

---

# Los profesionales de la administración y gestión sanitaria en los hospitales

---

Carlos Málaga Tello

Médico Inspector. Especialista en dirección y gestión hospitalaria. Madrid. España.

Remedando a Lope de Vega: “Un soneto me manda hacer Violante [...]”. Me encarga la *Revista de Administración Sanitaria* un artículo con formato abierto sobre los profesionales de la administración y gestión sanitaria en los hospitales que sirva de base para generar un debate posterior.

El modesto propósito al escribir estas notas es, por tanto, revisar —de forma muy personal y desde una perspectiva amplia y general— el estado de la cuestión en ese sentido: la situación de los profesionales mencionados, sus problemas y deficiencias, así como presentar algunas ideas o propuestas de mejora y para el futuro.

Ha de apuntarse también que muchas de las ideas expresadas no son estrictamente personales, sino que han sido escogidas con este ánimo reflexivo y con vocación de exhaustividad para el análisis.

Precisemos en primer lugar el objeto de nuestro estudio: “profesional de administración y gestión sanitaria” ¿a quiénes nos referimos?

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), define el término “profesional”, como ‘aquella persona que ejerce una profesión’, y “profesión”, como ‘empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución’. Asimismo “administración” o “administrar” aparecen recogidos con el sentido de ‘gobernar’ o ‘dirigir una institución’ y finalmente “gestión” como ‘hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera’.

Sintetizando, y siguiendo el DRAE, podríamos definir al profesional de administración y gestión como aquel que ejerce el oficio de gobernar y dirigir instituciones (en este caso hospitalares) con cierto grado de eficacia y eficiencia (logro).

Este será pues, el personal a que nos referiremos: aquel que, generalizando, tiene alguna responsabilidad directiva o de gestión en las instituciones hospitalarias.

Al contrario que en la creación literaria, donde el título de la obra se perfila en muchas ocasiones durante o al final del proceso, el articulista encargado de desarrollar un tema debe exponer su tesis basándose en el título propuesto. En este sentido, y haciendo una primera reflexión sobre la definición mencionada frente al título del artículo, surge una pregunta sustancial: ¿realmente existe el personal que concuerde en mayor o menor grado con la definición?

Quizás la pregunta no esté bien planteada. Existir, existe, puesto que es posible cuantificarlo y es obvio que hay personas que ocupan puestos directivos o de gestión en los hospitales españoles, pero ¿se acomodan a la definición propuesta?

Yendo a la síntesis, al análisis ¿existe realmente una profesión, un oficio (que alude a un bagaje de conocimientos) de director, administrador o gestor de instituciones hospitalarias?

¿Está definido un cuerpo de doctrina para esa profesión?; es decir ¿exis-

te un *quantum* mínimo de conocimientos y habilidades para ejercerla?

¿Está regulada?, ¿se otorgan títulos o acreditaciones para su ejercicio?

¿Está claro el sistema de acceso a estos puestos (dirección, gestión)? ¿Existe una carrera profesional (hoy tan de moda)?

¿Está definido el modo en que estas instituciones deben ser dirigidas? Podríamos decir: ¿hay una *praxis* normalizada y reconocida en la profesión que sirva de referencia para el análisis?

¿Está regulada la *praxis* profesional? ¿Existen mecanismos de evaluación de la misma? ¿Hay organismos de control?

Si hablamos de una profesión específica, ¿hay intrusismo profesional?

Si el profesional hace algo mal o no cumple con las expectativas ¿se exigen responsabilidades? Y siguiendo con lo que los ingleses denominan *accountability* (obligación de rendir cuentas a alguien) ¿se piden cuentas a los mismos? ¿De qué forma?

¿Cuenta el profesional con la necesaria autonomía y los medios adecuados (herramientas de gestión o *management*) para ejercer su profesión?

Al contrario de lo que podría parecer en una primera approxima-

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Personal dirección</b>	5.188	5.430	5.245	5.414	5.334	5.734	5.774	5.906	6.174	6.211
<b>Personal Total</b>	390.285	395.022	403.200	409.341	417.050	430.066	441.422	459.854	471.264	490.148
<b>Personal sanitario</b>	278.144	282.632	290.299	295.558	302.992	313.060	322.689	337.629	346.747	362.225
<b>Personal médico</b>	71.203	71.807	73.698	74.986	77.527	79.745	82.699	87.833	89.503	92.742

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Elaboración propia.

**Tabla I.** Personal hospitalario (1997-2006).

ción, estas preguntas suscitan dudas en sus respuestas y nos hacen entreviar la falta de especificidad o definición en muchos aspectos, del personal que se dedica a labores de dirección, gestión y administración hospitalaria.

Podríamos preguntarnos más, pero sirva esta digresión para acercar (con alguna intención) los puntos que se desarrollarán a continuación.

### Dimensión del personal

Situemos cuantitativamente la cuestión.

