

---

## Tesis doctoral

*Análisis del modelo de liderazgo en las organizaciones sanitarias del sector público catalán.*

Candelaria Calle Rodríguez

---



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This doctoral thesis is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



TESIS DOCTORAL

Análisis del modelo de liderazgo en las organizaciones sanitarias del sector  
público catalán

**Candela Calle Rodríguez**

Director: Xavier Corbella Virós

Universitat Internacional de Catalunya

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

## Agradecimientos

Esta tesis ha sido posible gracias a mis padres porque han sido la base de lo que soy, la transmisión de los valores del esfuerzo, el compromiso y el humanismo. Siempre están ahí.

A mi tía Pastora muy importante en mi vida.

A mi hermana Elisa, por eso, por haber sido quien era, siempre en mi corazón.

A mi hermano Braulio por lo importante que es mi vida.

A mi marido Enrique, 25 años con él que nos han permitido construir lo mejor, una gran familia y que siempre estuvo y está ahí por mi desarrollo profesional.

A mis hijos Alma y Enric, el gran proyecto personal por vuestra solidez, bondad, vuestro cariño y por ser siempre un equipo. Gracias cariños.

A todos mis amigos, en especial a mis amigas (que las nombro porque no me puedo olvidar de ninguna) que para lo bueno y lo malo están ahí.

A los consellers Trias, Geli, Ruiz, Comín y Vergès por confiar en mí y darme tantas oportunidades profesionales.

A mis jefes, pero especialmente al Dr. Pere Monras y el Dr. Jordi Colomer por su visión y enseñanzas.

Al Dr. Josep Maria Vilà, por ser un gran jefe, un buen amigo y un pozo de sabiduría.

A todo el Comité de Dirección del ICO porque siempre estáis con vuestro compromiso personal y profesional. Gracias por el gran regalo de trabajar con vosotros y me permitiréis que haga una referencia también personal a tres personas: María Jesús Vázquez, Ana Rodríguez y Ángel Vidal. Ellos ya saben por qué.

A todos los profesionales del ICO y del ICS por todo lo que haceis a diario. Gracias.

A los gerentes y miembros de comités de dirección de hospitales que han participado en el estudio.

A Carla Bruguera, por su gran ayuda.

A Joaquin Estévez y Sedisa por luchar por la profesionalización de la gestión.

A la Societat Catalana de Gestió Sanitaria por trabajar para mejorar la realidad de la gestión.

Al Dr. Xavier Corbella, el maestro, el hermano, el amigo.

Y a la UIC y sus alumnos, de los que tanto he aprendido.

Gracias.

## **Resumen**

El liderazgo es un elemento básico en las organizaciones que toma especial relevancia en organizaciones complejas. La literatura señala de forma general que los liderazgos orientados a las relaciones, y en particular el liderazgo transformacional, ofrecen mejores resultados en variables mediadoras, en el éxito organizacional, el bienestar o la motivación de los profesionales. Sin embargo, la evidencia es escasa en cuanto a los procesos y prácticas que conforman el estilo transformacional. Este trabajo se justifica por la necesidad de disponer evidencia sobre el liderazgo de los gerentes de los hospitales de la red de utilización pública tanto para identificar aquellos casos de éxito como para identificar las áreas de mejora en las que convendría dedicar mayores esfuerzos para maximizar los resultados.

El objetivo general de este estudio fue conocer los tipos de liderazgo existentes entre los gerentes de los hospitales de la red pública catalana. El estudio se realizó en base a un diseño exploratorio con una metodología mixta (técnicas cuantitativas y cualitativas) dividida en tres fases.

En la primera fase se pretendió, a través de un cuestionario autoadministrado, identificar los tipos de liderazgo presentes entre los gerentes de la red de utilización pública, detectar cual es el mayoritario y seleccionar casos de ejemplo para explorar en mayor profundidad.

En la segunda fase, los objetivos fueron conocer las prácticas mayoritarias que conforman los estilos de liderazgo de los gerentes desde una perspectiva cualitativa través de entrevistas en profundidad.

En la tercera fase se buscó, a través de un cuestionario autoadministrado, conocer la opinión del resto de altos directivos colaboradores de los gerentes entrevistados.

Los resultados mostraron, la presencia mayoritaria de rasgos del estilo de liderazgo transformacional en las gerencias de los centros de la XHUP (Xarxa d'hospitals d'utilització pública) confirmada por altos directivos y colaboradores directos de distintas gerencias. Sin embargo, las respuestas proporcionadas por los participantes en las tres fases confirmaron

limitaciones del modelo teórico apuntando hacia una definición más amplia del liderazgo de las gerencias de la XHUP que incluye elementos de otros estilos y puede variar según las circunstancias.

Como conclusión de esta tesis podemos decir que los liderazgos de las gerencias de la XHUP tienen generalmente en cuenta el cuidado de los profesionales de su organización, aunque pueden mejorar para potenciar el bienestar y la eficiencia de su organización si se promueve una reflexión sobre cuáles son las mejores prácticas de liderazgo.

Palabras clave

Liderazgo, gestión empresarial, sector salud, competencias directivas.

## **Resum**

El lideratge és un element bàsic de les organitzacions especialment rellevant en organitzacions complexes. La literatura senyala, de forma general, que els lideratges orientat a les relacions, especialment el lideratge transformacional, ofereixen millors resultats en variables mediadores en el èxit organitzacional com el benestar o la motivació dels professionals. No obstant, l'evidència és escassa en relació amb els processos i practiques que conformen l'estil transformacional. Aquest treball es justifica per la necessitat d'obtenir evidència sobre el lideratge dels gerents dels hospitals de la xarxa d'utilització pública tant per identificar aquells casos d'èxit com per identificar les àrees de millora en les que convindria dedicar més esforços per a maximitzar resultats.

L'objectiu general d'aquest estudi va ser conèixer els tipus de lideratge existents entre els gerents dels hospitals de la xarxa pública catalana. L'estudi es va realitzar en base a un disseny exploratori amb una metodologia mixta (tècniques quantitatives i qualitatives) dividit en tres fases.

En la primera fase es va pretendre, a través d'un qüestionari autoadministrat, identificar els tipus de lideratge presents entre els gerents de la xarxa d'utilització pública, detectar quin era l'estil majoritari i seleccionar casos per a ser explorats amb més profunditat.

En la segona fase, els objectius van ser conèixer les practiques concretes que conformen els estils de lideratge dels gerents des d'una perspectiva qualitativa a través d'entrevistes en profunditat.

En la tercera fase es va buscar conèixer l'opinió d'alts directiu que col·laboressin amb els gerents entrevistats a la primera fase.

Els resultats van mostrar, a través del qüestionari, una presència majoritària de trets de l'estil de lideratge transformacional en es gerències dels centres de la XHUP (Xarxa d'hospitals d'utilització pública) confirmada per els alts directius col·laboradors directes de les diferents gerències. Tanmateix, les respostes proporcionades per als participants en les tres fases van confirmar limitacions del model teòric apuntant cap a una definició més amplia de

lideratge de las gerències de la XHUP que inclou elements d'altres estils i pot variar segons les circumstàncies.

Com a conclusió d'aquesta tesi podem afirmar que els lideratges de la XHUP tenen generalment en compte la cura dels professionals de la seva organització encara que hi ha espai per la millora per a potenciar el seu benestar i l'eficàcia de la organització si es promou una reflexió sobre quines son les millors practiques.

Paraules clau

Lideratge, gestió empresarial, sector salut, competències directives.



## **Abstract**

Leadership is a basic element of organizations, especially when they are complex. Literature points towards relations oriented styles, specifically transformational leadership, as those that can offer best results on mediator variables on organizational success, such as wellbeing or professionals' level of motivation. However, evidence fails to provide accounts on transformational processes and practices. This work is justified by the need to gather evidence on the leadership of the top level executives of the hospitals of the Catalan public network and to identify those best practices and areas of improvement.

This research aimed to analyse the leadership of top level executives in hospitals of the Catalan public network. The research is based in an exploratory design with mixed methods (quantitative and qualitative techniques) and was divided in three phases.

The first phase aimed to identify the leadership styles of the top executives of the network and select cases to analyse qualitatively in the second phase, by using a self-administered questionnaire.

The second phase aimed to collect the specific practices of the top executives' leaderships by conducting semi structured interviews.

The third phase aimed to gather the top executives collaborators' opinions on their leaders, by using self-administered questionnaires.

Results revealed that the majority of top level executives of the Catalan hospitals display a transformational leadership style mixed with traits of other styles. In this line, results revealed certain limitations in the theoretical model of transformational leadership and suggested that a broader definition of the style that includes elements of other models and adapts to circumstances would fit more appropriately.

In conclusion, is it possible to say top executive leaders in the hospitals of the Catalan public network take care of their professionals although there is room for improvement, regarding their wellbeing and ultimately the efficacy

of the organization, if leadership practices are carefully considered.

Key words

Leadership, business management, Health sector, executive skills

## Índice

1. Introducción.....	16
2. Marco teórico.....	18
2.1.La salud en Cataluña.....	18
2.1.1. La importància de la Salut .....	18
2.1.2. Antecedente del modelo sanitario catalán.....	21
2.1.3. El modelo sanitario catalán.....	22
2.1.4. La Red Hospitalaria de Utilización Pública.....	24
2.1.5. Los retos del modelo sanitario catalán.....	29
2.2.Liderazgo.....	30
2.2.1. Definición y dimensiones.....	30
2.2.1.1.La dimensión personal.....	31
2.2.1.2.La dimensión relacional.....	31
2.2.1.3.La dimensión política.....	32
2.2.1.4.La dimensión técnica.....	32
2.2.2.El estudio del liderazgo.....	32
2.2.2.1. Liderazgos orientados a las personas o las relaciones.....	35
2.2.2.2. Liderazgos instrumentales u orientados a las tareas y objetivos.....	37
2.2.2.3. Liderazgos horizontales.....	39
2.2.2.4.Liderazgo según contexto.....	41
2.2.2.5.Liderazgos evitativos.....	42
2.2.3.Medir el liderazgo.....	43
2.2.4.El liderazgo transformacional.....	47
2.2.4.1.Antecedentes y evolución.....	48
2.2.4.2.Estructura factorial.....	49
2.2.4.3.Cuestionario de liderazgo multifactorial.....	51
2.2.4.4.Efectos del liderazgo/resultados.....	54
2.2.4.5.Críticas.....	58
2.2.5.El desarrollo del liderazgo.....	58
3. Justificación.....	63
4. Hipótesis y objetivos.....	64
5. Metodología .....	65
5.1.Datos técnicos del trabajo de campo.....	66
5.2.Participantes.....	68

5.3.Instrumentos.....	70
5.4.Variables.....	71
5.5. Análisis de datos.....	72
6. Resultados.....	74
6.1.Primera Fase.....	74
6.2.Segunda fase.....	80
6.2.1. Distribución códigos.....	80
6.2.2. Extractos códigos entrevista.....	84
6.2.2.1.Dimensión relacional.....	84
6.2.2.2.Dimensión personal.....	99
6.2.2.3.Dimensión técnica.....	105
6.2.2.4.Dimensión política.....	107
6.3.Tercera fase.....	109
7. Discusión.....	118
7.1.Discusión por objetivos específicos.....	118
7.1.1.Objetivo específico 1.....	118
7.1.2.Objetivo específico 2.....	119
7.1.3.Objetivo específico 3.....	122
7.2.Discusión general.....	123
7.2.1. Dimensión personal.....	126
7.2.2. Dimensión técnica.....	126
7.2.3. Dimensión relacional.....	126
7.2.3.1.Influencia idealizada .....	126
7.2.3.2.Motivación inspiracional.....	126
7.2.3.3.Estimulación intelectual.....	127
7.2.3.4.Consideración individualizada.....	128
7.2.4. Dimensión política.....	131
8. Limitaciones y fortalezas.....	132
9. Conclusiones.....	133
10. Referencias bibliográficas.....	134
11. Anexos.....	148
Anexo 1: Tipos cuestionarios liderazgo.....	149
Anexo 2: Informe comité ético.....	152
Anexo 3: MLQ adaptado fase 1.....	156
Anexo 4: MLQ adaptado fase 3.....	161



## Índice de tablas

Tabla 1: Evaluación liderazgo según herramientas.....	43
Tabla 2: Ítems, subfactores y factores del MLQ.....	53
Tabla 3: Resultados liderazgo transformacional.....	57
Tabla 4: Metodología estudio.....	65
Tabla 5: Factores y subfactores de liderazgo según autovaloración con MLQ de los gerentes de la red pública de hospitales catalanes (media) .....	75
Tabla 6: Valoración media de los ítems del MLQ.....	78
Tabla 7: Distribución de códigos, categorías y dimensiones.....	81
Tabla 8: Distribución de la muestra según gerente con el que colaboran.....	109
Tabla 9: Factores y subfactores de liderazgo de la dirección de la organización atribuidos por colaboradores según MLQ (medias) .....	110
Tabla 10: Puntuaciones en factores y subfactores del MLQ .....	113
Tabla 11: Diferencias puntuaciones estilos de liderazgo entre seguidores y líder según caso.....	114
Tabla 12: Elementos principales del estilo de liderazgo .....	115
Tabla 13: Aspectos positivos del estilo de liderazgo.....	116
Tabla 14: Aspectos a mejorar del estilo de liderazgo.....	117

## Índice de figuras

Gráfico 1: Estructura por edades, envejecimiento y dependencia. Cataluña. 1981 – 2016.....	18
Gráfico 2: Evolución de la esperanza de vida al nacer según sexo. Catalunya. 1983- 2014.....	19
Gráfico 3: Hospitalización por 1.000 habitantes por región sanitaria de residencia. Cataluña. 2015.....	20
Gráfico 4: El sistema sanitario catalán.....	23
Gráfico 5: Centros hospitalarios de la red de internamiento de agudos del SISCAT. 2015.....	25
Gráfico 6: Centros del SISCAT con recursos de internamiento de agudos. 2015.....	26
Gráfico 7: Número de profesionales de la medicina contratados en hospitales por 1.000 habitantes. 2009 – 2014.....	28
Gráfico 8: Número de camas por 1.000 habitantes.....	29
Gráfico 9: Subfactores de liderazgo según autovaloración con MLQ de los gerentes de la red pública de hospitales catalanes (media) .....	76
Gráfico 10: Distribución códigos según dimensiones.....	81
Gráfico 11: Subfactores de liderazgo de la dirección de la organización atribuidos por colaboradores según MLQ (medias) .....	111
Gráfico 12: Subfactores de liderazgo de la dirección de la organización comparados según MLQ (medias) .....	112

## Índice de siglas y abreviaturas (por orden alfabético)

<b>EXTRA</b>	Executive training for research application
<b>GTLS</b>	Global transformational leadership scale
<b>ICS</b>	Institut Català de la Salut
<b>INP</b>	Instituto Nacional de Previsión
<b>LBDQ</b>	Leader behavior description questionnaire
<b>LJI</b>	Leadership Judgement Indicator
<b>LOSC</b>	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
<b>MLS</b>	Managers leadership scale
<b>MLQ</b>	Multifactor Leadership Questionnaire
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PLP</b>	Practice Leader's Programme
<b>PRH</b>	Plan de Reordenación Hospitalaria
<b>SOE</b>	Seguro Obligatorio de Enfermedad
<b>XHUP</b>	Xarxa d'hospitals d'utilització pública



## **1. Introducción**

El cuidado de la salud de la población tiene una importancia clara dentro del estado del bienestar y por lo tanto las organizaciones sanitarias forman parte de un sector clave en las estrategias y políticas públicas.

Los hospitales son dispositivos especialmente relevantes en el ámbito sanitario, según datos de la Encuesta de Salud de Catalunya del 2016 (1), el 31% de la población ha visitado un servicio de urgencias en el último año.

La importancia que la sociedad da a los centros sanitarios (hospitales) junto con su complejidad supone un reto de presente y de futuro al que se deben enfrentar los profesionales y el sector salud en general, o que requiere de líderes efectivos que consigan bienestar entre sus profesionales para que puedan proporcionar la mejor atención posible.

Conocer casos de éxito y saber cómo instituciones de referencia gestionan sus organizaciones puede ayudar a mejorar las prácticas diarias y maximizar el bienestar tanto de profesionales como de los pacientes y de la población de referencia de estos centros.

Sin embargo, se aprecia una falta de estudios sobre el liderazgo aplicados al ámbito sanitario catalán. A nivel internacional, en la literatura sobre liderazgo sanitario existe un consenso sobre la necesidad de implementar estilos de liderazgo basados en la orientación a las personas, especialmente de transformacional.

Así pues, este trabajo se justifica por la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre el liderazgo que ejercen los gerentes de los hospitales de la red de utilización pública, tanto para identificar aquellos casos de éxito como para identificar las áreas de mejora en las que convendría dedicar mayores esfuerzos para maximizar los resultados.

El objetivo general de la presente tesis es conocer los tipos de liderazgo existentes entre los gerentes de los hospitales de la red pública catalana y específicamente, identificar el tipo de liderazgo mayoritario entre este colectivo. Además, como un objetivo secundario, dado que la literatura

existente lo señala cómo el más eficaz, el trabajo busca elaborar una guía de buenas prácticas de liderazgo en la gerencia basada en la evidencia y en las prácticas de los líderes transformacionales.

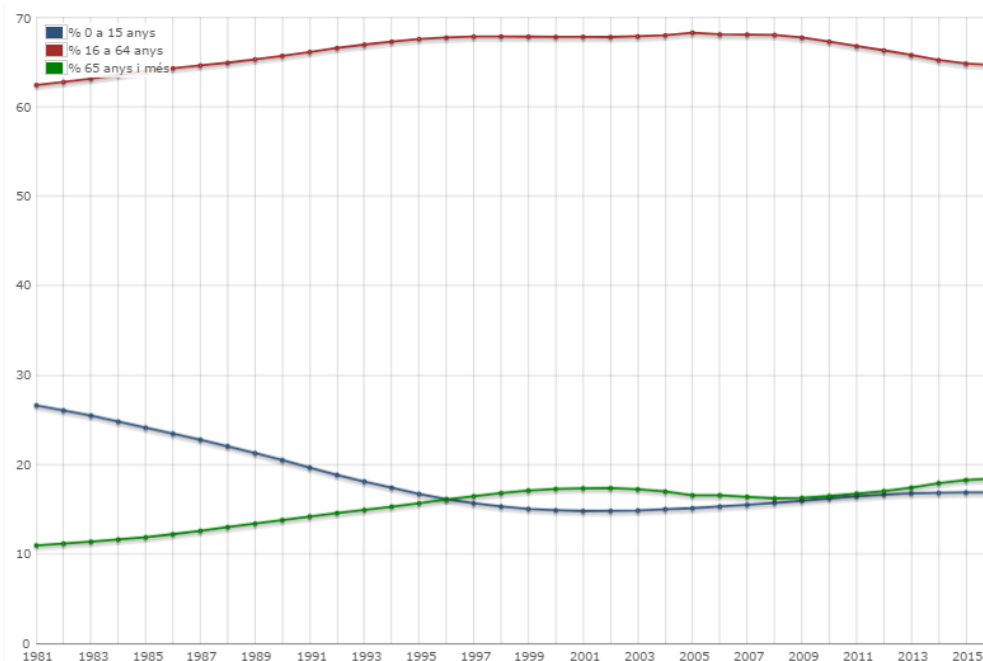
## 2. Marco teórico

### 2.1. La salud en Cataluña

#### 2.1.1. La importancia de la salud

Cataluña, situada en el nordeste de la península ibérica, se extiende sobre un territorio de 31.895 km cuadrados y tiene una población de 7.448.332 habitantes. Su densidad ha aumentado en los últimos 30 años, pasando de 185,3 habitantes por Km cuadrado en 1981 a 234,3 en 2016. La media de edad de sus habitantes también ha aumentado en las últimas décadas, pasando de 33,2 años en 1981 a 42,29 años en 2016, lo que supone una tendencia de envejecimiento de la población. Es decir, en los últimos 30 años en Cataluña hay más población y está más envejecida.

