

¿Liderazgo médico para el abordaje de la crisis sanitaria en Chile?

Medical leadership for addressing the healthcare crisis in Chile?

Diego Alonso Figueroa¹

RESUMEN

La crisis sanitaria chilena ha expuesto tensiones estructurales que combinan limitaciones financieras, excesivos tiempos de espera y malos índices de satisfacción usuaria. En este contexto, el liderazgo médico reaparece como una cuestión estratégica para fortalecer la gestión sanitaria. Este artículo revisa los principales enfoques de administración, gestión y liderazgo, desde la tradición clásica hasta perspectivas contemporáneas basadas en evidencia, destacando que la conducción de organizaciones de salud requiere competencias profesionales que trascienden la formación clínica.

La literatura internacional y latinoamericana muestra asociaciones entre liderazgo clínico y mejores resultados en calidad, seguridad y cultura organizacional, aunque los estudios advierten que la evidencia sigue siendo heterogénea y mayoritariamente asociativa. Asimismo, se identifican aportes relevantes de liderazgos administrativos y de enfermería, lo que respalda la necesidad de modelos de gobernanza interprofesionales.

El artículo argumenta que el estamento médico no debe disputar roles directivos por su profesión, sino a través de formación rigurosa en gestión y liderazgo. Cuando la experiencia clínica se complementa con estas competencias, los médicos pueden desempeñar un papel valioso en la toma de decisiones estratégicas y en la mejora del desempeño institucional. Se concluye que invertir en formación directiva para médicos constituye una estrategia clave para construir organizaciones de salud más seguras, eficientes y centradas en las personas.

Palabras clave: Liderazgo médico, Gestión en salud, Administración en salud, Salud pública.

ABSTRACT

Chile's healthcare crisis has exposed structural tensions arising from financial constraints, excessive waiting times, and poor user satisfaction indicators. In this context, medical leadership has re-emerged as a strategic issue for strengthening health system management. This article reviews the main approaches to administration, management, and leadership—from classical traditions to contemporary evidence-based perspectives—highlighting that leading healthcare organizations requires professional competencies that go beyond clinical training.

A review of international and Latin American literature shows associations between clinical leadership and improved outcomes in quality, safety, and organizational culture, although studies caution that the evidence remains heterogeneous and largely correlational. The review also identifies important contributions from administrative and nursing leadership, supporting the need for interprofessional governance models.

The article argues that physicians should not seek leadership roles on the basis of their profession alone, but through rigorous training in management and leadership. When clinical experience is complemented

Recibido el 23 de febrero de 2025. Aceptado el 18 de noviembre de 2025.

¹ Médico General de Zona. Director Hospital de Calbuco. Diplomado en Liderazgo y Gestión Pública. Estudiante Magíster en Salud Pública Universidad de Chile. Correspondencia a: alonsofigueroadiego@gmail.com

by these competencies, physicians can play a valuable role in strategic decision-making and in improving institutional performance. The article concludes that investing in leadership and management training for physicians is a key strategy for building safer, more efficient, and more patient-centered healthcare organizations.

Keywords: Medical leadership, Health management, Health administration, Public health.

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública de nuestro país vive momentos críticos producto de la convergencia de 3 escenarios: (a) la creciente tensión financiera de los recintos asistenciales por la falta de recursos de forma estructural; (b) el problema irresoluto de los tiempos de espera para atención de especialidad y/o procedimientos complejos y (c) la baja satisfacción usuaria (DIPRES, 2024 & MINSAL, 2022 & OCDE, 2023).

De esta manera, los diversos centros asistenciales enfrentan un riesgo permanente de no lograr llevar a cabo su actividad al acercarse el final del año y son las autoridades, directivos y trabajadores quienes alertan de forma persistente sobre la falta de recursos para salud. La respuesta gubernamental ha sido clara: la crisis no se debe exclusivamente a limitaciones presupuestarias, sino también, a fallas en la gestión (Colegio Médico, 2024; EMOL, 2024). A la fecha, esta discusión se mantiene abierta y los problemas sin solución (Senado, 2025).

