Diagnóstico **Experto** SEDISA sobre Gestión Sanitaria 2016

2ª edición

sedisa

sociedad española de directivos de la salud

Con el apoyo técnico de

Con la colaboración de

COMITÉ IMPULSOR

D. Joaquín Estévez
Secretario General Técnico de la Fundación Ad Qualitatem
Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

D. Modoaldo Garrido
Director Gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Vicepresidente Primero de SEDISA. Responsable del Comité de Profesionalización de SEDISA

D. Manuel Castillo
Gerente del Hospital San Juan de Dios de Esplugues de Llobregat

Dª. Eloina Núñez
Xerente de Xestion Integrada de Ourense, Verin e O Barco de Valdeorras

D. José Soto
Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid
Vocal de la Junta Directiva de SEDISA

Realización: LUZÁN 5, S.A.
Pasaje de la Virgen de la Alegría, 14
28027 Madrid
e-mail: luzan@luzan5.es
http://www.luzan5.es

Título original: Diagnóstico Experto SEDISA sobre Gestión Sanitaria 2016
© 2017, SEDISA. Todos los derechos reservados
ISBN: 978-84-7989-885-4. Depósito legal: M-8550-2017.

Los contenidos expresados reflejan la opinión de los autores. En ningún caso los miembros del comité científico, la editorial ni el patrocinador de la obra han de compartir necesariamente el contenido, debiéndose remitir el lector a la bibliografía original o a los autores para el supuesto de precisar información adicional sobre lo publicado.

Los titulares del copyright se oponen expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo que incluye la reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal).

ÍNDICE

Prólogo 5

Resumén ejecutivo 7

Introducción 12

Objetivos 14

Metodología 15

Resultados 18

Discusión 20

1. Situación actual del directivo de salud
2. Formación y desarrollo profesional
3. Imagen de marca
4. Problemas laborales y de formación
5. Negociación y fuentes de financiación
6. Externalización de servicios
7. Entorno profesional
8. Organización sanitaria integrada

Conclusiones 42

Epílogo 43

Anexo 45

Fuentes 64

PRÓLOGO

El documento que tiene a su disposición viene a suponer, en la parte que le corresponde, la concreción del compromiso de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) con el avance hacia la profesionalización de la función directiva en nuestro país, cuestión ésta de máxima relevancia para nuestra organización y, a nuestro entender, también para el sector sanitario, habida cuenta de la importancia que tiene la gestión eficiente de los centros a la hora de asegurar el presente y el futuro de nuestro sistema de salud. En ese sentido, el profesional de la gestión sanitaria resulta determinante como elemento canalizador y decodificador del planteamiento estratégico a desplegar en los centros en nombre de los propietarios de los centros (sean éstos gestionados por los gobiernos en nombre de los ciudadanos y/o los consejos de administración), así como para trasladar las iniciativas y la participación de los profesionales hacia el ámbito de la mesogestión, espacio natural donde el directivo desarrolla su actividad.

Resulta innegable el valor derivado del conocimiento de la opinión de los profesionales responsables de la gestión y administración de los centros sanitarios respecto de cuestiones fundamentales, que van desde la identificación de sus necesidades formativas al reconocimiento de su *estatus quo* específico en la estructura organizativa del sector, y también de la problemática laboral en la que desarrollan su actividad, o de su opinión sobre la financiación de los centros, la externalización de servicios o la integración asistencial.

Con el apoyo técnico debido y sobre la base del estudio que se realizó en 2012, el análisis de la opinión de los directivos sanitarios, que se desprende de la información obtenida de la cumplimentación del cuestionario remitido a los miembros de la organización en 2016, pretende evaluar si se han producido cambios sustanciales y modificaciones del entorno que nos permitan asegurar que se han producido avances sustantivos en la resolución de los problemas identificados en su día o que están en vías de resolución. Además, ampliando el enfoque, se han incorporado ítems para solicitarles opinión respecto de otros temas de un claro interés a día de hoy que no fueron incorporados en el estudio de 2012. Todo ello y en cualquier caso, tiene un alto valor estratégico para que nuestra Sociedad asegure o reoriente estratégicamente su planteamiento para avanzar hacía el cumplimiento de su misión.

Procede para cerrar el prólogo agradecer a los miembros del comité impulsor de la iniciativa, al patrocinador y a los responsables del apoyo técnico, la afectación

y el soporte a una iniciativa que tiene vocación de perpetuarse en el tiempo en la certeza de su utilidad, que estoy seguro va a ser reconocida por todos los actores del sistema, como sin duda la tiene implícita (si se me permite la manera de decirlo) la información que genera de la observación directa de la realidad un buen oficial desde la primera línea del frente.

Dr. Modoaldo Garrido
Presidente del Comité de Profesionalización de SEDISA
Vicepresidente primero de SEDISA

RESUMEN EJECUTIVO

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), en calidad de representante del colectivo de directivos de la salud (DS), ha establecido la profesionalización de los directivos sanitarios y la formación en gestión sanitaria como los principales objetivos a perseguir en sus planes estratégicos[1]. Dentro de esta determinación y esfuerzo, en 2012 dio inicio a un proyecto orientado a profundizar en las principales preocupaciones, problemas y retos a los que se enfrentan los directivos de la salud, estudiando de forma cuantitativa la opinión de sus socios sobre cuestiones relevantes relacionadas con su labor profesional y su formación. En 2016, la continuidad del proyecto ha permitido analizar cómo han evolucionado estos aspectos relativos al día a día de los directivos sanitarios, así como la identificación de nuevas inquietudes surgidas en el contexto actual. Los principales resultados se presentan a continuación segmentados basándose en los bloques temáticos tratados, mostrando el porcentaje de acuerdo de los participantes (comparativa 2016 *vs.* 2012* cuando el ítem estuvo presente en el 2012):

1. Situación actual del directivo de salud:	2016 *vs.* 2012
• Los DS son considerados cargos políticos designados sin un proceso de selección arbitrario.	83 % *vs.* 71,4 %
• Reciben poco reconocimiento profesional por parte de la administración pública.	74,75 % *vs.* 72,4 %
• Consideran necesario implicarse en el fomento del uso racional de recursos sanitarios y en el contacto con asociaciones de pacientes, incrementando el empoderamiento del mismo.	96,53 %
• Las respuestas de este bloque están muy alineadas con la encuesta del 2012, indicando que la situación actual del directivo de salud y la perspectiva que tienen de su imagen, así como su reconocimiento siguen siendo similar al año 2012.	88,12 %
2. Formación y desarrollo profesional:	
2.1. Generalidades:	
• El desarrollo profesional no está ligado a resultados.	79,68 % *vs.* 76,1 %
• Los sistemas actuales de carrera profesional para el DS no reconocen el mérito.	78,61 % *vs.* 68,1 %
• Se considera muy necesaria la creación de herramientas válidas y fiables que permitan evaluar las actuaciones y competencias de los DS.	90,37 %
• El mérito y la valía profesional de los DS deban basarse en sus logros profesionales.	86,56 %
• Es fundamental la identificación de competencias específicas y técnicas del gestor sanitario así como el perfil de exigencias en términos de conocimientos y competencias necesarias .	93,68 %
• Es necesario establecer objetivos orientados a resultados con una evaluación periódica (por ejemplo: anual).	95,43 %
• Los programas formativos deberían contener aspectos como gestión sanitaria o comunicación.	86,63 %

	2016 *vs.* 2012
• Es fundamental que la formación del DS sea continua en el tiempo.	**85,14 %**
• Debería existir un programa básico de formación para directivos sanitarios común a todas las CCAA, así como foros de encuentro entre los DS de distintos lugares geográficos.	**99,5 %**
• La continuidad debe estar vinculada a resultados para la consolidación de proyectos y el progreso de la organización que dirigen los DS.	**77,71 %**
• Los resultados obtenidos en este bloque coinciden con las opiniones recogidas en la encuesta del 2012.	**88,77 %**
2.2. Relación con la industria farmacéutica:	
Existe gran diversidad de opiniones en cuanto a la relación del DS con la industria farmacéutica.	
• Se señala la responsabilidad de las CC.AA. de invertir en formación de los DS.	**92,26 %**
• Este apartado no estaba presente en la encuesta del 2012 por lo que no es posible identificar coincidencias.	**97,62 %**
3. Imagen de marca:	
• Existe desconocimiento de la profesión de DS fuera del sector sanitario.	**72,56 % *vs.* Sin acuerdo**
• La imagen de los mismos está condicionada al momento y a la necesidad política.	**75 % *vs.* Sin acuerdo**
• Las respuestas presentan alta variabilidad y hay poca coincidencia con aquellos ítems coincidentes con la encuesta del 2012.	

4. Problemas laborales y de relaciones:	2016 vs. 2012
• Las dificultades en las relaciones de los DS con distintos interlocutores son una realidad.	79,7 % vs. 70,7 %
• Existe incompatibilidad entre los acuerdos centrales con la administración y los acuerdos personales con los profesionales debido a intereses contrapuestos de todos ellos.	71 % vs. 71 %
• La coincidencia con la encuesta del 2012 es elevada por lo que esta situación sigue patente en el día a día de los DS.	
5. Negociación y fuentes de financiación:	
• El papel de los DS en estos ámbitos está muy limitado.	78 % vs. 72,4 %
• Puede verse reducido al no estar separado el financiador del proveedor.	73 % vs. 71 %
• La relación con los sindicatos y profesionales es importante.	87,73 % vs. 80 %
• Hay una elevada coincidencia con los resultados obtenidos en 2012.	
6. Externalización de servicios:	
• La externalización de un servicio puede generar sobrecostes cuando se hace manteniendo el personal propio.	69,33 % vs. Sin acuerdo
• Este ítem no fue consensuado en la encuesta del 2012.	

7. Entorno profesional. Colaboradores y subordinados:	2016 vs. 2012
• No existe profesionalización en el entorno directivo.	83 % vs. 71,6 %
• Los subdirectores y/o cargos intermedios sufren más los problemas propios de los primeros escalones directivos.	70,62 % vs. 76 %
• El directivo sanitario debe formarse y formar a su equipo en habilidades y competencias relacionadas con el desarrollo profesional.	96,5 %
• El DS debe participar en las decisiones sobre las retribuciones variables de sus colaboradores en función de sus resultados.	95 %
• Las retribuciones de los DS deberían ser similares en función de su categoría directiva.	70,62 %
• Existen dificultades para encontrar clínicos y personal sanitario que se integren en equipos directivos.	82,50 % vs. 77,5 %
• Los resultados son similares a la encuesta del 2012.	
8. Organización sanitaria integrada:	
• Las organizaciones sanitarias integradas (gerencias únicas) son más eficientes.	68,75 %
• Facilitan la evaluación de resultados en salud.	68,12 %
• Este bloque no estaba en la encuesta del 2012.	

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los cambios incesantes a los que se ve sometido el sector salud (nuevos fármacos, transformación tecnológica, innovación diagnóstica, etc.) suponen un reto constante para todos los profesionales implicados en su mantenimiento y mejora. Esto, junto con el envejecimiento de la población, el aumento del número de pacientes crónicos, el mayor acceso a la información médica, etc., supone un crecimiento exponencial en las necesidades sanitarias de la población. Para mantener la calidad del sistema sanitario sin poner en peligro la supervivencia del mismo, ahora más que nunca se hace imperativa la consecución de una gestión sanitaria de calidad y la profesionalización de los responsables de la misma, los directivos de la salud (DS).

