidad sobre capacitación de los gerentes de hospitales en el año 1987, aunque ha sido la crisis económica actual la que ha acentuado el interés por conocer el perfil de los gestores. Se trata de saber quién dirige los hospitales y demás instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas en el entorno nacional, así como su formación y sus específicas competencias.

En este sentido, **SEDISA, la Sociedad Española de Directivos de la Salud**, estableció en su vigente Plan Estratégico la profesionalización de los gestores de la salud como un objetivo a desarrollar. Por otra parte, viene siendo habitual, en estos momentos de crisis económica y financiera, el reconocimiento a la labor de los gestores sanitarios y la necesidad de profesionalizarlos.

La **AMA (American Management Association)** estableció que el buen directivo es aquel que logra resultados a través de sus colaboradores, en condiciones de eficiencia, y además se siente satisfecho y realizado conjuntamente con ellos, es aquel que posee los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes pertinentes.

Esta definición, en los actuales tiempos difíciles de crisis económica, parece muy idealista ya que si bien es cierto que la satisfacción y realización es una consecuencia del trabajo bien hecho, no siempre es así. En múltiples ocasiones el directivo sanitario se ve enfrentado a situaciones difíciles, conflictivas y/o estresantes que hacen que a pesar de realizar una buena gestión sea difícil la satisfacción, que en cualquier caso no es un fin en sí mismo de la labor directiva, sino una deseable consecuencia, en primer lugar, para las personas gestionadas por el directivo y, en segundo lugar, para sí mismo.

En el entorno de los servicios sanitarios españoles hay una gran parte de titularidad y gestión pública, y hemos de aceptar que en estas instituciones los perfiles de los directivos han de ser coincidentes a las características de los gestores de lo público, en lo concerniente a que el líder público necesita tener en cuenta que se mueve en un contexto especial, donde debe conocer el derecho administrativo, moverse dentro de un determinado orden de valores de la ética pública, entender la historia, la cultura, respetar la memoria institucional y el sistema político de cada entidad o territorio. Además, han de saber manejar cuestiones del bien común para facilitar la dirección ética, intelectual y moral y el establecimiento de relaciones humanas de alta calidad.

Por todo ello, no basta con que sean buenos técnicos, ejecutores o gestores, que lo han de ser, sino que también han de saber gobernar *sensu stricto*, servir, diseñar y dirigir proyectos y programas, trabajar por presupuestos, usar el control económico-financiero o manejar indicadores no monetarios, evaluar las políticas públicas, negociar, elegir socios, dirigir la comunicación, actuar con un rígido orden de prioridad y con inusual transparencia.

Además, no es suficiente la mera ética personal, la ética de virtudes y de fines, sino que requiere además, según **Martin Rhonheimer**, la virtud del actuar institucional: la eticidad de los medios, de las configuraciones institucionales, de los procedimientos corporativos y sistemas de dirección y leyes que, en sí mismas, induzcan comportamientos éticos sociales, pero han de tener ante todo una formación adecuada para ejercer con eficiencia sus funciones encomendadas.

En el sector público, los directivos de la salud se mueven en varios campos: por una parte, los servicios de asistencia sanitaria donde coexisten tradicionalmente gerentes, directores médicos, directores de gestión, financieros, económicos o de servicios generales, directores de enfermería y subdirectores de cada división. En Atención Primaria puede haber Gerentes y/o Directores de Atención Primaria, y Directores de Enfermería, aunque es cada vez más frecuente la integración de equipos asistenciales gestores de ambos niveles. Otras áreas importantes son los servicios centrales y los de salud pública, donde suele haber Directores de Salud Pública, de Planificación, Calidad, Docencia e Investigación o Epidemiología, entre otros. Algunas figuras novedosas en el ámbito público son los Directores de Innovación que existen en algunos centros. Por último, también hay que tener en cuenta dentro de los directivos de la salud aquellos que se encargan de gestionar dispositivos sociosanitarios, como pueden ser residencias de asistidos o sociosanitarias.

Tampoco debemos olvidar al sector privado de la salud en España, que mueve más del 26% del gasto sanitario y representa el 51% de los hospitales de España. En la sanidad privada también hay muchos profesionales directivos de la salud divididos en las clásicas gerencias y direcciones económicas financieras, así como directores asistenciales, de recursos humanos, de enfermería, marketing, comerciales, relaciones institucionales, sistemas de información o de planificación, entre otros, ya que la diversificación de la función directiva en este sector es importante y se articula de manera similar a las empresas privadas.

En definitiva, nos encontramos ante un sector rico, diverso, con profesionales con titulaciones y formación variada amalgamados todos ellos en un sector también muy diversificado, debido a las diferencias entre las CCAA y entre las distintas instituciones y sectores que lo componen.

2. El Entorno del Directivo de la Salud.

Los entornos de trabajo del directivo de la salud son diferentes según sea su campo de acción restringido a un área, por ejemplo, atención primaria, especializada o sociosanitaria, o más global como gerentes de áreas integradas, y según dependa del sector público o privado. Aún dentro de ambos sectores el entorno laboral depende de las capacidades organizativas y sistemas de información y gestión dentro de cada empresa o cada CCAA.

Desde SEDISA pensamos que el desarrollo de los sistemas de información en el sector público pueden ayudar a superar las limitaciones históricas del sistema. En la actualidad, los directivos sanitarios nos vemos obligados, en muchas ocasiones, a basar muchas de nuestras decisiones y recomendaciones en datos de eficacia, y no llegamos a poder recabar datos de efectividad, sin que en la mayor parte de los casos podamos ni siquiera afrontar el tema eficiencia (relación entre el coste y la efectividad) que el dato crucial para ofrecer el mejor servicio público al menor coste para los contribuyentes. Resulta, por tanto, que en muchas ocasiones, sin los sistemas de información apropiados o sin el acceso a datos de costes comparativos por proceso o per cápita ajustada, hemos de tomar decisiones sobre la base de datos incompletos y aceptamos aproximaciones al no poder disponer de otras mejores opciones.

En el momento actual, con las tecnologías disponibles, debemos poder tomar decisiones en base a la mejor información disponible, para lo cual debe existir información compartida y transparente entre las distintas áreas de los servicios de salud, centros, hospitales, incluso entre diferentes CCAA.

Gestionar significa también coordinar e incentivar, y se puede hacer mal, generando rechazo, o bien explicando y poniendo en práctica nuevas formas de gestión que generen mejores resultados y, por tanto, aunque inicialmente puedan generar dudas, cuando se demuestra su efectividad sean seguidas e imitadas. Por ello, es importante el *benchmarking* y el establecimiento de rankings en cumplimientos de indicadores y objetivos de mejora para establecer un sistema de competición sana entre los directivos, que nos permita aprender de las experiencias y resultados de los demás.

Existen muchos ejemplos de cambios organizativos y de la influencia del liderazgo del directivo en la gestión sanitaria, tanto de nuestro país como del resto de países de nuestro entorno, aunque ciertamente tanto la evaluación como la visibilización de los resultados de los mismos sigue siendo difícil. En general, cuanta más autonomía de gestión, más competencia externa entre centros y capacidad de evaluarse a sí mismos en comparación con similares, junto con la existencia de un conocimiento colaborativo de medidas y resultados gestores transparentes con los otros colegas, mejores suelen ser los resultados del directivo.