Lo anterior devuelve protagonismo a un debate de larga data respecto de la eficiencia en la gestión sanitaria y, para objeto de este artículo, sobre el lugar que ocupan los y las profesionales médicos en dicha discusión. Históricamente, los médicos han desempeñado un rol central en la organización y conducción del sistema de salud; sin embargo, en las últimas décadas su presencia en cargos directivos y espacios formales de liderazgo en hospitales y centros de atención ha disminuido. En una columna, la presidenta del Colegio Médico subrayó la relevancia del liderazgo médico para enfrentar la actual crisis sanitaria, planteando que este estamento constituye un actor estratégico para la conducción del sistema (Arriagada, 2024). No obstante, desde la propia mirada gremial se ha advertido que la falta de incentivos, la inestabilidad laboral y las limitadas oportunidades de formación en gestión han generado un progresivo distanciamiento de los médicos respecto de funciones directivas (Santis, 2024).

En este escenario emergen preguntas clave: ¿es necesario fortalecer el liderazgo médico dentro de la gestión sanitaria? Y, de ser así, ¿existe evidencia que muestre mejores resultados cuando los médicos asumen roles directivos? Este artículo aborda estas interrogantes mediante una revisión sintética de la literatura sobre administración, gestión y liderazgo clínico, y argumenta que la formación en habilidades directivas resulta indispensable para que los y las médicas puedan ocupar de manera efectiva espacios de decisión. Solo mediante dicha preparación es posible contribuir a mejorar la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad del sistema de salud chileno.

Administración, Gestión y Liderazgo

La administración moderna surge para dar respuesta a la necesidad de organizar el trabajo en contextos cada vez más complejos. A fines del siglo XIX, Frederick Taylor propuso la “administración científica”, orientada a estandarizar tareas y mejorar la productividad mediante métodos sistemáticos. Posteriormente, Henri Fayol amplió esta perspectiva desde la organización completa, definiendo funciones directivas —planificar, organizar, dirigir y controlar— que siguen siendo pilares de la gestión actual. Max Weber, por su parte, conceptualizó la burocracia como una estructura racional-legal basada en normas, jerarquías y procedimientos formales, influyendo decisivamente en el diseño del Estado moderno y sus instituciones, incluida, por supuesto, la salud pública (Servicio Civil, 2015; Rojas, 2024).

Con el paso del tiempo, estos modelos mostraron limitaciones, especialmente para adaptarse a entornos dinámicos y responder a expectativas ciudadanas cada vez más exigentes. Esto dio origen a enfoques posburocráticos —como la Nueva Gestión Pública— que incorporaron herramientas del sector privado, tales como la gestión por resultados, la planificación estratégica y los sistemas de control de desempeño, con el propósito de fortalecer la eficiencia y la orientación al usuario (Servicio Civil, 2015).

En este ámbito resulta especialmente ilustrativo el planteamiento de Pfeffer y Sutton (2006) respecto a la necesidad de promover una gestión basada en evidencia. Según estos autores, la toma de decisiones en las organizaciones debiese sustentarse en información confiable y actualizada, siguiendo un razonamiento similar al de la práctica médica. Ello implica evitar decisiones basadas únicamente en intuiciones, experiencias previas, prácticas heredadas o modas gerenciales, ya que

estos enfoques suelen conducir a errores y resultados deficientes.

En paralelo, emergió con fuerza la noción de liderazgo como componente indispensable de la administración y gestión contemporánea. Autores como Kotter (1990) plantearon que, mientras la gestión permite ordenar la complejidad, el liderazgo es lo que posibilita impulsar cambios, alinear equipos y movilizar a las organizaciones hacia objetivos comunes. A su vez, enfoques más recientes han subrayado la importancia de habilidades interpersonales —inteligencia emocional, comunicación efectiva, propósito organizacional y capacidad adaptativa— como condiciones esenciales para liderar instituciones en entornos altamente demandantes como lo son característicamente las de salud (Goleman, 1998; Craig & Snook, 2014; Jordan & Garay, 2014).