Por ello, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), en calidad de representante del colectivo de directivos de la salud, ha establecido la profesionalización de los directivos sanitarios y la formación en gestión sanitaria como los principales objetivos a perseguir en sus planes estratégicos[1]. Dentro de esta determinación y esfuerzo, ya en 2012, SEDISA decidió profundizar en estos objetivos, estudiando de forma cuantitativa la opinión de sus socios sobre las cuestiones que consideran más relevantes relacionadas con su labor profesional y su formación.

Concretamente, en 2012 se desarrolló un estudio basado en un cuestionario *online* con 97 preguntas cerradas y siete bloques temáticos:

1. Situación actual del DS (reconocimiento profesional, proyección futura, imagen externa, etc.).
2. Formación y desarrollo profesional.
3. Imagen de marca.
4. Problemas laborales y de las relaciones (administraciones e instituciones, profesionales sanitarios, industria farmacéutica, proveedores, organizaciones de pacientes, etc.).
5. Negociación y fuentes de financiación.
6. Externalización de servicios.
7. Entorno profesional. Colaboradores y subordinados.

Se lograron consensuar las principales preocupaciones, problemas y retos a los que se enfrentan los DS en España, resaltando algunos puntos como:

- La alta influencia política en la designación de los cargos.
- El DS como gestor técnico debe contar con la confianza del sector político, sin embargo, percibe una limitada autonomía en la toma de decisiones y planificación.
- Son un perfil con necesidades formativas específicas para el desarrollo de la carrera profesional directiva. No existe una formación reglada, evaluable, accesible para estos perfiles.
- Preocupaba la incertidumbre respecto al sistema y la falta de reconocimiento que existe en esos cargos.
- Son perfiles que tienen una alta motivación por su trabajo, con un importante enfoque en la mejora continua para ofrecer un mejor servicio.
- Se identificó la necesidad de establecer foros de debate con el colectivo para aunar esfuerzos en el planteamiento de proyectos.

Tras la presentación de estos resultados, surgieron numerosas acciones de continuidad alineadas con las temáticas identificadas y con los objetivos de SEDISA.

En esta ocasión, el cuestionario estuvo constituido por los siguientes 8 bloques temáticos, uno más que en 2012, debido a la inclusión de nuevas temáticas de interés para los DS, como la organización sanitaria integrada o la externalización de servicios:

1. Situación actual del directivo de salud.
2. Formación y desarrollo profesional.
3. Imagen de "marca".
4. Problemas laborales y de relaciones.
5. Negociación y fuentes de financiación.
6. Externalización de servicios.
7. Entorno profesional. Colaboradores y subordinados.
8. Organización sanitaria integrada.

OBJETIVOS

Cuatro años después de la primera encuesta sobre las principales preocupaciones, problemas y retos a los que se enfrentan los directivos de la salud, surge de nuevo el interés de evaluar cómo han evolucionado estos aspectos relativos al día a día de los directivos sanitarios, a lo que se suma la intención de identificar nuevas inquietudes surgidas en el contexto actual. Por ello, se procedió a revisar la encuesta del año 2012 con el objetivo de actualizar o añadir ítems y someter de nuevo a los socios de SEDISA a la cumplimentación de la misma.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una encuesta de opinión de difusión online a todos los socios de SEDISA basada en la edición del año 2012. Para ello, el proyecto siguió los pasos sintetizados a continuación:

Fase de preparación

- Análisis de la encuesta empleada en la edición anterior para el planteamiento de aquellos ítems que formarían parte de la nueva edición: un comité impulsor formado por tres miembros de SEDISA revisaron la encuesta de la 1ª edición y propusieron cambios y actualizaciones
- Identificación de nuevas preocupaciones del colectivo
- Planteamiento del cuestionario inicial a partir de este análisis
- Validación de todos los documentos generados

Desarrollo de campo

- Lanzamiento de la convocatoria de cumplimentación a socios de SEDISA con perfil de directivo sanitario, tanto público como privado, a través de su secretaría técnica
- Seguimiento basado en recordatorios periódicos hasta el cierre del periodo de campo
- Controles de calidad de los datos

Análisis de resultados

- Análisis estadístico
- Realización de comparativo con la 1ª edición

Informe de resultados

Análisis de resultados

La encuesta se presentó en un formulario *online*. Su diseño se realizó en forma de ítems cerrados para facilitar su cumplimentación y evitar la pérdida de información. Los ítems fueron agrupados en **8 bloques temáticos** para facilitar su análisis:

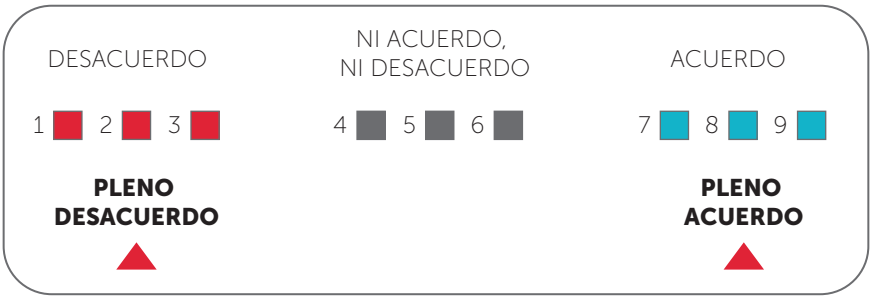
1. Situación actual del directivo de salud.
2. Formación y desarrollo profesional.
3. Imagen de marca.
4. Problemas laborales y de relaciones.
5. Negociación y fuentes de financiación.
6. Externalización de servicios.
7. Entorno profesional. Colaboradores y subordinados.
8. Organización sanitaria integrada.

Los ítems se evaluaron por medio de una escala ordinal tipo Likert de nueve puntos (mínimo 1, pleno desacuerdo; y máximo 9, pleno acuerdo), según el formato desarrollado por la UCLA-RAND Corporation[2], como se muestra a continuación:

1-3: Estoy en desacuerdo con la consideración (cuanta menor puntuación, mayor grado de desacuerdo).

4-6: Ni acuerdo ni desacuerdo con la consideración; no tengo un criterio totalmente definido sobre la cuestión (elegir 4 o 6 si se está más bien cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente).

7-9: Estoy de acuerdo con la consideración (cuanta mayor puntuación, mayor grado de acuerdo).



Análisis estadístico

Se calcularon la media y mediana de cada ítem junto con su rango intercuartílico e intervalo de confianza. Además, se muestra el porcentaje de panelistas que puntuaron fuera de la región de tres puntos que contiene la mediana ([1-3], [4-6], [7-9]) en cada ítem.

Para analizar la presencia o ausencia de consenso en la cuestión planteada, se empleó la mediana de puntuaciones del grupo y el "nivel de concordancia" alcanzado por los encuestados. Se consideró **consensuado** un ítem cuando los expertos que puntuaron **dentro** de la región de tres puntos ([1-3], [4-6], [7-9]) que contiene la mediana fueron más de las dos terceras partes de los encuestados (>66,66 %). Es decir, cuando el % de votos fuera del rango de tres puntos donde se encuentra la mediana fue <3 3,33 % considerándose el ítem consensuado.

Dentro del consenso, el valor de la mediana determina si el consenso grupal alcanzado es en:

- "Desacuerdo": si la mediana es < 3
- "Acuerdo": si la mediana es > 7.

En cualquier otro caso, el ítem se consideró como **no consensuado**. También se consideraron como no consensuados los ítems en los que se apreciaba una alta dispersión de opiniones entre los encuestados, con un rango intercuartílico > 4 puntos.

RESULTADOS

La encuesta fue distribuida entre 800 socios de SEDISA **con perfil de directivo sanitario**, tanto público como privado, y se reunió una muestra de 202 encuestas. La distribución geográfica de los participantes fue:

CCAA	Nº de participantes 2016	Nº de participantes 2012
Andalucía	11	10
Aragón	3	3
Asturias (Principado de)	3	1
Balears (Illes)	7	2
Canarias	6	6
Cantabria	1	2
Castilla y León	20	7
Castilla-La Mancha	5	1
Cataluña	11	10
Comunitat Valenciana	7	21
Extremadura	5	2
Galicia	26	8
Madrid (Comunidad de)	72	32
Murcia (Región de)	10	9
Navarra (Comunidad Foral de)	3	1
País Vasco	7	9
Rioja (La)	2	1
Ceuta (Ciudad de)	1	-
Melilla (Ciudad de)	2	-
TOTAL	**202**	**125**

La encuesta constaba de 104 ítems que se agruparon en ocho bloques temáticos de la siguiente manera:

1. Situación actual del directivo de salud.
2. Formación y desarrollo profesional.
3. Imagen de marca.
4. Problemas laborales y de relaciones.
5. Negociación y fuentes de financiación.
6. Externalización de servicios.
7. Entorno profesional. Colaboradores y subordinados.
8. Organización sanitaria integrada.

Los análisis de **resultados detallados por pregunta** se podrán encontrar en el **ANEXO** de este informe, donde se expresa la media y la mediana con sus intervalos de confianza junto con el porcentaje de panelistas fuera del rango de tres puntos donde se encuentra la mediana, así como el resultado final de cada ítem. De los 104 ítems que se plantearon, se alcanzó un consenso en forma de acuerdo en 53 de ellos (un 51 % de los casos). En uno de los 104 ítems evaluados se alcanzó un consenso en forma de desacuerdo. En los 50 ítems restantes no se alcanzó ningún consenso (48,9 %). Los bloques temáticos en los que se alcanzó un mayor consenso en forma de acuerdo fueron el tercer punto del bloque 2. *Formación y desarrollo profesional*, sobre **la acreditación profesional** y el bloque 4. *Problemas laborales y de relaciones*, en los que se alcanzó un 100 % de acuerdo.

DISCUSIÓN

Esta encuesta ha tenido como objetivo evaluar cómo han evolucionado los aspectos relativos al día a día de los directivos sanitarios desde el 2012, así como identificar nuevas inquietudes surgidas en el contexto actual. Para ello se ha realizado una encuesta entre 800 miembros de SEDISA con el fin de determinar el grado de consenso de sus miembros en cuestiones relacionadas con la profesionalización y la formación de los DS. Este enfoque metodológico nos ofrece la posibilidad de realizar una evaluación directa y cuantitativa de la situación de los DS en España. La tasa de respuesta del 25,37 % está dentro de lo esperado si se compara con otras encuestas realizadas entre DS en otros países, que se sitúa en torno al 20-30 %[3,4].

1. Situación actual del directivo de salud

En este primer bloque, los ítems con mayor grado de acuerdo perfilan la visión de los participantes sobre **la influencia de la política en el desarrollo de la profesión**: los DS son considerados **cargos políticos designados sin un proceso de selección**, coincidiendo con los resultados del 2012. Los participantes muestran un alto grado de acuerdo con el hecho de que la **arbitrariedad de la designación** perjudica la imagen del DS y que **la existencia de un registro centralizado de especialistas en dirección de la salud es un recurso que contribuiría a eliminar la arbitrariedad** en la designación (ítem que en 2012 no llegó a alcanzar el consenso).

