

9.13 La Función Directiva en el Sanidad. Atención Especializada



A pesar de su heterogeneidad, se analizan algunos elementos comunes de la función directiva que determinan el funcionamiento de los establecimientos sanitarios, y en particular de los hospitales.

Autor: José María Muñoz y Ramón

*Profesor del Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Muñoz y Ramón JM. La Función Directiva en el Sanidad. Atención Especializada [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2022 [consultado día mes año]. Tema 9.13. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Las nuevas prestaciones asistenciales, la evolución tecnológica y de las comunicaciones, y las demandas sociales han propiciado grandes cambios estructurales y de funcionamiento en los hospitales. Sin embargo, la función directiva no ha evolucionado al mismo ritmo. Se analiza el perfil actual de los puestos directivos en meso y microgestión hospitalaria, la legislación de referencia, los modelos de competencias aplicables, las teorías de liderazgo existentes y las perspectivas de futuro.

Palabras clave: Hospital, organización, gestión, gestores, liderazgo

Abreviaturas

CC.AA. Comunidades Autónomas

COVID 19 Enfermedad producida por coronavirus 19

CSUR Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS

EFQM European Foundation for Quality Management, Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

ERN European Reference Network, Red Europea de Referencia

HLA Healthcare Leadership Alliance, Alianza de Liderazgo en Gestión

JTA Junta Técnico-Asistencial

INP Instituto Nacional de Previsión

INSALUD Instituto Nacional de la Salud

NHS National Health Service, Servicio Nacional de Salud (Reino Unido)

SNS Sistema Nacional de Salud

UGC Unidad de Gestión Clínica

Indice

Resumen

Abreviaturas

- 1. Introducción*
- 2. Marco conceptual*
- 3. Antecedentes y normativa*
- 4. Dirección hospitalaria*
- 5. Gestión asistencial*
- 6. Competencias directivas*
- 7. Modelos de referencia en competencias directivas*

8. Teorías de liderazgo

- 10. Acceso a la función directiva*
- 11. Acceso a las jefaturas asistenciales*
- 12. Evaluación periódica*
- 13. El directivo del futuro*

Referencias bibliográficas

1.- Introducción

Un tema siempre controvertido en gestión sanitaria es la selección de cargos directivos en los distintos niveles organizativos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Existe un consenso teórico sobre la necesidad de que la función directiva sea profesionalizada y que las personas que asuman esta responsabilidad cuenten con la formación, experiencia y competencias adecuadas. También se defiende que las vías de acceso sean abiertas, objetivas y transparentes. La realidad no siempre responde a este planteamiento, aunque se dispone de información y herramientas suficientes para poder alcanzar este objetivo si hay auténtica voluntad para ello. Se revisan algunos antecedentes, teorías y experiencias, con una particular atención a la función directiva en los hospitales.

2.- Marco conceptual

McClelland¹ definía las competencias como “el conjunto de características inherentes a un individuo y demostrables a través de conductas que están causalmente relacionadas con un desempeño adecuado o exitoso de un puesto de trabajo”. Las competencias directivas, y las competencias en general, integran dos dimensiones, las aptitudes (conocimientos y habilidades) y las actitudes (querer hacer).

Una primera consecuencia de este enfoque conceptual es que no basta con tener diplomas y cualificaciones académicas para garantizar un buen desempeño en un puesto de trabajo, sino que se deben reunir otras características, innatas o adquiridas. Daniel Goleman, y su teoría sobre la inteligencia emocional², identificaba una serie de rasgos personales cuya ausencia explicaba que personas altamente cualificadas resultaran incompetentes para determinados puestos y responsabilidades. Pero las competencias no sólo hacen referencia al individuo, sino también al puesto de trabajo de que se trate. Es preciso identificar a “la persona adecuada, en el puesto adecuado, en el momento adecuado” por lo que no hay un patrón de oro válido

1 McClelland D. *Human motivation*. Cambridge: CUP Archive; 1987 [https://books.google.es/books?id=vi4AAAAIAAJ&lpg=PA3&ots=At_R4O04d5&dq=McClelland%20.%20C.%20\(1987\).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&lr&hl=es&pg=PA90#v=onepage&q=McClelland%20.%20C.%20\(1987\).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&f=false](https://books.google.es/books?id=vi4AAAAIAAJ&lpg=PA3&ots=At_R4O04d5&dq=McClelland%20.%20C.%20(1987).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&lr&hl=es&pg=PA90#v=onepage&q=McClelland%20.%20C.%20(1987).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&f=false)

2 Goleman D. *Emotional intelligence*. 10th. ed. New York: Bantam Dell; 1995 <https://asantelim.files.wordpress.com/2018/05/daniel-goleman-emotional-intelligence.pdf>

Las competencias directivas, y las competencias en general, integran dos dimensiones, las aptitudes (conocimientos y habilidades) y las actitudes (querer hacer).

en todas las circunstancias.

Se ha dicho que en la función directiva, las competencias principales se engloban en dos dimensiones, la capacidad de coordinar y la capacidad de motivar³. Este planteamiento es coherente con el esquema de la estructura piramidal de las organizaciones de Mintzberg⁴, con niveles de gestión macro, meso y micro. Cuando hablamos de la función directiva en los hospitales, nos referimos fundamentalmente al nivel de mesogestión. Cuando hablamos de jefaturas médicas y de enfermería estamos en un nivel de microgestión.

Se ha dicho que en la función directiva, las competencias principales se engloban en dos dimensiones, la capacidad de coordinar y la capacidad de motivar

3.- Antecedentes y normativa

El Informe Griffiths⁵, que inspiró la reforma del SNS británico, propició la introducción de figuras gerenciales y directivas en los hospitales. En la misma línea, en España, la Ley General de Sanidad⁶ y el comúnmente llamado "Decreto de Hospitales"⁷ ofrecen un esquema organizativo de referencia, con equipos directivos encabezados por la figura del director gerente. A pesar de su antigüedad, y a pesar de que el Insalud desapareció hace años, este decreto sigue inspirando el diseño de los organigramas directivos actuales.