En síntesis, la evolución desde la administración clásica hacia modelos de gestión más dinámicos ha situado al liderazgo como un pilar estructural para conducir organizaciones complejas. Este recorrido es especialmente relevante para el sector salud, donde la gestión del sector es reconocida por su complejidad y la toma de decisiones impacta directamente en la seguridad, calidad asistencial y legitimidad del sistema. Así, comprender la historia de la administración permite entender por qué hoy la gestión y el liderazgo deben concebirse como dimensiones interdependientes y elementos fundamentales para cualquier médico/a que aspira al fortalecimiento del sistema de salud.

Gestión en Salud. Un terreno en disputa.

En salud se realiza gestión a nivel macro, meso o micro, es decir, podemos reconocer diferentes roles en el Ministerio de Salud, en los Servicios de Salud, en los Departamentos de Salud, en los Hospitales, CESFAM, etc (Gonzalez, 2019). En todas estas instituciones los gestores (o quienes lideran diversos espacios) tienen un rol fundamental en la toma diaria de decisiones para la consecución de objetivos colectivos.

Ahora bien, ¿debería la gestión sanitaria ser una preocupación para los y las médicas? La historia del sistema de salud chileno sugiere que sí. Desde los albores de nuestra república, pasando por la constitución del Servicio Nacional de Salud y hasta el presente, numerosos médicos han desempeñado roles decisivos en la conducción institucional y en el diseño de políticas públicas, ocupando la presidencia, cargos ministeriales, direcciones de servicios de salud y liderazgos locales en hospitales y en la atención primaria de salud. Figuras

como Roberto del Río, Eloísa Díaz, Juan Noé, Salvador Allende, Eduardo Cruz-Coke, Marta Colombo o Michelle Bachelet, entre muchos otros, destacaron por su aporte en la organización y modernización del sistema sanitario. Esta trayectoria histórica da cuenta que la profesión ha jugado un rol relevante en la conducción de reformas, desarrollo institucional y articulación de políticas públicas en salud.

En coherencia, una editorial reciente de Vida Médica (Santis, 2024) plantea que, desde la mirada gremial, los y las médicas continúan siendo actores relevantes en la conducción del sistema sanitario, manteniendo no solo su liderazgo asistencial, sino también una influencia significativa en la organización y el desarrollo de los distintos dispositivos de salud. Bajo esta perspectiva, el liderazgo médico en la gestión aparece como una responsabilidad implícita en el ejercicio profesional, pues este tiene un rol que orienta la toma de decisiones clínicas y coordina procesos con impacto directo en la calidad y seguridad de la atención.

Se puede reforzar la idea anterior, revisando voces críticas al estamento médico cuando su comportamiento profesional no se condice con lo que se espera de ellos. Un análisis periodístico en hospitales públicos de Santiago documentó múltiples irregularidades en el control de horario, simultaneidad de contratos y supervisión limitada del personal médico, lo que —según los autores— reduce la capacidad de gestión institucional y afecta la experiencia de pacientes y la eficiencia operativa (Figueroa, 2010). De esta forma, los médicos pueden facilitar o dificultar la gestión sanitaria y el desarrollo de nuestro sistema de salud.

Ahora bien, resulta relevante reconocer que la relación entre liderazgo médico y resultados en salud no está completamente resuelta en la literatura. Carrada (2003) plantea que cuando los médicos adquieren las competencias necesarias, su ejercicio directivo puede contribuir a mejorar la calidad de la atención. De manera complementaria, un estudio transversal de 100 hospitales en Estados Unidos encontró una asociación positiva entre contar con un “CEO” (director) médico y un mejor posicionamiento en rankings de calidad hospitalaria (Goodall, 2011); sin embargo, la autora enfatiza que esta evidencia es asociativa y no permite establecer causalidad.

Estudios más recientes sugieren que el liderazgo médico no solo tiene valor simbólico o corporativo, sino que se asocia a resultados medibles en la gestión institucional. Una revisión sistemática realizada por Sarto y Veronesi (2016) encontró que

los hospitales dirigidos por médicos presentan, en promedio, mejores indicadores de desempeño clínico, particularmente en mortalidad ajustada por riesgo y calidad asistencial, aunque los resultados financieros son más heterogéneos. De manera similar, Clay-Williams y cols. (2017) concluyen que la participación de clínicos en cargos directivos mejora la seguridad del paciente y la efectividad de los procesos, dado que estos profesionales comprenderían mejor la complejidad de la atención.