Además, consideran que existe **poco reconocimiento profesional por parte de la administración pública.** Esta situación lleva a confirmar la creencia de los DS sobre el **futuro de la profesión**, el cual consideran **convulso y lleno de incertidumbre**.

A pesar de consensuar que **su motivación profesional es elevada**, **no consensúan si** las **retribuciones económicas del DS son acordes a su responsabilidad** pero sí opinan, con alto grado de acuerdo, que existe un **agravio comparativo en la retribución del DS** con respecto al personal asistencial en la sanidad. Esta situación es similar a la reflejada en los resultados de la encuesta del 2012.

En cuanto al **papel de los directivos sanitarios**, no alcanzan el consenso cuando se les pregunta por el limitado papel del DS en la incorporación de la innovación, pero sí **consensúan** la necesidad de implicación en cuanto al **fomento del uso racional de recursos sanitarios,** así como del **contacto con asociaciones de pacientes,** incrementando el **empoderamiento** de los mismos.

Por último, no alcanzan el acuerdo en relación a si en las **políticas de racionalización** se prima el ahorro sobre la eficiencia, en cuanto a **la mejora de la relación con la industria** farmacéutica desde que son identificados como interlocutores ni sobre su **preparación para gestionar nuevas tecnologías** que les ayuden a la mejora de su profesión.

En definitiva, las respuestas de este bloque están muy alineadas con la encuesta del 2012, indicando que la situación actual del directivo de salud y la perspectiva que tienen de su imagen, y reconocimiento sigue siendo **similar al año 2012**.

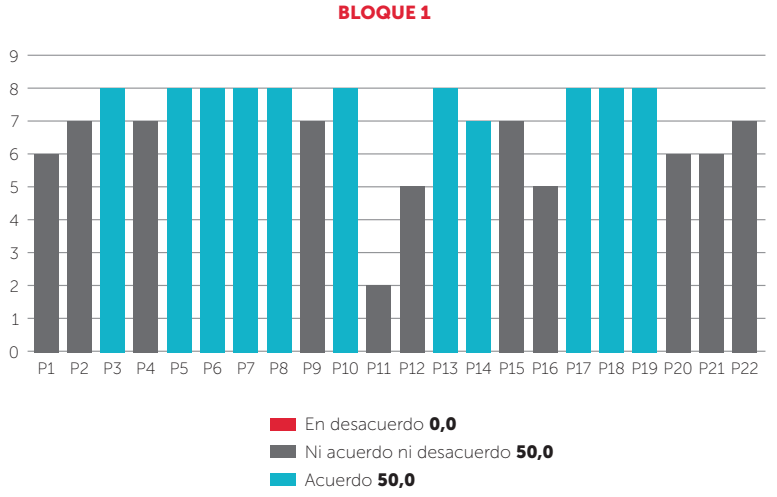


IMAGEN 1. RESULTADOS BLOQUE 1.

1. La imagen pública y profesional de los directivos de la salud (DS) es conocida en el ámbito sanitario.
2. La figura del DS fuera del ámbito sanitario no existe por resultar insuficientemente conocida.
3. Los DS son considerados cargos políticos que son designados sin un proceso de selección.
4. Los DS son considerados cargos políticos que son designados y que no tienen la debida formación ni prestigio profesional.
5. En ocasiones, existen cargos políticos que ocupan cargos de DS y no cuentan con formación o conocimiento en el sector sanitario.
6. La arbitrariedad de la designación perjudica la imagen del DS.
7. La existencia de un registro centralizado de especialistas en dirección de la salud es un recurso que contribuiría a eliminar la arbitrariedad en la designación.
8. El DS de la sanidad pública tiene poco reconocimiento profesional por parte de la administración pública.
9. El ejercicio de la profesión DS se ve dificultado por una excesiva dispersión del conocimiento necesario.
10. El entorno laboral del DS es convulso y con un futuro lleno de incertidumbre.
11. Las retribuciones económicas del DS son acordes a la responsabilidad en la sanidad pública.
12. Las retribuciones económicas del DS son acordes a la responsabilidad en la sanidad privada.
13. Existe un agravio comparativo en la retribución del directivo de salud con respecto al personal asistencial en la sanidad.
14. La mayoría de los DS mantienen una motivación elevada para desarrollar su profesión.
15. El papel de los DS de los hospitales públicos en la incorporación de la innovación farmacológica es muy limitado.
16. El papel de los DS de los hospitales privados en la incorporación de la innovación farmacológica es muy limitado.
17. El papel de los directivos sanitarios debe ser, entre otros, fomentar el uso racional de los recursos sanitarios (medicamentos y servicios sanitarios).
18. El DS debe fomentar el contacto con las asociaciones de pacientes.
19. El DS debe fomentar acciones dirigidas al empoderamiento del paciente.
20. El gestor actual dentro del mundo sanitario está capacitado en la gestión de nuevas tecnologías, su optimización en la gestión y aprovechamiento máximo.
21. Las relaciones con la industria farmacéutica han mejorado al reconocer al DS como interlocutor.
22. En las políticas de racionalización se prima el ahorro sobre la eficiencia.

2. Formación y desarrollo profesional

Este bloque de formación se divide a su vez en tres apartados: generalidades, relación con la industria farmacéutica y acreditación.

2.1 Generalidades

El análisis de este apartado permite identificar claramente las preocupaciones y necesidades formativas de los DS. Los participantes presentan un **alto grado de acuerdo** en todos aquellos ítems que hacen referencia a la necesidad de **valorar y evaluar el trabajo del DS basándose en sus resultados.**

Muestran preocupación al consensuar que el **futuro del DS es incierto** al **no estar ligado a resultados** en gestión ni al desempeño profesional. Además, consideran que **los sistemas actuales de carrera profesional para el DS no reconocen el mérito** ni son un incentivo adecuado. Consideran muy necesaria la **creación de herramientas válidas y fiables** que permitan **evaluar** las actuaciones y competencias de los DS, así como que el **reconocimiento del mérito** y la **valía profesional** de los DS deban **basarse en sus logros profesionales**. Por último, en este aspecto, consideran fundamental la **identificación de competencias específicas y técnicas** del gestor sanitario y el perfil de exigencias en términos de **conocimientos y competencias necesarias** para un desempeño profesional óptimo. De esta manera, se pueden establecer objetivos orientados a resultados con una **evaluación periódica** (por ejemplo: anual).

No tienen una opinión clara (no alcanzan el consenso) en cuanto al **número de programas de formación** existentes **ni sobre si sus contenidos** están adecuadamente dirigidos a cubrir sus necesidades formativas. Tampoco consensúan el hecho de que el DS sea consciente de **cuáles son las áreas de desarrollo profesional** que necesita para formarse y **con quién debe adquirirlas** para su desarrollo profesional.

A pesar de esto último, los participantes sí tienen muy claro (alto grado de consenso) algunos de los aspectos que deberían contener **los programas formativos** dirigidos a DS:

- Deberían contener formación dirigida a áreas de gestión sanitaria (negociación, comunicación, liderazgo, abordaje de la cronicidad y calidad).
- Deberían contener formación dirigida a **acciones de desarrollo grupal,** que facilite la interacción entre DS y de directivos sanitarios con agentes claves del sector.

- Debe ser **continua en el tiempo** (ítem con el mayor grado de acuerdo del bloque)
- Debe contener áreas en comunicación, necesidad formativa importante.
- El perfil de gestor sanitario debe tener **dotes de liderazgo, comunicación y conocimientos en gestión económica**.

Además de estas características necesarias y esenciales, consideran que la falta de formación y competencia para **la comunicación en inglés** es un obstáculo importante para la proyección internacional del DS.

En relación a las diferencias formativas entre CC.AA., los participantes consensúan que el **acceso a la formación está condicionado por el centro y Comunidad Autónoma** en la que el DS ejerce su actividad, así como que debería existir un **programa básico de formación** para directivos sanitarios **común a todas las CC.AA.,** siendo además necesario buscar **foros de encuentro** entre los DS de **distintos lugares geográficos.** Asimismo, consideran que **las autoridades sanitarias** con competencias en formación deben **apoyar los proyectos de profesionalización** de los DS.

En cuanto a la influencia política en el cargo de DS, consideran que el establecimiento de un cuerpo de DS cuya **continuidad esté vinculada a resultados** es la solución para **evitar la excesiva dependencia de ciclos políticos,** ya que opinan que **la continuidad de los DS**, al margen de cambios políticos, es **crucial** para la consolidación de proyectos y el progreso de la organización que dirigen. Por ello, el DS debe ser un **gestor profesional** y no un cargo de confianza. En esta línea, ante la afirmación de si el DS debe estar alineado con la orientación política sanitaria, los participantes no alcanzan el consenso, aunque por un porcentaje muy pequeño.

Sobre si el DS sanitario dispone de los **suficientes recursos humanos y materiales** para desempeñar su labor, no alcanzan el consenso. Tampoco llegan a consensuar el hecho de si el ámbito de la gestión es **atractivo** para atraer profesionales que deseen desarrollarse profesionalmente en gestión sanitaria.

Todos los resultados obtenidos en este bloque coinciden ampliamente con las opiniones recogidas en la encuesta del 2012. Además, están alineadas con un informe de SEDISA donde se evidenciaba una distancia apreciable entre las competencias percibidas por los DS y sus competencias deseadas[5].