En el año 2006 (últimos datos publicados)<sup>1</sup> el personal de dirección y gestión en los hospitales españoles ascendía a 6.211 efectivos. Sobre un censo ese año de 746 hospitales, la ratio de personal de dirección y gestión por hospital era de 8,32 (tabla I).

Tomando como referencia el año 2006 cada hospital en España estaba dirigido, gestionado y administrado, de media, por algo más de 8 personas, cifra que, *a priori*, no parece excesiva sino todo lo contrario.

En términos medios también podemos aproximar con algunos indicadores la dimensión media del hospital en España en dicho año, para así hacernos una idea de la “carga de trabajo directiva” por hospital y personal de dirección.

Sobre un censo en 2006 de 157.505 camas y 490.148 trabajadores, un gasto total hospitalario de 30.716 millones de euros y 5.156.819 de altas producidas, el hospital “tipo” tendría la siguiente dimensión media: 211 camas, 657 trabajadores totales, gasto medio de algo más de 41 millones de euros (6.822 millones de las antiguas pesetas) y 6.912 altas producidas.

	<b>Camas instaladas 157.505</b>	<b>Personal total 490.148</b>	<b>Personal médico 92.742</b>	<b>Altas totales 5.156.819</b>	<b>Gasto total (millones de euros) 30.716</b>
Ratio sobre hospital	211	657	124	6.912	41
Ratio sobre personal de dirección	25,3	78,9	14,9	830	4,94

Fuente: *estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado 2006. Elaboración propia.*

**Tabla 2.** Ratios por hospital y personal de dirección de algunos indicadores. Año 2006.

Siguiendo esta aproximación intuitiva, y con la misma referencia, cada directivo sería responsable de la gestión de 25,3 camas, alrededor de 80 trabajadores, de los cuales 15 serían médicos y de una producción de 830 altas y un gasto de casi 5 millones de euros (tabla 2).

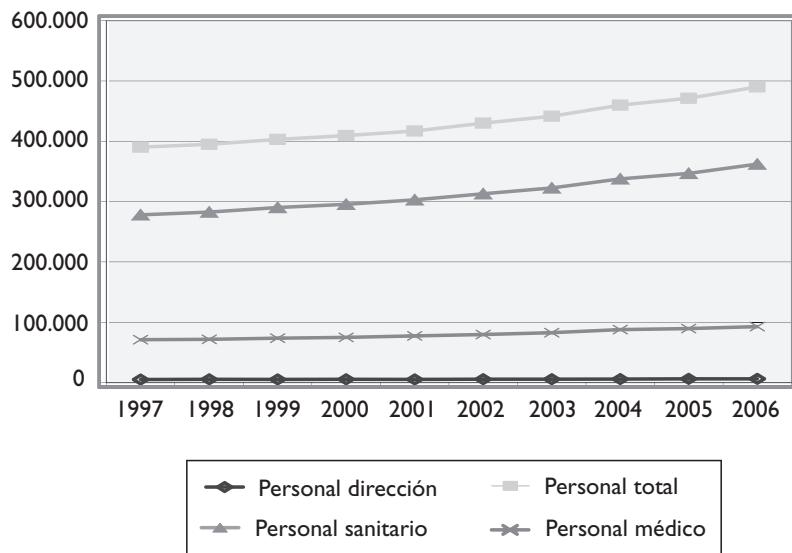
A todas luces la cifra media de personal de dirección por hospital (8,32) parece escasa si valoramos además la dimensión media del hospital y la “carga de trabajo” por directivo, tal como se ha expuesto.

Si nos retrotraemos a series anteriores<sup>2,3</sup>, en el año 1963 había en España 2.554 directivos (34 por cada 1.000 trabajadores hospitalarios), frente a los 6.211 (12 por cada 1.000 trabajadores) de 2006, lo que supone un incremento, en términos absolutos, sólo del 143% en esa serie temporal tan grande (43 años).

El personal total hospitalario creció en ese mismo período un 562%, pasando de 74.040 efectivos en 1963 a 490.148 en 2006, lo que apunta claramente a un crecimiento disímil del personal de dirección y gestión respecto del resto (fig. 1).

En el decenio 1997-2006 el personal de dirección ha crecido un 19,71%, pasando, en valores absolutos, a contar en el año 2006 con aproximadamente 1.000 profesionales más, dedicados a la dirección y gestión, que en el año 1987 (tabla 3).

Este crecimiento no ha sido homogéneo, sino que es a partir del año 2001 cuando se produce un incremento mayor. Nótese que en ese año se producen las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas sin competencias, hecho que pudiera explicar ese mayor ritmo de crecimiento en el personal directivo hospitalario (fig. 2).



**Figura 1.** Crecimiento del personal hospitalario en el decenio 1997-2006.

En cualquier caso, ese ritmo de crecimiento del personal de dirección es el menor en proporción al resto de personal hospitalario: total, sanitario y médico, que crecen entre un 25 y 30% en el decenio 1997-2006.