Más recientemente, Lyons y cols. (2021) identificaron que los programas de desarrollo en liderazgo médico se correlacionan con mejoras en los indicadores de calidad y cultura organizacional, reafirmando la necesidad de formación formal en gestión. En esa misma línea, un estudio de Kaiser y cols. (2020) evidenció que los hospitales liderados por médicos presentan menor mortalidad y mayor satisfacción usuaria, mientras que aquellos liderados por perfiles no clínicos tienden a alcanzar mejor desempeño financiero, lo que sugiere la conveniencia de estructuras de gobernanza mixtas que integren ambas perspectivas.

A nivel de mecanismos organizacionales, evidencia reciente del Servicio Nacional de Salud británico (NHS) indica que el liderazgo de soporte –caracterizado por empatía, comunicación efectiva y alineación de valores– mejora la experiencia del personal de salud, lo que a su vez se traduce en una mejor experiencia de los pacientes (West y cols., 2022). Finalmente, una revisión panorámica de Phillipson y cols. (2025) concluyó que la inversión en formación de liderazgo en salud genera beneficios consistentes en desempeño individual y organizacional, aunque se requieren métricas más estandarizadas para cuantificar su impacto.

En el contexto latinoamericano, la relación entre liderazgo clínico y resultados sanitarios también es una discusión abierta. La evidencia disponible sugiere que distintos enfoques pueden contribuir de manera complementaria a la calidad y eficiencia del sistema. La Organización Panamericana de la Salud (2023) destaca que la gobernanza efectiva en salud depende de liderazgos clínicos y administrativos capaces de integrar calidad, acceso y equidad. Experiencias brasileñas recientes enfatizan que los liderazgos de apoyo y colaboración —más que la jerarquía profesional en sí misma— son los que facilitan la implementación de prácticas seguras y sostenibles (da Silva y cols., 2024).

En Chile, la consolidación de la gestión del cuidado, otorgando mayor autonomía y roles directivos al estamento de enfermería parece haber fortalecido la organización y la seguridad

clínica desde una lógica interprofesional (Milos & Larraín, 2013). Por su parte la profesionalización de los cargos directivos mediante el Sistema de Alta Dirección Pública (ADP) ha mostrado efectos positivos en indicadores de desempeño hospitalario, lo que sugiere que la gestión basada en mérito puede mejorar los resultados institucionales (Lira, 2013; Muñoz & Otero, 2025).

Resulta claro que el hecho de ser médico o médica no garantiza, por sí mismo, mejores resultados en la gestión sanitaria. La evidencia revisada muestra que el liderazgo clínico puede aportar perspectivas valiosas —particularmente en la comprensión de necesidades de los pacientes y en la priorización de la calidad—, pero su impacto depende en gran medida de la formación directiva y del contexto institucional en el cual se ejerce (Stoller y cols., 2016). En paralelo, experiencias nacionales señalan que equipos médicos comprometidos pueden impulsar mejoras relevantes en organización y resolutividad, como se aprecia en las experiencias recientes de distintos hospitales (Alonso, 2023; Arriagada, 2024; GORE, 2025; FrutillarHoy, 2025). Sin embargo, estas experiencias no permiten sostener, de manera concluyente, que la sola presencia de médicos en roles directivos produzca mejores resultados en los servicios de salud.

La literatura contemporánea es consistente en señalar que no existe un perfil profesional único que garantice el éxito de la gestión sanitaria; más bien, distintos enfoques —clínicos y administrativos— contribuyen de manera complementaria al desempeño organizacional (Kaiser y cols., 2020; Sarto & Veronesi, 2016). Asimismo, la ausencia de profesionales médicos comprometidos con sus responsabilidades asistenciales o de gestión puede obstaculizar procesos, debilitar la coordinación interna y afectar la capacidad de conducción, lo que refuerza la importancia de contar con equipos directivos formados, motivados y cohesionados.