Existe un consenso prácticamente general sobre la consideración de los centros sanitarios, como empresas con características diferenciales sustanciales de las empresas del sector industrial, de forma que dicha consideración va siempre ligada a la denominación “Empresa de Servicios” y, en ocasiones, de “Empresa de Servicios de Salud”, siendo su producto final la “mejora o recuperación de la salud”.

El entorno administrativo en el que se ha movido la gestión de los centros sanitarios públicos hasta los años 80, y que aún perdura en gran parte, no tiene nada que ver con el entorno que es necesario para afrontar los retos gestores del inmediato futuro. Efectivamente, la cultura de gestión administrativa basada en el rechazo del riesgo, un bajo nivel de incentivación tangible y un gran peso de la burocracia, ha generado un modelo de gestión de continuidad, lastrado con una excesiva centralización, y escasos cuando no nulos niveles de autonomía, con una excesiva carga reglamentista, y grandes dificultades a la hora de la introducción de nuevos instrumentos de gestión. La necesaria empresarización de la gestión pública del sector conlleva una cultura distinta, basada en la búsqueda del resultado en salud y no la mera producción, la aceptación del riesgo, la selección de oportunidades, una incentivación tangible y una gran capacidad para captar el cambio y la innovación.

La necesidad de “empresarizar” los hospitales públicos (que era ya sugerida en 1998, por P. F. Drucker en el *Harvard Business Review*) obliga a que se introduzcan técnicas y modelos de gestión de procedencia empresarial y cambios sustanciales en el modelo organizativo del hospital, comenzando por la propia estructura directiva con un nuevo perfil de los directivos hospitalarios, abandonando perfiles que pudieron servir en el pasado, caracterizado básicamente por:

- Disponer de la necesaria cualificación profesional en gestión general de empresas y específica en gestión hospitalaria.
- Poseer un profundo conocimiento del sector, de la realidad sanitaria y hospitalaria.
- Disponer de dotes de liderazgo y gran capacidad de diálogo y negociación.
- Tener capacidad de innovación e iniciativa para la toma de decisiones.
- Valorarse experiencia y desarrollo profesional del directivo.

3. Situación del Directivo de la Salud

Como resumen de los resultados de las publicaciones, conferencias de consenso, congresos de gestión sanitaria, artículos de opinión, mesas redondas sobre el tema de la profesionalización de los directivos sanitarios de los últimos años, podemos realizar un diagnóstico de situación en referencia a:

3.1. Formación específica en gestión sanitaria:

- a. El ámbito de la gestión sanitaria es atractivo para atraer profesionales que deseen desarrollarse profesionalmente.
- b. Aunque no existe modelo de carrera profesional para los gestores sanitarios, que reconozca adecuadamente el mérito y capacidad y que resulte ser un incentivo de estabilidad laboral.
- c. Actualmente no existe ningún organismo verificador de la vía curricular, de las materias claves de la formación en gestión sanitaria, ni de la homologación curricular.
- d. La cantidad de programas de formación es dispersa, de gran variabilidad en contenido y en calidad, no existiendo un auténtico plan de desarrollo profesional avalado por organismos competentes.
- e. Los directivos sanitarios necesitan formación en conocimientos, habilidades sociales, actitudes y aptitudes de comunicación, así como un plan de evaluación de dichas habilidades.
- f. La existencia de un registro centralizado de especialistas formados en dirección de la salud sería un recurso que contribuiría a ordenar la profesión y mejorar la adecuación en la designación.

3.2. Reconocimiento profesional e imagen externa

- a. La imagen pública y profesional de los directivos de la salud está bien consolidada, aunque al existir cierta arbitrariedad en la designación de los gestores públicos perjudica a la imagen del directivo de la salud.
- b. Los directivos sanitarios públicos suelen ser considerados cargos políticos, designados sin un proceso de selección y, en ocasiones, sin la debida formación y prestigio profesional
- c. La función del directivo de la salud está centrada más en la confianza personal del que designa que en la aplicación de la confianza profesional; además, la

percepción de lejanía profesional entre el directivo sanitario y el profesional clínico perjudica la imagen del primero.

- d. El futuro del directivo de la salud en el sector público muchas veces es incierto, al no estar en muchas ocasiones ligada su continuidad a resultados de gestión, ni de desempeño profesional, ni a ninguna acreditación sobre su capacitación profesional.
- e. La no existencia de indicadores de gestión y calidad de aplicación homogénea dificulta la evaluación y el reconocimiento de su trabajo.
- f. El entorno laboral del directivo sanitario es convulso y con un futuro lleno de incertidumbre. El ejercicio de la profesión se ve dificultado por una excesiva dispersión del conocimiento necesario, con retribuciones económicas no acordes a la responsabilidad, aunque la mayoría de los Directivos de la Salud mantienen una motivación elevada para desarrollar su profesión.

4. Plan de acción de SEDISA

Con el fin de actualizar la situación de los directivos de la salud, **SEDISA, Sociedad Española de Directivos de la Salud**, con más de 800 socios actualmente, señaló dentro de su Plan Estratégico el análisis y la defensa de la profesionalización de los directivos sanitarios y en este sentido encargó a varios miembros de la junta directiva establecer una estrategia que analizara la actual situación de los directivos de la salud.

El objetivo de SEDISA ha sido continuar con la labor de análisis de las situación de los directivos de la salud, recopilando las opiniones existentes y las aportaciones al tema, con el fin de contribuir a la profesionalización del colectivo, y pretende establecer un **Perfil Básico de Directivo Sanitario**, basado en los **conocimientos y formación básica** que ha de tener, en la experiencia acumulada y las **competencias**, en conocimientos y habilidades, a modo de un **diccionario abierto de competencias** para el diseño del puesto de trabajo del directivo sanitario.

Ya en 2005 la Alianza para el Liderazgo en Asistencia Sanitaria (*The Healthcare Leadership Alliance*) de Estados Unidos, organización que une a las principales asociaciones de profesionales implicados en la gestión sanitaria en este país, publicó un directorio de las competencias que deben tener los profesionales que trabajan en este sector (<http://www.healthcareleadershipalliance.org/directory.htm>), basado en el análisis de los puestos de trabajo identificados por cada una de las asociaciones participantes y en la opinión de expertos y validado por test psicométricos. Desde el año de su publicación ha ido sufriendo modificaciones: en su inicio se identificaron 232 competencias importantes comunes y 68 específicas y la versión actual agrupa 802 competencias incluidas en 5 categorías básicas: comunicación y manejo de las relaciones, liderazgo, profesionalidad, conocimientos del entorno sanitario y habilidades de negocio.

También queremos entrar en el terreno de la **ética directiva específica del directivo de la salud**, estableciendo los **valores** y las actuaciones a considerar meritorias, sin eludir lo relacionado con las normas y los referentes válidos en esta materia, estableciendo un **código básico de buena gestión directiva sanitaria**.

El perfil de directivo debe establecerse como el de un profesional de la gestión y no como un cargo político, con una selección basada en el explícito diseño del puesto de trabajo, estando sometido a una evaluación objetiva basada en resultados asistenciales, económicos, de participación profesional y de liderazgo social, dentro de un código de buena gestión directiva.

Despolitizar la gestión es un objetivo irrenunciable de SEDISA, ya que consideramos que tanto la efectividad de la gestión, como la sociedad civil, exigen que el directivo sea un profesional al que se le plantee un programa de gestión y unos objetivos concretos

basado en el bien social y en unas normas claras de gestión sanitaria que puedan ser evaluables. Es fundamental que la transparencia sea un valor tanto en el nombramiento de los directivos como en el establecimiento de sus objetivos y plan de gestión, el desarrollo de su gestión y la monitorización de resultados e indicadores y la evaluación periódica del mismo.