En términos comparativos este crecimiento es contradictorio, ya que la ratio de personal de dirección y gestión sobre el personal total hospitalario es, en el año 2006, el menor de toda la década: hay más directivos, pero ahora gestionan más personal que antes; hay menos directivos por

Personal de dirección y gestión	19,71
Personal total	25,58
Personal sanitario	30,22
Personal médico	30,25

Fuente: estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Elaboración propia.

**Tabla 3.** Crecimiento (%) del personal hospitalario en el decenio 1997-2006.

personal en el año 2006 que en todo el decenio (tabla 4).

En la década 1997-2006 el porcentaje más alto de personal de direc-

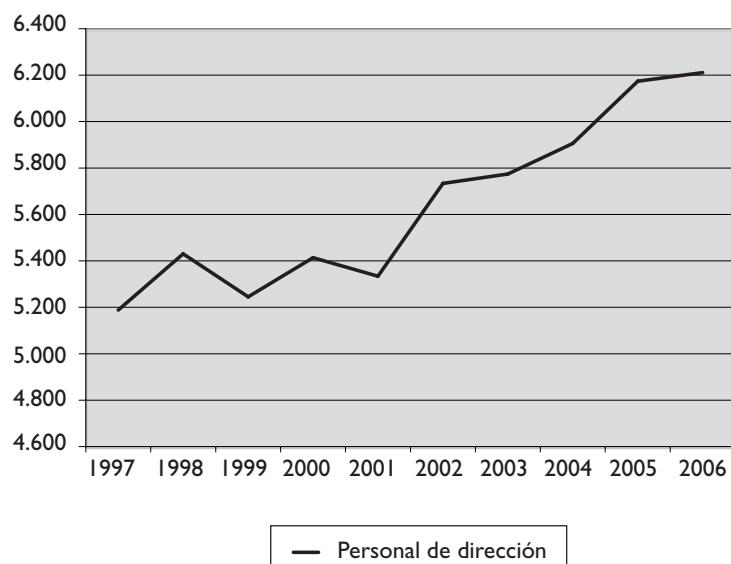


Figura 2. Crecimiento del personal de dirección y gestión hospitalaria en el decenio 1997-2006.

	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
<b>Personal dirección/ total</b>	1,26	1,31	1,28	1,30	1,33	1,27	1,32	1,30	1,37	1,32
<b>Personal dirección/ sanitario</b>	1,71	1,78	1,74	1,78	1,83	1,76	1,83	1,80	1,92	1,86
<b>Personal dirección/ médico</b>	6,69	6,89	6,72	6,98	7,19	6,88	7,22	7,11	7,56	7,28

Fuente: estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Elaboración propia.

Tabla 4. Porcentaje de personal de dirección y gestión sobre el personal hospitalario en el decenio 1997-2006.

ción y gestión sobre el resto de personal se da en el año 1998, suponiendo el 1,37% del total de personal hospitalario, dato que obedece al alto número de efectivos de direc-

ción y gestión ese año (5.430), cifra que no se superará hasta el año 2002.

En términos relativos parece claro, pues, que el número de directivos ha decrecido en relación con el res-

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Personal dirección</b>	Privado	1.538	1.535	1.582	1.593	1.615	1.170	1.863	1.876	2.030	2.013
	Público	3.650	3.895	3.663	3.821	3.719	3.964	3.911	4.030	4.114	4.198
<b>Personal total</b>	Privado	85.271	86.423	87.919	90.542	93.401	96.521	98.439	104.274	108.113	113.301
	Público	305.014	308.599	315.281	318.799	323.649	333.545	342.983	355.540	363.151	376.847
<b>Personal sanitario</b>	Privado	64.557	65.522	67.116	69.220	71.902	74.191	75.926	80.111	83.974	88.298
	Público	213.587	217.110	223.183	226.338	231.090	238.869	246.763	255.818	263.773	273.927
<b>Personal médico</b>	Privado	25.228	25.021	25.204	25.893	27.303	27.241	27.972	30.260	30.780	31.745
	Público	45.975	46.786	48.494	49.093	50.224	52.504	54.697	57.573	58.723	60.997

Fuente: estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Elaboración propia.

**Tabla 5.** Personal sanitario de hospitales públicos y privados en el decenio 1997-2006.

to del personal hospitalario, hecho aún más significativo si consideramos el obvio incremento de la complejidad en la gestión del mundo hospitalario desde esas fechas a la actualidad.

En el año 2006 el personal de dirección y gestión en los hospitales privados ascendía a 2.013 efectivos, y sobre un censo ese año de 457 hospitales la ratio de personal de dirección y gestión por hospital privado era de 4,40. El personal directivo público era de 4.198 y con un censo de 289 hospitales, la ratio de personal directivo por hospital público era de 14,5 (tabla 5).