En este marco, parece razonable afirmar que la gestión en salud requiere competencias específicas y que los cargos directivos deben recaer en profesionales con formación sólida en administración, gestión y liderazgo. Para que los y las médicas puedan desempeñar un rol estratégico de forma eficiente resulta indispensable contar con programas efectivos de formación. Tal como señalan Lyons y cols. (2021) y Phillipson y cols. (2025), la evidencia muestra que los programas de liderazgo más exitosos son aquellos que combinan aprendizaje experiencial, trabajo en proyectos, tutoría y el desarrollo de habilidades interpersonales, autoconciencia e inteligencia emocional.

Liderazgo Médico: una Necesidad Estratégica

La evolución histórica de la administración demuestra que ningún enfoque, por sí solo, basta para conducir organizaciones complejas. Cada paradigma aporta herramientas y límites, evidenciando que administración, gestión y liderazgo conforman un triángulo interdependiente que requiere una mirada estratégica y orientada al bien común. En esta línea, el buen administrador no nace: se forma. Las competencias necesarias para liderar instituciones modernas —comunicación efectiva, inteligencia emocional, análisis crítico, pensamiento estratégico y toma de decisiones basada en evidencia— solo se desarrollan mediante estudio, aprendizaje y reflexión.

En el ámbito sanitario, esta exigencia es aún más crítica. La evidencia coincide en que no existe un perfil profesional único que asegure mejores resultados, pero sí condiciones que los hacen más probables. La formación clínica por sí sola, por valiosa que sea, no garantiza la capacidad de liderar equipos ni gestionar instituciones (Stoller y cols., 2016). En un contexto de creciente complejidad, los médicos no estamos llamados a disputar liderazgo en razón de nuestra profesión, sino a ejercerlo sobre las bases que históricamente han legitimado nuestra presencia: estudio, trabajo y rigurosa formación.

Así, cuando se combina la formación clínica con competencias directivas, el liderazgo médico adquiere un valor estratégico difícil de reemplazar. Los médicos comprenden profundamente la variabilidad clínica, el riesgo y las necesidades de los pacientes; elementos que, sumados a habilidades de gestión, permiten decisiones que equilibran eficiencia con calidad y seguridad (Sarto & Veronesi, 2016; Clay-Williams y cols., 2017; Lyons y cols., 2021; Phillipson y cols., 2025).

La gestión moderna exige equipos directivos interprofesionales que integren diversas capacidades y aptitudes. Dentro de ellos, los médicos formados en gestión pueden aportar una perspectiva particularmente valiosa. Invertir en médicos que sepan liderar constituye una estrategia fundamental para construir instituciones de salud más seguras, eficientes y centradas en las personas.

REFERENCIAS

- Alonso, D. (2023). Desafíos para los hospitales de baja complejidad: El caso del Hospital Llanquihue. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 63(2), 5–13.
- Arriagada, A. (2024, noviembre 24). Liderazgo médico como clave para reforzar la gestión sanitaria en Chile [Columna]. Radio Bio Bio. <https://www.biobiochile.cl/noticias/opinion/columnas-bb-cl/2024/11/24/liderazgo-medico-como-clave-para-reforzar-la-gestion-sanitaria-en-chile.shtml>
- Carrada, T. (2003). Liderazgo médico en sistemas de salud: Diseño de un nuevo modelo de gestión. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 50(3), 144–150.
- Clay-Williams, R., Ludlow, K., Testa, L., Li, Z., & Braithwaite, J. (2017). Medical leadership: A systematic narrative review. *BMJ Open*, 7(9), e014474. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014474>
- Colegio Médico de Chile. (2024). Hospitales quebrados: Colegio Médico, gremios y autoridades exigen recursos al Gobierno. <https://www.colegiomedico.cl/hospitales-quebrados-colegio-medico-gremios-y-autoridades-exigen-recursos-al-gobierno-que-permitan-ahora-a-hospitales-seguir-funcionando/>
- Craig, N., & Snook, S. (2014). Del propósito al impacto. *Harvard Business Review*.
- da Silva, E. P. y cols. (2024). Motivational drivers in a large quality improvement collaborative in Brazil (PROADI-SUS): A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 24, Article 10678. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10678-z>
- Dirección de Presupuestos. (2024). Ley de Presupuestos de la Nación: Partida Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- EMOL. (2024, octubre 10). Marcel critica gestión de recursos en algunos hospitales. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Economia/2024/10/10/1145110/marcel-critica-gestion-hospitales.html>
- Figueroa, J. P. (2010, septiembre 27). Médicos sin control: Los dueños de la salud pública en Chile. CIPER Chile. <https://www.ciperchile.cl/2010/09/27/medicos-sin-control-los-duenos-de-la-salud-publica-en-chile/>
- FrutillarHoy. (2025, octubre 19). Hospital de Calbuco obtiene su tercera acreditación en calidad. <https://frutillarhoy.cl/hospital-calbuco-acreditacion-calidad-salud/>
- González, C. y cols. (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno (Serie Salud Poblacional N.º 2). Universidad del Desarrollo.