El trabajo se ha querido realizar con el **máximo consenso**, por lo que han sido invitados a participar en lo largo del mismo la mayoría de las sociedades que agrupan a profesionales relacionados con el mundo de la gestión sanitaria.

A ellos se han unido en las encuestas llevadas a cabo como en las mesas de consenso la mayoría de las instituciones que algo han de decir en este tema, tanto a nivel personal como institucional; en este sentido se ha invitado a universidades con programas docentes de gestión sanitaria, escuelas de negocios y de formación, expertos relevantes, responsables de RRHH de grandes empresas sanitarias, etc.

El trabajo se ha venido desarrollando en los últimos meses con la especial colaboración de la empresa TEA CEGOS, expertos en el desarrollo de planes de formación y gestión de RRHH, con el objetivo de conocer y profundizar sobre el perfil del directivo en el sector relativo a la salud, y poder determinar en qué nivel se encuentran a nivel profesional (cualificación técnica), como a nivel competencial en habilidades gerenciales.

El trabajo se inició con la elaboración de sendas encuestas que han sido dirigidas a los propios socios de SEDISA y un importante panel de expertos, a los que se les ha solicitado su opinión, sobre diversos aspectos relacionados con la profesión de los gestores de la salud, que permitieran identificar no solo aspectos cualitativos que estuvieran influyendo en el desempeño de estos directivos, sino también evaluar a nivel competencial en qué nivel se encontraban y cuál sería el nivel deseado.

El trabajo ha tenido **diferentes fases**:

1. Diseño y gestión de **encuesta, con la aportación de Tea Cegos**, que fueron dirigidas a los **socios de SEDISA** y a un **panel de expertos** compuesto por responsables de escuelas de negocios y de gestión sanitaria, universidades, expertos independientes de reconocido prestigio, entre otros.
2. Conferencia de consenso con 20 panelistas.
3. Presentación de los resultados preliminares a los socios de SEDISA.
4. Presentación del primer informe en todas las jornadas técnicas en las que SEDISA participa.
5. Presentación del informe preliminar al Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.
6. Envío del informe preliminar a las Consejerías de Sanidad y a los responsables de los Servicios Autonómicos de Salud.

A. Diseño y gestión de las encuestas dirigidas a socios de SEDISA y al grupo de expertos en gestión sanitaria.

Con el fin de conocer y profundizar sobre el perfil del directivo/a en el sector relativo a la salud, y poder determinar en qué nivel se encuentran y cuál sería el deseable, tanto en **cualificación técnica** como a **nivel competencial** y habilidades gerenciales, se diseñaron sendas encuestas que permitieran identificar no solo aspectos cualitativos que estuvieran influyendo en el desempeño de estos directivos, sino que permitiera evaluar a nivel competencial en qué nivel se encontraban y cuál sería el nivel deseado.

Una vez procesados los resultados de la encuesta podemos ofrecer las primeras conclusiones.

A. 1. Resultados de las encuestas dirigidas a socios de SEDISA



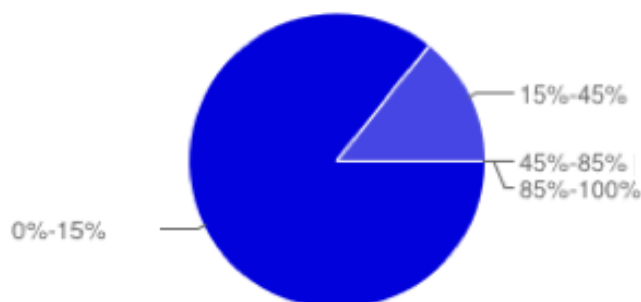
Nos encontramos ante unos perfiles de directivos maduros, ya que el **68% de la muestra tiene más de 10 años de experiencia** en gestión sanitaria, y solo el 15% tiene entre 1 y 5 años de experiencia.

Se observa una **gran implantación de un sistema de retribución variable (62%) en el sector**, ligada a la productividad y al nivel de desempeño de los profesionales.

Existe una alta **variabilidad y dispersión de los niveles retributivos**, el 47% de los encuestados tienen un salario de entre 40.000 y 60.000 € brutos anuales y el 21% sobrepasa los 80.000 € brutos anuales.

En cuanto a los presupuestos dedicados a **formación en habilidades**, encontramos muchísima diversidad, habiendo centros en los que se invierte una cantidad importante (150.000 €) y otros en los que ni siquiera aprovechan la subvención de la formación tripartita. Los mayores beneficiarios de la formación suelen ser los mandos intermedios del equipo directivo.

Qué porcentaje de su tiempo dedica a su formación



En cuanto al nivel de formación básica, el nivel medio de los directivos sanitarios es muy alto, teniendo **la mayoría de ellos titulación académica superior, máster y doctorado.**

Además, un alto porcentaje opina tener experiencia en investigación básica y clínica, así como cursos diversos y numerosos de su área de especialidad.

Llama la atención que durante el último año **tan solo el 53% de los directivos ha dedicado tiempo a la formación en habilidades** (siendo entre 0 y 15% el tiempo dedicado a formación a lo largo de un año) y **más del 44% hace más de 5 años que no se ha formado en esta área.**

Cuando se les pregunta por la formación recibida, la mayoría resalta que se han centrado en la adquisición o actualización de habilidades gerenciales (liderazgo, desarrollo de personas) y de gestión, quedando en tercer lugar las habilidades interpersonales.

Los resultados al respecto se exponen en el cuadro siguiente:

Formación Económica	46%
Formación en Habilidades interpersonales (comunicación, gestión de conflictos, etc)	66%
Formación en Habilidades Gerenciales (liderazgo, desarrollo de personas, etc)	80%
Formación Asistencial	26%
Formación en Gestión (calidad, procesos, etc)	69%
Other	3%

Los usuarios pueden seleccionar más de una casilla de verificación, por lo que los porcentajes pueden superar el 100%.

Otra de las cuestiones que resultan interesantes en este primer análisis cualitativo de la encuesta dirigida a los socios de SEDISA, es que **el 71% considera que la selección del directivo sanitario depende de su afinidad política en mayor medida que su experiencia en gestión**, gerencial y/o clínica.

En la elección de los directivos sanitarios, actualmente piensa UD. que influye	
Su experiencia gerencial	46%
Su grado de formación	29%
Su afinidad política	71%
Su experiencia clínica	11%
Other	20%

Los usuarios pueden seleccionar más de una casilla de verificación, por lo que los porcentajes pueden superar el 100%.

Así mismo **declaran no tener autonomía en la toma de decisiones estratégicas** (tan solo el 17% manifiesta tener autonomía en la toma de estas decisiones).

A.2. Resultados de las encuestas dirigidas al grupo de expertos

El grupo de expertos estaba formado por profesionales tanto de gobiernos autonómicos, universidades y escuelas de negocio, consultoras expertas del sector, institutos del sector, mutuas de salud, fundaciones de investigación, etc.

Los **expertos consideran que los directivos sanitarios dedican poco tiempo a la formación**, ya que el 55% de ellos indican que los directivos sanitarios dedican a su formación entre un 0 y un 15% de su tiempo.

A.3. Es de destacar que en las encuestas se aprovechó para consultar tanto a los socios de SEDISA como al grupo de expertos sobre:

- Cómo se autovaloraban competencialmente los directivos sanitarios y cuál sería el nivel deseado.
- Cuál, a juicio de los expertos, debería ser el perfil ideal competencial de los directivos de la salud.