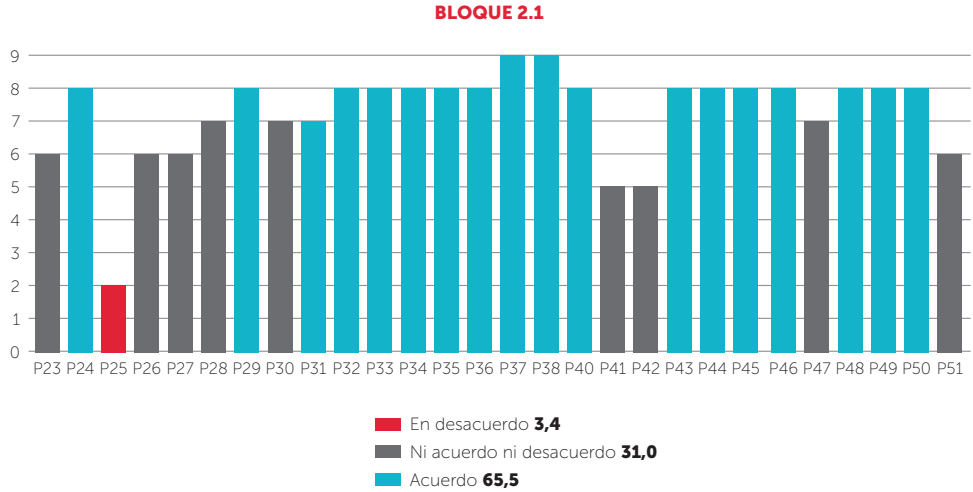


IMAGEN 2.1. RESULTADOS BLOQUE 2.1

23. El ámbito de la gestión es atractivo para atraer profesionales que deseen desarrollarse profesionalmente en gestión sanitaria.
24. El futuro del DS es incierto al no estar ligado a resultados de gestión ni al desempeño profesional.
25. Los sistemas de carrera profesional para DS actuales reconocen adecuadamente el mérito y son un incentivo adecuado.
26. La cantidad de programas de formación continuada para DS ofertados actualmente es inadecuada.
27. Los programas de formación continuada para DS ofertados actualmente no cubren las necesidades formativas reales del DS.
28. No se ofertan acciones de formación y desarrollo para DS que respondan a las necesidades concretas de las personas, son acciones de carácter general.
29. Considero que actualmente el DS necesita formación en las diversas áreas que conforman la gestión sanitaria (negociación, comunicación, liderazgo, abordaje de la cronicidad, calidad).
30. La oferta formativa no contempla acciones de desarrollo individual como coaching ejecutivo, *mentoring,* etc.
31. La oferta formativa no contempla acciones de desarrollo grupal que facilite la interacción entre Directivos Salud y de DS con agentes claves del sector.
32. Es necesaria la creación de herramientas válidas y fiables que permitan evaluar las actuaciones y las competencias de los DS.
33. El reconocimiento del mérito y la valía profesional de los DS debe basarse en sus logros profesionales
34. Es necesario buscar foros de encuentro entre los DS de distintos lugares geográficos.
35. La falta de formación y competencia para la comunicación en inglés es un obstáculo importante para la proyección internacional del DS.
36. El acceso a la formación continuada del DS está condicionada por el centro y por la Comunidad Autónoma en la que ejerce su actividad.
37. Es oportuno que exista un programa básico de formación para directivos sanitarios común a todas las comunidades autónomas.
38. La formación del gestor sanitario debe ser continua en el tiempo.
39. El perfil del gestor sanitario debe tener dotes de liderazgo, comunicación y conocimientos en gestión económica.
40. Los objetivos del gestor sanitario deben estar orientados a resultados con una evaluación periódica (por ejemplo: anual)
41. El directivo sanitario dispone de suficientes recursos humanos (su equipo directivo) para desempeñar su labor.
42. El directivo sanitario dispone de suficientes recursos materiales para desempeñar su labor.
43. Dentro del perfil de DS en el área sanitaria actual, la mejora en áreas de comunicación es una necesidad de formación importante.
44. El establecimiento de un cuerpo de directivos sanitarios cuya continuidad esté vinculada a resultados es la solución para evitar la excesiva dependencia de los ciclos políticos.
45. La continuidad de los directivos de salud, al margen de cambios políticos, es crucial para el la consolidación de proyectos y el progreso de la organización que dirigen.
46. El directivo sanitario debe ser un gestor profesional y no un cargo de confianza.
47. El directivo sanitario debe estar alineado con la orientación política sanitaria.
48. Es fundamental que las autoridades sanitarias con competencias en formación apoyen los proyectos de profesionalización de los directivos sanitarios.
49. Es conveniente la identificación de las competencias específicas y técnicas del gestor sanitario.
50. Es oportuno determinar el perfil de exigencias en términos de conocimientos y competencias que deberá poseer el Gestor Sanitario como profesional para un desempeño óptimo.
51. El DS es consciente de cuáles son las áreas de desarrollo profesional que necesita para formarse y con quién debe adquirirlas para su desarrollo profesional.

2.2. Relación con la industria farmacéutica:

Este apartado muestra una gran diversidad de opiniones en cuanto a la relación del DS con la industria farmacéutica. De 11 ítems, sólo se alcanza el consenso en uno de ellos. Este único ítem consensuado hace referencia a la **responsabilidad de las CC.AA. de invertir** en formación de los DS.

También se consultó sobre si el hecho de que **la industria farmacéutica facilite formación a DS**, favorece la incorporación de profesionales a la gestión sanitaria y sobre si se deben consensuar los intereses de todos los interlocutores, incluida la industria farmacéutica, para la definición de una carrera profesional del gestor sanitario. Ninguno de estos ítems fue consensuado.

Este apartado no estaba presente en la encuesta del 2012 por lo que no es posible identificar coincidencias.

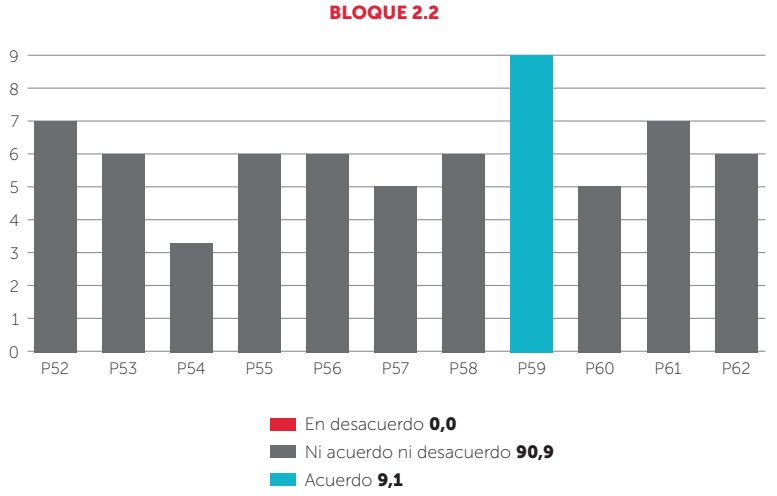


IMAGEN 2.2. RESULTADOS BLOQUE 2.2

52. Gran parte de la formación continuada está organizada o patrocinada por la industria farmacéutica, lo que determina el alcance de sus contenidos.
53. Considero adecuado que la industria farmacéutica facilite formación independiente en gestión sanitaria.
54. Considero adecuado que la industria farmacéutica participe en fomentar la existencia de un registro centralizado de especialistas formados en Dirección de la Salud.
55. Considero adecuado que la industria farmacéutica patrocine programas de formación a los DS en envejecimiento, pluripatologías y cronicidad.
56. Considero adecuado que la industria farmacéutica patrocine programas de formación a los DS en el empleo de TIC para mejorar el abordaje de la cronicidad.
57. Considero adecuado que la industria farmacéutica promueva que se genere un programa básico de formación para directivos sanitarios común a todas las comunidades autónomas.
58. La industria farmacéutica debería seguir invirtiendo en la formación del directivo sanitario.
59. Las comunidades autónomas deberían invertir en la formación
60. Que la industria farmacéutica facilite la formación del directivo sanitario ayuda a atraer profesionales a la gestión sanitaria.
61. La industria farmacéutica puede colaborar en la búsqueda de soluciones más eficientes en la gestión sanitaria.
62. Es necesario consensuar los intereses de todos los agentes interlocutores, incluida la industria farmacéutica, para la definición de una carrera profesional del gestor sanitario.

2.3. Acreditación profesional

Todos los ítems de esta apartado fueron consensuados por los participantes. El mayor grado de consenso fue alcanzado en aquellos referentes a la **necesidad de diseñar un protocolo** y una **guía de acreditación** en gestión sanitaria y a la necesidad de la existencia de una **diploma de acreditación en gestión sanitaria** que reconozca así los méritos y conocimientos profesionales de los DS.

Además, se confirma la opinión de que para el **adecuado reconocimiento de la acreditación profesiona**l, éste debe ser llevado a cabo por **agentes externos**, así como que el **programa de formación** para obtener la acreditación profesional debe ser **común**. Por último, se consensúa la **ausencia criterios formativos** de los DS en **conocimientos posgestión**, por lo que es necesario establecer un número mínimo y su obligatoriedad.

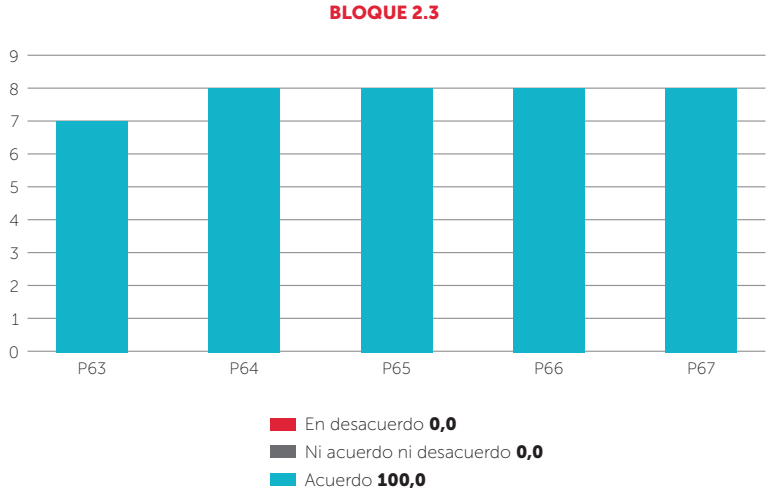


IMAGEN 2.3. RESULTADOS BLOQUE 2.3

63. No existen criterios formativos de los DS en conocimientos posgestión, por lo que es necesario establecer un número mínimo de los mismos y su obligatoriedad.
64. El reconocimiento de la acreditación profesional los DS debería hacerse por agentes externos, lo que incrementaría la calidad de sus actuaciones.
65. Es necesario el diseño del protocolo y guía de acreditación en Gestión Sanitaria.
66. Es necesario un diploma de acreditación en gestión sanitaria que reconozca los conocimientos y méritos profesionales de los directivos de salud.
67. Es necesario un programa de formación común que permita la obtención de acreditación profesional para ejercer como gestor sanitario.

3. Imagen de marca

En este bloque se puede ver que los participantes están de acuerdo en que **existe desconocimiento de la profesión de DS fuera del sector sanitario** y que **la imagen de los mismos está condicionada** al momento y a la necesidad **política**.

No se alcanza consenso en cuanto a la visión del DS y su imagen en la sanidad pública ni en la privada.

Las respuestas presentan alta variabilidad y hay poca coincidencia con aquellos ítems coincidentes con la encuesta del 2012, lo que indica que la opinión sobre la imagen de marca no es un tema prioritario para los DS.

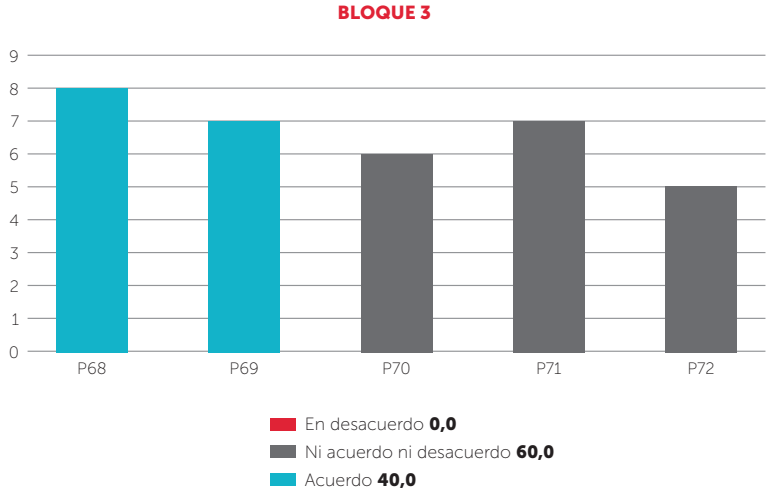


IMAGEN 3. RESULTADOS BLOQUE 3

68. La imagen de marca como DS no se reconoce fuera del sector sanitario.
69. La imagen de marca como DS está condicionada al momento y la necesidad política.
70. La imagen de marca como DS resulta positiva para el propio centro hospitalario pero no para los DS.
71. En general, en la sanidad pública hay una buena imagen de los hospitales y una mala de los DS.
72. En general, en el ámbito privado es mejor la imagen del DS que la del centro.