Se podría decir que, según los datos ofrecidos, los hospitales privados exigen una “carga” menor de gestión di-

rectiva que los hospitales públicos (fig. 3): ratios de personal de dirección por hospital de 4,40 en los privados frente a 14,5 en los públicos (tabla 6).

Este análisis se corrobora revisando las ratios por hospital de determinados indicadores: camas, personal, altas producidas y gasto, que apuntan a una dimensión mayor y más compleja del hospital medio público frente al privado, lo que, en principio, significa una mayor carga de gestión directiva en el hospital público y, por ende, de necesidades de personal de dirección y gestión por hospital.

Los hospitales privados demandan, tal y como se ha puesto de manifiesto, menos personal directivo para su administración y gestión.

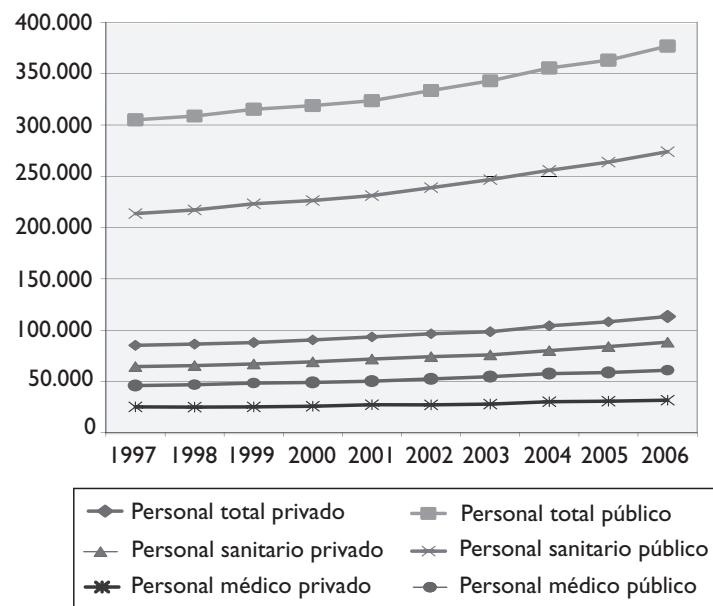


Figura 3. Evolución del personal hospitalario por dependencia pública o privada. 1997-2006.

	Camas instaladas		Personal total		Personal médico		Altas totales		Gasto total (millones euros)	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
	103.954	53.551	376.847	113.301	60.997	31.745	3.493.234	1.663.585	24.694	6.022
Ratio sobre hospital	360	117	1.304	248	211	69	12.087	3.639	85	13
Ratio sobre personal dirección	24	26	89	56	14	15	832	826	6	3

Fuente: estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado 2006. Elaboración propia.

Tabla 6. Ratios por hospital y personal de dirección y por dependencia pública o privada de algunos indicadores hospitalarios. Año 2006.

La distinta “demanda de personal directivo” que, de media, requiere el

hospital en función de su dependencia pública o privada, no significa que

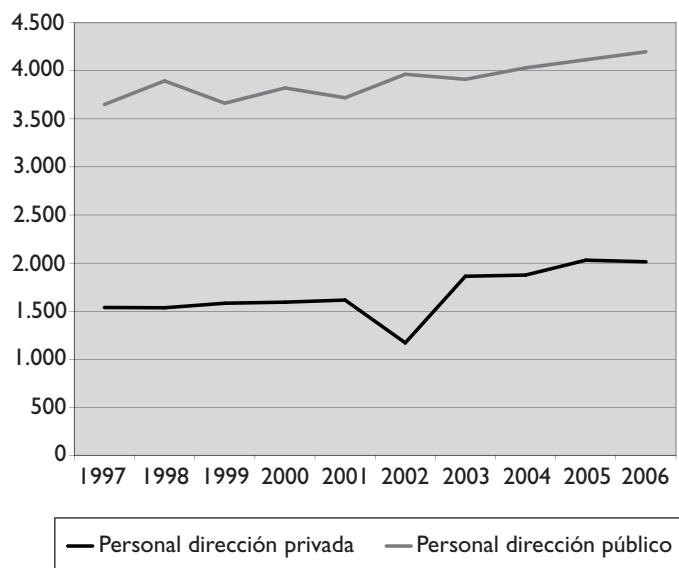


Figura 4. Evolución del personal de dirección hospitalaria por dependencia pública o privada (1997-2006).

la “carga de gestión por directivo” sea menor en el hospital privado que en el público. En este sentido se observa que las ratios sobre el personal directivo de los indicadores de estructura, producción y coste (camas, personal, altas y gasto) son parejos en ambos tipos de personal de dirección, público o privado, lo que indica que el “esfuerzo de gestión por directivo” es parecido en todos los hospitales, independientemente de su naturaleza privada o pública (fig. 4).