En la Tabla 1 se recoge el esquema elaborado por Santiñá⁸ sobre las posibles etapas en la gestión hospitalaria y su reflejo en quiénes dirigen los hospitales. Llama la atención lo poco que hemos avanzado desde lo que él define como "segunda ola"

3 Repullo Labrador J.R. *Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios* [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado 09/01/2022]. Tema 2.4. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n2.4_Cambios_y_reformas.pdf

4 Mintzberg H. *Power in and around organizations* (Vol. 142). Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall; 1985 <https://mintzberg.org/books/power-and-around-organizations>

5 Griffiths S R. *NHS Management Inquiry Report*. London: DHSS; 1983. <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/>

6 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

7 Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Insalud. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/04/15/521/con>

8 Santiñá Vila M. *La reorganización funcional del hospital para la gestión clínica* [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado 03/01/2022]. Tema 13.3. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500950/n13.3_La_reorganizacion_funcional_del_hospital.pdf

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y, sobre todo, del Real Decreto de Hospitales se generalizan las figuras del director gerente, el director médico, el director de enfermería y el director de gestión y servicios generales, asignándose funciones específicas a cada una de estas cuatro divisiones.

<i>Etapas en la Gestión de Hospitales</i>	<i>Tipo de Organización</i>	<i>Quién gestiona</i>
Primera Ola	Jerárquica Piramidal centralizada pero desdoblada	Doble Poder: Administrador – Director Médico
Segunda Ola	Jerárquica Piramidal centralizada	Gerente
Tercera Ola	Jerárquica Piramidal descentralizada	Director de Instituto de Gestión Clínica (DIGC)
Cuarta Ola (hipótesis)	Jerárquica Piramidal descentralizada	Doble Poder: DIGC - Ciudadanos
Quinta Ola (hipótesis)	Plana, por responsabilidades	Comité Mixto Hospital-Área Poblacional de Salud

Tabla 1. Etapas en la gestión hospitalaria. Tomado de Santiñá (2013)

Efectivamente, en los primeros hospitales públicos de la era moderna, la dirección se limitaba a un administrador, responsable del área administrativa, y un director médico, responsable del área asistencial. Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y, sobre todo, del Real Decreto de Hospitales se generalizan las figuras del director gerente, el director médico, el director de enfermería y el director de gestión y servicios generales, asignándose funciones específicas a cada una de estas cuatro divisiones.

Legislación posterior, sobre todo a nivel autonómico, ha intentado actualizar el lenguaje e introducir nuevas figuras y órganos de participación, pero su implantación ha sido irregular y en ocasiones se ha limitado a ser una declaración de buenas intenciones

4.- Dirección hospitalaria

En este momento, hay una gran diversidad organizativa en los hospitales públicos (y privados), pero en general se mantiene la estructura directiva clásica, a veces con nuevas denominaciones (dirección asistencial en lugar de dirección médica, dirección de cuidados en lugar de dirección de enfermería...), con nuevas figuras (dirección de recursos humanos separada de la dirección de gestión, dirección de calidad...) y con la creación de nuevas entidades asociadas (fundaciones e institutos de investigación,

centros de formación y simulación...)

A modo de ejemplo, en la Figura 2 se muestra el organigrama directivo de un hospital español terciario (La Paz, en Madrid), donde se puede observar la existencia de cargos tradicionales junto a otras figuras creadas para dar respuesta a las nuevas necesidades organizativas.

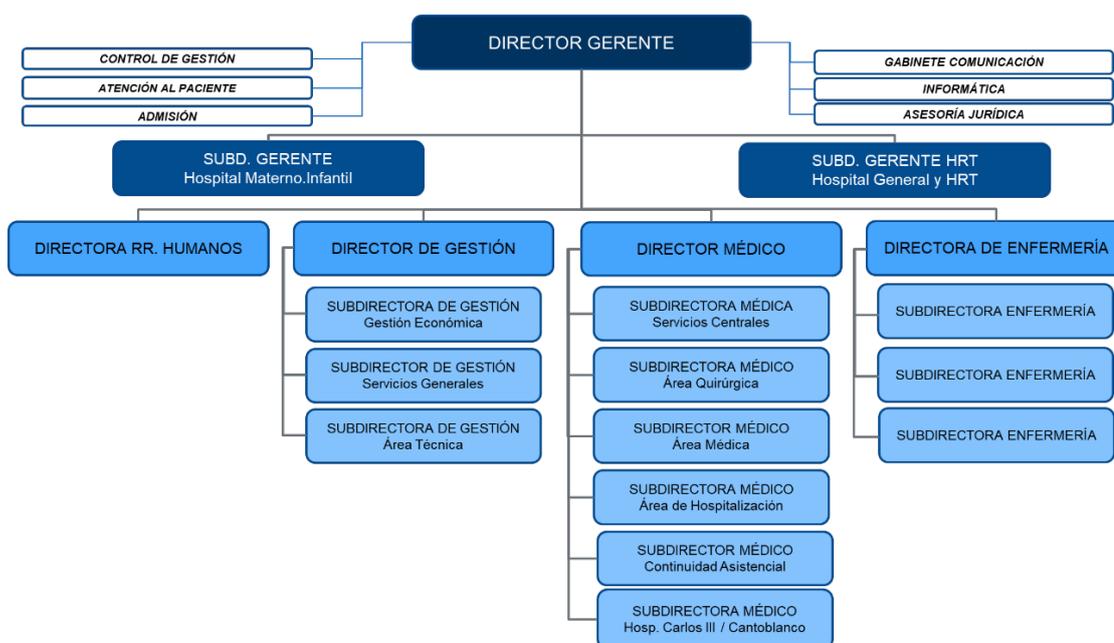


Figura 2. Organigrama del Hospital Universitario La Paz. Tomado de la página del SERMAS ⁹

A grandes rasgos, se observa que, además de ser el responsable general de cuanto acontece en el hospital, del director gerente dependen directamente la asesoría jurídica, el gabinete de comunicación, el servicio de admisión, el servicio de informática, el servicio de atención al paciente y trabajo social, y el área de control de gestión. En este hospital, existe también la figura de los subdirectores gerentes o subgerentes.

La dirección médica incluye tres subdirecciones tradicionales (área médica, área quirúrgica y servicios centrales), así como otras subdirecciones con funciones específicas dentro del hospital. En ocasiones ha habido un subdirector de investigación, docencia y calidad, pero estas áreas transversales habitualmente las asume el director médico directamente.

⁹ Servicio Madrileño de Salud, SERMAS. Hospital La Paz [Internet]. [Consultado 03/01/2022]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/nosotros/organizacion>

La dirección de enfermería conserva una estructura clásica con tres subdirecciones.

En este hospital, la anterior dirección de gestión y servicios generales se ha subdividido en una dirección de recursos humanos (antes subdirección) y una dirección de gestión con tres subdirecciones (servicios generales, área técnica y área económica).