4. Problemas laborales y de formación

Los tres ítems que conforman este bloque fueron consensuados. Se alcanza el consenso sobre las **dificultades en las relaciones de los DS con distintos interlocutores** y en la **incompatibilidad** entre los acuerdos centrales con la administración y los acuerdos personales con los profesionales debido a **intereses contrapuestos** de todos ellos.

La coincidencia con la encuesta del 2012 es elevada, por lo que esta situación sigue patente en el día a día de los DS.

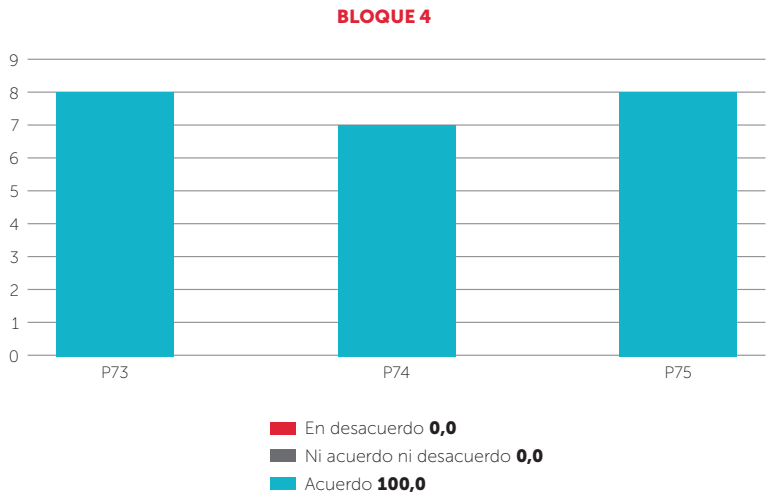


IMAGEN 4. RESULTADOS BLOQUE 4

73. Los intereses contrapuestos entre los grupos de interlocución dificultan la labor del DS.
74. Es difícil lograr la compatibilidad entre los acuerdos con la administración y acuerdos con los profesionales.
75. Los acuerdos laborales deben ser similares en los hospitales de la Comunidad Autónoma.

5. Negociación y fuentes de financiación

Este bloque hace principalmente referencia al papel de los DS en la negociación y las fuentes de financiación. Se alcanza el consenso en cuanto a que **el papel de los DS** en estos ámbitos está muy **limitado,** que es **mayor en centros privados** que en los públicos, que **puede verse reducido** al no estar separado el financiador del proveedor y que su **relación con los sindicatos y profesionales es importante** a pesar de no poder influir en la negociación salarial o en las condiciones básicas de trabajo.

No hay consenso en la afirmación de que la diversidad de fuentes de financiación sólo tiene presencia en funciones como formación, docencia o investigación, especialmente donde existen fundaciones ligadas al centro sanitario.

De nuevo, hay una elevada coincidencia con los resultados obtenidos en 2012.

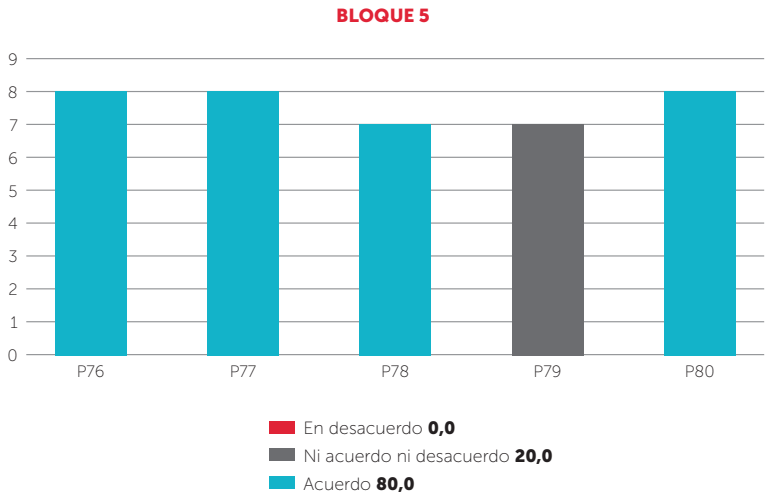


IMAGEN 5. RESULTADOS BLOQUE 5

76. El papel de los DS de los centros públicos en lo relacionado con la negociación y las fuentes de financiación es muy limitado.
77. El papel de los DS en lo relacionado con la negociación y las fuentes de financiación es mayor en los centros privados que en los públicos.
78. El papel de los DS en lo relacionado con la negociación y las fuentes de financiación puede verse reducido al no estar separado el financiador del proveedor.
79. La diversidad de fuentes de financiación (pública y privada) sólo tienen presencia en funciones como la formación, la docencia o la investigación, especialmente donde existen fundaciones ligadas al centro sanitario.
80. El papel del DS en las relaciones con los sindicatos y con los profesionales es importante a pesar de no poder influir en la negociación salarial o en las condiciones básicas de trabajo.

6. Externalización de servicios

En este bloque se aprecian diferentes opiniones en cuanto a la externalización de servicios, ya que sólo se alcanza el consenso en un ítem de 10, resultado similar a la encuesta del 2012. El único ítem consensuado hace referencia a los **sobrecostes que puede generar la externalización** de un servicio cuando se hace **manteniendo el personal propio.** Este ítem no fue consensuado en la encuesta del 2012.

No se alcanza consenso en las posibles medidas de mejorar la externalización, como el hecho de **establecerla como complemento de financiación** en la creación de nuevos hospitales o como **externalizar determinados servicios asistenciales** ligados al apoyo diagnóstico u otros puramente clínicos. Tampoco hay acuerdo en que sea **necesario avanzar en la externalización de servicios** sobre todo de áreas no asistenciales, en que la misma **dificulta la gestión de personal propio y de la empresa concesionaria** del servicio, así como en que en **los contratos de externalización no exista transferencia de riesgo** al contratista dado que se contratan servicios muy regulados.

Cuando se pregunta sobre si la externalización favorece la equidad, concretamente el **copago**, **externalización de la gestión** o la **gestión de recursos humanos**, tampoco se alcanza consenso.

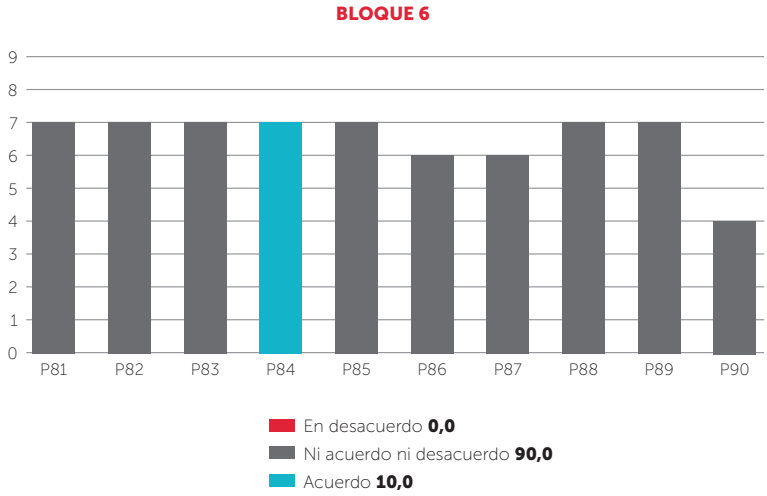


IMAGEN 6. RESULTADOS BLOQUE 6

81. Es necesario seguir avanzando en la externalización de servicios, especialmente en las áreas no asistenciales.
82. La externalización de servicios como un complemento de financiación en la creación de nuevos hospitales es deseable.
83. La externalización de servicios origina dificultades a la hora de gestionar conjuntamente el personal propio y el personal de la concesionaria del servicio externalizado al existir diferentes relaciones laborales y contractuales.
84. La externalización de servicios puede originar un sobrecoste cuando se externaliza el servicio pero hay que seguir con el mismo personal propio.
85. En la mayoría de los contratos de externalización no existe transferencia de riesgo al contratista dado que se contratan servicios muy regulados.
86. Es deseable la externalización de determinados servicios asistenciales ligados al apoyo diagnóstico, como análisis clínicos o radiodiagnóstico.
87. Es deseable la externalización de algunos servicios puramente clínicos como la diálisis, la oxigenoterapia o la radioterapia.
88. Medidas como el copago son compatibles con la equidad.
89. Medidas como la externalización de la gestión de los hospitales son compatibles con la equidad
90. La necesidad de gestión de RRHH en el rol del gestor actual, es un área que necesita externalizarse.

7. Entorno profesional

Este bloque da una idea de la visión que tienen los DS de su entorno en el ámbito profesional, alcanzando el consenso en la mayoría de sus ítems. Se alcanza el consenso en el ítem que afirma que **no existe profesionalización en el entorno directivo**. Además, se consensúa que los subdirectores y/o cargos intermedios **sufren más los problemas propios de los primeros escalones directivos** estando peor reconocidos y retribuidos. Aun así, por muy poca puntuación, **no se consensúa** el hecho de que los DS tengan **dificultades en su retorno a las tareas asistenciales** junto con la pérdida de oportunidades y pericia profesional (a diferencia del resultado de la encuesta del 2012 donde sí se consensuó este ítem).

Por otra parte, hay un muy elevado consenso en el hecho de que el directivo sanitario **deba formarse y formar a su equipo en habilidades y competencias relacionadas con el desarrollo profesional**. Además, se afirma que el DS debe **participar en las decisiones sobre las retribuciones variables** de sus colaboradores en función de sus resultados. Y que las **retribuciones de los DS** deberían **ser similares** en función de su categoría directiva.

Se consensúa que existen **dificultades para encontrar clínicos y personal sanitario que se integren en equipos directivos** y no se alcanza consenso en la afirmación de que existen **diferencias en la gestión de equipos de DS** cuando el perfil es sanitario o de otra naturaleza pero con experiencia en gestión.

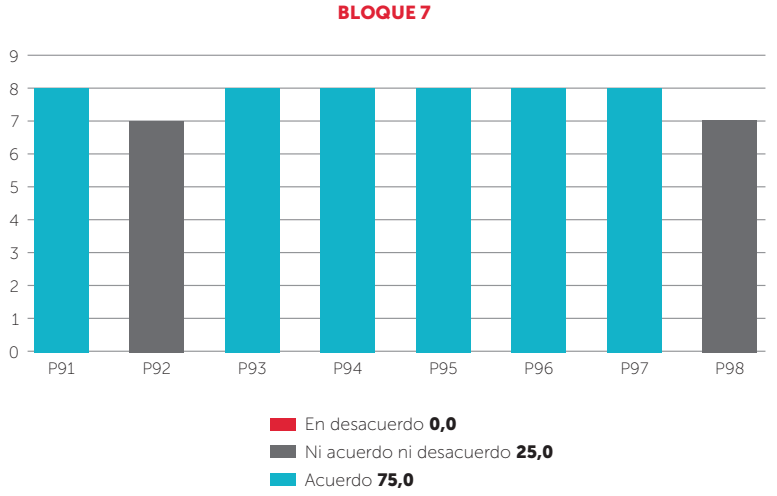


IMAGEN 7. RESULTADOS BLOQUE 7.