En el decenio 1997-2006, como se ha visto, el personal de dirección ha

crecido a un ritmo menor que el resto de personal hospitalario. Esto se justifica, fundamentalmente, por la baja tasa de crecimiento del personal de dirección público.

Para ese período el personal de dirección privado se ha incrementado en 475 efectivos, lo que supone un 30,8% de crecimiento. En el mismo período el personal directivo público se ha incrementado en 548, lo que supone una tasa de crecimiento de tan sólo el 15%, aproximadamente la mitad del ritmo de crecimiento del resto de personal hospitalario.

## **Problemas y deficiencias del personal de gestión y administración sanitaria**

Al comienzo del artículo se plantearon algunas cuestiones sobre las que es preciso volver a reflexionar. Como se recordará, todas ellas giran en torno al concepto de función profesional directiva.

En realidad, hoy en día no se puede hablar de una profesión directiva ni de gestión hospitalaria, pero indudablemente sí podemos afirmar que se ocupan y existen puestos de trabajo de administración y gestión hospitalaria.

Ocupar un puesto directivo no convierte inmediatamente en profesional a quien lo ocupa, y de ello existen incontables ejemplos, más o menos notorios, que todo el mundo conoce.

Evidentemente no hay un corpus de doctrina de la supuesta profesión, ni hay un acuerdo (siquiera aproximado) respecto a un conjunto mínimo de conocimientos, técnicas y habilidades necesarias para su ejercicio.

El grado de conocimientos, estudios o formación de quien accede a ocupar un puesto de dirección y gestión hospitalaria es absoluta-

mente variopinto y disperso. Se accede desde el mundo de la administración de empresas, del derecho, de la economía, de la ingeniería, de la medicina en cualquiera de sus ramas, etc., y digámoslo claramente, cada vez más desde la política o a través de la política.

No existe ningún título que habilite como gestor hospitalario, y por supuesto no existe ninguna regulación profesional, ni es necesaria ninguna acreditación previa para su ejercicio.

No hay un sistema claro de acceso a estos puestos, ni siquiera un perfil profesional mínimo para acceder a los mismos (lo cual no tiene nada que ver con dificultar la libertad de adscripción, nombramiento o contratación del directivo por parte del empresario o financiador del hospital).

No hay “carrera profesional” de directivo o gestor hospitalario (otra cosa distinta es lo que se denomina “hacer currículum”).

Tampoco hay una praxis profesional de referencia ni, por supuesto, elementos de control y regulación de la misma.

No existen, o al menos no están claros, los mecanismos de evalua-

ción y medición de resultados directivos y de gestión. No existe acuerdo en qué, cómo y cuándo evaluar, y por tanto es difícil medir el que-hacer de un determinado profesional y/o compararlo con otros profesionales.

Dicho todo lo anterior, ¿de qué “supuesta” profesión en administración, dirección y gestión hospitalaria estamos hablando?

Parece claro, por tanto, que no existe una profesión directiva hospitalaria reconocible como tal, y deberíamos al menos perfilarla cuando hablamos de profesionalización de la gestión como un requerimiento ineludible en la mejora del funcionamiento de los centros hospitalarios<sup>4,5</sup>.

Los problemas más sustantivos del personal de administración y gestión hospitalario giran fundamentalmente alrededor de su deficiencia de profesionalización. Es necesario acotar de alguna manera lo que entendemos por profesión directiva o de gestión sanitario-hospitalaria para promover su profesionalización<sup>6</sup>.

Al hilo de estas preguntas y respuestas, y aunque ya están esbozados, señalaremos más específicamente algunos problemas del personal de gestión en los hospitales:

### **Inexistencia de un marco mínimo de requisitos de formación para el ejercicio profesional**

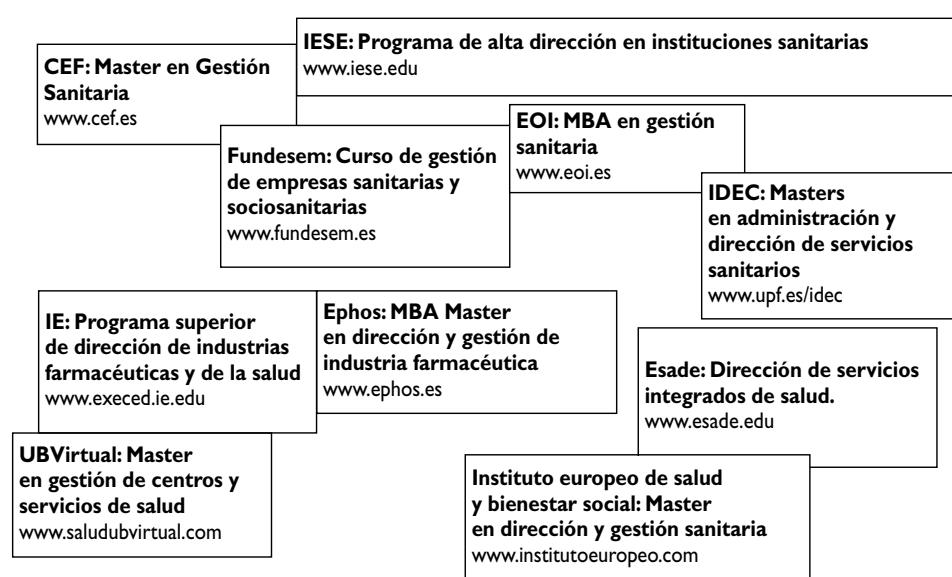
¿Sería razonable consensuar un conjunto mínimo de conocimientos (incluyendo la titulación básica) exigibles para el ejercicio profesional del gestor hospitalario?