Éste es sólo un ejemplo de las incontables modificaciones que cada hospital puede introducir en su organigrama directivo dependiendo de sus características, sus necesidades y su idiosincrasia. Hay centros con directores o subdirectores de docencia, calidad, investigación, procesos, innovación, etc. Lo que no termina de desarrollarse es lo que Santiñá (2013) denominaba cuarta y quinta olas, con fórmulas directivas más transversales, participativas y transparentes. Incluso la experiencia de los institutos de gestión clínica (tercera ola) es muy limitada y con resultados irregulares.

La Tabla 2 recoge algunas leyes y decretos de particular relevancia en la función directiva, pero que a menudo han tenido un desarrollo y aplicación limitadas.

Norma	Año
Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud	1984
Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección.	1985
	1986
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.	
Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Insalud.	1987
Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común	1992
Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.	1999
Ley 13/2002, de 21 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas.	2002
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias	2003

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	2003
Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.	2003
Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido del Estatuto Básico del Empleado Público.	2015
Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.	2017

Tabla 2. Normativa sanitaria relevante

Por sus implicaciones en la función directiva, hay que recordar que en nuestro país se han ensayado fórmulas originales de provisión sanitaria pública, existiendo hospitales privados o de gestión mixta, en que los hay representación de los distintos organismos o empresas implicados. También hay hospitales que han sufrido un proceso de fusión y han diseñado una dirección *ad hoc*. La tendencia actual, no obstante, es a eliminar progresivamente las fórmulas no tradicionales y a integrar los establecimientos sanitarios en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) con una gestión convencional.

5.- Gestión asistencial

La función directiva no se limita a la alta dirección del hospital. Las áreas, servicios y unidades asistenciales cuentan con responsables médicos, de enfermería y no sanitarios, considerados "mandos intermedios". La gestión habitualmente se organiza en servicios clínicos y especialidades, agrupadas en servicios médicos, servicios quirúrgicos y servicios centrales. El personal de Enfermería, aunque funcionalmente puede estar integrado en esos servicios, tiene una jerarquía y dependencia funcional propias.

Tras la progresiva desaparición de los jefes de departamento, los servicios médicos suelen estar dirigidos por un jefe de servicio, del que dependen los jefes de sección y los facultativos especialistas (antes llamados adjuntos). Los equipos de Enfermería suelen articularse alrededor de áreas (hospitalización, consultas,

La tendencia actual, no obstante, es a eliminar progresivamente las fórmulas no tradicionales y a integrar los establecimientos sanitarios en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) con una gestión convencional.

quirófanos...) en lugar de servicios, que son coordinadas por supervisoras de área y por supervisoras de unidad.

Siguiendo con el ejemplo del Hospital La Paz, en Madrid, la Tabla 3 muestra una distribución de puestos directivos y mandos intermedios, sanitarios y no sanitarios, que puede considerarse típica de un hospital general¹⁰.

PUESTOS DIRECTIVOS		MANDOS INTERMEDIOS	
	Total		Total
DIRECTOR GERENTE AT. HOS.N - I	1	COORDINADOR DE URGENCIAS	1
SUBDIRECTOR GERENTE	2	COORDINADOR DE ADMISIÓN	2
DIRECTOR MÉDICO AT. HOS. N - I	1	JEFE DE UNIDAD DE URGENCIAS	1
SUBDIRECTOR MÉDICO AS. HOS. N - I	6	JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN	2
DIRECTOR GESTIÓN / DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS N - I	2	COORDINADOR DE TRASPLANTES	1
SUBDIRECTOR GESTIÓN SS. GG. AS. HOS. N - I	3	COORDINADOR DEL PROGRAMA DE CALIDAD	1
DIRECTOR ENFERMERÍA AT. HOS. N - I	1	JEFE DE SERVICIO NS	19
SUBDIRECTOR ENFERMERÍA AS. HOS. N - I	3	JEFE DE SECCIÓN NS	30
Total general	19	JEFE DE GRUPO	54
		JEFE DE SERVICIO	73
		JEFE DE SECCIÓN	230
		SUPERVISORES/AS DE ÁREA FUNCIONAL	19
		SUPERVISORES/AS DE UNIDAD	124
		ENFERMERO/A JEFE DEL SERV. ATENC. PACIENTE	4
		JEFE DE TALLER	10
		CONDUCTOR DE INSTALACIONES	23
		ENCARGADO EQUIPO PERSONAL DE OFICIO	12
		JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO	9
		Total general	615

Tabla 3. Puesto directivos y mandos intermedios en un hospital general. Fuente: Contrato programa 2019 del Hospital La Paz

Se evidencia que, en los hospitales, el grueso del trabajo de gestión se desarrolla en el nivel intermedio, sobre todo por jefes de servicio, jefes de sección y supervisoras. Muchas de las competencias directivas de las que hablaremos a continuación son enteramente aplicables a estos mandos.

6.- Competencias directivas

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹¹ en su artículo 42 establece que "la

¹⁰ Servicio Madrileño de Salud. Contrato programa 2019 del Hospital La Paz (Consultado 12/01/2022) <https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/nosotros/contratos-gestion>

¹¹ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>

competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se plantean”, lo que tendría aplicación en procesos selectivos, carrera profesional y otros procesos de evaluación.

La identificación de las aptitudes y actitudes necesarias para el buen desempeño de la función directiva no es sencilla. Quizá por ello existen tantos modelos y marcos de referencia. Todos ellos coinciden en la necesidad de contar con una formación, conocimientos y experiencia suficientes (aptitudes), así como con habilidades de comunicación, empatía y autocontrol (actitudes). El adecuado equilibrio entre aptitudes y actitudes determina la idoneidad de los individuos para asumir determinadas responsabilidades.

La situación ideal se produce cuando las competencias personales coinciden con las competencias deseables para el puesto, lo que sería una situación de ajuste. Cuando son superiores, estamos en una situación de potencial desaprovechado. Cuando son inferiores, estamos identificando un área de mejora, que podrá o no ser corregida dependiendo de la naturaleza de la misma. En resumen:

- Competencia personal = competencia del puesto: Situación de ajuste
- Competencia personal > competencia del puesto: Desajuste por sobrecualificación
- Competencia personal < competencia del puesto: Área de mejora

Esta relación se puede reflejar en un diagrama que puede orientar en cuanto a la idoneidad de los candidatos y sobre las medidas de ajuste necesarias.