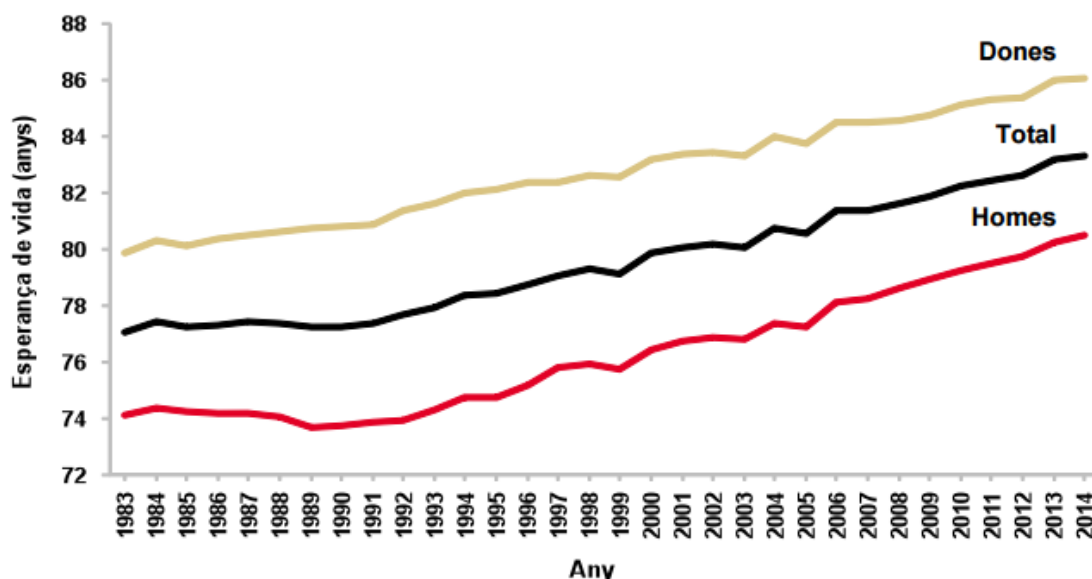
*Gráfico 1: Estructura por edades, envejecimiento y dependencia. Cataluña. 1981 - 2016*



Font: Idescat. Padró municipal, 2017.

La población catalana goza de una buena salud. En relación con otros países de la OCDE, Cataluña tiene una mayor esperanza de vida, más años de vida con buena salud, menor mortalidad y mejor percepción de su salud (2). La esperanza de vida es un indicador importante para monitorizar el estado de salud de la población. Además de comparativamente con otros países, la esperanza de vida en Cataluña tiene una tendencia positiva tanto en hombres como mujeres.

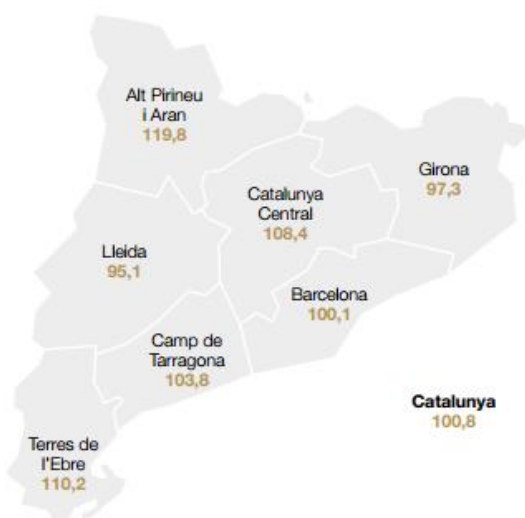
*Gráfico 2: Evolución de la esperanza de vida al nacer según sexo. Cataluña. 1983- 2014*



Font: Butlletí Epidemiològic de Catalunya, 2016

Según un estudio del servicio de información y estudios del departamento de salud catalán, los indicadores disponibles indican que la actividad de los servicios asistenciales, al menos en parte, tiene un efecto favorable en la salud de la población (3). El sector sanitario, en su conjunto, genera en Cataluña aproximadamente el 3% del valor añadido bruto (4). Su uso es mayoritario, el 64,1% de la población catalana ha utilizado la asistencia sanitaria en hospitales públicos en el último año (5) y el 10% ha sido hospitalizado (2).

Gráfico 3: Hospitalización por 1.000 habitantes por región sanitaria de residencia. Cataluña. 2015



Font: Observatori de Salut, Departament de Salut

Los datos, parecen indicar que la población catalana reconoce la importancia de la actividad asistencial. Según el estudio sobre percepción de las políticas públicas del 2017 del Centro de Estudios de Opinión (5), los catalanes valoran con un 7,4 el grado de afectación que tiene el funcionamiento de la sanidad pública en su vida cotidiana.

Este estudio también muestra que la actuación mejor valorada de la administración en el último año son las políticas públicas (incluyendo sanidad) y la más negativamente fue el recorte en políticas públicas y sociales (incluyendo la sanidad).

La población valora con un 5,32 (sobre 10) la actuación del Govern de la Generalitat específicamente en políticas de sanidad, donde la mayoría de la población declara que no admitiría recortes bajo ningún supuesto. Finalmente, los hospitales públicos reciben una mejor valoración ya que fueron puntuados con un 6,15 (sobre 10) cosa que otorga a estos dispositivos una mejor puntuación que a las políticas generales.

### **2.1.2. Antecedente del modelo sanitario catalán.**

El modelo sanitario catalán se enmarca en el contexto europeo de estado del bienestar y debe su nacimiento a procesos paralelos, aunque específicos, de su historia económica y política.

Las reivindicaciones del movimiento obrero junto con las depresiones económicas y el cuestionamiento del funcionamiento del sistema económico que se vivieron en Europa a lo largo del siglo XIX y principios del XX conllevaron la creación del estado del bienestar con una redefinición de los derechos otorgados a la ciudadanía y de la posición y papel de la administración pública. Así, esta tomó un papel activo en las prestaciones en distinta medida, debido al contexto particular de cada país. En el caso español, debido a su composición económica menos desarrollada y a procesos políticos específicos el desarrollo del estado del bienestar fue más lento y de una dimensión menor (6).

En España, los primeros pasos se dieron a través de asociaciones mutualistas a mitades del siglo XIX, la primera de las cuales se registró en Barcelona el año 1840. Este inicio de la implantación de la protección preventiva de la salud nace de los conflictos entre patronal y movimiento obrero al demandar que el empresariado cubra parte del coste de los seguros privados asociados al trabajo.

Así, en 1908, nace el Instituto Nacional de Previsión (INP) y se registran progresos sectoriales que cubren trabajadores y familias a través de seguros obligatorios. Durante la segunda república aparecen intentos de profundizar en su cobertura que se ven frenados por el golpe militar.

En 1942 se atribuye al INP la gestión del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) bajo un modelo de prestación indirecta. Esta es la primera articulación, junto al resto de seguros de contenido social, de un sistema de seguridad social. Sin embargo, es necesario cotizar para ser beneficiario de una prestación.

En 1966 se crea la primera ley general de la seguridad social en la que se constata una ampliación progresiva de la dotación presupuestaria que recibe,

además de las cuotas de beneficiarios y empresas recibe ingresos provenientes de la receptación de impuestos ordinarios del estado, su planteamiento es continuista respecto al SOE.

### **2.1.3. El modelo sanitario catalán**

En 1981, la Generalitat recibe las transferencias en materia sanitaria y empieza la gestión con el desarrollo del mapa sanitario, la acreditación de los centros y la primera orden de conciertos.

Desde el 1983 hasta el 1989 se establecen las bases del modelo actual. Se crea el Instituto Catalán de la Salud (ICS), entidad gestora de las prestaciones y servicios sanitarios de la Seguridad Social, y la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP en catalán). Se inicia, también en este periodo, la reforma de la atención primaria, el plan de reordenación hospitalaria y la descentralización y control de la gestión.

Posteriormente, de 1989-1990, se inicia la separación de financiamiento y provisión con la creación de la Dirección de Recursos Económicos de la Seguridad Social. El ICS pasa a tener un papel de prestador de servicios y se inicia una nueva cultura organizativa. Finalmente se aprueba la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) y se formaliza el modelo sanitario catalán.

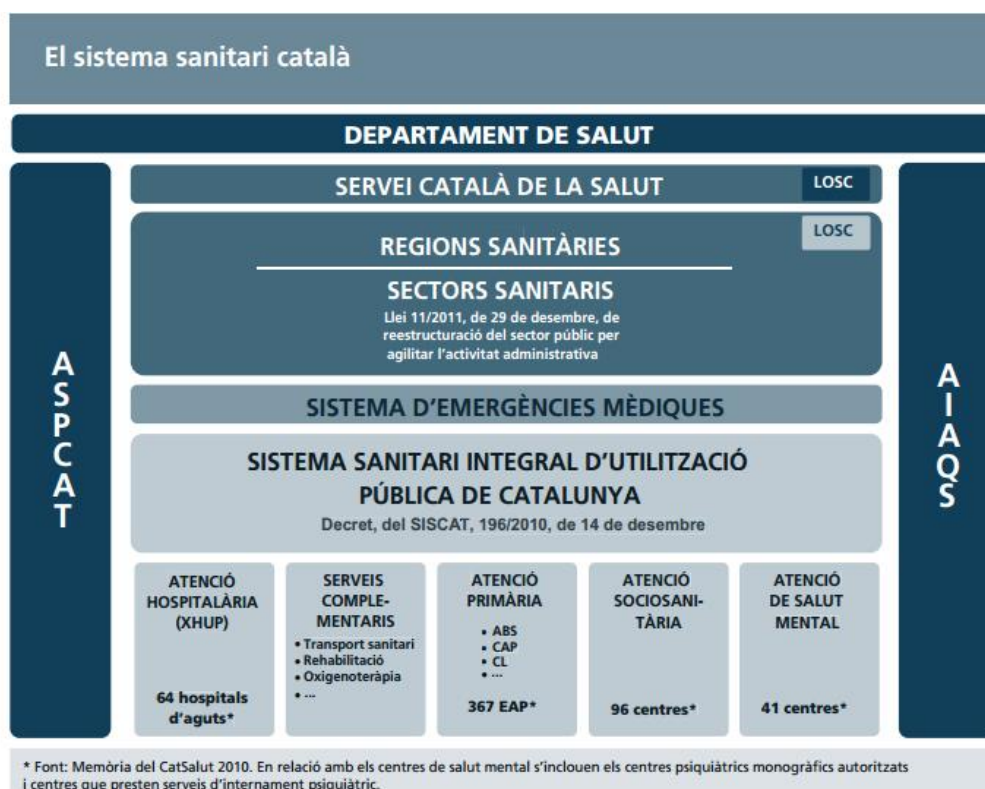
La LOSC promulga la separación de la función de financiamiento y la de compra de servicios de provisión, la diversificación de proveedores, el mercado mixto de competencia planificada y regulada, la diversidad de fórmulas de gestión, la descentralización de servicios, la desconcentración de la organización –regiones sanitarias y sectores sanitarios- y la participación comunitaria –consejos de dirección, consejos de salud, participación de los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias.

En las siguientes décadas se modifica la LOSC, se crea el Servei Català de la Salut (CatSalut) –servicio que contrata las entidades proveedoras de las distintas redes sanitarias-, se revisa el modelo sanitario para integrar y

prioritzar tres grans eixos –salut pública, atenció sanitària i serveis socials i atenció a la dependència- i se creen els governs territorials de salut.

Las posteriores reformes promueven la gestió territorial, la participació ciutadana i elements relacionats amb la sostenibilitat i la modernització. Así se promueu un major enfocament a famílies, nous models de contractació orientats a resultats, incorporació sistemàtica del coneixement professional i clínic, millora en el govern i la participació en el sistema i transparència i avaluació (6).

Gràfic 4: El sistema sanitari català



Font: Departament de Salut. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. La Salut de la població de Catalunya en el context europeu. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2014.

Así pues, en Cataluña los hospitales se rigen por dos redes paralelas con sistemas de financiamiento propios, el ICS que tiene un sistema de financiamiento presupuestario y los hospitales concertados que obtienen sus



ingresos a través de la actividad por línea asistencial –compra de actividad (4).

A diferencia de otras comunidades en España, Cataluña se caracteriza por la importancia de esta segunda red, que aglutina el 74% de las altas hospitalarias de agudos, y por la separación de funciones entre el Departamento de Salud -planificador-, el CatSalut –financiador de servicios- y las entidades proveedores de servicios de salud –prestadores de servicios- que disponen de distintas fórmulas jurídicas de constitución (7).

#### **2.1.4. La Red Hospitalaria de Utilización Pública**

Después de la promoción de la salud, la prevención y la atención primaria, que conforman el primer nivel de atención sanitaria, se encuentra, en un segundo nivel, la atención hospitalaria (especializada).

En Cataluña, la red mixta de hospitales de propiedad pública y privada que proporciona asistencia sanitaria universal, conforman la XHUP que cuenta con 71 centros distribuidos en el territorio.

Gráfico 5: Centros hospitalarios de la red de internamiento de agudos del SISCAT. 2015

- 
- Alt Pirineu i Aran**
    - Fundació Sant Hospital, la Seu d'Urgell
    - Hospital Comarcal del Pallars, Tremp
    - Hospital de la Cerdanya, Puigcerdà
    - Espitau Val d'Aran, Vielha
  - Lleida**
    - Hospital Santa Maria, Lleida
    - Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
    - Clínica de Ponent, Lleida
  - Camp de Tarragona**
    - Plus Hospital de Valls
    - Hospital Universitari Sant Joan de Reus
    - Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona
    - Hospital del Vendrell
    - Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
    - Centre MQ Reus
  - Terres de l'Ebre**
    - Hospital Comarcal Móra d'Ebre
    - Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
    - Hospital Comarcal d'Ampostà
    - Clínica Terres de l'Ebre, Tortosa
  - Girona**
    - Clínica Girona
    - Clínica Salus Infirmerum, Banyoles
    - Hospital de Palamós
    - Hospital de Campdevànol
    - Hospital de Figueres
    - Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona
  - Hospital Santa Caterina (Parc Hospitalari Martí i Julià), Salt
  - ICO Girona
  - Corporació de Salut del Maresme i la Selva: Hospital Comarcal de Blanes i Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
  - Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
- Catalunya Central**
- Althaia, Manresa: Centre Hospitalari i Hospital Sant Joan de Déu
  - Hospital Universitari de Vic
  - Hospital Comarcal de Sant Bernabé, Berga
  - Hospital d'Igualada
- Barcelona**
- Hospital Municipal de Badalona
  - Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
  - ICO Badalona
  - Institut Guttmann, Badalona
  - Fundació Puigvert - IUNA, Barcelona
  - Hospital Clínic i Hospital Maternitat, Barcelona
  - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
  - Consorci Mar Parc de Salut, Barcelona: Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança
  - Hospital Dos de Maig, Barcelona
  - Hospital Plató, Barcelona
  - Hospital Sant Rafael, Barcelona
  - Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona
- Hospital Universitari Vall d'Hebron (General, Traumatologia i Maternoinfantil), Barcelona
  - Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat
  - Hospital General de Granollers
  - Consorci Sanitari Integral: Hospital Moisès Broggi (Sant Joan Despí) i Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat
  - Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat
  - ICO l'Hospitalet, l'Hospitalet de Llobregat
  - Hospital Sant Joan de Déu, Martorell
  - Hospital de Mataró
  - Hospital de Mollet
  - Clínica del Vallès, Sabadell
  - Hospital de Sabadell
  - Parc Sanitari Sant Joan de Déu - Hospital, Sant Boi de Llobregat
  - Hospital de Sant Celoni
  - Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès
  - Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet
  - Hospital de Terrassa
  - Hospital Universitari Mútua de Terrassa
  - Hospital de Viladecans
  - Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès
  - Consorci Sanitari del Garraf: Hospital Residència Sant Camil (Sant Pere de Ribes) i Hospital Sant Antoni Abat (Vilanova i la Geltrú)

En aquesta relació figura l'entitat amb qui s'estableix la contractació dels serveis. Si l'entitat té més d'un centre inclòs en el contracte, s'especificuen al costat.

Font: Departament de Salut. Memòria del CatSalut, 2015

La XHUP se constituyó en 1984 con el objetivo homogeneizar las prestaciones asistenciales de los distintos hospitales –benéfico-asistenciales, municipales, de la Diputación y los centros surgidos de cooperativas y mutualidades– y un uso eficiente de recursos humanos y materiales, a través de la ordenación hospitalaria. Se fijaron objetivos en términos de estructura, personal, costes y productividad en el Plan de Reordenación Hospitalaria (PRH). El PRH fijaba, además, requisitos obligatorios par poder integrarse.

También se optó por la adscripción a los servicios hospitalarios de los centros de especialidades, históricamente vinculados con la atención primaria. En

este modelo, por tanto, se utilizaban los recursos propios (ICS) y el resto de recursos sanitarios existentes, una vez que estuvieran acreditados, mediante conciertos con el ICS (8).

En 1986 tiene lugar una reforma que pretende maximizar la atención sin ingreso, flexible y abierta con la integración progresiva de la atención especializada en el hospital. Así, se incorporan los especialistas de los ambulatorios en los equipos hospitalarios a través de sus consultas externas o en los centros de atención primaria. Además, se promueven la atención ambulatoria de aquellos procesos en que no se necesita el ingreso e la práctica totalidad de especialidades existentes. Con ello, se fue reduciendo progresivamente el número de camas de agudos.

Los hospitales disponen de servicios de urgencias, servicios quirúrgicos, servicios médicos de internamiento, consultas externas para la atención ambulatoria.

Existen tres tipos de hospitales: el hospital general básico, el hospital de referencia y el hospital de alta complejidad.

*Gráfico 6: Centros del SISCAT con recursos de internamiento de agudos. 2015*

	Centres	Contractacions	Llits	Serveis <sup>1</sup>			
				Consulta externa	Urgències	Hospital de dia	Cirurgia menor ambulatoria
Alt Pirineu i Aran	4	4	185	3	3	3	3
Lleida	3	3	645	2	2	2	3
Camp de Tarragona	6	6	928	6	5	5	6
Terres de l'Ebre	4	4	372	4	4	3	4
Girona	11	10	1170	10	9	10	9
Catalunya Central	5	4	847	4	4	4	4
Barcelona	38	32	8.755	30	27	29	28
<b>Catalunya</b>	<b>71</b>	<b>63</b>	<b>12.902</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>56</b>	<b>57</b>

<sup>1</sup> No s'hi inclou l'Institut Guttmann ja que té un sistema de pagament basat en implantació de programes específics orientats a resultats adients a les patologies tractades.

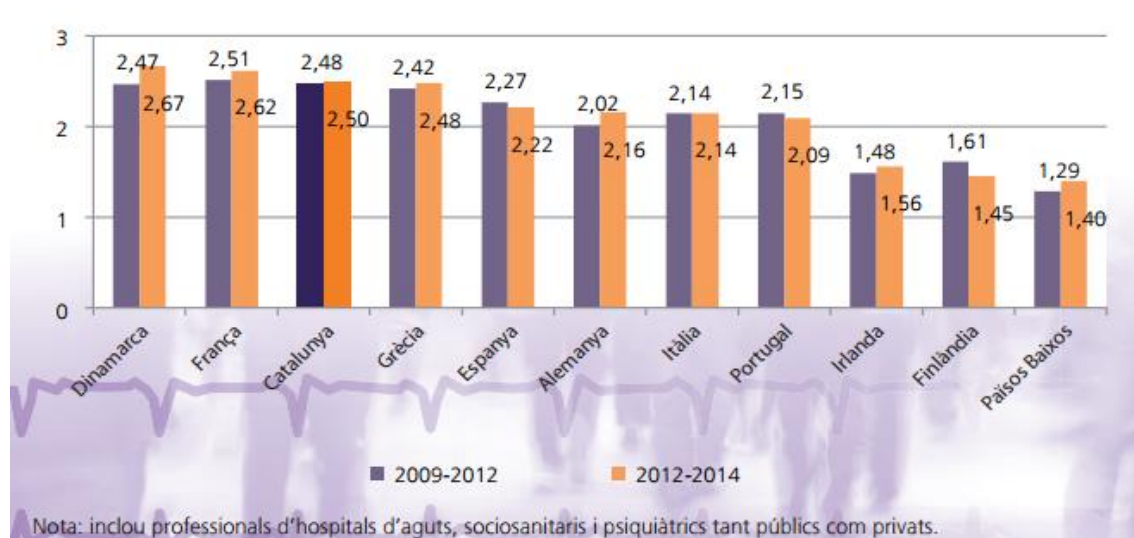
Font: Departament de Salut. Memòria del CatSalut, 2015

En Cataluña, el Observatorio del sistema de salud de Cataluña (<http://observatorisalut.gencat.cat/ca/inici>), monitorea regularmente a través de varios indicadores el funcionamiento de los dispositivos asistenciales. A través de la Central de resultados del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña, que tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados del ámbito de la asistencia sanitaria para todos los tipos de dispositivos del sistema sanitario público, es posible acceder a informes anuales de resultados e informe monográficos entre otros documentos.