¿Supondría ello una cortapisa para la elección de determinados profesionales, o sería una ventaja en forma de garantía de que el personal que accede a puestos de dirección y gestión cuenta con unos conocimientos mínimos?

Ese marco de formación mínimo podría ser una referencia para el ejercicio profesional del directivo hospitalario en el ámbito privado, y quizás debería ser una exigencia para el gestor público (fig. 5).

Al menos en la Administración a nadie le extraña que se exijan determinados requisitos para el acceso a la función pública en puestos de responsabilidad, incluyendo titulación universitaria específica para ciertos puestos.

Notarios, arquitectos, abogados del Estado, inspectores financieros y tributarios, etc., han de reunir unos requisitos mínimos para su acceso a la



**Figura 5.** El universo disperso de la formación en gestión sanitaria.

administración ¿por qué no el gestor o el directivo público? y más si nos referimos al ámbito hospitalario, altamente específico, complejo y quizás, hoy en día, la rama de la administración pública que requiere más financiación y recursos.

La discusión clásica sobre si el gerente de un hospital tendría que ser médico o no, está actualmente superada, pero pasar de eso a “cualquier profesional es válido” es, posiblemente, no reconocer la profunda especificidad y complejidad de la empresa hospitalaria.

## **Inexistencia de una carrera profesional del directivo sanitario**

Nos referimos a la carrera profesional en su sentido “clásico”<sup>(1)</sup>, es decir, entendiendo la misma como la definición de los puestos de trabajo que un profesional puede ejercer en su vida profesional y para su profesión, así como el sistema de acceso a los mismos y la experiencia previa requerida para su ejercicio.

(1) Hoy en día es necesario hacer esta puntualización dada la utilización del término “carrera profesional” más como objetivo retributivo que como “camino” profesional.

La necesidad de una carrera profesional para el personal de dirección podría argumentarse con un doble motivo: en primer lugar como camino a seguir para el profesional, donde quedara clarificado cuáles son las alternativas profesionales que se le brindan desde el comienzo y el esfuerzo necesario para conseguirlas, y en segundo término, como garantía de que los puestos de mayor complejidad y responsabilidad se ocupen de manera paulatina y graduada, a medida que se gana en experiencia, conocimientos y resultados.

¿No sería más razonable ser primero subdirector, luego director de división o área, que acceder directamente a la gerencia de un centro?

#### **Inexistencia de un marco claro de responsabilidades y funciones**

Las funciones y responsabilidades legales de las gerencias y órganos directivos de los hospitales públicos se han reglamentado desde hace tiempo (por ejemplo: Real Decreto 521/1987 sobre la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD) y posteriormente vienen recogidas en los diferentes decretos (por ejemplo: Decreto 16/2004

Reglamento de estructura y organización de los hospitales gestionados por el Servicio Riojano de Salud) que muchas comunidades autónomas han promulgado para su organización, desde la asunción de las competencias sanitarias.

Además del aspecto legal, debería quedar claro cuáles son las funciones y responsabilidades técnicas del quehacer directivo, al margen de cualesquiera otras, incluyendo fundamentalmente las políticas, que a menudo difuminan los resultados estrictos de gestión hospitalaria. Por tanto, la clasificación de las responsabilidades y funciones técnicas de gestión y de obtención de resultados.

#### **Falta de autonomía de gestión en la toma de decisiones**

La autonomía de gestión se ha reclamado siempre como una condición *sine qua non* para el desarrollo de la gestión sanitaria en los hospitales. La necesaria autonomía de los centros se basa fundamentalmente en posibilitar la toma de decisiones por el personal de dirección en un marco de responsabilidades transferidas por la “propiedad”.

La responsabilidad en la fijación de la política sanitaria general o la estra-

tegía empresarial corresponde al finanziador o al empresario, y una vez definidas, la autonomía de gestión en la toma de decisiones por el profesional directivo es un requisito ineludible para el ejercicio profesional. Significa otorgar verdadera autoridad a los directivos para que estos puedan dar una respuesta oportuna y satisfactoria a las necesidades y problemas de su organización.