91. Los subdirectores y/o cargos directivos intermedios sufren más los problemas propios de los primeros escalones directivos estando peor reconocidos y retribuidos.
92. Los subdirectores y/o cargos directivos intermedios tienen dificultades en el retorno a las tareas asistenciales junto con la pérdida de oportunidades y pericia profesional.
93. No existe profesionalización del entorno directivo.
94. Existen dificultades para encontrar clínicos y personal sanitario que se integren en equipos de directivos.
95. El directivo sanitario debe formarse y formar a su equipo en habilidades y competencias relacionadas con el desarrollo profesional.
96. El DS debe participar en las decisiones las retribuciones variables de sus colaboradores en función de sus resultados.
97. Las retribuciones de los DS deben ser similares en función de su categoría directiva.
98. Existen diferencias en la gestión de equipos de DS cuando su perfil es sanitario u de otra naturaleza pero con experiencia en gestión sanitaria.

8. Organización sanitaria integrada

Este bloque ahonda en la opinión de los participantes sobre la gestión integrada y sus ventajas e inconvenientes. Es un tema donde hay **gran variabilidad** de opiniones y donde sólo 2 de 6 ítems alcanzan el consenso.

Se alcanza el consenso en los ítems que hacen referencia a que las **organizaciones sanitarias integradas** (gerencias únicas) **son más eficientes** y en que **facilitan la evaluación de resultados** en salud (ambos ítems alcanzan el consenso pero están cerca de la indeterminación).

Los participantes **no alcanzan el consenso** en las afirmaciones que indican que las organizaciones sanitarias integradas **tienen más reconocimiento en el ámbito de las asociaciones de pacientes**, que **favorecen el desarrollo de proyectos comunes con la industria farmacéutica**, que los **programas de formación** de la industria **son más receptivos** por parte de la organizaciones sanitarias integradas y en que las **nuevas fórmulas de gestión empresarial** en el ámbito sanitario (consorcios, fundaciones públicas sanitarias, etc.) **aportan ventajas** en la capacidad de gestión sanitaria.

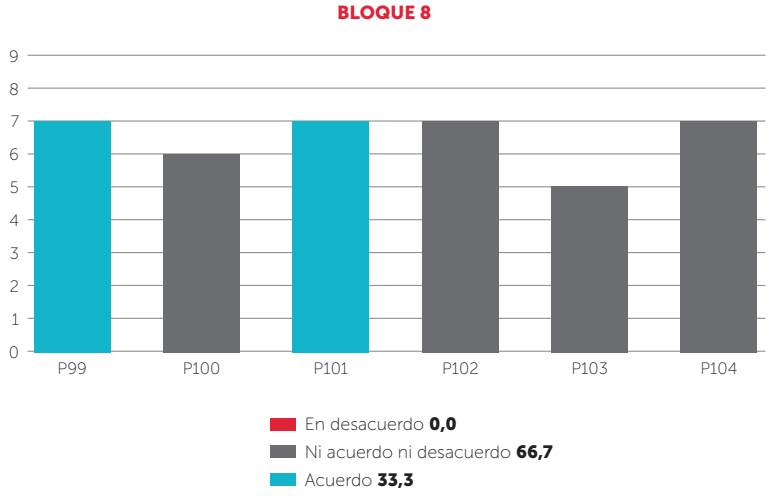


IMAGEN 8. RESULTADOS BLOQUE 8.

99. Las organizaciones sanitarias (gerencias únicas) integradas son más eficiente.
100. Las organizaciones sanitarias integradas tienen más reconocimiento a nivel de asociaciones de pacientes.
101. Las organizaciones sanitarias integradas facilitan la evaluación de resultados en salud.
102. Las organizaciones sanitarias integradas favorecen el desarrollo de proyectos comunes con la industria farmacéutica.
103. Los programas de formación de la industria son más receptivos por parte de las organizaciones sanitarias integradas.
104. Nuevas fórmulas de gestión empresarial en el ámbito sanitario (consorcios, fundaciones públicas sanitarias) aportan ventajas en la capacidad de gestión sanitaria.

CONCLUSIONES

La encuesta del año 2016 ha terminado con una participación mayor que la obtenida en 2012 (77 participantes más), a pesar de haber sido ligeramente más larga, teniendo representación todas las CC.AA.

Tras analizar la encuesta perteneciente a este estudio (2016) y compararla con la realizada en el año 2012, se aprecian numerosas similitudes, indicando que los temas que principalmente preocupan al DS siguen siendo los mismos y que la situación ha evolucionado, aunque sin diferencias significativas en los temas aquí recogidos.

La **influencia política** en los cargos directivos sigue estando patente, lo que dificulta la **profesionalización de estos perfiles profesionales**, tema de gran interés y preocupación para todos los DS. Las respuestas aquí recogidas indican el deseo y necesidad de los DS por el **desarrollo de programas profesionales formativos específicos y acreditados,** así como por el establecimiento de **herramientas y sistemas de evaluación fiables y de calidad**. Esto debería llevar a un **reconocimiento y remuneración del DS basado en la evaluación de sus resultados y en su formación**, más que en su alineamiento con la política existente en el momento de su nombramiento/desarrollo profesional.

Se declaran **difíciles las relaciones de los DS con distintos interlocutores** debido a la incompatibilidad en los intereses de los mismos, lo que hace preciso un esfuerzo mayor para alcanzar acuerdos y avanzar en la mejora del ejercicio profesional diario.

En cuanto a la **negociación y fuentes de financiación, se declara que el papel de los DS está muy limitado** y se observa que los temas relativos a la **externalización de servicios suponen diferencias de opinión**, especialmente en cuanto a las posibles medidas para mejorar de la externalización.

Cuando se les pregunta sobre el **entorno profesional, vuelve a surgir un amplio consenso en cuanto a que no existe profesionalización en el** ámbito **directivo**, incidiéndose en las necesidades del DS de formarse y formar a su equipo en habilidades y competencias relacionadas con el desarrollo profesional.

Por último, la **organización sanitaria integrada** es un bloque incluido en esta encuesta y no presente en la del 2012, identificándose como un **tema controvertido** y con diferencias de opinión en cuanto a sus beneficios.

EPÍLOGO

Profesionalizando la profesión de la gestión sanitaria. Éste sería el resumen del rumbo que debe llevar la situación de los directivos de la salud. Una frase aparentemente contradictoria y ahogada por la redundancia, pero fundamentada, no obstante, en el hecho de que los directivos de la salud son profesionales que ejercen la gestión sanitaria aunque no estén reconocidos como tales, ante un sistema no profesionalizado.

Éste es el marco que describe el presente análisis, en el que se dibuja una profesión sin profesionalizar, directivos de la salud con un futuro incierto, con agravio comparativo con respecto a los profesionales sanitarios asistenciales y con una imagen inexistente fuera del sector sanitario. De hecho, los resultados ponen de manifiesto que la situación actual en relación a la situación de la profesionalización de los directivos de la salud y de la formación de los mismos, con un desarrollo laboral y profesional muy alejado de la evaluación de resultados, es muy parecida a la descrita en 2012 a través de un sondeo de opinión similar.

Contar con un registro centralizado de directivos de la salud podría ser una posible solución, seguramente "imposible" debido a la existencia de una realidad sanitaria fragmentada por 17 territorialidades, pero que ayudaría, sin duda, a disminuir las diferencias de situación de la profesionalización de los directivos y de la gestión sanitaria y la variabilidad y desigualdades en el acceso a la formación y formación continuada. Asimismo, y aunque sea una afirmación arriesgada, la falta de profesionalización de la gestión sanitaria y la desigualdad territorial de ésta conlleva la gran variabilidad de opinión, descrita en este *Diagnóstico Experto,* sobre la externalización y la eficiencia y calidad que aportan las organizaciones sanitarias integradas, ambas iniciativas alejadas también de la evaluación por resultados.

Nos hemos de dirigir a la profesionalización de la gestión sanitaria a través del desarrollo normativo necesario para que vaya más allá de las meras declaraciones de intenciones, desde un punto de vista global y estratégico, enmarcado en cada sistema sanitario autonómico. Para ello, cada Comunidad Autónoma debe desarrollar un sistema de profesionalización de los directivos de la salud desde un punto de vista estratégico, real y adaptado a la idiosincrasia de su actualidad sanitaria, pero siempre desde la despolitización de los nombramientos y ceses y enfocado al que debe ser el objetivo real: la obtención de una gestión sanitaria de calidad, que aporte excelencia a los ciudadanos y sostenibilidad al sistema.

Sin duda, la mejor defensa de los directivos es su profesionalización, algo fundamental para la calidad y la sostenibilidad del sistema, así como para la proyección de valor hacia la sociedad y los ciudadanos que la figura del profesional de la gestión sanitaria merece, con una imagen basada en la aportación que el directivo profesional traslada y puede trasladar en el corto, medio y largo plazo a la sanidad y a la salud. Un papel prioritario que debe llevar a cabo una profesión, formada por un gran número de directivos formados y con experiencia, en un sistema por profesionalizar.

Dr. Joaquín Estévez
Presidente de SEDISA

ANEXO

BLOQUE I: SITUACIÓN ACTUAL DEL DIRECTIVO DE SALUD

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P1	La imagen pública y profesional de los directivos de la salud (DS) es conocida **en el ámbito sanitario.**	4,99 (4,74; 5,24)	6,00 (5,75; 6,25)	60,89	NI ACUERDO NI DESACUERDO
P2	La figura del DS **fuera del ámbito sanitario** no existe por resultar insuficientemente conocida.	5,03 (4,76; 5,30)	7,00 (6,73; 7,27)	46,04	NI ACUERDO NI DESACUERDO
P3	Los DS son considerados cargos políticos que son designados sin un proceso de selección.	6,22 (5,98; 6,47)	8,00 (7,76; 8,24)	16,83	ACUERDO
P4	Los DS son considerados cargos políticos que son designados y que no tienen la debida formación ni prestigio profesional.	5,31 (5,05; 5,58)	7,00 (6,74; 7,26)	36,63	NI ACUERDO NI DESACUERDO
P5	En ocasiones, existen cargos políticos que ocupan cargos de DS y no cuentan con formación o conocimiento en el sector sanitario.	6,65 (6,40; 6,89)	8,00 (7,75; 8,25)	17,33	ACUERDO
P6	La arbitrariedad de la designación perjudica la imagen del DS.	7,07 (6,85; 7,29)	8,00 (7,78; 8,22)	11,88	ACUERDO
P7	La existencia de un registro centralizado de especialistas en dirección de la salud es un recurso que contribuiría a eliminar la arbitrariedad en la designación.	5,91 (5,63; 6,19)	8,00 (7,72; 8,28)	29,70	ACUERDO