En el informe monográfico sobre la salud de la población de Cataluña en el contexto europeo del 2016, se analizaron tanto indicadores de salud de la población como recursos disponibles en los distintos dispositivos asistenciales. Así, es posible ver que, de forma global y comparada con los otros países analizados, la red de hospitales catalana presenta unos resultados que la sitúan entre los países con más recursos hospitalarios, por encima de la media española.

En relación con el número de profesionales de la medicina contratados en hospitales por cada 1.000 habitantes, Cataluña tenía, en el periodo 2012-2014, 2,5 médicos por cada 1.000 habitantes, siendo el tercer país detrás de Dinamarca y Francia. Además de estar entre las primeras posiciones, Cataluña tiene una cifra superior a la media española que dispone de 2,22 médicos por cada 1.000 habitantes. Finalmente, los datos muestran un leve crecimiento respecto al periodo 2009-2012 a diferencia de la media española que registró un descenso respecto al periodo anterior.

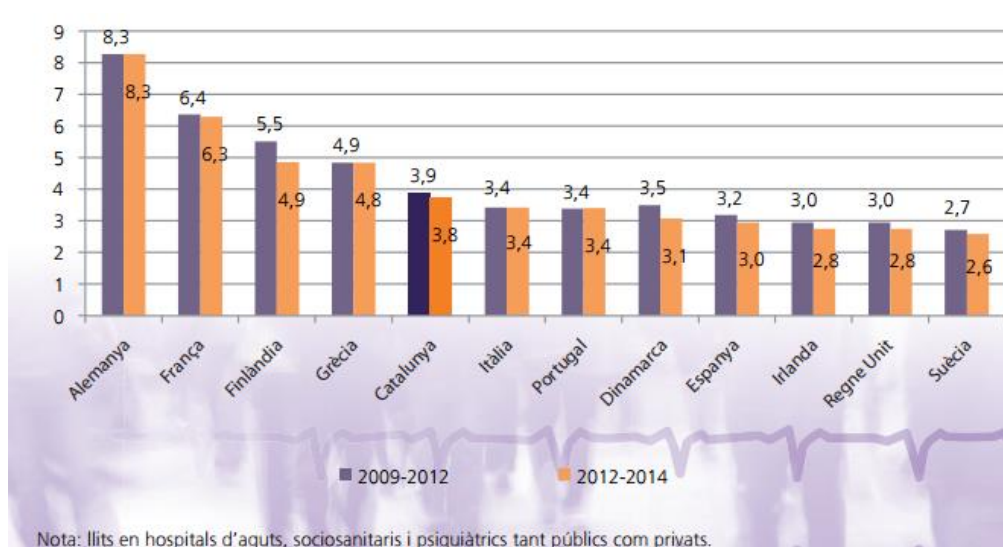
Gráfico 7: Número de profesionales de la medicina contratados en hospitales por 1.000 habitantes. 2009 - 2014



Font: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. La Salut de la població de Catalunya en el context europeu. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2014.

En este mismo informe se ofrecen datos respecto el número de camas en hospitales por cada 1.000 habitantes. En este caso, en el periodo 2012-2014, Cataluña disponía de 3,8 camas por cada 1.000 habitantes. Aquí los resultados indican una situación menos positiva ya que se registró un leve descenso respecto el periodo 2009-2012 en que había 3,9 camas por cada 1.000 habitantes. Sin embargo, comparativamente con otros países, Cataluña ocupó la quinta posición y registró una media superior a la española. Aun así, los resultados muestran una mayor diferencia respecto el primer país (Alemania) que dispone de 8,3 camas por habitantes que con el último (Suecia) que dispone de 2,6 camas.

Gráfico 8: Número de camas por 1.000 habitantes



Font: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. La Salut de la població de Catalunya en el context europeu. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2014.

### 2.1.5. Los retos del modelo sanitario catalán

A pesar de los buenos resultados actuales tanto por lo que respecta a las variables de salud y disponibilidad de recursos como a las percepciones de la ciudadanía, el futuro no está exento de desafíos. Según los expertos (4) los países de la OCDE, y por lo tanto Cataluña, se encuentran delante de retos demográficos, sociológicos, tecnológicos y políticos que afectan sus sistemas de salud.

En primer lugar, a nivel demográfico, la tendencia al envejecimiento de la población acarrea un incremento de la dependencia y por lo tanto un aumento del consumo de recursos sanitarios.

En segundo lugar, se dan también cambios a nivel sociológico. Por un lado, la disminución de las redes de apoyo informal a la dependencia por la presencia en el mercado laboral de todos los miembros de la familia puede suponer un aumento de la tensión sobre los recursos. Por otro lado, las desigualdades

económicas de la población se traducen en condiciones de salud desiguales y en una distribución espacial según los recursos económicos, hecho que incrementa la tensión sobre determinados recursos sanitarios.

En cuanto a la tecnología, la nueva sociedad de la información supone un cambio de las expectativas de la población respecto los recursos sanitarios. Finalmente, existe, entre los expertos, una creciente preocupación por la sostenibilidad del estado del bienestar y su financiamiento.

Por lo tanto, todas las organizaciones sanitarias requieren liderazgos fuertes, capaces de gestionar, no solamente organizaciones complejas, pero también escenarios cambiantes y desafiantes.

## **2.2. Liderazgo**

### **2.2.1. Definición y dimensiones**

Aunque para la literatura del ámbito sanitario la investigación del concepto de liderazgo sea más reciente y menos abundante que para el mundo empresarial, existen en estos momentos muchas referencias que describen y analizan los distintos estilos y su impacto a nivel de resultados. Veremos que no existe un consenso generalizado, aunque si se aprecian tendencias generales.

La Organización Mundial de la Salud (10) define liderar como tener visión y ser capaz de comunicarla, motivar, negociar y administrar recursos y apoyos para realizarla.

El concepto de liderazgo es, a menudo, confundido con otros parecidos como la dirección o el poder. Mientras el liderazgo se asocia a un proceso de influencia entre la persona que lo ejerce y aquellas personas que le siguen, la dirección y el poder implica coerción y control (9). En estos sentido, en el liderazgo juega un papel fundamental en la existencia de compromiso y satisfacción del equipo (9).

En cuanto a la operacionalización del concepto, existen múltiples propuestas sobre las dimensiones que posee el liderazgo (10, 11, 12, 13, 14), pero destacamos la propuesta de Nicol y colegas (11) que parte de una investigación cualitativa acerca del liderazgo en el ámbito sanitario a través de 20 entrevistas semi estructuradas a expertos en salud del Reino Unido. Según concluyen, el liderazgo se puede estudiar desde sus cinco dimensiones personal, relacional, política, técnica y clínica. En el presente estudio, y en cuanto a la operativización del concepto, se utilizarán estas dimensiones – excepto la clínica dado a la focalización del estudio en el nivel gerencial- para facilitar la organización de los hallazgos en la literatura.

#### *2.2.1.1. La dimensión personal*

La dimensión personal se refiere a qué características debe tener un individuo para ejercer un buen liderazgo. La evidencia (11, 18, 38) señala elementos de carácter como la humildad, la autoestima, el equilibrio, la inteligencia emocional, la pasión, la visión, el entusiasmo, la flexibilidad, el pensamiento estratégico, la capacidad para articular, la persistencia, la paciencia, la resiliencia, la fuerza, la flexibilidad, el compromiso, la compasión, el carisma, las habilidades comunicativas, las habilidades relacionales y la actitud inclusiva.

La literatura también recoge (18, 19) variables como el sexo, la edad, el nivel educativo, los años de experiencia y tener apoyo del entorno como condicionantes de un liderazgo exitoso a nivel personal.

#### *2.2.1.2. La dimensión relacional*

La dimensión relacional hace referencia a la relación del líder con los individuos de la organización.

Los procesos de influencia, en su dimensión relacional, se basan en gran medida en la comunicación (9, 20, 21, 22). La literatura se ha centrado en dos estilos de comunicación: amistoso y dominante. El primero está asociado a una mayor satisfacción del personal mientras que el estilo dominante está más asociado, aunque no siempre, al rendimiento.



Otras variables dentro de la dimensión relacional que pueden determinar la relación del líder con la plantilla son la estructura de la organización, la cultura de esta, los recursos disponibles, el producto que se genera, el perfil de los empleados o determinados contextos –por ejemplo en el liderazgo clínico, situaciones como una parada cardíaca pueden alterar la forma en que el líder se relaciona con los seguidores-. Además la variable tiempo también tiene un efecto sobre la dimensión relacional (23).

#### *2.2.1.3. La dimensión política*

Las organizaciones del ámbito sanitario también poseen una dimensión política por su naturaleza. En este sentido, la gerencia decide como se relaciona con la comunidad y que impacto tienen en ella tanto a alto nivel –relación con las administraciones- como a bajo nivel –asociaciones de vecinos (11).

#### *2.2.1.4. La dimensión técnica*

Esta dimensión hace referencia a las habilidades del líder para desempeñar su rol, en este caso la gerencia de la organización, gestión del riesgo y el cambio, competencias administrativas, económicas y financieras, habilidades para negociar, conocimientos sobre la corporación.

Un aspecto clave en el rol de líder es la innovación. La evidencia sugiere que su aplicación no siempre es fácil ya que en muchas ocasiones es un proceso que depende de la interacción entre los conocimientos adquiridos, actores locales y variables complejas de contexto como por ejemplo el papel de los grupos profesionales (15,16). En este sentido, los distintos grupos profesionales que forman parte de una organización del ámbito sanitario pueden leer la misma propuesta de formas distintas o bien tener distintas agendas en función de su campo, cosa que dificulta la gestión por parte de la dirección (17).

### **2.2.2. El estudio del liderazgo:**

A grandes rasgos podríamos decir que el estudio del liderazgo se divide en cuatro épocas (21). En el primer periodo, que duró hasta finales de la década

de 1940, el foco de atención se puso el carácter, con la percepción de que el liderazgo era una habilidad innata en las personas. El segundo periodo que abarcó desde finales de los 40 hasta finales de los 70, estudió el liderazgo creyendo que su eficacia radicaba en el comportamiento. Solapándose parcialmente con este periodo y hasta principios de los 80 se incorporó al análisis del liderazgo el contexto y la situación. Finalmente, a partir de la década de los 80 predomina el liderazgo basado en el carisma y la inspiración.

La primera etapa podría considerarse como el proto-estudio del liderazgo ya que son teorías más basadas en el poder y una visión carismática del líder (35, 66, 67).

La segunda etapa del estudio del liderazgo, de la cual destacan Kurt Lewin, John Adair y la universidad de Ohio, tiene lugar después de las primeras crisis económicas, conlleva cambios en lo social, un aumento del nivel cultural, el nivel de cualificación de los trabajadores y el desarrollo de los sistemas de comunicación trayendo consigo la participación.

Kurt Lewin (46) fue uno de los pioneros en la investigación del liderazgo con un modelo que clasificaba al/ a la líder en tres categorías: autoritario, laissez-faire o democrático. Este modelo ha servido como base para muchos otros autores que partiendo de su tipología han realizado matices y redefinido los tipos que el había acuñado.

En 1950, Adair sugiere que el liderazgo no está basado en el carácter del líder si no en la gestión de los individuos, el equipo y las tareas para poder alcanzar un determinado objetivo (31, 32). La finalidad de este modelo es facilitar la efectividad y eficiencia de los procesos y los resultados (31, 32). Los resultados en el paciente son en última instancia el producto del liderazgo de una organización sanitaria. En este sentido, las tareas, los individuos y el equipo son concebidos como variables mediadoras para obtener unos resultados determinados en el paciente.

Desde la Universidad de Ohio (21) se sugiere que un alto grado de consideración hacia los subordinados y una considerable definición de las tareas a realizar repercute en buenos resultados para la organización.

La tercera etapa del estudio del liderazgo se solapa parcialmente con la segunda. En la década de los 60, Hersey y Blanchard (33) desarrollan la teoría contingente que sugiere que el líder tiene que adaptar el estilo de liderazgo a las necesidades del personal de forma individualizada y al contexto.

Fiedler (34) también pone de manifiesto la importancia del entorno. Según Fiedler el estilo de liderazgo que hay que ejercer depende de la calidad de las relaciones entre líder y miembros, la estructura de la actividad y el poder sobre el equipo. La forma en que estas tres variables se combinan definirá como debe comportarse el líder hacia sus subordinados.

La cuarta etapa del estudio del liderazgo empieza a partir de la década de los 80. Desde entonces hasta la actualidad han convivido una gran variedad de propuestas teóricas de liderazgos que en muchos casos comparten elementos comunes o tienen pocos matices distintos. En esta tesis se destacan 15 tipos de liderazgo pertenecientes a esta época que se pueden englobar en 5 grandes grupos:

1. los liderazgos orientados a las personas o las relaciones: el liderazgo transformacional y el liderazgo auténtico
2. los liderazgos instrumentales u orientados a las tareas y objetivos: liderazgo transaccional, el complejo, el autoritario, el adaptativo y el directivo
3. los liderazgos horizontales: liderazgo de colaboración, el compartido, el distribuido, el participativo, el consultivo y el de consenso.
4. los liderazgos según contexto: liderazgo situacional
5. los liderazgos evitativos: laissez-faire y el delegativo

A continuación, se ofrecen los resultados de la búsqueda sobre liderazgo a través de la base de datos Pubmed posteriores al 2000 en organizaciones del ámbito sanitario que analizaran la asociación de un estilo de liderazgo con variables organizativas ya fueran a nivel micro (individual del profesional) o a nivel meso (organización) en inglés o castellano. De una primera búsqueda en la que emergieron 63 resúmenes se filtraron por cuestiones de relevancia y acceso hasta 13 estudios y dos revisiones sistemáticas.

### **2.2.2.1. Liderazgos orientados a las personas o las relaciones**

Dentro de los liderazgos orientados a las personas, destaca el liderazgo transformacional que es definido en el modelo teórico propuesto por Bass (35) y se considera el máximo exponente de los liderazgos neocarismáticos. A partir de los años 80 algunos autores vuelven a poner el acento de nuevo en los rasgos del líder –como antes de la década de 1950- conferiendo a este un talento innato para inspirar a sus seguidores (21). Este tipo de liderazgo es el más mencionado en la literatura en el ámbito sanitario (20) y parte de la orientación a la relación a la que se añade la orientación al cambio. El líder que posee este tipo de liderazgo produce que sus seguidores se superen a sí mismos a través de la estimulación, la motivación, la consideración y el carisma (21). Dada la relevancia de este estilo en el presente estudio, se proporciona información más detallada en otro apartado.

También dentro del grupo de liderazgos orientados a las personas o relaciones, se encuentra el liderazgo auténtico. En esta propuesta las características psicológicas y el posicionamiento moral y ético del líder es un aspecto central sin el componente inspiracional que tiene el liderazgo transformacional (36). Los líderes quieren ser útiles al grupo, y centran sus esfuerzos en desarrollar competencias del personal y reconocer las diferencias individuales más que en dirigir las tareas. La transparencia es un elemento importante de este liderazgo y los estudios muestran resultados positivos en términos de satisfacción, compromiso y rendimiento del personal. Existen tres variables que condicionan el liderazgo auténtico que son las experiencias vitales del líder, el contexto organizacional y el capital psicológico positivo (37). Esta propuesta teórica comparte pues la orientación del líder hacia las relaciones con el equipo, pero pone el acento en su conducta y la transparencia en vez del carisma y la inspiración como hace el transformacional.

Existe también en la literatura evidencia que analiza los efectos del liderazgo orientado hacia las personas y relaciones fuera de un marco teórico concreto como los anteriormente citados. La revisión sistemática de Cummings y otros (20) en la que se revisaron 34.664 resúmenes –y acabo incluyendo 53 estudios- señaló que aquellos liderazgos enfocados a las personas y las

relaciones presentan mejores resultados respecto la fuerza de trabajo, el clima laboral, la productividad y la efectividad de la organización.

Galletta y colegas (59), con una muestra de 832 profesionales del ámbito sanitario, hallaron que existe una asociación positiva entre el intercambio líder-miembro y el compromiso afectivo del personal lo cual reduce la intención del personal de cambiar de trabajo. Es decir, una buena percepción de los individuos hacia su líder en términos de apoyo emocional, confianza y feedback (59,60) reduce la rotación.

El estudio de Chullen y Lafayette ofrece resultados similares (60). El estudio a través la base de datos de recursos humanos –con datos registrales demográficos y sobre el comportamiento del personal- y una encuesta –con una muestra de 1.924 trabajadores- que tuvo lugar en una organización sanitaria de EEUU, mostró que el personal que percibía un mayor apoyo por parte de sus líderes presentaba con menos frecuencia una mala relación con el resto del personal.

En cuanto a la relación entre liderazgo y satisfacción y compromiso del personal con la cultura y subculturas del hospital, cómo variables mediadoras, un estudio (28) que recogió la opinión de 251 enfermeros de 26 departamentos de distintos hospitales sugirió que el liderazgo orientado al apoyo del personal da mejores resultados que el liderazgo orientado a las tareas y, añadió, que el personal siente una identificación mayor con la subcultura del departamento que con la cultura del hospital. Según los autores la subcultura del departamento ejerce como variable mediadora entre la filosofía del hospital y la satisfacción y compromiso del personal de enfermería. En este sentido parece relevante la alineación de los distintos niveles de liderazgo.

Finalmente, en un estudio realizado a través de 730 entrevistas cuantitativas al personal asistencial de un hospital de Andalucía con la finalidad de conocer la valoración que el personal hacía del clima emocional, liderazgo y la calidad de la información y la comunicación (56), se señaló como competencias esenciales en un líder el grado óptimo de información, la bidireccionalidad, la promoción de la participación y la motivación del personal.

### **2.2.2.2. Liderazgos instrumentales u orientados a las tareas y objetivos**

En el grupo de liderazgos instrumentales u orientados a las tareas y objetivos, en el cual se encuentran el liderazgo transaccional, el autoritario, el complejo y el adaptativo, se pone un mayor acento a los resultados de la organización. Este grupo de tipos entienden cómo un intercambio, el líder tiene un objetivo y para lograrlo necesita fuerza de trabajo que es recompensada a cambio de su esfuerzo (9, 20, 39).

El estilo transaccional, propuesto por Bass (35) puede tener dos componentes, la recompensa contingente y la administración por excepción. La recompensa contingente supone que la interacción entre líder y el seguidor está guiada por intercambios recíprocos, es decir, la persona que ejerce el liderazgo identifica las necesidades del grupo y las de cada persona y recompensa o sanciona en función del cumplimiento de los objetivos. La administración por excepción, en cambio, implica que la persona que ejerce el liderazgo interviene cuando hay que hacer correcciones o cambios y por lo tanto las intervenciones son, en general, solo de críticas para no desviar la organización de su rumbo (40).

El liderazgo transaccional, cuando está bien aplicado, consigue efectos positivos en la satisfacción y el rendimiento de los empleados. Sin embargo, no basta para explicar por qué ciertos líderes producen efectos extraordinarios en las actitudes, creencias y valores de sus seguidores (41).