¿Se puede hablar de gestión hospitalaria moderna si, por ejemplo, la contratación eventual urgente de un trabajador debe venir aprobada desde fuera del hospital?

#### **Inexistencia de un sistema claro de acceso a puestos de dirección hospitalaria**

El primer requisito para la profesionalización de la gestión es, al menos en el ámbito público, que el sistema de selección de los gestores de los centros se realice a través de un sistema claro de acceso a los mismos.

En los órganos colegiados de gobierno o consejo de administración de los centros hospitalarios pueden estar representados los responsables políticos, institucionales, de la comunidad o ciudadanía y la propiedad, pero los puestos directivos deberían

ser desempeñados por profesionales de la gestión sanitaria<sup>7</sup>.

#### **Irrupción de la política en la gestión sanitaria de los hospitales**

Es el problema fundamental del personal directivo hospitalario en el ámbito público<sup>8</sup>.

Los políticos han tornado la libre designación en “libérrima”. Los nombramientos del personal de gestión hospitalaria, como así mismo los ceses y destituciones, son muchas veces inexplicables e inexplicados, obedeciendo a una discrecionalidad absoluta.

Invocando el argumento de “puesto de confianza” en los nombramientos y los ceses del personal directivo hospitalario se ha abandonado cualquier argumentación técnica o jurídica, motivación o incluso los aspectos “formales”.

Hoy la voluntad discrecional del político es lo único válido a la hora de administrar los puestos de dirección, y además este *statu quo* es aceptado por todos: ciudadanos, trabajadores de los centros y por los propios directivos.

Esto está dando lugar a un modelo de directivo cortesano o palaciego,

cuya continuidad depende más de complacer al de “arriba” que de desarrollar un proyecto de gestión.

El modelo de designación, control y cese libérmino se está extendiendo, afectando a cualquier área de responsabilidad del hospital, incluyendo las áreas clínicas, y así, hoy en día, los cambios políticos en las administraciones de las que depende el hospital suponen cataclismos de ceses y nombramientos al más puro estilo decimonónico.

Este problema se enmarca dentro de la profunda crisis de profesionalización de la administración sanitaria pública española y está basado en la absoluta falta de delimitación de competencias entre el ámbito político y el técnico-administrativo.

Se hace necesario definir hasta dónde puede llegar la acción política y dónde empieza la administración pública profesional, y eso pasa principalmente por delimitar, en nuestro caso, el sistema de acceso a los puestos de gestión y administración hospitalaria.

### **Falta de cultura de gestión en la empresa hospitalaria**

Es escasa la cultura de gestión en los hospitales.

Lo que se enseña sobre gestión sanitaria, economía de la salud, etc. en las facultades de Medicina, escuelas de Enfermería y en los planes de formación del resto de personal hospitalario es, en muchas ocasiones, nulo.

No se asumen con facilidad por el hospital principios básicos de la gestión (respecto de los costes, calidad, organización, etc.), que deberían estar claros desde hace tiempo en la organización hospitalaria, con lo que los esfuerzos directivos muchas veces se pierden o se desgastan creando esa cultura de gestión.

Cultura de gestión que tampoco es asumida en muchas ocasiones por la política, con lo cual se hace difícil “predicarla” desde el ambiente directivo, cuando muchas decisiones políticas, que afectan al ámbito hospitalario, obedecen a razones espurias y contradictorias con la más elemental lógica de gestión.

### **Algunas propuestas**

Siguiendo con la tesis argumental irán encaminadas a elevar el nivel de profesionalización del personal de gestión y administración hospitalaria.

Estos enfoques, obviamente, tienen más posibilidades de ser asumidos en el ámbito público, pero pueden constituir una referencia para el buen hacer en los hospitales privados.

### **Definición de puestos directivos y de gestión hospitalarios**

La definición de un puesto de trabajo consiste en enumerar el conjunto de responsabilidades y funciones establecidas formalmente por la empresa para un puesto de trabajo (“visión de arriba hacia abajo”).

Sería razonable, por una parte, catalogar los puestos directivos y de gestión en cada hospital, y por otro, enumerar las responsabilidades y funciones del personal de gestión hospitalaria en función de lo que la empresa o financiador del hospital requiera del mismo.

Así, se delimitaría con claridad cuál es el área técnica de responsabilidad directiva y cuál no lo es, y asimismo determinaría qué se espera del directivo por la organización.

### **Definición del perfil profesional idóneo en puestos directivos y de gestión hospitalarios**

Es necesario delimitar las características que debe poseer quien ocu-

pa un determinado puesto directivo hospitalario en cuanto a conocimientos, formación y aptitudes, para de ese modo definir el perfil profesional idóneo<sup>9</sup>.

El perfil profesional ha de acomodarse en su definición a la descripción previa del puesto concreto de que se trate.