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P8	El DS de la sanidad pública tiene poco reconocimiento profesional por parte de la administración pública.	6,41 (6,17; 6,65)	8,00 (7,76; 8,24)	25,25	**ACUERDO**
P9	El ejercicio de la profesión DS se ve dificultado por una excesiva dispersión del conocimiento necesario.	4,76 (4,47; 5,04)	7,00 (6,72; 7,28)	48,02	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P10	El entorno laboral del DS es convulso y con un futuro lleno de incertidumbre.	6,73 (6,52; 6,95)	8,00 (7,78; 8,22)	20,79	**ACUERDO**
P11	Las retribuciones económicas del DS son acordes a la responsabilidad en la sanidad pública.	2,00 (1,71; 2,30)	2,00 (1,70; 2,30)	34,2	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P12	Las retribuciones económicas del DS son acordes a la responsabilidad en la sanidad privada.	3,95 (3,66; 4,24)	5,00 (4,71; 5,29)	55,45	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P13	Existe un agravio comparativo en la retribución del directivo de salud con respecto al personal asistencial en la sanidad.	5,95 (5,68; 6,22)	8,00 (7,73; 8,27)	21,78	**ACUERDO**
P14	La mayoría de los DS mantienen una motivación elevada para desarrollar su profesión.	5,89 (5,65; 6,13)	7,00 (6,76; 7,24)	28,71	**ACUERDO**
P15	El papel de los DS de los hospitales públicos en la incorporación de la innovación farmacológica es muy limitado.	5,44 (5,20; 5,69)	7,00 (6,75; 7,25)	48,51	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P16	El papel de los DS de los hospitales privados en la incorporación de la innovación farmacológica es muy limitado.	4,08 (3,84; 4,33)	5,00 (4,75; 5,25)	39,1	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P17	El papel de los directivos sanitarios debe ser, entre otros, fomentar el uso racional de los recursos sanitarios. (medicamentos y servicios sanitarios).	7,86 (7,72; 8,00)	8,00 (7,86; 8,14)	3,47	**ACUERDO**
P18	El DS debe fomentar el contacto con las asociaciones de pacientes.	7,21 (7,02; 7,40)	8,00 (7,81; 8,19)	11,88	**ACUERDO**
P19	El DS debe fomentar acciones dirigidas al empoderamiento del paciente.	7,15 (6,97; 7,34)	8,00 (7,82; 8,18)	15,35	**ACUERDO**
P20	El gestor actual dentro del mundo sanitario está capacitado en la gestión de nuevas tecnologías, su optimización en la gestión y aprovechamiento máximo.	4,61 (4,34; 4,87)	6,00 (5,73; 6,27)	57,9	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P21	Las relaciones con la industria farmacéutica han mejorado al reconocer al DS como interlocutor.	4,95 (4,70; 5,21)	6,00 (5,74; 6,26)	59,4	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P22	En las políticas de racionalización se prima el ahorro sobre la eficiencia.	4,65 (4,33; 4,97)	7,00 (6,68; 7,32)	43,07	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

BLOQUE II: FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

2.1 GENERALIDADES

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P23	El ámbito de la gestión es atractivo para atraer profesionales que deseen desarrollarse profesionalmente en gestión sanitaria.	4,22 (3,90; 4,55)	6,00 (5,67; 6,33)	68,45	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P24	El futuro del DS es incierto al no estar ligado a resultados de gestión ni al desempeño profesional.	6,22 (6,39; 6,85)	8,00 (7,77; 8,23)	20,32	**ACUERDO**
P25	Los sistemas de carrera profesional para DS actuales reconocen adecuadamente el mérito y son un incentivo adecuado.	1,82 (1,59; 2,06)	2,00 (1,77; 2,23)	21,39	**DESACUERDO**
P26	La **cantidad** de programas de formación continuada para DS ofertados actualmente es inadecuada.	4,55 (4,24; 4,85)	6,00 (5,70; 6,30)	60,96	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P27	Los programas de formación continuada para DS ofertados actualmente no cubren las necesidades formativas reales del DS.	4,93 (4,64; 5,23)	6,00 (5,71; 6,29)	59,89	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P28	No se ofertan acciones de formación y desarrollo para DS que respondan a las necesidades concretas de las personas, son acciones de carácter general.	5,42 (5,16; 5,69)	7,00 (6,74; 7,26)	41,18	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P29	Considero que actualmente el DS necesita formación en las diversas áreas que conforman la gestión sanitaria (negociación, comunicación, liderazgo, abordaje de la cronicidad, calidad).	7,13 (6,93; 7,33)	8,00 (7,80; 8,20)	13,37	**ACUERDO**
P30	La oferta formativa no contempla acciones de desarrollo individual como coaching ejecutivo, *mentoring,* etc.	5,87 (5,60; 6,13)	7,00 (6,74; 7,26)	36,36	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P31	La oferta formativa no contempla acciones de desarrollo grupal que facilite la interacción entre Directivos Salud y de DS con agentes claves del sector.	6,14 (5,91; 6,37)	7,00 (6,73; 7,27)	29,95	**ACUERDO**
P32	Es necesaria la creación de herramientas válidas y fiables que permitan evaluar las actuaciones y las competencias de los DS.	7,58 (7,40; 7,75)	8,00 (7,83; 8,17)	9,63	**ACUERDO**
P33	El reconocimiento del mérito y la valía profesional de los DS debe basarse en sus logros profesionales.	7,20 (7,00; 7,39)	8,00 (7,80; 8,20)	13,44	**ACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P34	Es necesario buscar foros de encuentro entre los DS de distintos lugares geográficos.	7,62 (7,46; 7,78)	8,00 (7,84; 8,16)	11,23	**ACUERDO**
P35	La falta de formación y competencia para la comunicación en inglés es un obstáculo importante para la proyección internacional del DS.	7,13 (6,92; 7,34)	8,00 (7,79; 8,21)	17,11	**ACUERDO**
P36	El acceso a la formación continuada del DS está condicionada por el centro y por la Comunidad Autónoma en la que ejerce su actividad.	6,47 (6,24; 6,70)	8,00 (7,77; 8,23)	24,06	**ACUERDO**
P37	Es oportuno que exista un programa básico de formación para directivos sanitarios común a todas las comunidades autónomas.	5,89 (5,61; 6,16)	8,00 (7,72; 8,28)	22,29	**ACUERDO**
P38	La formación del gestor sanitario debe ser continua en el tiempo.	8,01 (7,88; 8,14)	9,00 (8,87; 9,13)	0,57	**ACUERDO**
P39	El perfil del gestor sanitario debe tener dotes de liderazgo, comunicación y conocimientos en gestión económica.	8,22 (8,09; 8,35)	9,00 (8,87; 9,13)	2,86	**ACUERDO**
P40	Los objetivos del gestor sanitario deben estar orientados a resultados con una evaluación periódica (por ejemplo: anual).	7,94 (7,79; 8,09)	8,00 (7,85; 8,15)	4,57	**ACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P41	El directivo sanitario dispone de suficientes recursos humanos (su equipo directivo) para desempeñar su labor.	3,75 (3,43; 4,07)	5,00 (4,70; 5,30)	60,00	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P42	El directivo sanitario dispone de suficientes recursos materiales para desempeñar su labor.	3,73 (3,43; 4,03)	5,00 (4,70; 5,30)	60,00	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P43	Dentro del perfil de DS en el área sanitaria actual, la mejora en áreas de comunicación es una necesidad de formación importante.	7,20 (7,02; 7,38)	8,00 (7,82; 8,18)	14,86	**ACUERDO**
P44	El establecimiento de un cuerpo de directivos sanitarios cuya continuidad esté vinculada a resultados es la solución para evitar la excesiva dependencia de los ciclos políticos.	6,67 (6,42; 6,92)	8,00 (7,75; 8,25)	21,14	**ACUERDO**
P45	La continuidad de los directivos de salud, al margen de cambios políticos, es crucial para el la consolidación de proyectos y el progreso de la organización que dirigen.	7,26 (7,07; 7,45)	8,00 (7,81; 8,19)	7,74	**ACUERDO**
P46	El directivo sanitario debe ser un gestor profesional y no un cargo de confianza.	7,25 (7,03; 7,48)	8,00 (7,77; 8,23)	17,82	**ACUERDO**
P47	El directivo sanitario debe estar alineado con la orientación política sanitaria.	5,15 (4,84; 5,47)	7,00 (6,68; 7,32)	36,78	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P48	Es fundamental que las autoridades sanitarias con competencias en formación apoyen los proyectos de profesionalización de los directivos sanitarios.	7,48 (7,30; 7,65)	8,00 (7,82; 8,18)	6,90	**ACUERDO**
P49	Es conveniente la identificación de las competencias específicas y técnicas del gestor sanitario.	7,97 (7,83; 8,11)	8,00 (7,86; 8,14)	6,32	**ACUERDO**
P50	Es oportuno determinar el perfil de exigencias en términos de conocimientos y competencias que deberá poseer el Gestor Sanitario como profesional para un desempeño óptimo.	7,79 (7,64; 7,93)	8,00 (7,85; 8,15)	6,32	**ACUERDO**
P51	El DS es consciente de cuáles son las áreas de desarrollo profesional que necesita para formarse y con quién debe adquirirlas para su desarrollo profesional.	5,48 (5,23; 5,73)	6,00 (5,75; 6,25)	58,62	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

BLOQUE II: FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

2.2 RELACIÓN CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P52	Gran parte de la formación continuada está organizada o patrocinada por la industria farmacéutica, lo que determina el alcance de sus contenidos.	6,11 (5,85; 6,38)	7,00 (6,74; 7,26)	35,12	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P53	Considero adecuado que la industria farmacéutica facilite formación independiente en gestión sanitaria.	3,40 (3,02; 3,77)	6,00 (5,63; 6,37)	67,86	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P54	Considero adecuado que la industria farmacéutica participe en fomentar la existencia de un registro centralizado de especialistas formados en Dirección de la Salud.	2,40 (2,02; 2,78)	3,50 (3,12; 3,88)	50,00	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P55	Considero adecuado que la industria farmacéutica patrocine programas de formación a los DS en envejecimiento, pluripatologías y cronicidad.	3,42 (3,05; 3,79)	6,00 (5,63; 6,37)	65,48	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P56	Considero adecuado que la industria farmacéutica patrocine programas de formación a los DS en el empleo de TIC para mejorar el abordaje de la cronicidad.	3,63 (3,26; 4,00)	6,00 (5,63; 6,37)	67,86	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P57	Considero adecuado que la industria farmacéutica promueva que se genere un programa básico de formación para directivos sanitarios común a todas las comunidades autónomas.	2,74 (2,34; 3,14)	5,00 (4,60; 5,40)	69,64	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P58	La industria farmacéutica debería seguir invirtiendo en la formación del directivo sanitario.	3,24 (2,86; 3,63)	6,00 (5,62; 6,38)	67,26	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P59	Las comunidades autónomas deberían invertir en la formación.	7,89 (7,72; 8,06)	9,00 (8,83; 9,17)	2,38	**ACUERDO**
P60	Que la industria farmacéutica facilite la formación del directivo sanitario ayuda a atraer profesionales a la gestión sanitaria.	2,80 (2,43; 3,18)	5,00 (4,63; 5,37)	59,52	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P61	La industria farmacéutica puede colaborar en la búsqueda de soluciones más eficientes en la gestión sanitaria.	4,69 (4,36; 5,02)	7,00 (6,67; 7,33)	38,10	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P62	Es necesario consensuar los intereses de todos los agentes interlocutores, incluida la industria farmacéutica, para la definición de una carrera profesional del gestor sanitario.	3,61 (3,21; 4,00)	6,00 (5,60; 6,40)	73,81	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