El liderazgo autoritario, propuesto por Likert (42), puede tener dos formas – autoritario explotador o benevolente-. En ambas el centro de la decisión es el líder, existe una subordinación hacia los superiores y la dirección de la comunicación es, en general, de arriba hacia abajo. La diferencia es que en el autoritario explotador se utilizan coacciones y el temor como base para conseguir los objetivos mientras que en el benevolente los métodos más frecuentemente empleados son la alabanza y la recompensa.

Bernstrøm y Kjekshus (58) también exploraron el liderazgo orientado a las tareas o objetivos. En su estudio, en el que entrevistaron a 1.008 empleados

acerca de su supervisor, los resultados mostraron que la supervisión de las tareas estaba asociado a una menor ausencia. En sus conclusiones, los autores mantienen que la monitorización de las tareas permite al supervisor tener información que pueden usar para guiar a la plantilla y motivarles.

El liderazgo complejo –dentro de los liderazgos contingentes- parte de la ciencia de la complejidad que deriva a su vez de la integración de varias disciplinas –pensamiento sistémico, biología teórica, dinámicas no lineales y sistemas complejos adaptativos-. Weberg aplica este modelo de liderazgo a las organizaciones de salud aplicando estas disciplinas (43).

En este sentido, Weberg sugiere aplicar el pensamiento sistémico recogiendo información y observando las conexiones a nivel formal e informal. Este modelo requiere tener en consideración todas las relaciones que se dan con el objetivo de calcular los efectos de las acciones llevadas a cabo desde dirección.

Algunos ejemplos de las acciones que engloba este modelo son pedir la opinión sobre los cambios a los profesionales, crear equipos de gobernanza compartida para mejorar la satisfacción del personal, hacer entrevistas de satisfacción al personal y considerar la visión de los grupos de interés. Esta visión realza la importancia de las relaciones dentro del personal y como estas generan un impacto en el clima laboral.

Finalmente, el liderazgo adaptativo propone que existe la posibilidad de que para ciertos problemas surgidos en el trabajo sea la persona en contacto directo con esos problemas quien mejor pueda ofrecer soluciones.

Este modelo propone que el líder no solo este receptivo a estas propuestas, sino que se adapte a ellas. Corazzini (44) pone el ejemplo de una residencia geriátrica donde para mejorar la atención el auxiliar propone cambiar ciertas rutinas de ciertos usuarios. Este modelo sugiere que determinados conflictos solo están al alcance de ser solucionados por quien los trabaja directamente ya que no dependen de un alto grado de pericia sino de contacto y observación.

Finalmente, en este grupo se encuentra el estilo es el directivo (50) que se entiende como el líder que toma decisiones en base a sus propias ideas. Este estilo puede ser efectivo cuando el equipo es recién formado, aunque tiene el peligro de provocar baja autoestima en el equipo cuando se aplica en exceso. Este estilo se divide en el directivo sin asistencia y el directivo investigado. El primero se refiere a cuando el líder no consulta a nadie para tomar sus decisiones mientras que en el segundo si lo hace.

### **2.2.2.3. Liderazgos horizontales**

El tercer grupo de liderazgos lo forman los liderazgos horizontales, una corriente que releva al líder como figura al frente para promover un liderazgo con una naturaleza más horizontal donde se ubican el liderazgo de colaboración, el compartido, el distribuido y el participativo.

El liderazgo de colaboración propone un proceso de cooperación entre individuos que persiguen un mismo objetivo. El líder, en este modelo, proporciona información a sus compañeros y organizaciones asociadas de manera que puedan tomar decisiones informadas. Esta estrategia de comunicación potencia el dialogo entre grupos de interés, se comparten conocimientos y experiencias y se reduce la complejidad en la administración. Este tipo de liderazgo requiere mucha más participación de todas las partes que tienen que trabajar conjuntamente lo que incrementa la comprensión de las diferentes subculturas de los sistemas sanitarios (32).

El liderazgo compartido se basa en la gobernanza compartida, el aprendizaje continuo y el desarrollo de relaciones de trabajo eficientes. El trabajo en equipo –especialmente la identificación de los valores del equipo y optimizar la eficiencia- es clave en este tipo de liderazgo. Este modelo mejora el ambiente de trabajo y proporciona satisfacción al personal quien posee una mayor autonomía, actitudes de líder y mejores resultados en términos de cuidados a los pacientes. Sin embargo, este tipo de liderazgo no está exento de barreras. El liderazgo compartido no es viable sin espíritu de equipo (team ethos), con una carga excesiva de trabajo, rotación del personal, trabajo poco interesante, falta de motivación o falta de claridad en los objetivos (32).



El liderazgo distribuido parte de la premisa que las organizaciones grandes necesitan distribuir el liderazgo. Para desarrollar este liderazgo es necesario adaptarse a los cambios externos interpretando el contexto en que se mueve la organización, hacer un buen manejo de las relaciones – saber construir relaciones de confianza y redes sociales-, saber transmitir una visión clara y atractiva y capacidad de inventiva para resolver problemas y optimizar procesos (32). Este modelo implica que todo el personal ejerce en cierto modo de líder lo que implica la necesidad de un programa de desarrollo de liderazgo para todo el personal (45).

El cuarto tipo de liderazgo horizontal es el liderazgo participativo que propone que todos los miembros del equipo estén involucrados en los procesos de trabajo mediante sus contribuciones. El líder confía en el equipo y la comunicación es fluida y bidireccional. En las organizaciones que adoptan este estilo existen buenas relaciones entre el personal de distintos niveles de la jerarquía (42).

Según un estudio que analizaba la relación entre liderazgo, satisfacción del personal y compromiso, existe una asociación positiva entre liderazgo participativo y la satisfacción del personal que a su vez se traduce en un mayor compromiso. Este estudio cuantitativo recogió a través de un cuestionario la opinión de 814 profesionales de la salud –entre empleados y responsables-. Al analizar aspectos concretos, los autores encontraron que salarios, beneficios, promoción, recompensas, relaciones interpersonales y condiciones de trabajo eran predictores de la satisfacción con el puesto de trabajo (51)

El quinto estilo del grupo de los liderazgos horizontales es el consultivo (50) se entiende como el liderazgo que basa las decisiones en las ideas del equipo. Este estilo tiene un especial sentido cuando el equipo está en desarrollo ya que sus miembros pueden tener ideas, pero todavía no suficiente experiencia para saber que decisiones son óptimas para la organización. Una falta de uso de este estilo puede hacer sentir al personal poco “utilizado” mientras que un exceso puede ser visto como falta de capacidad de toma de decisiones, así como una pérdida de tiempo. Este estilo se divide entre el individual y grupal en función de si el/la líder pide la opinión al equipo de una forma u otra.

El último estilo es el de consenso (50), es el estilo en que el equipo toma las decisiones en función de las ideas del conjunto. Este estilo es especialmente adecuado para aumentar el compromiso. El defecto de uso de este estilo puede provocar falta de sentimiento de equipo mientras que su exceso puede dar la impresión de liderazgo poco claro. Este estilo puede ser dirigido o de equipo en función de la posición que toma el líder en la toma de decisiones, si dirige el proceso o es un miembro más del equipo.

#### **2.2.2.4. Liderazgo según contexto**

Aunque las nuevas teorías del liderazgo se centran, como se ha dicho en los tipos de liderazgo neocarismáticos, la teoría de Hersey y Blanchard (33) reaparece también en algunos estudios de las últimas décadas.

Un estudio que pretendía identificar los estilos de liderazgo en profesionales sanitarios en situaciones de dilemas éticos (19) corroboró la aplicación de distintos estilos de liderazgo en función de la situación. La investigación, realizada en una muestra de 278 profesionales del ámbito sanitario de cinco hospitales lituanos a través de un cuestionario diseñado ad hoc, llegó a la conclusión que existe la posibilidad que un mismo profesional utilice distintos estilos de liderazgo en función de la situación, aunque se tienda, en general, a utilizar uno en concreto.

Otro estudio evaluaba la validez de este modelo en residentes de medicina a través de 20 simulacros con 114 participantes divididos en grupos con un residente de tercer año que actuaba como líder el grupo, un enfermero y un número variable de residentes de primer y segundo año y estudiantes de tercer y cuarto año (61). Aplicando el estilo de liderazgo situacional, se cambiaba el estilo en función del nivel de gravedad simulado del paciente y se llegó a la conclusión que este modelo es especialmente adecuado durante la residencia dado que las competencias varían según el tiempo de práctica clínica, así como del estado del paciente.

#### **2.2.2.5. Liderazgos evitativos**

El último grupo de estilos de liderazgos es aquel que se caracteriza por la falta de liderazgo. Este tipo se da en las organizaciones cuando quien está en

la posición de líder no dirige al equipo. En la propuesta teórica que Bass hizo para clasificar los estilos de liderazgo, además del tipo transformacional y transaccional también se incluyó aquellas formas de liderazgos que se caracterizan por la pasividad o la evitación y las nombró *laissez-faire* (21,35). En su propuesta, Bass atribuye dos componentes a este tipo de liderazgo, la dirección por excepción pasiva y el *laissez-faire*. El primer componente es parecido al componente de dirección por excepción del estilo transformacional, pero en este caso la actuación se da cuando los problemas son más graves y cronificados. El componente *laissez-faire* se refiere a la inhibición total del líder en la gestión.

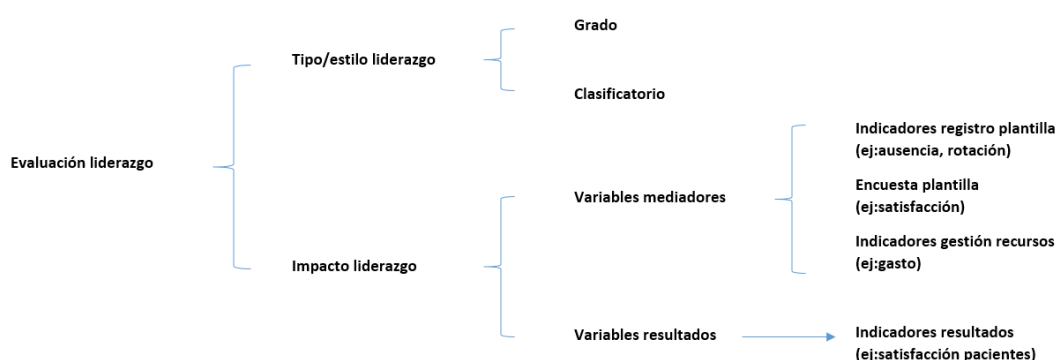
El liderazgo *laissez-faire* tiene consecuencias negativas para el personal tanto en términos de estrés, conflictos como de pasividad (19). Se puede considerar como la ausencia de liderazgo (46).

También en este grupo podemos incluir el estilo delegativo (50) se delega la toma de decisiones a los individuos del equipo. Este estilo puede ser usado en un equipo con un grado alto grado de conocimientos técnicos, superior en algunos casos al del líder. El uso insuficiente de este estilo puede provocar una carga excesiva para el líder, baja autoestima y poca cohesión del equipo mientras que el exceso puede provocar una falta de autoridad. Este último estilo tiene dos sub estilos en función de si la persona que lidera el equipo hace un seguimiento o no del equipo y sus tareas –informado o “ballistic”-.

### 2.2.3. Medir el liderazgo

En el estudio del liderazgo en general, y en el del ámbito sanitario específicamente, no existen, cómo hemos visto hasta ahora, demasiados consensos. Para medir el liderazgo existen también varias propuestas metodológicas. La literatura ofrece diversos instrumentos para clasificar o medir el tipo o estilo de liderazgo, en general, asociados a una aproximación teórica concreta (tabla 1). Además, se utilizan distintas herramientas para examinar el impacto del tipo o estilo de liderazgo, desde registros de absentismo a cuestionarios de clima laboral pasando por cuestionarios adhoc. La evaluación del liderazgo se podría resumir a grandes rasgos con el siguiente esquema:

Tabla 1: Evaluación liderazgo según herramientas



Fuente: elaboración propia

Dentro de los cuestionarios que se utilizan (ver Anexo 1) para medir el impacto del liderazgo en una organización se puede diferenciar dos grandes grupos, aquellos que clasifican al entrevistado entre varios estilos (22,28,35,46,50,51) y los que definen el grado de desarrollo de un determinado estilo (36,37,47-49). Tanto unos como los otros suelen contener preguntas cerradas tipo test con escalas tipo Likert para su respuesta, aunque en algunos casos se dan opciones de respuesta en vez de escalas. Además, estos pueden ser administrados al líder o a sus seguidores y, en algunos casos, a ambos (52).

En el primer grupo, se encuentran los que a través del cuestionario distinguen entre distintos tipos de liderazgo. En este grupo destacan el Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), el cuestionario de Lewin el Leadership Judgement Indicator (LJI), el Leader behavior description questionnaire (LBDQ) y el Managers leadership scale (MLS). En el segundo grupo se encuentran los que indican el grado de desarrollo de un determinado de liderazgo. En este grupo destacan el cuestionario de liderazgo auténtico que indica el grado de desarrollo de este estilo y los que indican el grado de desarrollo del liderazgo transformacional -el Global transformational leadership y el Human System Audit Transformational Leadership Short-scale-.

Uno de los principales tests de liderazgo en la actualidad, especialmente en el ámbito sanitario, es el MLQ, que fue diseñado originalmente por Bass en 1985 (35,41) y que clasifica el liderazgo en tres estilos: transformacional, transaccional y laissez-faire. En su última versión cuenta con 45 ítems, en una versión para líderes y una para seguidores, que se miden con una escala Likert - con valores del 0 (nunca) al 4 (casi siempre)-. Dada la relevancia de este cuestionario en el presente estudio, se proporcionan más detalles sobre esta herramienta en el apartado liderazgo transformacional.

El cuestionario de Kurt Lewin (46) clasificaba al líder en las tres categorías de su modelo: autoritario, laissez-faire o democrático.

El LJI es el cuestionario que permite distinguir entre los tipos directivos, consultivos, de consenso y delegativo (50). Este cuestionario permite clasificar al líder en uno de los cuatro tipos básicos que define y otorgar matices dentro de cada tipo básico creando 8 subtipos de liderazgo.

Otro cuestionario frecuentemente utilizado en los estudios que miden el impacto del liderazgo en el ámbito sanitario (20) es el LBDQ (22,28) desarrollado por un grupo de investigadores de la universidad de Ohio que clasifica los liderazgos entre aquellos orientados hacia las tareas y los que están orientados hacia la consideración. En este sentido pues, no otorga un tipo de liderazgo estrictamente si no que describe si el líder se orienta más a los objetivos o a las relaciones con la plantilla. La herramienta consta de 150

frases sobre actitudes potencialmente llevadas a cabo por la persona que lidera. La frecuencia con la que estas acciones son llevadas a cabo se señala usando una escala -siempre, a menudo, ocasionalmente, raramente, nunca- o por la persona que lidera o el grupo.

También dentro de los cuestionarios que pretenden determinar el tipo de liderazgo en vez del grado de desarrollo está la MLS desarrollada por Likert en 1967 que permite clasificar los líderes en una tipología de 4 dimensiones: autoritario -matizando entre explotador y benevolente-, consultivo y participativo (51).

Este cuestionario contiene 35 ítems valorados con una escala del 1 al 5 -de raramente a, a menudo-, 15 de los cuales determinan la orientación de los líderes a sus empleados llamada consideración y 20 ítems que determinan la orientación a las tareas llamada estructura de inicio.

En el segundo grupo se encuentra el cuestionario del liderazgo auténtico (36,37) que indica el grado en el que un líder ostenta este estilo de liderazgo y lo hace a través de medir el grado de desarrollo de los componentes que los autores atribuyen a este tipo de liderazgo con una escala que va del 0 (nada) al 4 (siempre).

Carless y otros autores desarrollaron el Global transformational leadership scale (GTLS) como respuesta a las limitaciones que encontraron en el MLQ - detallado más adelante. Este cuestionario consta de 7 ítems y parece tener un grado más alto de validez que cuestionarios más largos (47,48).

El Human System Audit Transformational Leadership Short-scale se basa en cuatro factores del MLQ de Bass y Avolio -motivación inspiracional, estimulación intelectual, influencia idealizada y consideración individual- al que se añaden nuevos ítems (49).

En cuanto a la evaluación del impacto o resultados del liderazgo, existe la posibilidad de hacerlo mediante el impacto que tiene el estilo de liderazgo sobre la plantilla o sobre resultados en pacientes o de gestión de recursos. En relación con el impacto del liderazgo sobre la plantilla se puede medir a través de registros, utilizando indicadores como el absentismo u otras

variables que la organización registre de forma objetiva, o mediante cuestionarios. Estos cuestionarios son, por lo general, cuestionarios diseñados adhoc e incluyen las variables que se quieren evaluar en relación con el estilo de liderazgo.

Hastings et al (53, 54) revisaron la literatura que analizaba la relación entre los mecanismos de gobierno y los resultados en la fuerza de trabajo. Analizaron un total de 113 trabajos incluyendo investigaciones empíricas, informes y otros artículos. Señalaron que las variables analizadas con más frecuencia en cuanto al impacto en la fuerza de trabajo eran las actitudes en el lugar de trabajo (satisfacción, compromiso), en menor medida reclutamiento y retención y de forma residual absentismo, carga de trabajo, claridad de la posición, aprendizaje y habilidades.

Otro estudio realizado mediante un análisis secundario de datos propuso una lista de indicadores para evaluar el liderazgo (55). Para este estudio, que tuvo lugar en Irlanda, se utilizaron 23 estudios de caso de 13 proveedores del ámbito sanitario que incluyan documentos, 92 horas de observación no participante, 21 entrevistas con personal médico, 20 con pacientes y 13 con personal directivo de enfermería. Los resultados mostraron la existencia de 4 categorías de resultados del liderazgo -capacidad de promover un equipo multidisciplinario, medidas de estima, nuevas iniciativas para la práctica clínica y los cuidados de la salud y práctica clínica basada en la evidencia-.

La evaluación del liderazgo presenta algunas dificultades y retos. En primer lugar, en general, la mayoría de estudios sólo analizan la dimensión relacional del líder cosa que limita la evaluación del impacto del liderazgo a la relación con los miembros de la organización. En este sentido, se tiende a excluir la relación con la comunidad o la dimensión técnica del liderazgo.

Otra dificultad es la comparabilidad de los estudios debido a la utilización de herramientas distintas y a la distinta naturaleza de muestras y contextos organizativos y culturales.

También se identifican problemas para establecer causalidad ya que generalmente se realizan estudios transversales y no longitudinales-.

Además, en muchas ocasiones se utilizan medias globales impidiendo así, ver diferencias intragrupalas, se estudian sólo los líderes formales y se excluyen otras variables que puedan representar el contexto (21). A parte de excluir los líderes informales, los estudios tienden a analizar un nivel de liderazgo.

Otro reto es el de definir bien las variables de impacto ya que hay muchas variables que determinan las expectativas del personal acerca del liderazgo. En este sentido, pueden incluirse variables espurias o ignorarse variables relevantes.

La selección de la muestra también puede incorporar problemas de medición debido a la rotación del personal y a otras variables que pueden inducir a sesgos.

Finalmente, existe la posibilidad que exista una limitación de sinceridad en las respuestas, tanto del líder como de la plantilla, asociada a la deseabilidad social.

A menudo la evidencia no ha conseguido demostrar una relación directa entre liderazgo y productividad de la organización. Sin embargo, de forma general, se muestra, al menos, una relación indirecta mediante variables mediadoras como la cohesión y la motivación del grupo (9), variables que, a su vez, tienen un efecto positivo sobre productividad y resultados organizativos.

Parece claro, según la literatura existente, que el tipo de liderazgo ejercido puede tener una gran diversidad de resultados, el rendimiento, la satisfacción del personal, el absentismo, la identificación del personal con la unidad, el compromiso y la rotación de este (39,56-59) . A su vez, todas estas variables pueden o no contribuir al éxito de la organización.

#### **2.2.4. El liderazgo transformacional**

El estilo transformacional ha ocupado un lugar preminente en la literatura sobre liderazgo en los servicios de salud, tanto a nivel clínico como gerencial, de las últimas décadas (20,46,47, 48, 49, 63, 64, 65).