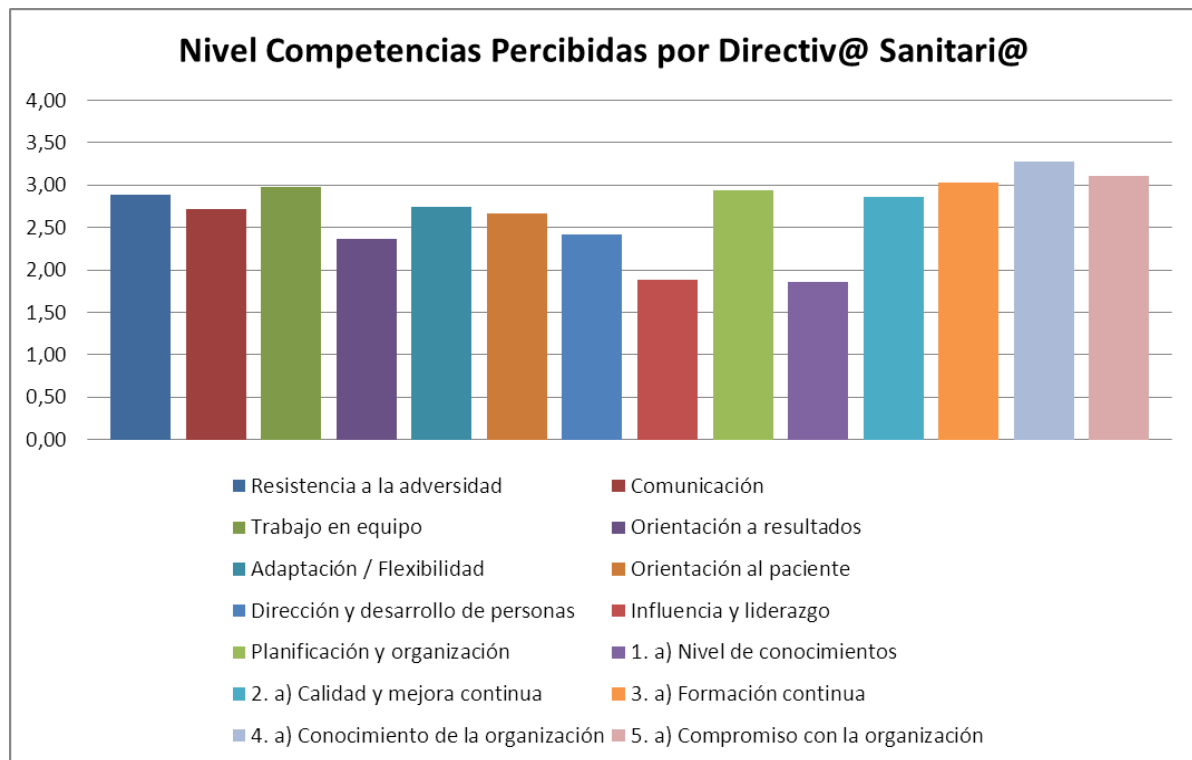
Las competencias consideradas críticas para evaluar fueron: Resistencia a la adversidad, comunicación, trabajo en equipo, orientación a resultados, adaptación y flexibilidad, orientación al paciente dirección y desarrollo de personas, liderazgo e influencia y planificación y organización.

Entre los resultados encontramos que los **directivos sanitarios tenían por debajo de un nivel suficiente las siguientes competencias clave:**

- **Liderazgo e influencia**
- **Nivel de conocimientos**

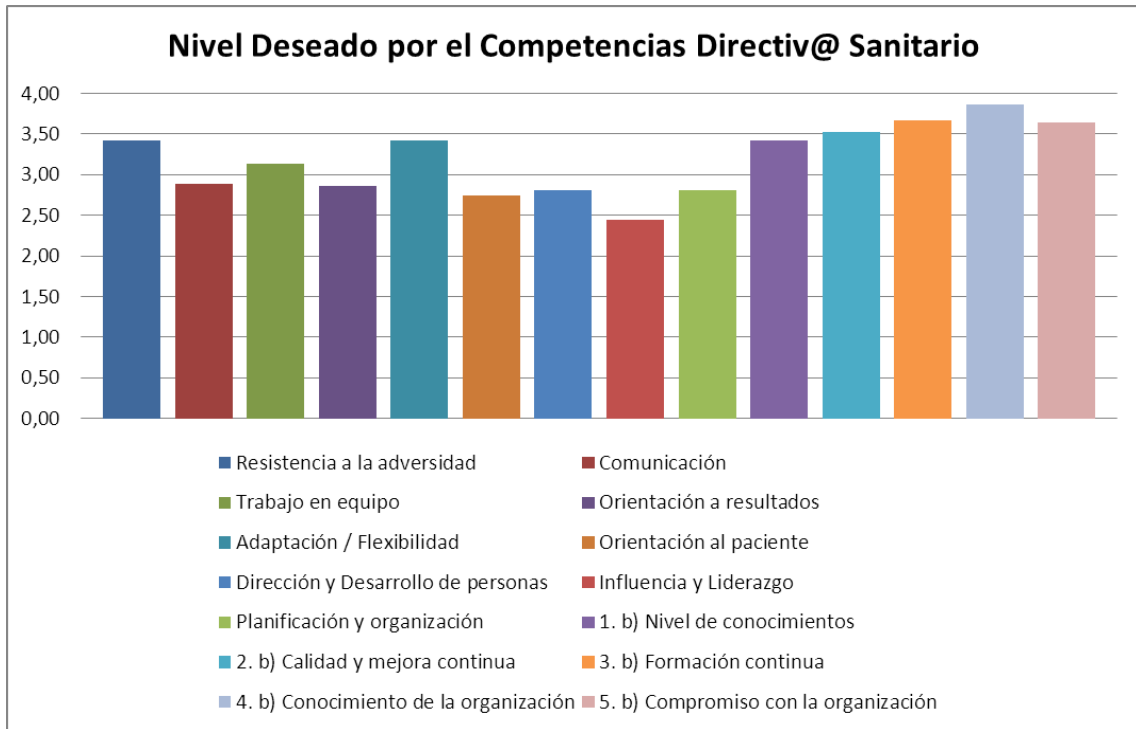
En nivel intermedio y adecuado se encuentran el resto de las competencias, y en dos de ellas se supera el nivel de excelente:

- **Compromiso con la organización**
- **Conocimiento de la organización**

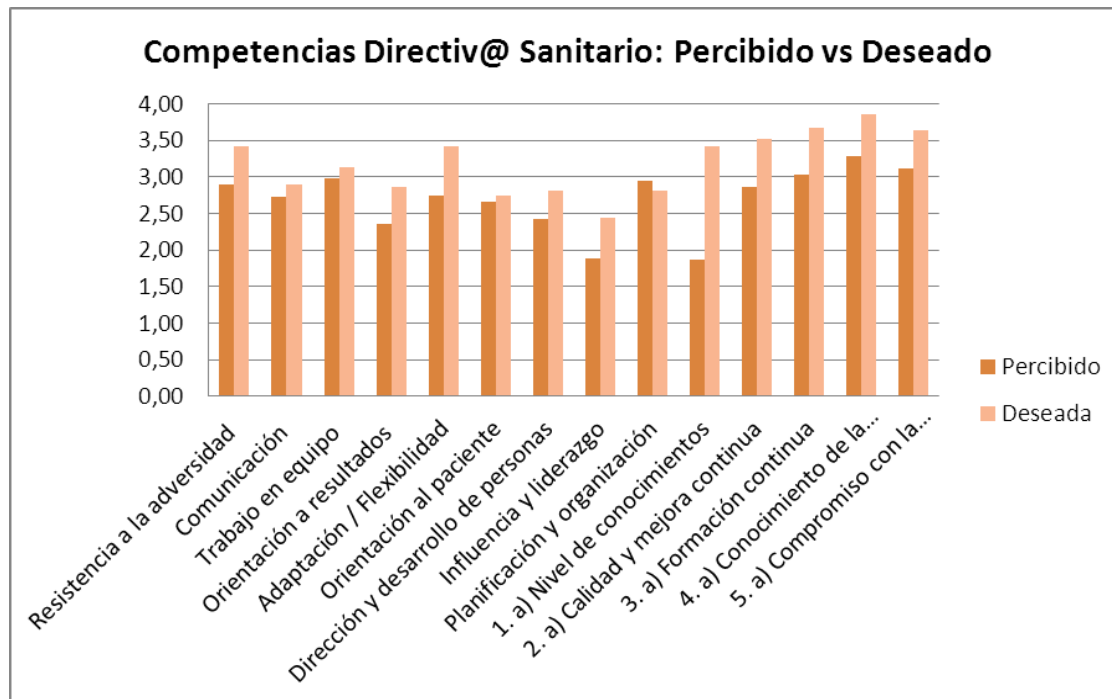


Cuando se evalúa el nivel deseado, a nuestros directivos les gustaría tener en un nivel 3 (destacado) en 8 competencias:

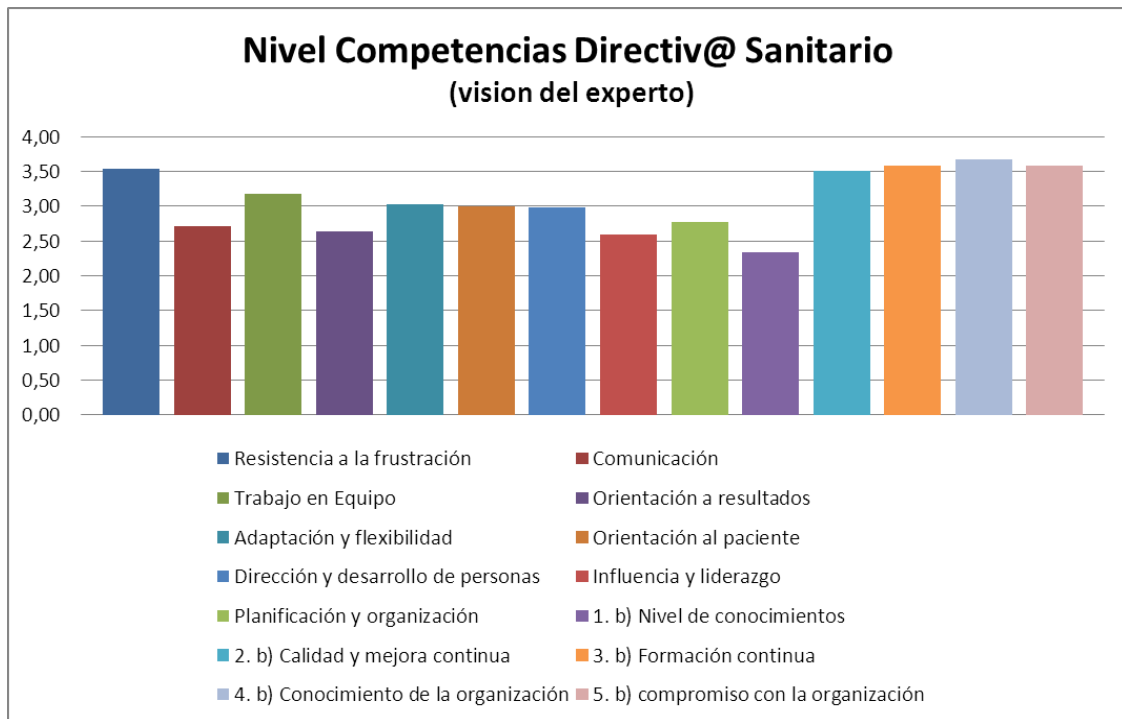
- Resistencia a la adversidad
- Trabajo en equipo
- Adaptación y flexibilidad
- Orientación a resultados
- Calidad y mejora continua
- Formación continua
- Conocimiento de la organización
- Compromiso con la organización



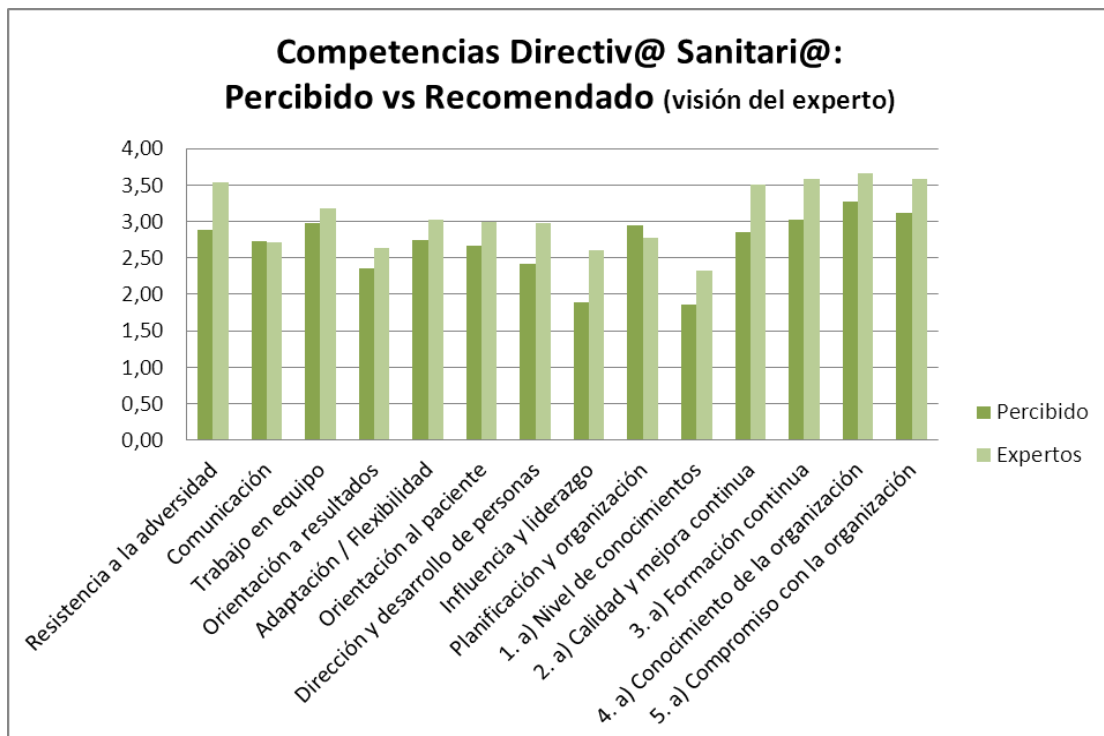
Quando comparamos las competencias percibidas por los directivos y las competencias deseadas, aparece el siguiente cuadro, donde se pone de manifiesto que **en los Directivos sanitarios existe el deseo de mejora o que están insatisfechos con la mayoría de las competencias que dicen tener.**



En el cuadro siguiente se analizan las mismas competencias de los directivos sanitarios, a juicio de los **expertos consultados**.