- GORE Los Lagos. (2025). Informe de avances para el fortalecimiento de la red pública 2024–2025. Gobierno Regional de Los Lagos. <https://www.goreloslagos.cl/>
- Goodall, A. H. (2011). Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Social Science & Medicine*, 73(4), 535–539. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025>
- Goleman, D. (1998). What makes a leader? *Harvard Business Review*.
- Jordan, R., & Garay, M. (2014). Liderazgo real. Editorial Paidós.
- Kaiser, F., Ringelhan, S., & Thiel, C. (2020). Physician-leaders and hospital performance revisited: Evidence from panel data. *Social Science & Medicine*, 252, 112905. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112905>
- Kotter, J. (1990). Lo que de verdad hacen los líderes. *Harvard Business Review*.
- Lira, L. (2013). Impacto del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP) en la gestión hospitalaria. *Estudios Públicos*, 131, 5–48.
- Lyons, O., Williamson, H., & Luthra, M. (2021). Evidence-based medical leadership development: A review. *BMJ Leader*, 5(3), 202–208. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000320>
- Milos, P., & Larraín, A. (2013). La gestión del cuidado en Chile: De la función a la estructura. *Ciencia y Enfermería*, 19(2), 15–25. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000200015>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2022). Plan nacional de disminución de tiempos de espera 2022–2026. Gobierno de Chile.
- Muñoz, P., & Otero, C. (2025). Managers and public hospital performance. *American Economic Review*, 115(11), 4040–4074. <https://doi.org/10.1257/aer.20240615>
- OCDE. (2023). Health at a Glance: Chile. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Política sobre el personal de salud 2030. OPS.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. (2006). Gestión basada en la evidencia. *Harvard Business Review* América Latina.
- Phillipson, J., McCartney, P., & Moore, J. (2025). Leadership training in healthcare: An umbrella review of systematic reviews. *BMJ Leader*, 9(1), 10–18. <https://doi.org/10.1136/leader-2024-000605>
- Rojas, M. (2024). Estado y gobierno [Clase]. Diplomado en Liderazgo y Gestión Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Santis, M. (2024). Médico en gestión: El liderazgo que la salud chilena necesita. *Revista Vida Médica*, 76(2). <https://revista.colegiomedico.cl/medicos-en-gestion-el-liderazgo-que-la-salud-chilena-necesita/>
- Sarto, F., & Veronesi, G. (2016). Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research*, 16, 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1395-5>
- Senado de Chile. (2025). Crisis financiera hospitalaria: Comisión de Salud realizará nueva sesión especial el 6 de mayo. <https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/crisis-financiera-hospitalaria-comision-de-salud-realizara-nueva-sesion>
- Servicio Civil. (2015). El directivo público hoy: Contexto, roles y desafíos. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Stoller, J., Goodall, A., & Baker, A. (2016). Why the best hospitals are managed by doctors. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2016/12/why-the-best-hospitals-are-managed-by-doctors>
- Universidad del Desarrollo. (2019). Fundamentos de la gestión en salud. Facultad de Economía y Negocios, UDD.
- Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallascas, F. (2013). Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine*, 77, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.019>
- West, M., Bailey, S., & Williams, E. (2022). The link between staff and patient experience in the NHS: Lessons for leadership. *BMJ Open*, 12(4), e057744. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057744>