#### *2.2.4.1. Antecedentes y evolución del liderazgo transformacional*

Los antecedentes del liderazgo transformacional se sitúan en el concepto de carisma de Max Weber, utilizado ampliamente en las ciencias sociales (35). Max Weber pertenece a un periodo donde todavía no se habla del concepto de liderazgo, pero se interesa por la naturaleza del poder y analiza la aplicación política de este. Para este autor, una de las fuentes de influencia sobre los demás es el carisma y lo vincula a la fe, que para Weber tiene un origen religioso. Las personas que se encuentran bajo la influencia de un poder carismático forman parte de una comunidad sentimental y creen que forman parte de un todo que les trasciende (66).

En sus reflexiones, Weber habla de dominación carismática, otorgándole un carácter autoritario a la influencia ejercida sobre los seguidores (67). Así, según el autor, el líder espera de sus seguidores entrega, reverencia y confianza. Sin embargo, por otro lado, el líder debe mostrar a sus seguidores que su liderazgo está al servicio de la comunidad y no comprometido con fines egoístas (66).

En 1978, Burns realizó un análisis del liderazgo (35) en el que distinguió el poder del liderazgo y dividió este en transaccional y transformador. Para Burns, el líder transaccional es aquel que dirige la organización a cambio de refuerzos negativos y/o positivos. En cambio, el liderazgo transformacional goza de esta dimensión moral a la que hacía referencia Weber cuando mencionaba la fe y la trascendencia. Burns observa que en el liderazgo transformador la interacción entre líder y seguidor produce un crecimiento en ambos en cuanto a su motivación y moralidad. Además de dar ejemplo y motivar a través del entusiasmo, este estilo se basa en los rasgos y la personalidad del líder. Son vistos por sus seguidores como un ejemplo moral de sacrificio respecto a la organización y, en este sentido, pueden despertar una cierta imagen idealizada. Según esta concepción, el liderazgo es un continuum donde, en un extremo, se encuentra el transaccional y, en el otro, el transformador.

#### 2.2.4.2. *Estructura factorial*

En 1985, Bass (35) elaboró una lista de 142 ítems en base a la opinión de 78 ejecutivos y la literatura previa sobre carisma. A los ejecutivos se les pidió que describieran un líder que les hubiera influenciado en lo que para ellos era importante cómo líderes y de qué manera creían que un líder consigue que un seguidor haga un esfuerzo extraordinario. Luego se pidió a 11 expertos que clasificaran estos ítems en dos categorías -transformacional y transaccional- y se generó una nueva lista a partir de los ítems en los que existía un 80% de acuerdo entre expertos. El resultado fue una nueva lista de 73 ítems. Finalmente, se testó en una muestra de 176 individuos y se realizó un análisis de componentes principales que determinó la existencia de 5 componentes a los que llamó subfactores que se agruparon en 3 tipos de liderazgo a los que llamó factores.

Tres de estos subfactores se asignaron al tipo de liderazgo o factor transformacional, 2 se asignaron al transaccional y uno se consideró que no encajaba en ninguna de estas dos categorías y podía ser definido como pasivo o *laissez-faire*. Se constató también que un mismo sujeto podía presentar una mezcla de estos 5 componentes (68).

Así pues, a partir del análisis de componentes principales rechazó la idea de continuo de Burns. Observó que, en la mayoría de casos, los líderes muestran actitudes propias del liderazgo transformacional y del transaccional en distinta medida y aunque un líder tenga un estilo transformacional de forma predominante puede presentar características asociadas a subfactores transaccionales como por ejemplo la recompensa contingente (9,20,35,63).

La estructura factorial del liderazgo transformacional ha experimentado modificaciones a lo largo del tiempo. En 1990, la propuesta pasó a tener 4 subfactores -carisma, inspiración, estimulación intelectual y consideración individualizada- (9).

En 1995, Bass y Avolio recogieron críticas y aportaciones teóricas para presentar una nueva versión en la que el liderazgo transformacional estaba compuesto de 5 subfactores - influencia idealizada (atribuida), influencia

idealizada (conducta), motivación, estimulación intelectual y consideración individualizada-, el liderazgo transaccional de 2 –recompensa contingente y dirección por excepción activa- y el laissez faire en 2 más –dirección por excepción pasiva y laissez-faire. Aunque se han hecho propuestas posteriores no han tenido tanta relevancia como esta propuesta de 1995 (41).

El carisma o influencia idealizada es un tema central en el liderazgo transformacional y forma parte de dos subfactores de este estilo de liderazgo –influencia idealizada (atribuida) e influencia idealizada (conducta). El primer subfactor –influencia atribuida- se refiere a la influencia del líder sobre los seguidores desde la percepción de los seguidores. Cuando este subfactor es alto, existe admiración, respeto, confianza, identificación e imitación (41). La influencia conducta tiene el mismo sentido que el primer subfactor pero con el punto de vista fijado en las conductas del líder (41).

Otro subfactor es la motivación. Cuando este subfactor es alto, existe visión por parte del líder y motivación por parte de los seguidores que da significado al trabajo (41). Bass (35) afirma que dicha motivación tiene un elemento racional que consiste en la articulación de una visión en términos de problemas, propósitos, y recursos disponibles y un elemento emocional que implica apuntar a la visión en forma global de forma intuitiva, imaginativa y profunda mediante el uso de símbolos y lenguaje que transmitan significado y compromiso.

Además, según el autor, la motivación tiene tres otros elementos. Requiere una planificación estratégica por parte de los líderes que deben ser hábiles para formular estrategias basándose en las amenazas y oportunidades de la organización, los recursos e intereses de que dispone y formulando y evaluando adecuadamente respuestas organizacionales.

Esta motivación se genera a través de la creación de conciencia mediante la comprensión y clarificación de los aspectos clave de la visión a largo plazo. Se debe comunicar claramente al equipo lo que es adecuado, bueno e importante para la organización, haciendo así posible el compromiso de éstos con los objetivos. Así, contribuye a la cultura de la organización, en términos de normas y valores compartidos. Finalmente, la motivación tiene elementos

intuitivos. El líder desarrolla una visión a partir de datos otorgando significados para transmitir estrategias para la organización.

El subfactor estimulación intelectual del equipo se produce a través de la promoción de la creatividad, la inteligencia y la capacidad crítica para resolver problemas (41). Bass (35) afirma que existen cuatro formas de estimular intelectualmente el equipo. La primera forma es la orientación a los objetivos, la segunda es a través del trabajo en equipo, la tercera se orienta a la evidencia y la cuarta a la creatividad.

Finalmente, el subfactor consideración individualizada se refiere a la capacidad del líder atendiendo a las necesidades de crecimiento del personal de forma individualizada. Esto quiere decir conocer las cualidades y carencias de las personas que forman el grupo y colaborar en su desarrollo profesional aumentando su confianza (41). Según Bass (35), el líder aprecia el trabajo bien hecho, realiza críticas constructivas a las debilidades, asigna tareas específicas para aumentar la autoestima, usa el talento específico de cada individuo y promueve el desarrollo. Además, promueve un contacto familiar, informal, da información, presta atención a la diferencia y proporciona consejo individual.

#### *2.2.4.3. El cuestionario de liderazgo multifactorial*

El cuestionario original del modelo teórico de Bass se creó en 1985 aunque sufrió cambios hasta llegar a su última versión en 1995 (41,68). Esta versión contiene 45 ítems y fue adaptada y validada en una muestra española por Molero (41,46).

En esta última versión del test, los ítems definen los tres estilos de liderazgo o factores y tres variables de resultado organizacional (41,46). El liderazgo transformacional se compone de los 5 subfactores que hemos visto – influencia idealizada conducta, influencia idealizada atribuida, motivación inspiracional, estimulación intelectual, consideración individualizada-, el liderazgo transaccional de 2 –recompensa contingente y dirección por excepción activa- y el laissez faire en 2 más –dirección por excepción pasiva

y laissez-faire-. El resultado organizacional se mide a través de tres subfactores -eficacia del líder, la satisfacción con él y el esfuerzo extra- que contienen en total 9 ítems.

Existe una versión para el líder y otra para los seguidores compuestas por 45 ítems en relación con una serie de conductas del líder y el resultado organizacional que tanto él como el grupo debe valorar utilizando una escala tipo Likert con valores del 0 (nunca) al 4 (casi siempre).

En la siguiente tabla (tabla 2) podemos ver los ítems incluidos en el cuestionario para seguidores que conforman el modelo de Bass y Avolio agrupados por subfactores y factores.

Tabla 2: Ítems, subfactores y factores del MLQ

Transformacional	<p><u>Influencia idealizada - Conducta</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos habla de los valores y creencias que son más importantes para él</li> <li>Especifica la importancia de tener un fuerte sentido del propósito</li> <li>Considera las consecuencias éticas y morales de sus decisiones</li> <li>Enfatiza la importancia de tener un sentido colectivo de la misión a realizar</li> </ul>
	<p><u>Influencia idealizada- Atribución</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estoy orgulloso de estar asociado con él</li> <li>Va más allá de su propio interés en beneficio del grupo</li> <li>Actúa de forma que se gana mi respeto</li> <li>Exhibe un gran sentido del poder y de la confianza</li> </ul>
	<p><u>Motivación Inspiracional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habla con entusiasmo acerca del futuro</li> <li>Habla con entusiasmo acerca de los logros que deben conseguirse</li> <li>Articula una apremiante visión del futuro</li> <li>Expresa confianza en que se alcanzarán los objetivos</li> </ul>
	<p><u>Estimulación intelectual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reexamina las asunciones críticas cuestionándose si son apropiadas</li> <li>Busca diferentes perspectivas a la hora de solucionar los problemas</li> <li>Consigue que vea los problemas desde muchos ángulos diferentes</li> <li>Sugiere nuevas formas de ver como completar las tareas</li> </ul>
	<p><u>Consideración individualizada</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dedica su tiempo a enseñar y formar</li> <li>Me trata más como una persona que como miembro de un grupo</li> <li>Considera que tengo diferentes necesidades, capacidades y aspiraciones que otras personas</li> <li>Me ayuda a desarrollar mi capacidad</li> </ul>
Transaccional	<p><u>Recompensa contingente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Me apoya a cambio de mis esfuerzos</li> <li>Argumenta en términos específicos quién es el responsable a la hora de lograr los objetivos de rendimiento</li> <li>Deja claro lo que uno puede esperar recibir si se consiguen los objetivos</li> <li>Expresa satisfacción cuando consigo las expectativas</li> </ul>
	<p><u>Dirección por excepción (activa)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfoca su atención en las irregularidades, fallos, excepciones y desviaciones con respecto a la norma esperada</li> <li>Concentra toda su atención en los errores, quejas y fallos</li> <li>Recuerda todos los fallos</li> <li>Hace que dirija mi atención hacia los fallos a la hora de cumplir lo establecido</li> </ul>
Pasivo	<p><u>Dirección por excepción (pasiva)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evita intervenir hasta que los problemas son serios</li> <li>Espera que las cosas vayan mal antes de actuar</li> <li>Demuestra que cree firmemente en el dicho "si no está roto no lo arregles"</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace ver que los problemas deben convertirse en crónicos antes de actuar</li> </ul>
	<u>Laissez-Faire</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita involucrarse cuando surge alguna cuestión importante</li> <li>• Está ausente cuando se le necesita</li> <li>• Evita tomar decisiones</li> <li>• Se demora a la hora de responder a cuestiones urgentes</li> </ul>

Este test permite distintos tipos de análisis en función de la información que el investigador quiera conseguir. El Análisis factorial confirmatorio permite saber qué modelo –que combinación de subfactores- se ajusta más al grupo analizado (41) mientras que una regresión jerárquica permitirá al investigador conocer el impacto del líder en el equipo –a través de las variables que definen el estilo y las que sugieren los resultados organizacionales-. Este último análisis permite evaluar los resultados de forma individual (46) para poder analizar las diferencias intragrupalas y así superar una de las limitaciones del estudio del liderazgo señalada por Bryman (21).

#### 2.2.4.4. *Efectos del liderazgo/resultados*

Los líderes transformacionales comunican la misión del proyecto a los seguidores de manera que estos se sientan parte de un colectivo que busca un objetivo común (32). En este modelo el personal es estimulado para descubrir las cosas por si mismos a través de la motivación llevando a un empoderamiento del personal. Además, dicho tipo de líder aumenta el nivel de conciencia sobre la importancia y valor de los resultados y los medios para alcanzarlos.

La promoción de autonomía que genera esta transparencia y transferencia de agencia, provoca cambios en las personas seguidoras en sus valores y actitudes (41,46) y consigue motivar al grupo para superar las expectativas individuales iniciales. Aumenta su nivel de compromiso con su trabajo, trascendiendo su propio interés en beneficio del colectivo y alterando el orden de sus necesidades (9). A través de estos procesos se produce un esfuerzo extraordinario por parte de las personas seguidoras (35).

Para explicar este proceso de cambio Bass utiliza la investigación de Aldefer que consistió en agrupar los niveles de la pirámide de necesidades de Maslow en tres grandes categorías:

- Necesidades existenciales (seguridad y protección)
- Necesidad de pertenencia (amor y afiliación)
- Necesidad de crecimiento (estima y autorealización)

Aunque no existe una visión homogénea es sugerido que dichos líderes consiguen que las personas progresen en esta pirámide y se hallen en el nivel más alto buscando así una superación personal que beneficia la organización. Este cambio en las necesidades producida por el liderazgo transformacional produce en las personas seguidoras la capacidad de regularse, actualizarse, reforzarse dirigirse convirtiéndoles en líderes (35).

Otro elemento que Bass destaca para explicar el perfil del líder transformacional es su capacidad para cambiar la cultura de la organización. Se entiende como cultura la concepción técnica y económica de la organización, así como sus valores y filosofía. Según el autor, el líder transformacional introduce cambios en la organización respecto aquellos temas sobre los que se puede hablar, los grupos e identidades, las normas y los medios para dirigir, así como las creencias sobre ideología, religión, moral, ética y naturaleza humana. Este líder inventa y hace avanzar la cultura organizacional. La realización de estos cambios marca una diferencia en la capacidad del grupo de poder conseguir el cambio y mejora de resultados.

Este crecimiento es vinculado frecuentemente en la literatura con la autoeficacia (64) -la creencia en la habilidades personales para tomar las acciones necesarias para lograr los objetivos- señalando una relación positiva entre esta y el liderazgo transformacional. En muchos casos la autoeficacia del personal señalada cómo variable mediadora entre el estilo transformacional y otras variabes de resultados organizacionales (39,47,64).

En el caso de la revisión de la literatura que Munir y Nielsen hicieron en el marco de su estudio para estudiar la relación entre liderazgo y bienestar del personal, la variable autoeficacia es una mediadora entre el liderazgo



transformacional y otras variables de salud del personal. Es sugerido que un nivel alto de autoeficacia está asociado a un nivel bajo de estrés y enfermedades cardiovasculares mientras que un nivel bajo de autoeficacia se asocia con depresión.

Elshout et al. (39) afirman que la auto-eficacia de las personas seguidoras es conseguida mediante un proceso de empoderamiento a través de la concesión por parte del líder de autoridad y responsabilidad. Turner y colegas (48) afirma que este liderazgo incrementa la autoeficacia especialmente en un contexto de trabajo en equipo.

Otros estudios relacionaron el liderazgo transformacional con un menor burnout y estrés del personal. También identificaron la relación de este estilo con variables mediadora como la satisfacción del personal –mediadora del absentismo- o la autoeficacia –mediadora de compromiso y bienestar personal. La evidencia recoge también la relación directa entre estilo transformacional y una serie de variables del equipo como Compromiso, calidad del sueño, satisfacción, bienestar, efectividad y esfuerzo extra. Finalmente, también hay estudios que relacionan el liderazgo transformacional con una cultura organizacional positiva y una mejor calidad de vida del paciente (39, 47, 62, 64, 70, 71).

En la tabla número 3 es posible consultar los principales estudios que han analizado los efectos del liderazgo transformacional en las organizaciones.

Tabla 3: Resultados liderazgo transformacional

Autores	Año	Instrumento	Resultados
Elshout et al.	2005 -	•Entrevistas semi-estructuradas	•Éxito organización
Munir et al.	2013	•Análisis documentos	•Satisfacción personal
Nielsen et al.		•Cuestionarios	•Autoeficacia y eficacia equipo (variables mediadoras) de bienestar
Pearson et al.		•Estudio longitudinal	•Satisfacción paciente
Salanova et al.		•Revisión sistemática (48 estudios)	•Mayor calidad de vida paciente
			•Efectividad equipo
			•Esfuerzo extra del personal
			•Cultura organizacional positiva
			•Compromiso
			•Empatía
			•Reducción absentismo
			Calidad de vida paciente

#### 2.2.4.5. *Críticas*

Existen también algunos autores que mantienen una postura crítica respecto a la estructura factorial propuesta por Bass y Avolio en 1995. Por ejemplo, Carless (72) sostiene que es preferible no usar los subfactores propuestos por los autores sino una única medida por cada estilo dado que los subfactores del liderazgo transformacional suelen presentar altas correlaciones entre sí, y entre el estilo transformacional y el subfactor recompensa contingente del estilo transaccional (41). Incluso Avolio, Bass y Jung concluyeron en posteriores estudios que algunas muestras se explicaban mejor con distintas estructuras factoriales (68).

Otra propuesta (41) que pretende resolver la correlación entre subfactores transformacionales y transaccionales, sugiere una división entre liderazgo activo, que incluye subfactores del estilo transformacional y del transaccional y el pasivo, incluye la dirección por excepción pasiva y por el *laissez-faire*.

Otros autores (73,74) argumentan que este modelo incurre en una falta de descripción de los procesos explicativos y las variables situacionales, así como un uso de constructos ambiguos, y una visión del líder sesgada que infravalora el aprendizaje a partir de errores.

Finalmente, la literatura también argumenta que este tipo de liderazgo parte de que el personal está motivado, y que el líder dispone de ciertas características que no pueden ser aprendidas (69).

### **2.2.5. El desarrollo del liderazgo**

Existe un acuerdo generalizado de que hay espacio para la mejora del liderazgo en el ámbito sanitario. Un hospital es una organización compleja, requiere por lo tanto un líder que asegure una cultura que fomente la calidad y seguridad, una planificación que permita cumplir las necesidades de los pacientes, disponibilidad de recursos, una plantilla competente y una evaluación regular del rendimiento (75).

Una de las críticas más frecuentes respecto el liderazgo en el campo de la salud es la falta de formación específica que reciben los profesionales que ocupan cargos de mando (76–79). Otra refiere a la aplicación acrítica de los conocimientos sobre liderazgo ignorando las necesidades específicas de cada organización (80) dando lugar a efectos no deseados.

Es posible clasificar la evidencia acerca del desarrollo del liderazgo en tres categorías:

- Competencias a adquirir,
- Acciones a llevar a cabo,
- Métodos para adquirir las habilidades necesarias.

En cuanto a las competencias, en un reciente estudio (81) que pretendía identificar las competencias más relevantes en el liderazgo en la educación médica a través de la opinión de distintos profesionales de la salud, se señalaron la responsabilidad social, la innovación, la autogestión, la gestión de tareas y la orientación a la justicia como los ítems más importantes.

Este estudio resulta interesante porque incluye profesionales de distintos países, utiliza una metodología mixta y selecciona 5 competencias de un listado inicial de 107.

En cuanto a acciones concretas para mejorar el liderazgo (82, 83, 84) la literatura destaca la importancia de planificar poniendo en el centro las necesidades de pacientes y la comunidad de forma sistemática, usar las herramientas para la implementación de roles, asegurarse que se desarrollan todas las dimensiones de los roles, comunicar mensajes claros para concienciar acerca de los roles en la organización, crear redes, promover la tutoría y negociar las expectativas sobre los roles con el personal.

Más allá de las acciones concretas para desarrollar un liderazgo efectivo, parece existir un acuerdo generalizado sobre la necesidad de formar a los profesionales en cuestiones específicas de liderazgo.