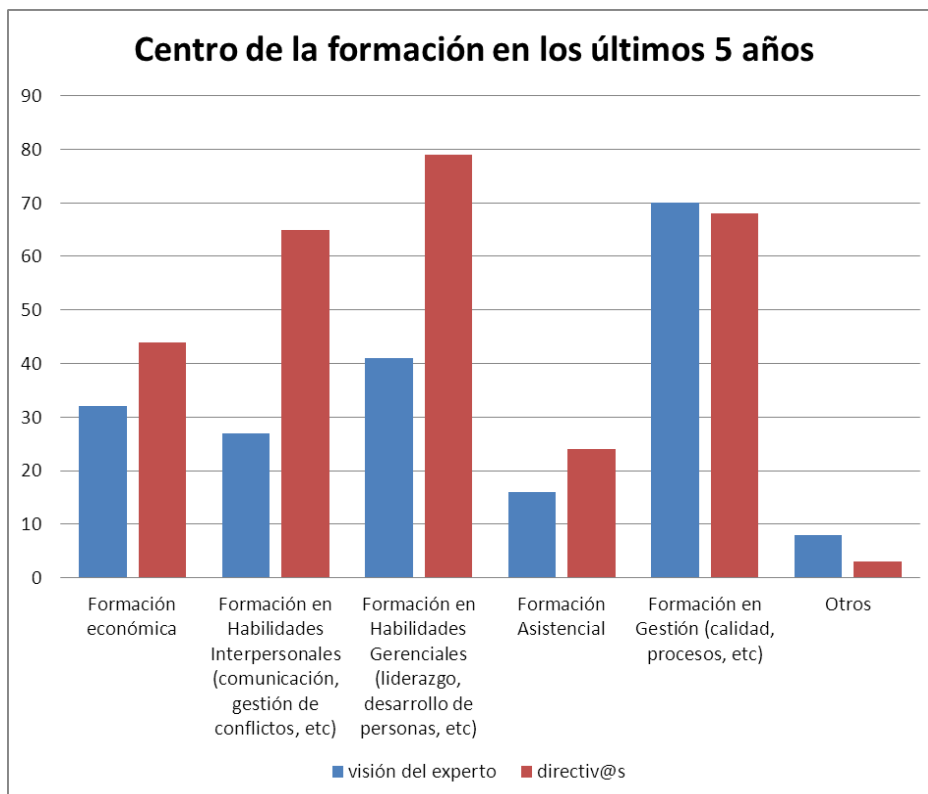


Consideradas como competencias recomendadas, aparecen en los siguientes cuadros:



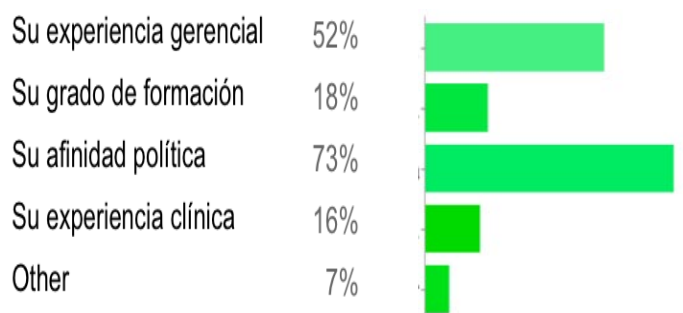


Además, les preguntamos también a nuestros expertos en qué áreas pensaban que nuestros directivos se habían formado en los últimos 5 años, encontrándonos con la formación en gestión, las habilidades gerenciales y la formación en habilidades, como más frecuentes.



A la vez se pueden observar las diferencias de percepción entre los directivos y los expertos consultados en relación a la formación realizada en los últimos 5 años.

También quisimos valorar su opinión al respecto en la metodología actual a la hora de **elegir a un directivo sanitario**, encontrándonos que los **expertos** consideran que **la afinidad política influye en un 73% a la hora de ser elegido para el puesto**, con bastante diferencia de otros factores como la experiencia gerencial y/o el grado de formación:



B. Conferencia de consenso

La reunión de la conferencia tuvo lugar en Madrid, el 23 de mayo de 2012, en la sede de **TEA CEGOS**, colaborador de SEDISA en este proyecto, y pudo ser seguida a tiempo real por twitter.

B.1. Los participantes en la misma fueron:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Eloy Jiménez Cantos | EVES. Valencia |
| 2. Emilia Sanchez Chamorro | Hospital Sant Joan de Deu. |
| 3. Isabel Tovar García | Servicio Extremeño de Salud |
| 4. Jesús Araujo Montahud | TEA CEGOS |
| 5. José Antonio Moreno | GIHSA |
| 6. Javier Guerra Aguirre | Hospital Clínico San Carlos (Madrid) |
| 7. Juan Rodríguez | Fundacion SEDISA |
| 8. Julio Villalobos | UOC, Barcelona |
| 9. Lourdes González | SEDISA |
| 10. Cristina Granados | Hospital de Guadalajara |
| 11. Manel Peiró Posadas | ESADE |
| 12. Mariano Guerrero Fdez. | Grupo Ribera Salud y UCAM |

13. Antonio Burgueño	Salud Madrid
14. Raimon Belenes	Grupo CAPIO
15. Rut Roncal	TEA CEGOS
16. Carmen Montes Gil	TEA CEGOS
17. Roberto Ferrándiz	USP. Hospital San Jaime
18. Juan Pablo Martínez	Grupo CAPIO
19. Ignacio Martínez	Hospital de Torrejón (Madrid)

La mesa de consenso es la segunda estrategia de este trabajo, enmarcada como continuación a las encuestas y sus resultados, pretendiendo matizar los resultados y debatir los principios de acuerdo al respecto, para avanzar en la identificación del perfil y el modelo que han de tener los gestores de la salud, su formación básica, su formación continuada, experiencia para acceder a la responsabilidad, sus valores, etc.

B.2. Los **Fines de la conferencia de consenso** fueron:

1. Poner en común los resultados del estudio.
2. Confrontar los resultados con la visión particular de cada uno de los componentes de la mesa.
3. Buscar un **modelo consensuado de directivo sanitario en lo referente a formación, experiencia, valores, actitudes,...**
4. Plantearnos las siguientes preguntas:
 - a. Podría existir **un consenso en los servicios autonómicos de salud en establecer un programa básico de formación de directivos.**
 - b. Si existiera, ¿cuáles serían las bases de esa formación?
 - c. ¿Con qué objetivos? ¿Quién podría formarles? ¿Título oficial vs. capacitación profesional?

El perfil del directivo/a sanitario/a fue puesto a debate, comenzando la jornada exponiendo la necesidad de profesionalizar a nivel de competencias a los directivos sanitarios, manifestándose la necesidad de facilitar el desarrollo de los directivos sanitarios para los nuevos retos de hoy, tanto en la formación básica que actualmente está acreditada, como con el análisis de las competencias necesarias.

Se puso de manifiesto que el actual modelo de selección de directivos invita a la selección por afinidad personal y no por confianza profesional y que a la vez se ha descuidado en los directivos el fomento de las capacidades interpersonales: liderazgo, gestión de equipos, motivación, etc.