Existe bastante confusión en los términos referentes a la gestión, dado el solapamiento entre conceptos como competencias, liderazgo, gestión o dirección. A ello se añade la incompleta correspondencia de estos conceptos con los (casi) equivalentes en lengua inglesa. Así, por ejemplo, en el SNS británico, bajo el paraguas de *leadership* se engloban la mayoría de

"La competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se plantean", lo que tendría aplicación en procesos selectivos, carrera profesional y otros procesos de evaluación.

las competencias directivas y de gestión, mientras que, en la literatura en español, el liderazgo sería una de las (principales) competencias directivas.

7.- Modelos de referencia en competencias directivas

En un intento de ordenar los incontables elementos que pueden ser relevantes, se han elaborado muchos modelos de competencias que pretenden recoger la abundante literatura que sobre *management* y liderazgo se ha generado en los últimos años. West et al.¹² recomiendan cautela al consultar estas modelos, que a menudo adolecen de escasa metodología y se basan más en opiniones de expertos que en evidencias contrastadas. También critican la falta de marcos conceptuales, el uso de herramientas de medida no validadas y la elección de resultados intermedios, en lugar de resultados finales, para evaluar el éxito de los modelos.

Con estas precauciones, revisaremos a continuación algunos modelos de referencia.

1. *Healthcare Leadership Alliance (HLA)*¹³. Este consorcio de seis de las mayores organizaciones profesionales americanas, propuso un esquema que agrupaba en cinco categorías las competencias de los gestores sanitarios:

- Gestión de la comunicación y las relaciones
- Profesionalismo
- Liderazgo
- Conocimiento del sistema sanitario
- Conocimiento y experiencia en gestión de negocios

La HLA diseñó un catálogo de competencias y una herramienta

¹² West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2015). *Leadership and leadership development in health care: the evidence base*. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf

¹³ Stefl M. *Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model*. *Journal of healthcare management*, 2008; 53(6):360-73
<http://www.healthcareleadershipalliance.org/common%20competencies%20for%20all%20healthcare%20managers.pdf>

para su evaluación a nivel individual o de la organización.

2. *NHS Leadership Academy*¹⁴. En el Reino Unido, esta organización propuso un modelo de competencias agrupadas en nueve dimensiones representadas en la figura de un cubo con un núcleo central de objetivos compartidos (Figura 1), con un especial énfasis en la visión de la organización, el trabajo en equipo, la evaluación de resultados y la responsabilidad institucional.

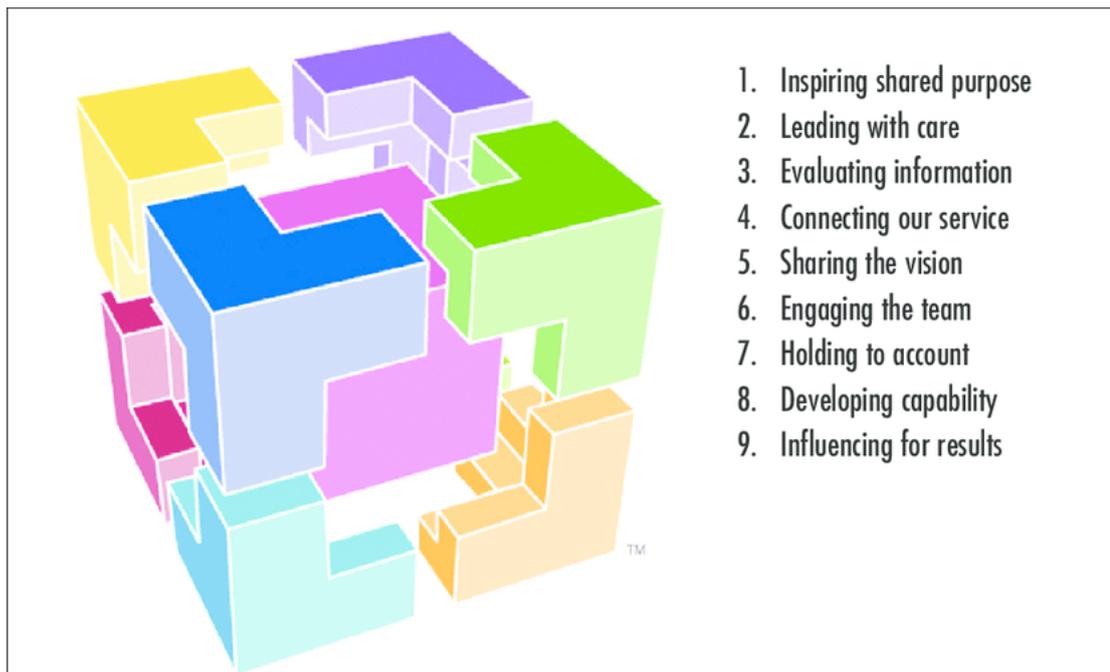


Figura 1. Modelo de liderazgo de la NHS Leadership Academy (2013)

3. *Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía*¹⁵. Este modelo distingue tres niveles de competencias:

- Competencias generales: Afectan a todos los profesionales del sistema sanitario, con independencia de su puesto o categoría.
- Competencias transversales: Referentes al desempeño de los diferentes profesionales sanitarios, con prácticas propias, pero con elementos comunes que se agrupan en este

¹⁴ NHS Leadership Academy. *The nine dimensions of leadership behaviour. Healthcare Leadership Model, version 1.0.* Leeds: NHS Leadership Academy; 2013. <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/NHSLeadership-LeadershipModel-colour.pdf>

¹⁵ Consejería de Salud. *Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.* Sevilla: Junta de Andalucía; 2006 <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/317/Modelo%20de%20Gestion%20por%20Competencias%20del%20SSPA.pdf>

tipo de competencias. Todos los profesionales sanitarios de una determinada especialidad o grupo profesional comparten las mismas competencias generales y transversales.

- Competencias específicas. Son competencias técnicas propias de puestos concretos y de establecimientos sanitarios determinados, condicionadas por la cartera de servicios del centro.

La Tabla 4 recoge algunas de las competencias características de cada categoría.

Tipo de competencia	Ejemplos	Aplicaciones
Generales	Actitud de aprendizaje y mejora continua. Trabajo en equipo. Orientación a resultados. Orientación al ciudadano, respeto por los derechos de los pacientes.	Desarrollo profesional continuo. Evaluación del desempeño. Procesos selectivos. Carrera profesional. Promociones.
Transversales	Oferta de servicios y conocimiento organizativo. Educación para la salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención. Visión continuada e integral de los procesos. Adecuada utilización de los recursos disponibles.	
Específicas	A definir por la organización	

Tabla 4. Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2006)

Este modelo de competencias incluye un apartado de competencias directivas, con ocho objetivos aún no desarrollados.