En cuanto a los métodos para adquirir las habilidades de liderazgo, una revisión sobre programas de desarrollo de liderazgo (85) analizó un total de

200 entrevistas a expertos sobre las oportunidades que existen al usar programas de desarrollo del liderazgo para mejorar la calidad y a eficiencia de los hospitales en Estados Unidos. El estudio concluye que estos programas suponen una oportunidad de mejorar la organización porque aumentan las habilidades del personal, potencian la eficiencia de las actividades formativas de la organización, reducen la rotación de personal y supone establecer prioridades estratégicas y propone actividades relacionadas con dichas mejoras. En esta tesis se destacan tres tipos de programa:

- Programas tipo retiros
- Programas basados en la evidencia
- Programas basados en la práctica.

El primer tipo de herramienta que ofrece resultados positivos es el retiro para el desarrollo del liderazgo en personal directivo. En un estudio (77) con 17 directivos de programas de residencia, los participantes valoraron positivamente la posibilidad de hacer un retiro destinado a la reflexión y la toma de conciencia de su estilo de liderazgo y gestión de conflicto. Los resultados sugieren que el uso de técnicas de formación basadas en la reflexión conjunta puede permitir a la organización llegar a conclusiones específicas a las características propias del centro.

El segundo tipo de formación en liderazgo destacado es el basado en la evidencia (87,88). Un ejemplo de este tipo es el programa EXTRA (executive training for research application). Este programa nacido en Canadá, surgió al detectar que la evidencia recogida en la literatura sobre el liderazgo no se estaba implementando en las organizaciones del ámbito sanitario a nivel práctico. Así pues, el objetivo de este programa es el de preparar los líderes para entender, adquirir, evaluar y utilizar la evidencia acerca del liderazgo en organizaciones sanitarias a la vez que alentar a los responsables a trabajar en equipo (87).

Este programa cuenta con cuatro pilares principales: sesiones prácticas donde se ponen en práctica habilidades relacionadas con la gestión basada en la práctica; el desarrollo e implementación de un proyecto de intervención en sus organizaciones donde deben operacionalizar y resolver un problema;

El aprendizaje transversal de un componente de gestión de la información; el apoyo de un tutor que hace un seguimiento una vez terminado el programa.

El tercer tipo de formación en liderazgo es el que se basa en la práctica (88, 89). Estos programas parten de la base que la aplicación inmediata del aprendizaje da mejores resultados y que los equipos mixtos permiten aportar soluciones desde distintos ángulos. Los programas deben aportar crecimiento personal, mejora del servicio y sostenibilidad de la organización. Esto se da a través de la identificación de las competencias necesarias del liderazgo, de las necesidades competenciales propias del individuo y las necesidades de mejora del servicio.

Otras propuestas de desarrollo de liderazgo mencionadas son el autoaprendizaje a través de libros y los entrenadores (18), los programas enfocados a los médicos en formación para que tengan competencias de liderazgo desde la universidad (76) o la implicación de la organización en la formación en liderazgo de sus miembros (90).

En resumen, la revisión permite observar que el estudio del liderazgo es un campo muy fragmentado y aunque existen unas tendencias generales, se observa una considerable diversidad de orientaciones teóricas en lo que respecta a su concepción y desarrollo. Los principales puntos se resumen a continuación:

1. El liderazgo es un proceso de influencia que pretende motivar y transmitir la visión del proyecto al conjunto de la organización.
2. En cuanto a la operativización del concepto, existe un acuerdo general acerca de la existencia de una dimensión relacional y variabilidad de visiones respecto a las demás dimensiones que la acompañan. La presente investigación se basará en las cuatro dimensiones siguientes: técnica, personal, relacional y política.
3. Existen cuatro grandes épocas en el estudio del liderazgo. Desde la década de los 80 predominan las teorías neocarismáticas que destacan el componente emocional o inspiracional del liderazgo.

4. Existe una amplia propuesta de herramientas para medir el liderazgo. En general, estos se asocian en una aproximación teórica concreta, son parciales, y presentan limitaciones metodológicas.
5. Hasta ahora la evidencia no ha conseguido demostrar una relación directa entre liderazgo y resultados de la organización sino, más bien indirecta a partir de variables mediadoras como la motivación, la satisfacción o la cohesión del grupo.
6. El liderazgo Transformacional ha ocupado una posición preminente en la literatura de las últimas décadas y se basa en la inspiración del líder al seguidor a través un proceso de empoderamiento de este último.
7. En general, existe margen para la mejora del liderazgo en las organizaciones sanitarias y la literatura incluye varias fórmulas para desarrollarlo.

### **3. Justificación**

El liderazgo es un elemento básico en las organizaciones que toma especial relevancia cuando se trata de una organización compleja o un contexto de crisis y escasez de recursos.

En este sentido pues, es especialmente relevante para la efectividad de las organizaciones sanitarias en términos de resultados para los pacientes y personal, entre otros, dada la complejidad de este tipo de organizaciones.

En la literatura sobre liderazgo en el ámbito sanitario existe un consenso sobre la necesidad de implementar estilos de liderazgo basados en la orientación a las personas.

Dentro de este tipo de liderazgos sobresale el liderazgo transformacional que ha sido analizado exhaustivamente en las últimas décadas, cuenta con un instrumento para medirlo y de evidencia sobre los efectos positivos.

Sin embargo, la evidencia se centra en descripciones de rasgos y características con componentes subjetivos y difícilmente analizables. Así, carece de una propuesta de prácticas concretas asociadas a este liderazgo que puedan servir a los profesionales para mejorar el liderazgo de sus organizaciones.

Esta tesis doctoral se justifica por la necesidad de recoger evidencia acerca el liderazgo de los gerentes de los hospitales tanto para identificar aquellos casos de éxito como para identificar las áreas de mejora en las que convendría dedicar mayores esfuerzos para maximizar los resultados.

Consideramos que esta investigación será de especial interés para el sector sanitario de Cataluña porque ayudará a conocer las buenas prácticas que realizan las gerencias de los hospitales catalanes en relación con el liderazgo y permitirá trabajar aquellos aspectos del liderazgo donde se identifique espacio para la mejora.



#### **4. Hipótesis y objetivos:**

##### ***Hipótesis***

Los estilos de liderazgos transformacionales predominarán en los hospitales analizados, tendrán un conjunto de prácticas comunes y estarán asociadas a mayores beneficios en términos de satisfacción de los trabajadores y de éxito de la organización.

##### ***Objetivo General***

Conocer los tipos de liderazgo existentes entre los gerentes de los hospitales de la red pública catalana.

##### ***Objetivo específico 1:***

Identificar cual es el modelo de liderazgo mayoritario entre los gerentes de la red de hospitales de utilización pública de Cataluña

##### ***Objetivo específico 2:***

Recoger las prácticas concretas que conforman estilos de liderazgo de los gerentes con una alta puntuación de liderazgo transformacional desde una perspectiva cualitativa para elaborar una guía de buenas prácticas de liderazgo en la gerencia de la red de hospitales de utilización pública basadas en la evidencia

##### ***Objetivo específico 3:***

Conocer la opinión de los colaboradores directivos (seguidores en el modelo de Bass) acerca del liderazgo de sus gerentes y el efecto que este tiene sobre el, confirmando los resultados declarados por los gerentes en la fase 1.

## 5. Metodología:

La metodología (tabla 4) seguida en este estudio. Se divide en las siguientes secciones: participantes, instrumentos, procedimientos y análisis.

Esta investigación parte de un diseño exploratorio que combina fuentes de datos y métodos para aumentar la validez de los resultados mediante la confrontación de distintas metodologías (91). Además utiliza métodos mixtos –técnicas cuantitativas y cualitativas- (92) con la finalidad de identificar aquellas gerencias que posean un estilo de liderazgo transformacional y recoger las prácticas concretas asociadas a este estilo.

Tabla 4: Metodología estudio

Fases	Objetivo	Técnica	Muestra	Análisis
1	1. Identificar el modelo de liderazgo mayoritario	Multifactor Leadership questionnaire (MLQ). Encuesta web	30 directivos (gerentes y directores) 30 hospitales	Análisis descriptivo
2	2. Conocer las prácticas concretas para elaboración de recomendaciones	Entrevista semi-estructuradas presencial	5 directivos (gerentes y directores) 5 hospitales	Análisis de contenido temático
3	3. Conocer la opinión de los seguidores	Multifactor Leadership questionnaire (MLQ). Encuesta web	13 subordinados directos 5 hospitales	Análisis descriptivo

En este sentido, en la presente investigación el método cualitativo tiene prioridad sobre el cuantitativo que sirve para confirmar si cómo apunta la literatura el liderazgo mayoritario en el ámbito sanitario catalán es el transformacional, elegir a los participantes para las entrevistas en profundidad y, posteriormente, contrastar las respuestas ofrecidas por los entrevistados.

## **Datos técnicos del trabajo de campo**

*Metodología:* Cuanti-cualitativa

*Ámbito del estudio:* Cataluña

*Diseño del estudio:* exploratorio

FASE 1: Transversal mediante cuestionario autocompletado

FASE 2: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas

FASE 3: Transversal mediante cuestionario autocompletado

*Universo:*

FASE 1: Gerentes y directores generales de hospitales de la red de utilización pública

FASE 2: Gerentes y directores generales clave de estilo de liderazgo transformacional

FASE 3: Miembros equipo directivo con gerentes con estilo transformacional

*Criterios de inclusión:*

FASE 1: Ocupar la posición de gerente o director general de un centro de la red de hospitales de utilización pública

FASE 2: Tener una puntuación alta en el estilo transformacional

FASE 3: Formar parte del equipo directivo de algún participante de la fase 2.

*Técnicas de muestreo:*

FASE 1: No probabilístico por conveniencia

FASE 2: No estadístico. Selección a partir de puntuación fase anterior con expectativas de calidad de la información.

FASE 3: No probabilístico por conveniencia

*Muestra:*

FASE 1: 30 gerentes o directores generales

FASE 2: 5 gerentes o directores generales

FASE 3: 13 miembros equipo directivo

*Técnica de recogida de datos:*

FASE 1: Encuesta en línea auto administrada

FASE 2: Entrevistas semiestructuradas

FASE 3: Encuesta en línea auto administrada

*Análisis de datos:*

FASE 1: Análisis descriptivo

FASE 2: Análisis cualitativo temático de contenido

FASE 3: Análisis descriptivo

*Consideraciones éticas:*

Esta investigación tiene la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge. Ref PR069/14. (anexo 2)

Esta investigación se ha llevado a cabo siguiendo los criterios de la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y se ha tratado de forma anónima los datos facilitados por las personas que han participado.

### *Ámbito de estudio:*

El ámbito de estudio de la presente tesis fue el liderazgo en el ámbito sanitario. Concretamente, el universo del estudio son las gerencias de los centros de la red pública de hospitales catalanes.

### *Periodo de estudio:*

El trabajo de campo del presente estudio empezó en diciembre de 2015 y finalizó en noviembre del 2018. El primer periodo se dividió en tres fases que conciden con los tres objetivos específicos del estudio. Posteriormente, se realizó el análisis descriptivo y cualitativo del contenido de las encuestas y entrevistas, así como el redactado de los resultados.

## **5.1. Participantes:**

### *Objetivo específico 1:*

En la primera fase, y de acuerdo con el objetivo planteado, se selecciono una muestra de gerentes y directores generales de la red pública de hospitales catalanes. El criterio de selección de la muestra para la encuesta fue de conveniencia por cuestiones de acceso, dada la continua rotación de cargos. La estrategia de muestreo es, por tanto, no probabilística. En este sentido pudo existir un sesgo y los resultados de dicho cuestionario no fueron considerados representativos estadísticamente. Así, no fue posible estimar el error muestral o intervalos de confianza debido a la falta de aleatoriedad de la muestra. Sin embargo, la proporción de gerentes/directores generales entrevistada del total de la red (43,5%; N=30) hace pensar que pueden ser unos resultados bastante ilustrativos de la realidad.

Inicialmente se construyó una base de datos de gerentes/directores generales de los 71 centros de la red buscando su contacto a través de las webs corporativas. Se localizaron un total de 49 contactos con direcciones de centros, pero como algunos en algunos casos una persona estaba al cargo de más de una dirección se invitó a participar a 45 personas.

El contacto con la muestra de participantes de la fase 1 se hizo por correo electrónico junto con una breve presentación del estudio y formularios de consentimiento informado para garantizar la voluntariedad en la participación y el anonimato siguiendo los criterios de la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

*Objetivo específico 2:*

En esta fase el universo fueron las gerencias y direcciones generales que poseían un estilo de liderazgo transformacional ya que el objetivo de esta fase fue conocer de forma cualitativa y concreta, cuáles eran sus prácticas.

La estrategia de muestreo para la recogida de datos a través de entrevistas también fue de conveniencia y por saturación teórica. Dado que el objetivo de las entrevistas semi-estructuradas no fue buscar la representatividad sino explorar las prácticas concretas de casos de éxito del liderazgo transformacional en el ámbito sanitario catalán, se seleccionaron aquellos 5 casos que en el cuestionario de la primera fase habían obtenido una puntuación más alta.

Una vez analizados los datos y seleccionada la muestra inicial para las entrevistas de la fase 2, se contactó con las personas seleccionadas para la entrevista por correo electrónico con una breve explicación sobre la segunda fase del trabajo de campo.

*Objetivo específico 3:*

Finalmente, el universo de esta fase fueron los colaboradores directos de los gerentes/directores generales seleccionados en la fase 2. Dado que el acceso a los entrevistados se realizó a través de los contactos facilitados por los participantes en la fase 2, se puede considerar de nuevo que la estrategia de muestreo es de conveniencia, y por tanto no probabilística.

Durante la entrevista, de la segunda fase, se pidió permiso para mandar cuestionarios a una muestra de 2-5 de sus colaboradores así como el contacto de dichos colaboradores.

## **5.2. Instrumentos**

### *Objetivo específico 1:*

Para la primera parte cuantitativa de esta investigación se utilizó el MLQ 5x-short creado por Avolio y Bass en 1990 y validada al castellano por el profesor Molero en 1994(46).

Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado desde hace décadas (20) para medir el liderazgo en organizaciones. La versión actual (41) (ver anexo 3), usada para esta investigación, consta de 45 afirmaciones sobre su estilo de liderazgo. Se pidió a las personas participantes que valoraran la frecuencia con la cual tenían esas conductas o actitudes. Para valorar los ítems se utilizó una escala tipo Likert de 0 a 4, donde 0 corresponde a 'nunca' y 4 'casi siempre'.

Los cuestionarios fueron auto-administrados a través de un aplicativo informático online. A pesar de las limitaciones de este método (95), las encuestas en línea permiten ampliar el marco geográfico y temporal a un menor coste (96–98) que las convierte en el mejor método para distribuir encuestas a un universo tan específico como los líderes de organizaciones de la red de hospitales de utilización pública.

Posteriormente, los datos fueron depurados y volcados a una base de datos del paquete estadístico Spss<sup>1</sup> que permitió la realización de los análisis cuantitativos.

### *Objetivo específico 2:*

Para la parte cualitativa del estudio se realizó una entrevista semiestructurada para la cual se diseñó un esquema de temas a cubrir. Este tipo de entrevista permite una mayor flexibilidad a las entrevistas estructuradas lo cual aporta una serie de ventajas. Al tratarse de una conversación más abierta que cubre temas y no preguntas concretas permitió recoger aclaraciones sobre

---

<sup>1</sup> SPSS Inc. Released 2015 PASW for Windows. Versión 23. Amonk, NY: IBM Corp

preguntas o ambigüedades y reducir formalismos y motivar al interlocutor (94).

#### *Objetivo específico 3:*

Para la tercera fase se utilizó de nuevo el MLQ, en su versión para seguidores (ver Anexo 4), dado que se quería poder comparar las respuestas facilitadas por los líderes con las facilitadas por los colaboradores. Las dos versiones contienen las mismas preguntas cambiando su formulación para dirigirse a líderes o seguidores.

Se mandó por correo electrónico el vínculo al aplicativo informático con el cuestionario junto con una breve presentación del estudio y formularios de consentimiento informado para garantizar la voluntariedad en la participación y el anonimato. Como en la primera fase, los cuestionarios fueron auto-administrados y posteriormente volcados en una base de datos que permitió realizar los análisis.

### **5.3. Variables**

#### *Objetivo específico 1:*

Para la primera fase, del cuestionario MLQ, los 45 ítems se convirtieron en 9 variables que componen los estilos de liderazgo y tres variables de resultados organizacionales. Entre las variables que conforman el estilo de liderazgo transformacional se encuentran la "influencia idealizada (atribuida)", "la influencia idealizada (conducta)", "la motivación inspiracional", "la estimulación intelectual" y "la consideración individualizada". Las variables que conforman al liderazgo transaccional son "la recompensa contingente" y "la dirección por excepción (activa)". Finalmente, las variables que componen el estilo pasivo son la "dirección por excepción (pasiva)" y la variable "laissez-faire".

Al cuestionario fueron añadidas algunas preguntas sociodemográficas –sexo, edad, centro y años en posición actual- para poder completar los análisis.



#### *Objetivo específico 2:*

Los temas incluidos en las entrevistas se basaron en los factores del cuestionario utilizado en la parte cuantitativa y la revisión de la literatura. Percepciones sobre la naturaleza del liderazgo, sobre los elementos principales del liderazgo, sobre la dimensión personal del liderazgo, sobre la dimensión relacional, sobre cuestiones técnicas y sobre los efectos del liderazgo.

#### *Objetivo específico 3:*

En la tercera fase, además de las mismas variables de la fase número 1 se incluyeron 4 variables para ampliar la información acerca de las percepciones del liderazgo del gerente/director general. Estas variables recogían los elementos principales, los aspectos positivos, los aspectos negativos y el impacto que había tenido en ellos.

### **5.4. Análisis de datos**

#### *Objetivos específicos 1 y 3:*

Para llevar a cabo el análisis de los datos de la parte estadística que requerían los objetivos 1 y 3 se utilizó el paquete estadístico SPSS. El análisis factorial confirmatorio fue descartado porque el tamaño de la muestra no era suficiente -la literatura sugiere que son necesarios 300 casos o 10 casos por cada variable- y la fuerza de la relación entre las variables no era superior a 0.3 en la mayoría de correlaciones (99,100). En este sentido, dado que no se cumplen las condiciones necesarias para poder realizar un análisis factorial, se descartó este método y se partió de la estructura factorial propuesta por Bass y Avolio en la versión de 1995 (41). Así mismo, otros tests también fueron descartados dado el tipo de muestreo no probabilístico.

En su lugar, se elaboró un análisis descriptivo para el que se utilizaron frecuencias, porcentajes y estadísticos de tendencia central y dispersión (media, mediana y desviación típica). Esto permitió ver qué puntuación media

tenía cada participante en cada subfactor –influencia idealizada, consideración individualizada, etc.- y, en base a la estructura factorial propuesta por Bass y Avolio en la última versión del MLQ (41), las medias para cada estilo de liderazgo. Aquellos liderazgos que tenían medias en el estilo transformacional superiores a la mediana fueron considerados para las entrevistas.

#### *Objetivo específico 2:*

Para el segundo objetivo específico, se realizó un análisis de las entrevistas se utilizó NVIVO ya que el uso de este tipo de software para el análisis de texto aumentan el rigor y la fluidez (101). Se planteó como un estudio de caso siguiendo el método ilustrativo, de carácter descriptivo que pretende dar cuenta de la realidad de una teoría previamente hallada (102) y así mostrar los elementos de dicho tipo de liderazgo. Con esta finalidad se utilizó el análisis de contenido temático para buscar patrones en los datos asociados a las preguntas de la investigación a través de la búsqueda de códigos – “se entiende por código al segmento o elemento más básico de información en crudo que se pueda considerar como significativa en relación con el tema bajo estudio” (92)- que se agruparon en temas o categorías y posteriormente dimensiones (103).

Para el análisis de contenido se partió de un método mixto entre deducción e inducción para que las categorías emergidas de la revisión previa de la literatura no condicionasen en exceso los potenciales códigos que pudieran aparecer en el texto. El uso de estas dos estrategias a la vez debía permitir la libertad de obtener nuevos códigos y categorías, pero en última instancia contar con la evidencia encontrada para poder tener un patrón de clasificación disponible.