BLOQUE II: FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

2.3 ACREDITACIÓN PROFESIONAL (FORMATIVA) DEL GESTOR SANITARIO

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P63	No existen criterios formativos de los DS en conocimientos posgestión, por lo que es necesario establecer un número mínimo de los mismos y su obligatoriedad.	5,93 (5,67; 6,19)	7,00 (6,74; 7,26)	29,76	**ACUERDO**
P64	El reconocimiento de la acreditación profesional los DS debería hacerse por agentes externos, lo que incrementaría la calidad de sus actuaciones.	6,15 (5,90; 6,41)	8,00 (7,74; 8,26)	21,43	**ACUERDO**
P65	Es necesario el diseño del protocolo y guía de acreditación en gestión. Sanitaria.	6,28 (6,02; 6,54)	8,00 (7,74; 8,26)	16,07	**ACUERDO**
P66	Es necesario un diploma de acreditación en gestión sanitaria que reconozca los conocimientos y méritos profesionales de los directivos de salud.	5,87 (5,59; 6,15)	8,00 (7,72; 8,28)	17,26	**ACUERDO**
P67	Es necesario un programa de formación común que permita la obtención de acreditación profesional para ejercer como gestor sanitario.	5,95 (5,68; 6,23)	8,00 (7,72; 8,28)	20,83	**ACUERDO**

BLOQUE III: FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P68	La imagen de marca como DS no se reconoce fuera del sector sanitario.	6,19 (5,94; 6,44)	8,00 (7,72; 8,28)	27,44	**ACUERDO**
P69	La imagen de marca como DS está condicionada al momento y la necesidad política.	6,43 (6,22; 6,64)	7,00 (6,76; 7,24)	25,00	**ACUERDO**
P70	La imagen de marca como DS resulta positiva para el propio centro hospitalario pero no para los DS.	5,00 (4,75; 5,25)	6,00 (5,73; 6,27)	54,27	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P71	En general, en la sanidad pública hay una buena imagen de los hospitales y una mala de los DS.	5,66 (5,40; 5,92)	7,00 (6,71; 7,29)	40,24	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P72	En general, en el ámbito privado es mejor la imagen del DS que la del centro.	4,43 (4,16; 4,71)	5,00 (4,70; 5,30)	50,61	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

BLOQUE IV: PROBLEMAS LABORALES Y DE RELACIONES

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P73	Los intereses contrapuestos entre los grupos de interlocución dificultan la labor del DS.	6,56 (6,32; 6,80)	8,00 (7,76; 8,24)	20,73	**ACUERDO**
P74	Es difícil lograr la compatibilidad entre los acuerdos con la administración y acuerdos con los profesionales.	6,01 (5,74; 6,27)	7,00 (6,73; 7,27)	29,27	**ACUERDO**
P75	Los acuerdos laborales deben ser similares en los hospitales de la Comunidad Autónoma.	6,39 (6,12; 6,65)	8,00 (7,74; 8,26)	18,90	**ACUERDO**

BLOQUE V: NEGOCIACIÓN Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P76	El papel de los DS de los centros públicos en lo relacionado con la negociación y las fuentes de financiación es muy limitado.	7,01 (6,79; 7,23)	8,00 (7,78; 8,22)	22,09	**ACUERDO**
P77	El papel de los DS en lo relacionado con la negociación y las fuentes de financiación es mayor en los centros privados que en los públicos.	6,47 (6,21; 6,73)	8,00 (7,74; 8,26)	25,15	**ACUERDO**
P78	El papel de los DS en lo relacionado con la negociación y las fuentes de financiación puede verse reducido al no estar separado el financiador del proveedor.	6,19 (5,94; 6,43)	7,00 (6,76; 7,24)	27,61	**ACUERDO**
P79	La diversidad de fuentes de financiación (pública y privada) solo tienen presencia en funciones como la formación, la docencia o la investigación, especialmente donde existen fundaciones ligadas al centro sanitario.	5,91 (5,65; 6,17)	7,00 (6,74; 7,26)	39,88	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P80	El papel del DS en las relaciones con los sindicatos y con los profesionales es importante a pesar de no poder influir en la negociación salarial o en las condiciones básicas de trabajo.	6,89 (6,68; 7,10)	8,00 (7,79; 8,21)	12,27	**ACUERDO**

BLOQUE VI: EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P81	Es necesario seguir avanzando en la externalización de servicios, especialmente en las áreas no asistenciales.	5,35 (5,03; 5,67)	7,00 (6,68; 7,32)	33,74	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P82	La externalización de servicios como un complemento de financiación en la creación de nuevos hospitales es deseable.	4,42 (4,06; 4,79)	7,00 (6,64; 7,36)	44,79	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P83	La externalización de servicios origina dificultades a la hora de gestionar conjuntamente el personal propio y el personal de la concesionaria del servicio externalizado al existir diferentes relaciones laborales y contractuales.	4,75 (4,39; 5,10)	7,00 (6,65; 7,35)	35,58	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P84	La externalización de servicios puede originar un sobrecoste cuando se externaliza el servicio pero hay que seguir con el mismo personal propio.	5,41 (5,08; 5,73)	7,00 (6,68; 7,32)	30,67	**ACUERDO**
P85	En la mayoría de los contratos de externalización no existe transferencia de riesgo al contratista dado que se contratan servicios muy regulados.	5,10 (4,79; 5,41)	7,00 (6,69; 7,31)	35,58	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P86	Es deseable la externalización de determinados servicios asistenciales ligados al apoyo diagnóstico, como análisis clínicos o radiodiagnóstico.	3,61 (3,24; 3,97)	6,00 (5,63; 6,37)	67,48	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P87	Es deseable la externalización de algunos servicios puramente clínicos como la diálisis, la oxigenoterapia o la radioterapia.	3,54 (3,17; 3,92)	6,00 (5,63; 6,37)	68,71	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P88	Medidas como el copago son compatibles con la equidad.	3,96 (3,57; 4,35)	7,00 (6,61; 7,39)	46,63	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P89	Medidas como la externalización de la gestión de los hospitales son compatibles con la equidad.	4,13 (3,74; 4,53)	7,00 (6,61; 7,39)	36,20	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P90	La necesidad de gestión de RRHH en el rol del gestor actual, es un área que necesita externalizarse.	2,51 (2,14; 2,88)	4,00 (3,63; 4,37)	50,92	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

BLOQUE VII: ENTORNO PROFESIONAL. COLABORADORES Y SUBORDINADOS

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P91	Los subdirectores y/o cargos directivos intermedios sufren más los problemas propios de los primeros escalones directivos estando peor reconocidos y retribuidos.	6,19 (5,90; 6,48)	8,00 (7,71; 8,29)	29,38	**ACUERDO**
P92	Los subdirectores y/o cargos directivos intermedios tienen dificultades en el retorno a las tareas asistenciales junto con la pérdida de oportunidades y pericia profesional.	5,32 (5,0; 5,64)	7,00 (6,68; 7,32)	36,88	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P93	No existe profesionalización del entorno directivo.	6,57 (6,31; 6,83)	8,00 (7,74; 8,26)	16,88	**ACUERDO**
P94	Existen dificultades para encontrar clínicos y personal sanitario que se integren en equipos de directivos.	6,05 (5,76; 6,35)	8,00 (7,71; 8,29)	17,50	**ACUERDO**
P95	El directivo sanitario debe formarse y formar a su equipo en habilidades y competencias relacionadas con el desarrollo profesional.	8,11 (7,99; 8,23)	8,00 (7,88; 8,12)	3,75	**ACUERDO**
P96	El DS debe participar en las decisiones las retribuciones variables de sus colaboradores en función de sus resultados.	8,04 (7,90; 8,19)	8,00 (7,86; 8,14)	5,00	**ACUERDO**

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P97	Las retribuciones de los DS deben ser similares en función de su categoría directiva.	6,06 (5,76; 6,35)	8,00 (7,70; 8,30)	29,38	**ACUERDO**
P98	Existen diferencias en la gestión de equipos de DS cuando su perfil es sanitario u de otra naturaleza pero con experiencia en gestión sanitaria.	4,89 (4,56; 5,22)	7,00 (6,67; 7,33)	36,25	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

BLOQUE VIII: ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

Nº de ítem	Enunciado	Puntuación (media e intervalo de confianza al 95 %)	Puntuación (mediana e intervalo de confianza al 95 %)	Panelistas Fuera de la región de tres puntos de la mediana (%)	RESULTADO
P99	Las organizaciones sanitarias (gerencias únicas) integradas son más eficiente.	5,85 (5,55; 6,14)	7,00 (6,71; 7,29)	31,25	**ACUERDO**
P100	Las organizaciones sanitarias integradas tienen más reconocimiento a nivel de asociaciones de pacientes.	5,35 (5,08; 5,62)	6,00 (5,73; 6,27)	50,00	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P101	Las organizaciones sanitarias integradas facilitan la evaluación de resultados en salud.	6,04 (5,78; 6,31)	7,00 (6,74; 7,26)	31,88	**ACUERDO**
P102	Las organizaciones sanitarias integradas favorecen el desarrollo de proyectos comunes con la industria farmacéutica.	5,29 (4,99; 5,58)	7,00 (6,71; 7,29)	48,75	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P103	Los programas de formación de la industria son más receptivos por parte de las organizaciones sanitarias integradas.	4,22 (3,94; 4,49)	5,00 (4,72; 5,28)	41,88	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**
P104	Nuevas fórmulas de gestión empresarial en el ámbito sanitario (consorcios, fundaciones públicas sanitarias) aportan ventajas en la capacidad de gestión sanitaria.	5,50 (5,20; 5,80)	7,00 (6,70; 7,30)	35,00	**NI ACUERDO NI DESACUERDO**

FUENTES

1. Sociedad Española de Directivos de Salud [Internet]. [Citado 7 de marzo de 2017]. Recuperado a partir de: http://sedisa.net/quienes-somos/mision-y-vision/

2. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. RAND [Internet]. [Citado citado 7 de marzo de 2017]. Recuperado a partir de: http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html

3. Matthews E, Collins KS, Collins SK, McKinnies RC. Chief executive officers in US hospitals: a reexamination of work force demographics and educational issues. Health Care Manag. 2013; 32(1): 69-76.

4. Khaliq AA, Walston SL. Hospital chief executive officer perspective on professional development activities. Health Care Manag. 2010; 29(3): 251-64.

5. Informe de SEDISA sobre Profesionalización de los Directivos de la Salud. [Internet]. [Citado 7 de marzo de 2017]. Recuperado a partir de:
http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/SEDISA_superdefinitivo_profesionalizacion(1)(2).pdf.

Con la colaboración de

Con el apoyo técnico de