4. *Catálogo de competencias del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)*. El SERMAS trabaja actualmente en el desarrollo de un catálogo de competencias comunes para los profesionales del sistema. Su utilización aún no es sistemática, pero se puede acceder al perfil de competencias de los puestos directivos en su página corporativa¹⁶. En la Tabla 5 se resumen las 12

¹⁶ Servicio Madrileño de Salud. Perfil de competencias para puestos directivos. [Internet]. [Consultado 03/01/2022]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/provision-puestos-directivos-instituciones-sanitarias-servicio-madrileno-salud>

competencias principales, cada una de las cuales puede tener cuatro niveles de importancia según el puesto laboral de que se trate.

Competencias	
1	Identificación y compromiso con la misión, los valores y los objetivos de la organización
2	Mentalidad de servicio
3	Trabajo en equipo
4	Liderazgo
5	Integridad y respeto
6	Comunicarse con eficacia
7	Responsabilidad social
8	Escuchar, conocer y entender al paciente y a su entorno
9	Humanizar la atención y el cuidado
10	Facilitar la participación y respetar la autonomía del paciente
11	Mejorar en beneficio de la sociedad
12	Autocontrol y resistencia al estrés

Tabla 5. Catálogo de competencias del SERMAS

5. Proyecto Avanza de la Sociedad Española de Directivos Sanitarios¹⁷. Con el objetivo de facilitar el proceso de selección de directivos, esta sociedad está trabajando en la elaboración de un mapa de competencias en que se han identificado 92 habilidades directivas y 155 competencias, que se resumen en la Tabla 6.

Grupos temáticos	Áreas de certificación
Administración y Gestión de Organizaciones Sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia (50%) • Formación (25%) • Logros (15%) • Investigación (5%) • Otros méritos (5%).
Políticas y procesos de atención al paciente	
Dirección y gestión personas en Org. Sanitarias	
Gestión de Proyectos	
Innovación y Calidad	
Gestión de Crisis	

Tabla 6. Mapa de Competencias del Directivo en el nivel de Dirección de Organizaciones Sanitarias. (Tomado de SEDISA, 2017)

17 Guerrero Fernández M. Actualización del Informe SEDISA sobre profesionalización de los directivos de la salud. Madrid: SEDISA, 2017. <https://sedisa.net/wp-content/uploads/2017/04/Informe-profesionalizaci%C3%B3n.pdf>

Teorías de liderazgo

Desde hace años, en función de sus comportamientos y cualidades, se ha intentado definir modelos, estilos y perfiles de liderazgo que facilitarían la caracterización de los individuos que asumen responsabilidades en las organizaciones. Aunque es un planteamiento demasiado reduccionista, no cabe duda de que ayuda a entender el concepto de liderazgo de una manera práctica. Se han propuesto incontables modalidades, y en la Tabla 7 se recogen algunos de los estilos más habitualmente mencionados.

Estilo	Características
Carismático	Liderazgo basado en el carisma y la personalidad
Transaccional	Línea de mando establecida. Las actividades de gestión se basan en incentivos (también negativos)
Participativo	Todos los miembros del equipo se identifican y trabajan para alcanzar los objetivos
Situacional	Utiliza un amplio rango de estilos dependiendo de la situación
Servicial	Prefiere modelos de autoridad compartida y facilita la toma de decisiones en equipo
Transformacional	Inspira al equipo creando un ambiente de estímulo intelectual
Tranquilo	Escucha al equipo y lo dirige a un alto nivel de autoconocimiento y confianza

Tabla 7. Estilos de liderazgo (Tomado de múltiples fuentes)

La tendencia actual es a prestar menos atención al individuo que se identifica como líder, y más al entorno y el momento en que se encuentra la organización. Personas que pueden ser las idóneas en determinadas circunstancias, pueden no serlo cuando cambia el medio. Según Grint¹⁸, el liderazgo incluye cuatro dimensiones: Quiénes (personas), dónde (organización), qué (productos o servicios) y cómo (funcionamiento). La combinación de estos cuatro elementos determina qué tipo de liderazgo es el más adecuado en cada momento.

El marco conceptual de Grint es enteramente aplicable al entorno sanitario. La puesta en marcha, el mantenimiento o incluso el cierre de los dispositivos sanitarios precisan de distintos comportamientos y habilidades y seguramente también de distintos modelos de liderazgo. De los estilos tradicionales de

¹⁸ Grint K. *Leadership: A very short introduction* (Vol. 237). Oxford University Press; 2010.

Según Grint, el liderazgo incluye cuatro dimensiones: Quiénes (personas), dónde (organización), qué (productos o servicios) y cómo (funcionamiento)

liderazgo, probablemente el más necesario en los hospitales sea llamado situacional, dada la enorme variedad de profesionales, servicios e circunstancias que confluyen. Según Hersey y Blanchard ¹⁹, el nivel de madurez (psicológica y profesional) de los colaboradores determina el mejor estilo de liderazgo. El nivel de competencia y el nivel de motivación de los individuos exigen al líder del equipo que tome actitudes directivas, de apoyo o de delegación.

Progresivamente, vamos avanzando hacia una nueva cultura de liderazgo menos centrada en el carisma de los individuos y más atenta a la cultura y las necesidades de las organizaciones y de la sociedad. Términos como liderazgo compartido, ético, social, corporativo o institucional pretenden transmitir el mensaje de que todos debemos asumir responsabilidades individuales y colectivas. En el polo opuesto está el llamado "liderazgo intimidatorio", basado en el cortoplacismo, la coacción y el autoritarismo, que sorprendentemente aún tiene defensores y puede ser muy destructivo para las organizaciones.

Por último, merece la pena mencionar el abordaje práctico de Kohlrieser²⁰, que, en lugar de relacionar las virtudes deseables en directivos y gestores, identifica los diez errores más frecuentes que éstos cometen (Tabla 8)

- | | |
|-----|---|
| 1. | No dedicar tiempo a las personas. |
| 2. | Ser inaccesible. |
| 3. | No centrarse en desarrollar el talento. |
| 4. | No dar feedback de manera continua. |
| 5. | No tener en cuenta las emociones. |
| 6. | Gestionar los conflictos inadecuadamente. |
| 7. | No dirigir el cambio. |
| 8. | No animar a los demás a asumir riesgos. |
| 9. | No entender las motivaciones. |
| 10. | Gestionar actividades en lugar de liderar personas. |

Tabla 8. Los diez errores más frecuentes de directivos y gestores (Kohlrieser, 2013)

19 Hersey P, Blanchard K, Johnson D. *Management of organizational behavior* (Vol. 9). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2007.