Se realizó un primer análisis en el que se definieron los códigos que surgían de la transcripción espontáneamente y luego, después de un proceso de depuración de los códigos, se analizó la relación de los códigos con las categorías o subfactores del liderazgo transformacional y transaccional de la literatura. Así, se utilizaron los subfactores de los estilos y las variables de resultado como categorías de agrupación de códigos –siempre que tuvo

sentido a nivel de significado-. Dichas categorías fueron clasificadas en cuatro dimensiones según si hacían referencia a cuestiones *relacionales* (categorías: *motivación, consideración individualizada, estimulación intelectual, influencia idealizada conducta, recompensa contingente, satisfacción, influencia atribuida, esfuerzo extraordinario y dirección por excepción activa*), *personales* (categorías: *actitud luchadora, actitud positiva*), *técnicas* (categoría: *orientación técnica*) o *políticas* (categoría: *orientación técnica*). Finalmente se buscaron patrones entre aquellos códigos que no eran asimilables dentro de las categorías establecidas por la literatura y se crearon categorías nuevas que también se clasificaron dentro de las 4 dimensiones utilizadas.

## **6. Resultados**

### **6.1. Primera fase**

La muestra final de la encuesta se compuso de 30 participantes, gerentes/directores generales de centros de la red de hospitales públicos de Cataluña, sobre un total 45 gerentes de 49 centros hospitalarios de la red de utilización pública. La tasa de respuesta fue de 66.7% (N=30) según los criterios establecidos por la evidencia actual (93) aunque 15 cuestionarios no fueron contestados. La edad media de los participantes para el total de la muestra fue de 56.9 años (DT=3.7), el 93.3% (N=28) eran hombres y el 6.7% (N=2) mujeres y la media de años en el cargo fue de 8.2 años (DT=7.9).

El siguiente cuadro contiene las puntuaciones obtenidas por las personas que participaron en la parte cuantitativa del estudio. A través de las respuestas que los participantes dieron acerca de su estilo de liderazgo, se compusieron los subfactores que componen los factores o estilos de liderazgo. Así, podemos ver la media, la desviación típica- y la mediana de la muestra para cada estilo o factor y sus respectivos subfactores.

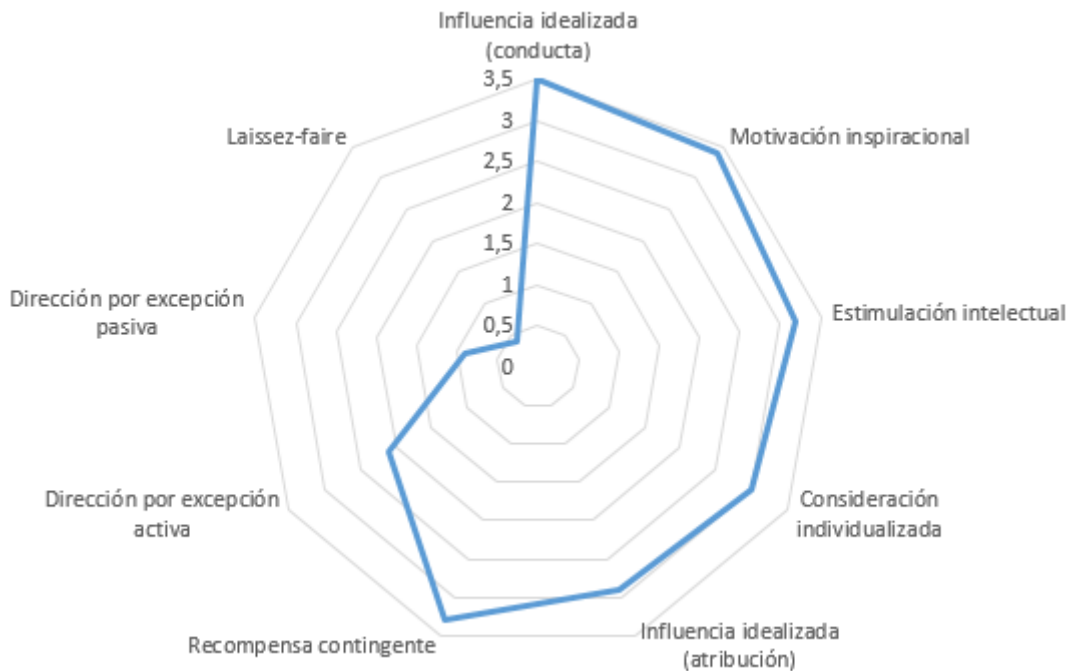
Los resultados (tabla 5) muestran que el estilo más presente en la red pública catalana es el estilo Transformacional (3,2 sobre 4), seguido a menos de

medio punto por el transaccional (2,7 sobre 4) y a mucha distancia del pasivo (0,6 sobre 4).

*Tabla 5: Factores y subfactores de liderazgo según autovaloración con MLQ de los gerentes de la red pública de hospitales catalanes (media)*

<b>(medias sobre 4)</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>Mediana</b>
Transformacional	3,2	0,3	3,2
Influencia idealizada (Conducta)	3,5	0,3	3,5
Influencia idealizada (Atribución)	2,9	0,5	3,0
Motivación inspiracional	3,4	0,5	3,4
Estimulación intelectual	3,2	0,3	3,3
Consideración individualizada	3,0	0,4	3,0
Transaccional	2,7	0,5	2,5
Recompensa contingente	3,3	0,5	3,5
Dirección por excepción activa	2,1	0,8	2,0
Pasivo	0,6	0,4	0,6
Dirección por excepción pasiva	0,9	0,5	0,9
laissez-faire	0,4	0,4	0,3

Gráfico 9: *Subfactores de liderazgo según autovaloración con MLQ de los gerentes de la red pública de hospitales catalanes (media)*



Por subfactores (tabla 6), se observa que el carisma o influencia idealizada (conducta) es el subfactor en el que se obtiene una mayor puntuación (3,5 sobre 4). Este subfactor del liderazgo transformacional recoge los ítems relacionados con la transmisión de los valores, el sentido del propósito, las consecuencias éticas y morales de las decisiones y la misión.

En segundo lugar, se situó la motivación inspiracional (3,4 sobre 4), subfactor del estilo transformacional que incluye el entusiasmo por los logros, la visión y la confianza por alcanzar los objetivos.

En tercera posición se situó un subfactor del modelo transaccional, la recompensa contingente (3,3 sobre 4), aspecto que agrupa ítems relacionados con el refuerzo positivo.

También con una puntuación alta, a pesar de ser uno de los subfactores del liderazgo transformacional con una puntuación relativamente menor, se encuentran la estimulación intelectual (3,2 sobre 4), la consideración

individualizada (3 sobre 4) y la influencia idealizada como atribución (2,9 sobre 4).

Los sufactores dirección por excepción activa que pertenece al estilo transaccional, la dirección por excepción pasiva y laissez-faire que pertenecen al estilo pasivo registraron las medias más bajas con puntuaciones inferiores a los 3 puntos.

Si miramos las medias de los ítems del cuestionario de forma individualizada podemos ver que con medias por encima de los 3,5 puntos encontramos varios elementos relacionados con la comunicación y una actitud positiva, innovadora, ética y de gestión de equipo de personas.

En cuanto a la comunicación y una actitud positiva, los participantes declaran expresar satisfacción cuando se cumplen las expectativas, hacer ver la importancia de llevar a cabo lo que nos proponemos, hablar con entusiasmo acerca de los logros que deben alcanzarse y enfatizar la importancia de tener un sentido colectivo de la misión a realizar.

Otro aspecto que obtiene también una puntuación alta es buscar diferentes perspectivas a la hora de solucionar los problemas y que es posible relacionar con la innovación o la creatividad. Considerar las consecuencias éticas y morales de mis decisiones también es un elemento destacado por los participantes. Finalmente encontramos como elemento destacado considerar que cada uno de los miembros del equipo tiene diferentes necesidades, capacidades y aspiraciones que otras personas.

Tabla 6: Valoración media de los ítems del MLQ

Ítems	media
<b>Transformacional</b>	
<b>Motivación inspiracional</b>	
Hablo con entusiasmo acerca de los logros que deben alcanzarse	3,5
Muestro confianza en que se conseguirán los objetivos	3,4
Hablo del futuro con optimismo	3,4
Presento una convincente visión del futuro	3,3
<b>Influencia idealizada (conducta)</b>	
Hago ver la importancia de llevar a cabo lo que nos proponemos	3,6
Considero las consecuencias éticas y morales de mis decisiones	3,5
Enfatizo la importancia de tener un sentido colectivo de la misión a realizar	3,5
Hablo a la gente a mi cargo de los valores y creencias más importantes para mí	3,2
<b>Estimulación intelectual</b>	
Busco diferentes perspectivas a la hora de solucionar los problemas	3,6
Hago que la gente a mi cargo contemple los problemas desde muchos ángulos diferentes	3,3
Reexamino los supuestos cruciales para ver si son adecuados	3,2
Sugiero nuevas maneras de realizar el trabajo asignado	2,9
<b>Consideración individualizada</b>	
Considero que cada uno de los miembros de mi equipo tiene diferentes necesidades, capacidades y aspiraciones que otras personas	3,5
Ayudo a que la gente de mi equipo desarrolle sus capacidades	3,3
Trato a la gente más como persona individual que como miembro de un grupo	2,7
Dedico tiempo a la enseñanza y a la formación	2,5
<b>Influencia idealizada (atribución)</b>	
Voy más allá de mi propio interés en beneficio del grupo	3,3
Hago que la gente a mi cargo se sienta orgullosa de trabajar conmigo	3,2
Actúo de forma que me gano el respeto de la gente que trabaja conmigo	3
Doy muestras de poder y confianza en mí mismo	2,3
<b>Transaccional</b>	
<b>Recompensa contingente</b>	
Expreso satisfacción cuando se cumplen las expectativas	3,7
Señalo de forma concreta quién es el responsable de lograr unos determinados objetivos de rendimiento	3,4
Ayudo a la gente a mi cargo a cambio de sus esfuerzos	3,2
Dejo claro lo que uno puede recibir si se consiguen los objetivos	2,9
<b>Dirección por excepción (activa)</b>	
Presto atención a las irregularidades, fallos, excepciones y desviaciones con respecto a la norma esperada	3
Concentro toda mi atención en subsanar los errores, reclamaciones y fallos	2,2
Hago que la gente a mi cargo dirija su atención hacia los fallos a la hora de cumplir lo establecido	2
Llevo un registro de todos los fallos	1,3
<b>Pasivo</b>	
<b>Dirección por excepción (pasiva)</b>	
Demuestro que creo firmemente en el dicho "si no está roto no lo arregles"	1,4
Evito intervenir hasta que los problemas se agravan	1,3
Espero que las cosas vayan mal antes de actuar	0,5
Dejo que los problemas se vuelvan crónicos antes de actuar	0,4
<b>Laissez-faire</b>	
Retraso la respuesta a las cuestiones urgentes	0,6
Estoy ausente cuando se me necesita	0,3
Evito tomar decisiones	0,3
Evito involucrarme cuando surge algún problema importante	0,2

Concretamente, el ítem que obtiene una media más alta "Expreso satisfacción cuando se cumplen las expectativas" es un aspecto que pertenece al subfactor recompensa contingente, dentro del estilo transaccional.

En segundo lugar, se encuentra "Hago ver la importancia de llevar a cabo lo que nos proponemos" que pertenece al subfactor influencia idealizada (conducta) y en tercer lugar "Busco diferentes perspectivas a la hora de solucionar los problemas" del subfactor estimulación intelectual", ambos del estilo transformacional.

En el otro extremo las puntuaciones más bajas –por debajo de los dos puntos– están, en su mayoría, aquellos ítems que hacen referencia a un estilo de liderazgo pasivo. Estos ítems refieren a no actuar hasta que no se detecta un problema y por lo tanto a no tener una actitud proactiva.



## **6.2. Segunda fase**

En el siguiente apartado se presentan los resultados del análisis de la fase dos del estudio. En esta fase, se entrevistaron los 5 líderes de las organizaciones incluidas en la fase 1 que obtuvieron un estilo transformacional más alto.

Se entrevistaron 4 hombres (80%) y una mujer (20%), tenían de media de edad 57,2 años y habían estado en la posición actual 7,3 años (de media).

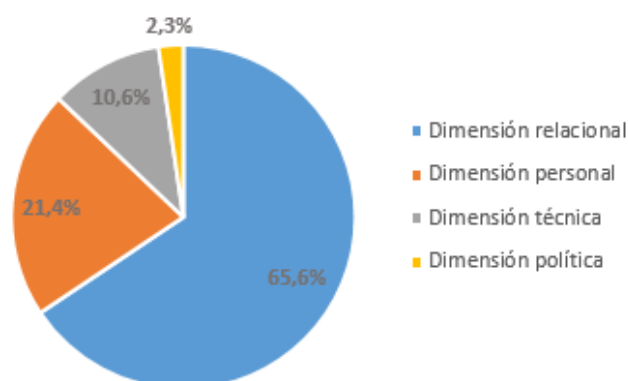
Los resultados de la segunda fase se dividieron en dos partes. En primer lugar, se describió la distribución de los códigos que surgieron en el análisis en categorías y dimensiones. En segundo lugar, se recogieron los extractos de las entrevistas que ilustraban cada una de las categorías definidas.

### **6.2.1. Distribución códigos**

A partir del análisis de las cinco entrevistas aparecieron 101 códigos, clasificables en 15 categorías que a su vez fueron agrupadas en las 4 dimensiones de Nicol y colegas (11).

En primer lugar, parece claro que las cualidades relacionales tuvieron una mayor presencia en los relatos de las personas entrevistadas. Así, códigos asociados a la relación del líder con sus seguidores aparecieron 254 veces frente a las 83 veces en que lo hicieron las características personales, las 41 menciones a conceptos técnicos o las 9 menciones asociadas a la dimensión política.

Gráfico 10: Distribución códigos según dimensiones



Aunque la finalidad de este análisis no es la cuantificación de los códigos debido a la naturaleza cualitativa de la fase, si pareció relevante ofrecer la distribución general de los resultados. La siguiente tabla (tabla 7) presenta la distribución de códigos, categorías y dimensiones.

Tabla 7: Distribución de códigos, categorías y dimensiones

Dimensión	Categoría	Código	Frecuencia códigos
Relacional	Motivación	Claridad, comunicación, confianza, delegar, exigencia, facilitar, horizontalidad, motivar, orientar, pautas, resolutivos, seguimiento, transparencia, impulsar y eliminar barreras plantilla	74
	Consideración individualizada	conciliación, consideración individualizada, empatía, proximidad, relajar, seguridad, apoyo, tolerancia, vínculo emocional, formación	45

	Estimulación intelectual	Consenso, creatividad, empoderamiento, experiencia miembros organización, involucrarse, participación y promoción	36
	Influencia conducta	Generar confianza, influencia, presencia, ser ejemplo, valores, visión y misión	25
	Otras	Arbitrar problemas equipo, articular, cohesión, estabilidad colaboradores, éxito compartido, líderes informales, trabajo en equipo	30
	Recompensa contingente	reconocimiento, estructura de funciones/roles clara, refuerzo, resultados, supervisión	17
	Satisfacción	Evaluación satisfacción equipo, bienestar, clima, satisfacción	17
	Influencia atribuida	Legitimidad y prestigio	6
	Esfuerzo extraordinario	Esfuerzo extraordinario	2
	Dirección por excepción activa	Dirección contingente	2

Personal	Actitud luchadora	Afrontar adversidades, agencia, autoconfianza, autoexigencia, implicación, iniciativa, reto, ambición, resiliencia, responsabilidad y tenacidad	41
	Actitud positiva	Comodidad, disfrutar, humor	5
	Otras	Aprendizaje continuado, coherencia, flexibilidad, habilidades comunicativas, humildad, profesionalidad, prudencia, recibir apoyo, riguroso, sentido crítico, sinceridad, habilidades relacionales y veteranía	37
Técnica	Orientación técnica	análisis, ciclo, economía, innovación, líneas de trabajo, método, objetivos, plan estratégico, planificación, plan de trabajo, posicionamiento sector, prioridades y plan director	41
Política	Orientación comunidad	coordinación exterior	9

## **6.2.2. Extractos códigos entrevistas**

Otra parte del análisis consistió en señalar aquellos extractos<sup>2</sup> de los textos que permitían ilustrar de forma cualitativa los aspectos cuantificados en la primera fase sobre los liderazgos.

### **6.2.2.1. Dimensión relacional**

Esta dimensión incluye aquellas categorías y códigos que hacen referencia a las relaciones entre líder y seguidores. Aquí se encuentran aquellas características que las personas entrevistadas consideran que tienen o aquellas que creen que debería tener un buen liderazgo. Se recogen categorías que corresponden con los factores del estilo transformacional y transaccional, las variables de resultados y las categorías y los factores que emergieron durante el análisis.

En las entrevistas aparecieron códigos que fue posible relacionar con los cinco subfactores del liderazgo transformacional. El subfactor con un mayor número de códigos aparecidos en las entrevistas es la motivación a esta categoría se asociaron códigos como la claridad, la comunicación, la confianza, la exigencia, la horizontalidad, la motivación, la orientación, las pautas, la delegación, la facilitación, la resolutivez, el seguimiento, la transparencia, el impulso y la eliminación de barreras.

#### *La motivación*

La motivación es la categoría que incluye una mayor frecuencia de códigos en las transcripciones de los entrevistados. Según Bass la motivación es uno de los cinco factores del liderazgo transformacional y consiste en la articulación de una visión en términos de problemas, propósitos, y recursos disponibles de forma intuitiva. En el presente análisis se ha estimado oportuno incluir en esta categoría el código motivación, la claridad de expresión, la comunicación, la confianza, delegar, la exigencia, facilitar el

---

<sup>2</sup> Los fragmentos entrecomillados reproducen de forma literal las afirmaciones de los entrevistados. Se ha mantenido la lengua original para no introducir posibles sesgos

desarrollo del trabajo de los profesionales, la horizontalidad, la orientación, las pautas, promover actitudes resolutivas, el seguimiento, la transparencia, el trabajo en equipo, impulsar al equipo, y eliminar barreras plantilla.