Por todas estas cuestiones, surge el planteamiento de acreditación frente a la carrera profesional del directivo y se debate si se está pensando en un nuevo título de gestor sanitario o más bien el establecimiento de un proceso de acreditación profesional como directivos Sanitario o de la salud, al amparo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, aunque existen puntos de vista no coincidentes entre los asistentes a la mesa de consenso..

B.3. Conclusiones de la conferencia de consenso:

- La **conferencia de consenso**, tras analizar los resultados de las encuestas estableció un debate de cuáles deben de ser los programas formativos de los directivos sanitarios para que ganen en estabilidad, profesionalidad y liderazgo.
- Resaltó la excesiva dependencia de los directivos sanitarios de los ciclos políticos, sin llegar a un consenso sobre si la solución está en el establecimiento de un cuerpo de directivos sanitarios, como ocurre en otros países europeos de nuestro entorno próximo, como Francia.
- Se llega a la conclusión de que **no hay formación cualificada para directivos sanitarios en materia de habilidades y se plantea la necesidad de poner en marcha un plan de carrera profesional para directivos, bien por la vía curricular o de la acreditación profesional.**
- Se establece que son tres los apartados de formación necesaria: **conocimientos, habilidades y actitudes**
- Los conocimientos: Titulación universitaria y formación adicional acreditada en gestión empresarial, compensando en conocimientos a su titulación básica.
- Las habilidades: sociales y relacionales, la capacidad de diálogo, la escucha, la habilidad para negociar, la orientación a resultados y la actitud ejemplarizante.
- Las actitudes básicas para cualquier directivo: tolerancia, flexibilidad, ética y entrega profesional.
- Las cualidades que se destacaron como “claves” para la dirección sanitaria, fueron: Liderazgo, resiliencia, integridad, ética, trabajo en equipo, comunicación, dirección y desarrollo de personas y orientación al cliente.
- Se debate y hay bastante consenso en la necesidad de establecer unos tramos de experiencia para asumir puestos de responsabilidad creciente, en razón a la dimensión y la complejidad de las organizaciones sanitarias.
- Se remarcó que una de las cuestiones que más preocuparon en la encuesta, es que la sanidad española es un servicio público en gran medida, y las estrategias vienen marcadas por el entorno político, condicionando al ejecutivo de la salud. El reto es conseguir un marco mayor de responsabilidad y de autonomía para la gestión sanitaria, dentro de las directrices políticas.

- Los servicios de salud han de tener planes de formación para sus directivos sanitarios, tanto en la formación básica como en el reciclaje de la competencias.
- Se llega a un acuerdo global en referencia a la necesidad de tener criterios básicos comunes y consensuados para la formación del directivo sanitario, pero no hay consenso en la propuesta de establecer un programa de formación común y general.
- En referencia a las habilidades necesarias para los gestores sanitarios se estableció que :
 1. Además de los c , se precisan
 2. Es necesaria la profesional y la f .
 3. Refuerzo de la creatividad y de la innovación en el sector sanitario
 4. , habilidades emocionales.
 5. Saber liderar equipos humanos y proyectos de gestión
 6. Confianza personal y en las relaciones.
 7. Anticipación y visión de futuro.
 8. Trabajo eficaz en situaciones complejas, capacidad de síntesis y la inducción a comportamientos ganadores.
 9. Capacidad de negociación y una amplia resistencia al estrés.
 10. Gestor de las emociones.

5. Análisis final sobre la Profesionalización de los Directivos sanitarios

Desde SEDISA consideramos que los directivos sanitarios han de poseer unas competencias entendidas como el conjunto de conocimientos (saber), habilidades (saber hacer), actitudes (querer hacer) que, aplicados en el desempeño de una determinada responsabilidad o aportación profesional (¿por qué lo hacemos?), permiten a una persona ser “competente” en la función que realiza, es decir, lograr un desempeño superior y de acuerdo a los objetivos, la cultura y valores institucionales de la organización a la que pertenece, competencias que serán tanto técnicas (conocimientos profesionales) como de aptitudes necesarias para la puesta en práctica de conocimientos técnicos y de gestión definidas para su profesión, muy ligados al éxito de la ejecución operativa del puesto, así como capacidades sociales, actitudes y capacidad de motivación que ayudan al profesional a mejorar la calidad de sus aportaciones a los procesos de la organización y la relación con sus colaboradores, usuarios y pacientes

Tras el análisis de las encuestas a los socios de SEDISA, comparando lo percibido con lo deseado y a la vez comparando con las opiniones de los expertos, podemos concluir al respecto como elementos más sobresalientes:

1. Los profesionales gestores sanitarios valoran como competencias consolidadas, el conocimiento de la organización, el compromiso con la organización, la planificación, el trabajo en equipo, la resistencia a la adversidad y la planificación.
2. Las competencias menos consolidadas son el nivel de conocimientos, la influencia y liderazgo, la orientación a resultados y la comunicación:
3. Existe una importante capacidad de mejora en la totalidad de las competencias, si se comparan las competencias percibidas con las deseadas.
4. Los **expertos consideran como competencias más sobresalientes del directivo sanitario:** la resistencia a la frustración, la formación continuada, la calidad y la mejora continua, el conocimiento de la organización, así como el compromiso con la organización, coincidiendo en suma con lo aportado por los socios de SEDISA.
5. Existen en opinión de los expertos posibilidades de mejora en todas las competencias de los directivos sanitarios.
6. Es sobresaliente el nivel de coincidencia entre las competencias deseadas por los directivos sanitarios y las recomendadas por los expertos, apareciendo la mayor diferencia en el deseo por parte de los directivos sobre el nivel de conocimientos.
7. Es llamativa la extraordinaria dependencia de la vinculación política en la elección de los directivos a juicio de todos los encuestados.

8. Los conocimientos en gestión económica, financiera y en comunicación y liderazgo aparecen como los más deficitarios.

En ese sentido, se cree necesario contemplar simultáneamente una acreditación académica y laboral para configurar los pasos de la carrera profesional de los directivos de organizaciones sanitarias.

En relación con la formación y acreditación académica se aconseja que la formación a recibir debe basarse en la adquisición de:

A. Conocimientos técnicos, habilidades directivas y actitudes que se sustenten en habilidades sociales, tolerancia y flexibilidad.

B. Competencias, tales como liderazgo, trabajo en equipo, resiliencia, integridad, ética, comunicación, dirección y desarrollo de personas, orientación a resultados, orientación al cliente interno, entre otras.

C. Experiencia. En este sentido se estableció un consenso de la necesidad de establecer tramos de experiencia, en razón a la complejidad de las instituciones sanitarias. Se trataría de una acreditación laboral, que debe ser realizada por las organizaciones sanitarias, debidamente reconocidas en el Sistema Nacional de Salud, tras el ejercicio de un puesto de dirección.

D. Sin entrar en detalles y como una referencia genérica se pueden considerar tres niveles de hospitales: Nivel 1: Tipología de hospital comarcal, con menos de 250 camas. Nivel 2: Tipología de hospital general básico, con poca docencia y sin investigación. Nivel 3: Hospital universitario de referencia y tercer nivel y con alto nivel de investigación. Asimismo proponemos el esquema de ciclo o itinerario profesional siguiente:

1. Entrada en la dirección de hospitales:

Hospital de nivel 1

Titulación de máster o equivalente: 60 créditos.