20 Kohlrieser G. (2013). 10 'people' mistakes leaders make. In *Finance: The Magazine for Finsia Members* 2013;127(3):50

10.-Acceso a la función directiva

La consecuencia práctica de estudiar e identificar las competencias necesarias para asumir adecuadamente las funciones directivas sería que todo este conocimiento fuese aplicado sistemáticamente en los procedimientos de acceso.

La percepción general, justificada o no, es que el acceso a los puestos directivos se basa en criterios subjetivos de simpatía y afinidad con los responsables políticos, más que en criterios objetivos de mérito y capacidad. Resulta preocupante que, de manera sistemática y con independencia de su color político, la práctica totalidad de los directivos sanitarios son sustituidos cuando se produce un cambio de partido en los gobiernos autonómicos.

En este tema hemos concedido mucha importancia a las competencias transversales, comportamientos y actitudes, de los directivos, pero hay que reconocer que su evaluación objetiva resulta extremadamente compleja. Así como puntuar los años de experiencia es sencillo, no lo es ponderar el compromiso, la empatía o la honradez. Existen complejas metodologías, sobre todo en el mundo de la empresa, que incluyen cuestionarios, entrevistas, evaluación 360 grados, etc. que idealmente permiten identificar las fortalezas y las debilidades de los candidatos a los puestos de responsabilidad. Estos métodos consumen tiempo, pueden ser caros y aún no existe gran experiencia sobre su uso en el medio sanitario.

Por otra parte, los puestos directivos en los hospitales están reconocidos como de alta dirección, con una legislación específica²¹ que admite un cierto nivel de discrecionalidad en su provisión. Hay que admitir que los equipos directivos deben contar con un buen nivel de confianza con las autoridades políticas, pero esto no debe justificar la arbitrariedad en los nombramientos o en los ceses.

Los puestos directivos muy raramente se convocan de manera abierta. Cuando eso ocurre, el cargo suele estar ya ocupado antes de la propia convocatoria. En la Comunidad de Madrid, desde la aprobación de la Ley de Buen Gobierno de la Sanidad

²¹ Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1985/08/01/1382>

Madrileña²², se convocan estos puestos en el boletín de la comunidad. A modo de ejemplo, en una convocatoria para una dirección médica de un gran hospital público²³, aunque no incluye un baremo, se especifica que “La Comisión de Valoración tendrá en cuenta:

- Las competencias establecidas en los perfiles correspondientes que se pueden consultar en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/provision-puestos-directivo...>
- El currículum y el proyecto de gestión (...) contendrá todos aquellos aspectos que los aspirantes consideren de interés para el correcto desempeño del puesto para el que han presentado su candidatura. Los contenidos mínimos del proyecto de gestión serán: Análisis de situación: Matriz de impacto: DAFO; Planteamientos estratégicos y mapa estratégico; Líneas prioritarias y objetivos operativos; Cuadro de mando y plan de ejecución.”

Tanto el personal estatutario como el personal funcionario, así como personas sin relación con la administración pueden acceder a estos cargos²⁴.

En las raras ocasiones en que los puestos directivos se convocan de manera pública, la totalidad del comité de selección es nombrado por la propia Consejería.

11.- Acceso a las jefaturas asistenciales

A diferencia de lo que ocurre en los puestos directivos, las jefaturas asistenciales de los hospitales (jefes de servicio y sección) se convocan de manera pública y exigen que los candidatos cuenten con plaza fija en el SNS²⁵.

²² Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2017/12/22/11/con>

²³ Resolución de 15 de octubre de 2021, de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, por la que se procede a convocar el puesto directivo de Director/a Médico en el Hospital Universitario “12 de Octubre”, adscrito al Servicio Madrileño de Salud. <http://www.bocm.es/bocm-20211028-19>

²⁴ Ley 13/2002, de 21 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-4507-consolidado.pdf>

²⁵ Real Decreto Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/1999/01/08/1>

El proceso de selección está basado en la evaluación del currículum profesional de los aspirantes y en un proyecto técnico relacionado con la gestión de la unidad asistencial. Los baremos, que varían entre comunidades y hospitales, suelen ser muy detallados y valoran la experiencia asistencial, docente, investigadora y de gestión. A modo de ejemplo, en el Anexo 1 se recoge el baremo de una convocatoria para una jefatura de servicio en Andalucía²⁶.

El alto contenido técnico de las jefaturas asistenciales limita la discrecionalidad en la selección, ya que sería arriesgado elegir candidatos con pobres cualificaciones. El problema que no está resuelto, sin embargo, es la valoración de las competencias no relacionadas con el currículum. Es muy difícil evaluar el compromiso, la comunicación, la empatía o la honradez sin caer en la subjetividad o los prejuicios. La defensa de los proyectos y las entrevistas a los candidatos pueden arrojar mucha información, pero aún no disponemos de una metodología rigurosa en este proceso. Aunque está pensada para las habilidades clínicas, la pirámide de Miller puede arrojar luz sobre cómo evaluar competencias de manera ordenada²⁷

Excepcionalmente, y sólo de manera transitoria, la dirección del centro puede asignar las funciones de jefe de servicio o sección a algún facultativo, candidato o no al puesto, mientras se resuelve la convocatoria oficial.

La composición de la comisión de selección está regulada legalmente²⁸ y habitualmente cuenta con cinco vocales:

- El director médico del centro o persona en quien delegue
- Un jefe de servicio designado por la dirección médica

26 Resolución de 20 de diciembre de 2018, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se convoca la cobertura de cargo intermedio, mediante el sistema de libre designación de Jefe/a de Servicio Facultativo de Medicina Interna en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. https://www.huvn.es/uploads/media/ofertas_trabajo/0001/04/adaa982df32afa04bb3f76a29ec77d600abe4068.pdf

27 Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine*, 1990; 65(9): S63-7. <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>

28 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/01/40/con>

- Un jefe de servicio del área asistencial designado por la junta técnico-asistencial
- Un facultativo del área asistencial designado por la junta técnico-asistencial
- Un facultativo de la especialidad designado por la comisión nacional de la especialidad.

Sin embargo, la normativa actual permite que las comunidades autónomas establezcan otros modelos de comisiones de selección y, por ejemplo, en Andalucía es el propio director gerente del centro quien preside y designa a los vocales²⁹.

Sería conveniente que las comisiones de selección fuesen órganos independientes que actuasen con criterios técnicos y objetivos, pero la tendencia actual es a dar cada vez más peso a la gerencia del centro.