Para cada puesto se debería definir: formación básica, formación específica en gestión, experiencia, resultados previos y habilidades necesarias.

Asimismo, es obvio el requisito de publicidad, tanto en la definición del puesto como en el perfil profesional.

### **Clarificación del sistema de selección y acceso a los puestos directivos y de gestión hospitalarios**

Son necesarios, por tanto, sistemas de selección que cumplan criterios de adecuación al puesto de trabajo, libre concurrencia y publicidad, definiendo con claridad el proceso selectivo (curriculum, valoración, entrevista, pruebas, etc.).

Clarificar y definir la selección del personal directivo y de gestión no sólo no impide la libre designación de los mismos, sino que la dignifica.

## **Establecimiento de un sistema de evaluación directiva orientado a resultados**

Es necesario clarificar y definir los criterios de evaluación de resultados sobre factores determinados previamente, para así valorar con objetividad al directivo o gestor.

La evaluación objetiva refuerza la profesionalización de la gestión y debe constituirse en el principal criterio para el mantenimiento, o no, de este personal en sus puestos.

## **Definición de la carrera profesional del personal de gestión hospitalario**

Como ya se ha dicho, es un argumento más para la profesionalización de la gestión sanitaria y el reconocimiento expreso de la existencia de una profesión directiva.

## **Conclusiones**

---

En resumen, hablar de problemas del personal de gestión y administración sanitaria en nuestro país supone hablar de profesión directiva sanitaria y de la necesidad de profesionalización de la gestión sanitaria, en nuestro caso hospitalaria. Para comenzar a resolverlos hay que empezar por

reconocer la existencia misma de la profesión directiva y exigir e impulsar este reconocimiento por el mundo sanitario y sus agentes<sup>10</sup>.

En este sentido tienen mucho que decir las asociaciones profesionales, sociedades científicas y colegios profesionales que deberían reclamar con mayor énfasis un mayor grado de profesionalización directiva en nuestros hospitales.

Desde lo público, las organizaciones hospitalarias y los propios directivos deberían reclamar a la clase política una regulación pactada o consensuada que incida en la profesionalización directiva. Ganaríamos todos una gestión hospitalaria mejor.

Finalmente, ha de “romperse una lanza” por los magníficos profesionales (en general) que se dedican y se han dedicado a la gestión sanitaria hospitalaria.

Contamos en España con un porcentaje altísimo de excelentes profesionales en el mundo de la gestión hospitalaria que, a tenor de lo expuesto, se han movido en esa indefinición y con cierta incomprensión tanto por “arriba” como por “abajo”, pero técnicamente muy preparados y con unas inmensas dosis de entusiasmo por cambiar la realidad

a mejor en nuestros hospitales y, en definitiva, mejorar la atención de los pacientes.

En estos tiempos de relativismo, donde vale más un eslogan que una reflexión, donde con la simplicidad más absoluta se confunde lo público con lo privado y con apriorismos se consagra la eficiencia de la gestión privada en detrimento de la pública, ha de significarse y reconocerse la labor realizada por los direc-

tivos en los hospitales públicos estos últimos 25 años.

Cualificación, excelente formación, entrega, responsabilidad y sacrificio pagados con retribuciones incomparablemente menores que en otros ámbitos.

Es incomprensible que la “Administración” (ese ente abstracto) que los crea, no se beneficie de su experiencia. Hoy, lamentablemente, está de moda el reciclaje.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Agencia de calidad del sistema nacional de salud. Instituto de información sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Años: 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.
2. Guillen MF. Pirámides sanitarias: análisis de la estructura y dinámica del personal hospitalario español. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1987;39:167-92.
3. Guillen MF. Procesos de cambio en la estructura ocupativa del sector sanitario español. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1987;37: 173-204.
4. Arruñada B. La política de personal en la sanidad pública: ¿flexibilidad sin control ni medicina? *Rev Adm Sanit*. 1999;III(12):95-119.
5. Freire JM. Problemas y reformas en la sanidad española. En: Castells A, Bosch N, directores. *El futuro del estado del bienestar*. Madrid: Ed. Civitas; 1997.
6. Segura A, Larizgoitia I, Benavides FJ, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gacet Sanit*. 2003;17 Supl 3:23-34.
7. Decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección. Organización médica colegial. Consejo General de Colegios oficiales de médicos de España; 2005.
8. Rodríguez Sendín JJ, Repullo Labrador JR. La sanidad pública ante la crisis del profesionalismo y el buen gobierno. *Diario El País* (8 de septiembre de 2006).
9. Profesionalización directivos de enfermería. Documentos de enfermería 2. Asociación nacional de directivos de enfermería.
10. Evangelista M. La profesionalización de la administración sanitaria española. Libro de ponencias Primer Congreso AMAS. Asociación Madrileña de Administración Sanitaria; 1994.