Obligación de obtener 5 créditos durante la estancia en este puesto de trabajo

2. Dirección hospitales nivel 2.

Estancia previa durante un mínimo de 3 años en hospitales de nivel 1

Realización de 5 créditos durante su estancia en la dirección de hospitales de este nivel

3. Dirección hospitales nivel 3

Estancia previa durante un mínimo de 3 años en hospitales de nivel 2

Realización de 5 créditos durante su estancia en la dirección de hospitales de este nivel.

E. **La acreditación académica** debería ser obtenida en aquellas instituciones, escuelas de negocios y universidades debidamente acreditadas para realizar los cursos de docencia y para homogeneizar deberían referirse a créditos Bolonia, ECTS o equivalentes.

F. **SEDISA recomienda los cursos de formación en gestión sanitaria** que sean avalados por organismos competentes en materia de formación posgrado, como pueden ser los que han recibido la acreditación de ANECA.

G. **SEDISA** quiere que el estudio presentado, que aporta una visión actualizada de la realidad de los directivos sanitarios, sirva para seguir avanzando en el diseño de itinerarios curriculares y laborales, para los directivos sanitarios, que garanticen la profesionalización de los gestores sanitarios.

H. **SEDISA** plantea esta propuesta a todas las organizaciones de profesionales del ámbito de la gestión sanitaria y de los directivos de la salud, para establecer un acuerdo de mínimos que permitan homogeneizar criterios de formación y de experiencia en su ámbito de competencia,

I. **SEDISA** hace un llamamiento a las autoridades sanitarias con competencias en la formación, para que apoyen los proyectos de profesionalización de los directivos sanitarios, tanto en el establecimiento de una carrera profesional al respecto, como en el establecimiento de un diccionario de competencias y habilidades que sirva de guía. . En este sentido, la propuesta es consensuar con las autoridades competentes, Ministerio y Comunidades Autónomas, un programa básico de formación en gestión sanitaria que se apoye en los actualmente existentes que han sido avalados y acreditados por ANECA.

J. **SEDISA** plantea que en el seno del desarrollo de la **Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003** y en el **Foro Profesional del Sistema Nacional de Salud**, se estudie la posibilidad de que la gestión sanitaria sea considerada como un área de capacitación profesional y que **SEDISA** ejerza el asesoramiento adecuado, a través de una comisión de acreditación en el seno de **SEDISA**.

K. **SEDISA** contacta con las universidades y escuelas de gestión con programas de formación dirigidos a directivos sanitarios, para participar como organización líder y garantista de los programas de formación específicos.

L. **SEDISA** continúa con el estudio, para avanzar en el establecimiento no solo de los itinerarios curriculares que los directivos sanitarios han de tener, sino también en los criterios con los que han de ser evaluados, más allá de las cuestiones de confianza de las autoridades sanitarias a la hora de los nombramientos y de los ceses de directivos sanitarios

AUTORÍA Y APORTACIONES

El trabajo ha sido coordinado, incluido el informe actual por el **Dr. Mariano Guerrero, Secretario General de la Junta Directiva de SEDISA, y Director de Planificación de Ribera Salud.**

La elaboración de las encuestas con su soporte logístico y técnico ha sido llevado a cabo por **Tea Cegos** a través de Rut Roncal y su equipo.

Han participado en la redacción final del documento los miembros de la Junta Directiva de SEDISA, Joaquín Estévez, César Pascual, Carlos Alberto Arenas y Manuel Huerta.

También han colaborado en las diferentes fases del trabajo y han aportado sugerencias al mismo Raimundo Belenes e Isabel Tovar, integrantes del equipo de trabajo, así como Antonio Burgueño, Rut Roncal, Jesús Araujo, José Antonio Moreno, Julio Villalobos, Juan Rodríguez, Manel Peiró, Eloy Giménez, Roberto Ferrándiz, Miguel Ángel Asenjo, Cristina Granados, Ignacio Martínez Jover, Emilia Sánchez Chamorro, José Soto, José Luis Abaunz, Alberto de Rosa, Luis Rosado y Miguel Ángel Máñez.

AGRADECIMIENTOS

A la gerente de SEDISA, Lourdes González, apoyada por la secretaria técnica de la sociedad, que han ayudado en la parte técnica.

A todos los participantes de la conferencia de consenso citados en el punto 4 apartado B1

A todos los colaboradores anteriormente citados.

A todos los directivos de la salud que han participado contestando a las encuestas sin los cuales no habría sido posible el análisis.

Bibliografía

1. Boyatzis, R. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. New York: John Wiley & Sons.
2. Le Boterf, G. (2000). *Construire les competences individuelles et collectives*. Paris: Editions d'Organisation
3. Perrenaud, P. (2000). *Novas Competências para Ensinar*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
4. Ernest & Young Consultores. *Manual del director de recursos humanos*. Madrid: Cinco dias; 1998.
5. McClelland DC. Testing for competence rather than for intelligence. EEUU: American Psychologist; 1973. p. 1-14.
6. Levy-Leboyer C. *Gestión de las Competencias*. Barcelona:Gestión 2000; 1997.
7. Barrios E. *Gestión por competencias*. [edición electrónica] 2000. http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/intecap/gest_com
8. Thornton GC, Byham WC. *Assessment center and management performance*. Nueva York: Academic Express; 1982.
9. Dulewicz V. Assessment centers as the route to competence. *Personnel Management*. EEUU: 1989(9). p. 56-59.
10. McCauley D, Lombardo MM, Usher J. Diagnosing management development needs: an instrument based on how managers develop. *Journal of management*. EEUU: 1989(3).p.389-403.
11. Rita Gramigna M. *Gestión por competencias: una opción para hacer a las empresas más competitivas*. MRG Consultoria e Treinamento Empresarial Belo Horizonte [edición electrónica] 2004 consultado en: 04/11/05] Disponible en: <http://www.sht.com.ar/archivo/temas/competencias.htm>
12. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action*. Nueva Jersey: Prentice Hall; 1986.
13. Nuttin J. *Motivation, Planning and Action: a Relational Theory of Behaviour Dynamics*. Nueva Jersey: Erlbaum; 1985.
14. Markus H, Smith J, Moreland R. Role of the self-concept in the perception of other. *Journal of Personality and social Psychology*. EEUU: 1985(49). p. 1494-1512.
15. Villa Andrada J, Garv Garcia M, Garcia Retamar S, Galindo Casero F, Rojo Duran R. *La Gestión por Competencias: un modelo para recursos humanos en las organizaciones sanitarias*. *Enf Global* 2004; (5)
16. Socorro F. *Evaluación del desempeño, de la visión plana a la visión multidimensional*. [Edición electrónica] 2005. Disponible en: <http://www.navactiva.com>
17. *Gestión del conocimiento: El eterno reto afrontado con las nuevas tecnologías*. Jpval internacional consulting. [Edición electrónica] 2005. Disponible en: <http://www.navactiva.com>
18. Gueli A. *Competencias globalizadas en recursos humanos*. [Edición electrónica] 2005. Disponible en <http://www.navactiva.com>
19. *Cuatro mitos de la gestión por competencias en las PYMES*. Delta consultores. [Edición electrónica] 2005. Disponible en: <http://www.navactiva.com>
20. IDIS. *Informe IDIS 2012. Sanidad privada aportando valor*. Disponible en: http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2012/03/Inf_IDIS_Situacion2012_web.pdf
21. Lopez del Val A, Arenas Díaz C A. *Los actores del sistema sanitario en España*. Sedisa Siglo XXI. 2012 Disponible en: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article280>

Con la colaboración de