En el área de Enfermería, el equivalente a las jefaturas son los puestos de supervisión, tanto supervisores de área funcional como supervisores de unidad. Son puestos de libre designación y son propuestos por la dirección de Enfermería. Sin embargo, la tendencia actual es a hacer el proceso cada vez más abierto y transparente. Muchos hospitales hacen convocatorias públicas, en las que los candidatos deben presentar un currículum y un proyecto técnico, sometiéndose a una o varias entrevistas. En algunas comunidades, se está valorando centralizar el proceso en la dirección general de recursos humanos.

A diferencia de lo que ocurre en el funcionariado, en que se puede consolidar el nivel tras un determinado periodo de tiempo, el nombramiento o designación de jefes médicos y supervisores de Enfermería es totalmente reversible y no genera derechos económicos y laborales más allá del periodo de desempeño.

12.- Evaluación periódica

Tanto los puestos directivos como las jefaturas asistenciales se adjudican como nombramientos provisionales, habitualmente por

²⁹ Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/54/2>

un periodo de cuatro o cinco años. Sin embargo, el tiempo que un directivo permanece en el puesto depende fundamentalmente del criterio del director gerente, que a su vez está condicionado por el criterio de la autoridad sanitaria correspondiente.

Que el nombramiento provisional se produzca para un periodo limitado implica que, finalizado este plazo, se proceda a una evaluación de las actividades realizadas. En ocasiones, la evaluación no se lleva a cabo o se limita a una mera formalidad, pero hay centros en que el proceso es sistemático y se entiende como una oportunidad de renovación, continuidad o mejora.

Junto a la evaluación formal, hay otros mecanismos de evaluación informal que pueden condicionar la permanencia de los directivos y los jefes asistenciales en el puesto. Conviene mencionar los siguientes:

- Los contratos de gestión o contratos programa anuales, suponen una revisión general del funcionamiento del centro en sus dimensiones sanitaria y no sanitaria. El capítulo de cumplimiento presupuestario puede tener un gran peso y puede condicionar la permanencia del equipo directivo.
- Consecuencia de los contratos programa, los pactos de gestión entre la dirección y los servicios clínicos implican la evaluación de indicadores clave que pueden reflejar el buen o mal funcionamiento de las unidades clínicas y, por tanto, la labor de sus responsables.
- Los procesos de evaluación de la calidad, como los propuestos por la EFQM (*European Foundation for Quality Management*), las normas ISO o el modelo de la *Joint Commission*, americana o internacional, pueden arrojar mucha información sobre el funcionamiento del centro y sobre la labor de sus responsables.
- Las encuestas de satisfacción y las herramientas de valoración del clima laboral cada vez tienen más importancia en la evaluación de los directivos y los jefes asistenciales. No es infrecuente que éstos sean cesados cuando se detectan situaciones de acoso o de alta conflictividad.

- Las reclamaciones de los pacientes, los expedientes disciplinarios, las inspecciones rutinarias o a demanda y las denuncias en prensa o redes sociales, también pueden ser mecanismos indirectos de evaluación que condicionen la permanencia o cese de jefes y directivos.

Idealmente, el directivo o jefe asistencial que cesa debería ser capaz de rentabilizar esta experiencia y conocimiento en el área de trabajo a la que regrese o sea asignado. Lo contrario sería una pérdida de valioso capital humano.

13.- El directivo del futuro

El progreso de la medicina y las ciencias relacionadas ha hecho que las prestaciones que ofrecen los hospitales hayan progresado espectacularmente en las últimas décadas. Sorprende, sin embargo, que las estructuras directivas y de gestión sigan inspirándose en modelos muy antiguos. La sociedad en que vivimos ha cambiado considerablemente, las demandas de los ciudadanos han aumentado, las tecnologías y las nuevas metodologías de gestión se han implantado en la mayoría de las organizaciones, por lo que es de esperar que la función directiva hospitalaria también cambie en el futuro. El hospital del futuro se aleja del concepto de edificio o instalaciones y se identifica más como centro de conocimiento integrado en sistemas más amplios y complejos.

Diferentes empresas e instituciones han elaborado informes sobre los cambios previsibles en los futuros hospitales. Todos coinciden en el impacto de las nuevas tecnologías y en papel protagonista de pacientes y ciudadanos. En lo referente a las funciones directivas, varios de los diez puntos clave formulados por la Sociedad Española de Medicina Interna³⁰ hacen referencia a aspectos organizativos en el nivel de la meso y microgestión:

- Organización por procesos asistenciales en lugar de por servicios
- Áreas y unidades asistenciales con distintas especialidades

³⁰ Huelgas R G, Manglano J D, Gómez J C, Barba R, Corbella X, Alegría J G et al. El hospital del futuro en 10 puntos. *Revista Clínica Española*, 2020; 220(7), 444-449. Este trabajo, publicado en 2020 en *Revista Clínica Española*, no tiene acceso abierto, pero es el capítulo 5 del dossier del mismo nombre elaborado por la Sociedad Española de Medicina Interna, con acceso libre en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/920.pdf>

- Atención primaria, atención especializada y servicios sociales integrados
- Progresiva transferencia de responsabilidades de gestores a clínicos
- Incorporación de la voz del paciente y del ciudadano en la toma de decisiones organizativas

Estas indicaciones son muy coherentes, y probablemente deseables, pero conviene reparar en que no son nuevas en su planteamiento. Desde hace años, contamos con experiencias de institutos y unidades de gestión clínica que incorporan estos principios³¹ pero que, en lugar de generalizarse, siguen limitadas a centros muy concretos o sólo existen en los manuales o páginas corporativas de los hospitales. El peso de las especialidades médicas, los intereses corporativos y la personalidad de los jefes asistenciales hacen difíciles los planteamientos transversales que puedan implicar pérdidas de influencia o poder.

La Escuela Andaluza de Salud Pública, en 2017³² publicó un informe que también prestaba atención a aspectos estructurales, de gobernanza y de participación ciudadana. También en 2017, *Deloitte Centre for Healthcare Solutions*, en su dossier "El hospital del futuro" enfatizaba cómo las tecnologías digitales cambiarán el concepto de hospital a nivel mundial³³

La función directiva en los hospitales debe adaptarse a las nuevas necesidades y demandas. El gestor del futuro deberá contar con formación, habilidades y experiencia acordes con el avance del conocimiento y las tecnologías. Necesitará conocer el funcionamiento de distintos centros en otros países, ser capaz de comunicarse en otros idiomas, estar abierto al cambio, y contar con el suficiente autoconocimiento para reconocer su idoneidad (o no) para los puestos a los que aspira. En los nuevos hospitales, el acceso de la mujer a los puestos directivos y las jefaturas

31 Santiñá Vila M. *Experiencias de las unidades de gestión clínica* [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 28/12/2021]. Tema 13.5 Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500952/n13.05_Experiencias_de_las_unidades_de_gesti_n_cl_nica.pdf.

32 Escuela Andaluza de Salud Pública. *El futuro de los hospitales*. EASP; 2016. https://www.easp.es/wp-content/uploads/documentos/EASP_El%20futuro%20de%20los%20hospitales.pdf

33 Gordon R, Perlman M, Shukl M. *El hospital del futuro. Cómo las tecnologías digitales pueden cambiar los hospitales a nivel mundial*. Londres: Deloitte, Center for Health Solutions; 2017. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/cl/Documents/life-sciences-health-care/El%20hospital%20del%20futuro.pdf>

asistenciales debe ser habitual. La igualdad, la diversidad, la independencia política, el mérito y la capacidad deben ser los principios que identifiquen al directivo sanitario moderno.

Referencias bibliográficas

1. McClelland D. *Human motivation*. Cambridge: CUP Archive; 1987 [https://books.google.es/books?id=vic4AAAAIAAJ&pg=PA3&ots=At_R4O04d5&dq=McClelland%20D.%20C.%20\(1987\).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&lr&hl=es&pg=PA90#v=onepage&q=McClelland%20D.%20C.%20\(1987\).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&f=false](https://books.google.es/books?id=vic4AAAAIAAJ&pg=PA3&ots=At_R4O04d5&dq=McClelland%20D.%20C.%20(1987).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&lr&hl=es&pg=PA90#v=onepage&q=McClelland%20D.%20C.%20(1987).%20Human%20motivation.%20CUP%20Archive.&f=false)
2. Goleman D. *Emotional intelligence*. 10th. ed. New York: Bantam Dell; 1995 <https://asantelim.files.wordpress.com/2018/05/daniel-goleman-emotional-intelligence.pdf>
3. Repullo Labrador J.R. *Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios [Internet]*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado 09/01/2022]. Tema 2.4. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n2.4_Cambios_y_reformas.pdf
4. Mintzberg H. *Power in and around organizations (Vol. 142)*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall; 1985 <https://mintzberg.org/books/power-and-around-organizations>
5. Griffiths S R. *NHS Management Inquiry Report*. London: DHSS; 1983. <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/>
6. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
7. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Insalud. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/04/15/521/con>
8. Santiñá Vila M. *La reorganización funcional del hospital para la gestión clínica [Internet]*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado 03/01/2022)]. Tema 13.3. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500950/n13.3_La_reorganizacion_funcional_del_hospital.pdf

9. Servicio Madrileño de Salud, SERMAS. Hospital La Paz [Internet]. [Consultado 03/01/2022]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/nosotros/organizacion>
10. Servicio Madrileño de Salud. Contrato programa del Hospital La Paz (Consultado 12/01/2022) <https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/nosotros/contratos-gestion>
11. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
12. West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2015). Leadership and leadership development in health care: the evidence base. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf
13. Stefl M. Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. *Journal of healthcare management*, 2008; 53(6):360-73 <http://www.healthcareleadershipalliance.org/common%20competencies%20for%20all%20healthcare%20managers.pdf>
14. NHS Leadership Academy. *The nine dimensions of leadership behaviour. Healthcare Leadership Model, version 1.0.* Leeds: NHS Leadership Academy; 2013. <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/NHS-Leadership-LeadershipModel-colour.pdf>
15. Consejería de Salud. *Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.* Sevilla: Junta de Andalucía; 2006 <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/317/Modelo%20de%20Gestion%20por%20Competencias%20del%20SSPA.pdf>
16. Servicio Madrileño de Salud. *Perfil de competencias para puestos directivos.* [Internet]. [Consultado 03/01/2022]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/provision-puestos-directivos-instituciones-sanitarias-servicio-madrileno-salud>

17. Guerrero Fernández M. *Actualización del Informe SEDISA sobre profesionalización de los directivos de la salud*. Madrid: SEDISA, 2017. <https://sedisa.net/wp-content/uploads/2017/04/Informe-profesionalizaci%C3%B3n.pdf>
18. Grint K. *Leadership: A very short introduction* (Vol. 237). Oxford University Press; 2010.
19. Hersey P, Blanchard K, Johnson D. *Management of organizational behavior* (Vol. 9). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2007.
20. Kohlrieser G. (2013). 10 'people' mistakes leaders make. *In Finance: The Magazine for Finsia Members* 2013;127(3):50
21. Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1985/08/01/1382>
22. Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2017/12/22/11/con>
23. Resolución de 15 de octubre de 2021, de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, por la que se procede a convocar el puesto directivo de Director/a Médico en el Hospital Universitario "12 de Octubre", adscrito al Servicio Madrileño de Salud. <http://www.bocm.es/bocm-20211028-19>
24. Ley 13/2002, de 21 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-4507-consolidado.pdf>
25. Real Decreto Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/1999/01/08/1>

26. Resolución de 20 de diciembre de 2018, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se convoca la cobertura de cargo intermedio, mediante el sistema de libre designación de Jefe/a de Servicio Facultativo de Medicina Interna en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. https://www.huvn.es/uploads/media/ofertas_trabajo/0001/04/adaa982df32afa04bb3f76a29ec77d600abe4068.pdf
27. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine*, 1990; 65(9): S63-7. <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>
28. Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/01/40/con>
29. Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/54/2>
30. Huelgas R G, Manglano J D, Gómez J C, Barba R, Corbella X, Alegría J G et al. El hospital del futuro en 10 puntos. *Revista Clínica Española*, 2020; 220(7), 444-449. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/920.pdf>
31. Santiñá Vila M. Experiencias de las unidades de gestión clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 28/12/2021]. Tema 13.5 Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500952/n13.05_Experiencias_de_las_unidades_de_gestio_n_cl_nica.pdf.
32. Escuela Andaluza de Salud Pública. El futuro de los hospitales. EASP; 2016. https://www.easp.es/wp-content/uploads/documentos/EASP_El%20futuro%20de%20los%20hospitales.pdf
33. Gordon R, Perlman M, Shukl M. El hospital del futuro. *Cómo las tecnologías digitales pueden cambiar los hospitales a nivel mundial*. Londres: Deloitte, Center for Health Solutions; 2017.