Se extrae de las entrevistas que una plantilla motivada depende del entorno de trabajo y la gestión del líder para motivar:

“se trata d’aprofitar l’energia de totes de tal manera de sintonitzar-les en el moviment de la empresa de la millor manera possible” caso 1

“allò que tu has plantejat que faries i per difícil que sigui i al final es fa i això és una gran satisfacció és la principal motivació” caso 2

En este sentido vemos que se considera una tarea del liderazgo el facilitar unas buenas condiciones y un buen entorno a la plantilla:

“intentar simplificar la vida dels professionals és a dir tot allò que signifiqui prendre dades tot això que tot això tot lo que sigui informàtica que no sigui un problema perquè si (inaudible) informàtica...” caso 3

Otro requisito asociado a la facilitación y la motivación es la capacidad de orientar cuando es necesario:

“per exemple hi ha una persona que té una grandíssima capacitat d’energia una grandíssima capacitat d’organització però a lo millor no es capaç de seleccionar molt bé los objectius i a vegades se despista i a vegades se dispersa, la meva funció es orientar-la i tal tal tal” caso 1

Asociado a la orientación, en las entrevistas también se mencionó la necesidad por parte del líder de detectar la existencia de barreras o limitaciones que impidieran a miembros de la plantilla el correcto desarrollo de su potencial. En este sentido, se señala la necesidad de tomar acciones para eliminar barreras de la plantilla y permitir a los seguidores trabajar en su máximo potencial:

“veure que tal persona te un potencial tremendo però pel que sigui, (rumia) no l'està desenvolupant bé o correctament no d'això, Que està passant aquí? Doncs que hi ha algú pel que sigui també que la tapa que (rumia) que no treballen bé de manera conjunta, llavors clar si tu només pots eliminar aquesta barrera de manera natural i de manera correctament feta” caso 5

El segundo elemento más mencionado es la comunicación. Aquí se recoge por un lado la importancia de establecer canales para que la plantilla pueda expresarse y mantener una actitud receptiva:

“ha de ser una actitud sempre d'escoltar, una actitud participativa (rumia) no democràtica perquè el lideratge no és democràtic però sí una actitud participativa que la gent sàpiga que escoltes i que tens en compte les opinions dels teus principals col·laboradors” caso 2

“encara que tinguis molt clara una cosa o sigui el fet d'escoltar [...] el poguer escoltar abans i ser el suficientment dúctil per dir tenen raó o hi ha una cosa que d'allò, això ho has de variar” caso 5

Por otro lado, se evidencia la necesidad de transmitir e informar de formación continuada acerca de la organización a través de varios mecanismos informales y formales:

“Lo que jo he fet sempre es parlar amb tothom i em passo més hores parlant amb pacients, familiars i empleats, que segurament fent la feina [...] Abans de fer el pla estratègic pues els hi vinc aquí i els explico mira jo crec que això en un futur seria aixís i allà” caso 3

“2 sessions de tota la organització a l'any i dos sessions de tots el comandaments en donde marcamos la politica de la empresa explicamos los planes” caso 1

Asociado a la comunicación encontramos el seguimiento. Se señalan algunos métodos cómo por ejemplo el análisis psicosocial y reuniones de seguimiento:

“Exigeixo que cada directiu tingui una reunió setmanal o quinzenal amb el seu equip i que tothom pugui parlar tothom pugui dir [...] al menys dos vegades a l’any cada directiu ha d’estar assegut i sol davant del seu col·laborador, un per planificar l’any i un altre per passar revista” caso 1

“això ho parlem i quan els seus equips necessiten algun reforç d’alguna cosa o si vols alguna competència on tenim algun problema això si que m’interessa molt perquè és una part fonamental de que els equips, els seus equips també funcionin” caso 2

“[reuniones semanales con el comité ejecutivo] ens expliquem de tot dintre d’aquest context hi ha pues a lo millor la revisió formal dels objectius que ens plantegem, la discussió sobre els problemes que li poden haver aparegut o que a mi em sembla que convé mirar-se [...] Cada any fixem els objectius de cada una de les arees i els directius [...] ens trobem 3 cops a l’any específicament en cada una de les àrees per revisar com van aquells objectius que s’havien fixat” caso 4

También en relación con la comunicación y el seguimiento es importante la transparencia. Así, se reitera la necesidad de mantener una política de transparencia con el equipo y la necesidad de establecer los mecanismos adecuados:

“nosaltres tenim una revista interna pel personal només es de consum intern i que surt cada.... abans sortia cada 3 mesos i ara amb la retallada hem passat a cada 4” caso 3

“no hi han barreres informatives amb aquest sentit i això ho compartim absolutament tot [...] els resultats son molt compartits, la informació és absolutament compartida jo no tinc una informació que no pugui tenir el.... no sé el cap de servei de metología possem-hi el cas [...] hi ha tota una oferta a tota la organització amb lo que diríem plenaris en lo qual expliquem els resultats de l’any anterior i els



objectius de l'any següent que es fa a tots el centres pues dos hores"  
caso 4

Otros dos elementos de la motivación que están estrechamente relacionados son la confianza y delegar. Existe una conciencia de que la organización funciona gracias a sus miembros y por lo tanto es necesaria una confianza en las habilidades de la plantilla que permita distribuir las tareas establecidas:

"tinc molta facilitat [...] per crear equips potents perquè no me costa delegar i m'agrada molt fer-ho" caso 1

"crec que a la vegada delego bastant, ¿eh? [...] delego perquè tinc confiança amb els meus equips amb les persones de les diferents àrees" caso 2

"jo crec que als equips la vàlua de cada un augmenta el valor de l'equip i llavors en lloc de a vegades osti aquest, aquest m'anirà per l'esquena o aquest bueno això tan típic no? [...] lo que faig és creure en l'equip" caso 3

Finalmente, también aparece en las entrevistas la necesidad de promover actitudes que reflejen autonomía en las plantillas. La resolutividad aparece en el relato de los entrevistados cómo una actitud necesaria para el correcto desarrollo de la organización:

"quan venen amb un problema no? ¿Saben que han de venir amb una proposta de solució i si no lo que aquí discutirem serà en aquests termes no? ¿A mi no m'interessa tan què ha causat el problema si no quina solució creuen ells que li poden donar no? I una vegada ho hem discutit això torna a estar a la seva taula" caso 4

"jo soc molt insistent amb el meu equip en que encertin quina és la millor opció de qualsevol conflicte que tens davant qualsevol qüestió es encertar quina és la millor opció o sigui encertar el diagnòstic i després ja faràs el tractament que tal" caso 2

### *Consideración individualizada*

Este factor implica en la definición de Bass, es la capacidad del líder de detectar las necesidades de crecimiento personal de su plantilla y conocer sus cualidades y creencias.

Otro de los factores del liderazgo transformacional recogido en el MLQ es la consideración individualizada. Este factor también aparece de forma recurrente en los relatos de los entrevistados.

“tothom necessita tenir un feedback amb els seu cap, i saber que fa bé i que no fa bé, i què pensa i que no pensa” caso 1

“practico una mena de tutoria per dir-ho d’alguna forma amb la gent que treballa més pròxima a mi, el comitè executiu el qual un dia a la setmana jo el destino única i exclusivament a despatxar INDIVIDUALMENT [...]A cada un d’ells, i és una mica.... no hi ha ordre del dia... si no tenen un tema per tractar i jo tampoc aquella hora la suspenem per què pues per què podem fer un altra cosa, però aquella hora jo estic disponible” caso 4.

“en la mesura en que captes que algú té la necessitat d’explicar algo ...[...] m’apropo o tracto d’apropar-me no? o quan tu veus algú que a lo millor porta una setmana pues ...o una temporada atabalat que no se què i allò que teníem que tenir fet no ho tenim fet, que tal i que qual i dius escolta passa alguna cosa més que no sigui la feina” caso 4.

La empatía también apareció en el relato de los entrevistados cómo un elemento necesario para tener una buena relación con la plantilla:

“hi hagi una empatia des del punt de vista mínim diguéssim una empatia jo dic escolta’m no cal que la gent ni els directius s’abracin per les cantonades un una organització no [...] però una empatia diguéssim allò mínima i d’això hi ha de ser i aquest és un factor diguéssim clau diguéssim doncs de l’habilitat aquesta potser seria ja l’habilitat més relacional” caso 5.

Asociada a la empatía, se menciona la proximidad cómo la necesidad de ser cercano con las personas con que se trabaja. Es decir, que la plantilla pueda ver a quien dirige, pueda discutir aspectos que le preocupan o hacer propuestas sobre cómo organizar el trabajo.

“jo demano proximitat és a dir odio el directiu de pantalla de ordenador i m’agrada molt el directiu que està allà quan més a baix en la organització més encara, millor” caso 1

“però també intento ser proper eh? També intento ser proper amb la meva gent sobretot quan hi ha algun problema no amb el dia a dia no em va bé però quan les coses van malament i tal doncs m’aproximo i amb temes professionals després amb temes personals” caso 2

“Me’n vaig a veure a la gent als seus despatxos i em sec allà a la seva taula i li comento escolti això [...] aquí em pots veure al bar em pots veure sentat amb un malalt en un passillo o amb una infermera que m’explica la vida de no se que, i això em dona una informació i un estat d’ànim de l’organització” caso 3

También asociado a la empatía y la proximidad se menciona el apoyo, tanto en una vertiente profesional cómo personal.

“I no desacreditar mai als meus...” caso 3

La seguridad aparece en los relatos recogidos como una característica que permite a los profesionales trabajar con una mayor tranquilidad.

“vull que se trobin segurs, vull que se trobin còmodes vull crear les condicions per que aquell que està fent la cura estigui pensant i fent la millor cura del món, no si no és la hora no és la hora me pagan no me pagan” caso 1

Dentro de los aspectos de la consideración individualizada aparece la tolerancia. Se reconoce una necesidad de entender que las plantillas están

formadas por individuos con diferentes necesidades, formas de trabajar y que por lo tanto hay que ser flexible y trabajar con la diferencia

“tolerància significa que has d’aprofitar la força encara que no sigui exactament la que vols” caso 1

Otro de los puntales de la consideración individualizada es la formación y el desarrollo. Aunque en algunos relatos se reconocía la necesidad de mejorar en este aspecto era general el reconocimiento de la importancia que tiene la formación para el desarrollo de los profesionales.

“Alguna persona que a lo millor li veig alguna carència potser si eh? Que arribo i li dic: ¿mira escolta hauries de fer alguna cosa d’aquestes no? Per exemple t’hauries d’apuntar ja sigui a una formació d’aquestes o busquem un coaching [...] Allò de dir planifiquem un desenvolupament professional una carrera formalment no ho hem fet, no ho hem fet, els animo a fer coses però no formen part de una... d’un projecte (rumia) programat no d’algú que dius escolta aquesta persona ha d’estar aquí i anirà avançant d’aquesta forma no, això és una deficiència. [...] Ens apuntarem aquest any és tot un projecte de lideratge dels comandaments intermitjos per formar-los una miqueta amb quatre eines no?” caso 4.

### *Estimulación intelectual*

Siguiendo la definición realizada por Bass de los factores del liderazgo transformacional, la estimulación intelectual representa la promoción de la creatividad, de la inteligencia y la capacidad para resolver problemas.

Otro factor que parece ser importante no sólo para la estimulación de los profesionales sino también para los resultados de la organización en general es la participación de la plantilla en las decisiones.

“Porque verás que el pla estratègic moltes vegades se encarga a una consultoria, moltes vegades es una mica complicat jo he fet exactament lo contrari, lo ha fet tothom des de cada unidad i ho he

fet para cada Unidad para que tothom sigui entenedor amb unes coses molt "ben" senzilles." Caso 1

"vem decidir amb les inversions de l'hospital té un pressupost d'inversions i tenim que decidir en que ens gastàvem [...] després a l'hora de decidir les prioritats, (rumia) les prioritats al equip directiu les han marcat les diferents direccions per tant ha estat participatiu" caso 2

"un programa que l'han proposat els demés un programa que és molt bo que és molt innovador" caso 3

"la Comissió d'escenaris venien a portar les conclusions llavors discutíem sobre les conclusions aquelles i sobre si aquell ajust que havien previst això tal qual ens semblava que podria quadrar" caso 4

En esta misma línea, involucrar a los trabajadores para que se sientan parte del proyecto parece producir buenos resultados tanto en su estimulación como en los resultados de la organización.

"ser capaç d'involucrar la gent en un relat i fer que aquest relat tingui avantatges és a dir sigui conciliador de les diferents expectatives sobre una organització" caso 3

Provomer la creatividad de la plantilla es un proceso paralelo al de su formación, participación e involucración. Es positivo tanto a nivel de los efectos positivos del liderazgo en los profesionales como en los resultados de la organización por facilitar encontrar soluciones a los problemas o retos.

"hemos estado 4 meses dándole aquí al coco", discutint, parlant, buscant alternatives i reflexionant" caso 1

En línea con los aspectos de la estimulación intelectual se menciona los efectos positivos de buscar el empoderamiento de los profesionales a través por ejemplo de de representar la organización en ocasiones de potencial reconocimiento.

“donar canxa amb aquest sentit de visualització no? en l’entrevista aquesta m’agradaria que la tinguessis tu tal [...] i ets tu que representa a la Fundació amb aquell moment.....o sigui l’efecte l’empoderament diguéssim amb aquest sentit de visualització de persones i tal és crec que és un element molt important” caso 5.

### *Influencia conducta*

La influencia o carisma cómo conducta es significa que el líder transmite a su plantilla valores, convicción, ética. La influencia o carisma es un elemento central de la literatura del liderazgo. En la definición de Bass y Avolio este elemento se divide en conducta y en atribución, es decir, lo que hace el líder y lo que perciben los seguidores.

Dentro de este subfactor encontramos la visión. La visión aparece en todos los relatos de los entrevistados y se le da una gran importancia dentro de las responsabilidades del líder. Tener una visión y saber transmitirla.

“El primer element és que tu has de saber lo que vols has de saber a on has d’anar” caso 1

“més que algú que condueixi molt bé el barco un que digui molt bé cap a on té que anar el barco i per què? [...] el que necessites el que et fa el relat a llarga distància” caso 3

“el líder ha de ser algú que d’aquella matèria que produeixi l’empresa o l’entitat o la companyia i tal, en tingui una visió global” caso 4

Otra aspecto relevante y necesario para poder transmitir la visión a la organización es el de generar confianza. Es imprescindible para poder contar con la atención de la plantilla y para que el relato transmitido tenga valor.

“m’eforço molt en saber què s’espera de mi és a dir què s’hauria de fer en la responsabilitat que jo tinc, què s’hauria de fer” caso 1

“crec que a la gent que ha estat al meu volt també perquè a continuació quan veuen que tu no tens por a demostrar les teves carències automàticament ells també demostren les seves i també pregunten i al final aconseguim comunicar-nos, perquè si no pots tenir habilitats” caso 4

Generar confianza es un proceso que parece tener múltiples causas, pero una de ellas es la presencia, ser presente en la organización.

“no pots posar la organització diguéssim en perill per què tu no hi ets o per què aquell dia no se que ha passat que d'això es dir...trobar el terme mig també es fàcil de dir i difícil de fer eh? però la meua tendència és estar molt a sobre” caso 5

“tinc la impressió que aquesta presencialitat ara es viu d'un altre manera. Per entendre'ns, no està més pròxim el que està més aprop si no el que està més ben connectat” caso 4

“jo procuro estar en el canvi de torn canvia el torn a les 7:30, pues perquè pot haver-hi gent que pugui estar interessada en contactar amb mi de l'altre torn no?” caso 4

“aquests dies que tenim dies durs a urgències jo hi baixo, a urgències ...baixo cada dia a Urgències, no? Poso la bata i baixo a baix, perquè independentment de que soc absolutament inútil fent algo pràctic allí crec que és important que la gent que estant encabronats, crispats, icansats no se que! T'ho puguin dir no?” caso 4

Más allá de generar confianza algunos relatos incluyen la voluntad de tener influencia en sus seguidores.

“intento modificar jo intento influenciar no ser influït si no intento amb el que puc modificar a l'entorn i modificar als que manen perquè les decisions siguin les millors eh?” caso 2.

### *Influencia atribuida*

La influencia atribuida o carisma responde, según Bass, a la admiración de la plantilla. Así, en el liderazgo transformacional, la plantilla siente admiración, respeto, confianza, identificación e imitación.

Aquí encontramos dos elementos relacionados entre si como son la legitimidad y el prestigio. Ambos códigos, aunque lógicamente requieren acciones por parte de quien los posee, son atribuciones proyectadas por los demás.

“han de concórrer característiques pues de legitimat no? Allò de que sigui algú que no sigui arbitrari” caso 4

“dir la gent té confiança en tu perquè entre altres coses sap que se’n pot tenir però a més a més perquè home saben que jo hi sóc duran molt temps i en principi no veuen que me’n vagi és a dir és clar ser una peça important de la organització i no l’interí que arriba i que...” cas 3

“jo he tingut una sort que jo crec que això no es una habilitat però jo crec que es lo que els sistemes o sigui lo que el sistema necessitaria i és he tingut temps d’ executar un projecte, és a dir la gent confia en tu perquè he pogut demostrar que es pot confiar però a l’hora em creuen i això de dir creure” caso 3.

### *Satisfacción*

Según el modelo propuesto por Bass y Avolio, El liderazgo transformacional produce satisfacción en los seguidores y obtiene por su parte un esfuerzo extraordinario.

La satisfacción es un elemento que aparece como resultado de ciertas gestiones y aparece en la literatura como un aspecto que tiene un efecto positivo en los resultados de la organización. Incluye aspectos como un buen clima de trabajo o el bienestar. En este sentido, parece importante medir de



alguna forma la satisfacció del equip per poder saber si se est en un bon cam.

“un altra cosa s disfrutar del que fas, i a vegades les coses també set passen i passa un any i tal tal...no no no no, escolta’m us doneu compte de lo que hem fet aquest any?” caso 1

“S quan vem fer la enquesta [...] va sortir bastant bé la percepció del grup que hi havia aquí respecte del superior, per tan en principi aix ho varem fer fa un any i mig, per tant en principi crec que tenen una bona impressió [...] es fa cada tres anys i es a tota la organització però cada nivell de la organització avalua a l’altre etc [...] s la del consorci, nosaltres hem introduït aqui per que aqui hi havien enquestes internes d’altres coses i les vem fondre [...] llavors doncs sobre la mateixa del consorci hi ha alguns aspectes singularitzats [...] Llavors amb aquest sentit de l’enquesta si que aix es deduïa no? Que ...bueno que la gent estava... se sentia bé no? Amb general eh? “hay un poco de todo”.” Caso 4

Así, aparecieron en los relatos el clima, la satisfacció y el bienestar.

“crees un clima i les persones que t’han d’ajudar estan estimulades “lo més probable, lo més probable” és que passi.” Caso 1

“quan estem i tenim coses bones les compartim i disfrutem de fer-les i això és un potenciador estratosfèric de primera categoria [...] “somos buenos, disfrutamos haciendo esto, lo hacemos a gusto”” caso 3

“han d’estar a gust fent lo que fan i han de fer-ho amb la seva mxima expressió [...] has de crear una situació favorable a lo que has de fer [...]” Caso 1

### *Esfuerzo extraordinario*

Otro elemento relacionado con los resultados del liderazgo, este asociado al liderazgo transformacional en la definición de Bass y Avolio, es el esfuerzo extraordinario.

“el 98% van votar Sí a rebaixar-se el sou i mantenir, intentar mantenir l'estructura com era [...]que és lo que ens ha ...perquè haguéssim perdut la capacitat, en canvi ens hem sacrificat i hem aconseguit facturar exactament lo mateix que en retallades” caso 3

### *Recompensa contingente*

Una advertencia que hacen Bass y Avolio en su modelo es que no existe el liderazgo transformacional de forma total. En general, los estilos no se poseen de forma integral y exclusiva, sino que los líderes poseen elementos atribuibles a distintos estilos. En este sentido cabía esperar encontrar elementos o factores atribuibles al liderazgo transaccional en las entrevistas.

La recompensa contingente es uno de los dos subfactores que forma parte del liderazgo transaccional. Este estilo se basa más en los resultados y las tareas.

“dir per qui treballem qui es l'objecte de la nostra feina? Un: cómo es evidente els pacients i les seves famílies, ¿que ens demanen? pues si tu fas una llista al final tens 3 o 4 cosetes facilíssimes si demanen calidad assistencial, calidad relacional i calidad ambiental per dormir i tal, ¿per quí treballem també el Consell d'Administració i qué ens demana? Calidad assistencial, proximidad i no se què, un coincide bastante per tant son coses que ja tens dos inputs que els has de fer” caso 1

Este asume que existe la necesidad de recompensar y de hacer un refuerzo a los profesionales para compensar los resultados positivos

“per tant tots els mitjans, o sigui canalitzo molt i a vegades canalitzo ja perquè les segones figures surtin es a dir que el reconeixement

sigui molt compartit i que tothom pugui es a dir que, que siguin directors de Tesi o que vagin a Tribunals, que si volen viatjar que viatgin..." caso 3

"cada any fixem els objectius de cada una de les arees i els directius aquí tots tenen una part variable [...] i bueno i el copet a l'esquena" caso 4

"si que faig el reforç positiu [...] hi ha una que és molt fàcil es felicitar i agrair la feina feta" caso 1

Otro aspecto de este liderazgo es que aquí existe una estructura de funciones y roles más clara.

"és molt important que en una organització com aquesta lo que és el nivell executiu tingui clarament el seu rol i el nivell de govern tingui el seu, es respectin cada un faci el seu i cada un discuteixi des de lo que te que discutir" caso 4

Este liderazgo no pone tanto acento en los cambios de la plantilla que pasan a autoliderarse en el transformacional. Aquí el seguimiento tiene una mayor presencia.

La supervisión se vive cómo la búsqueda del equilibrio entre el seguimiento del funcionamiento de la organización y la confianza en el equipo en el que hay que delegar trabajo.

"el fet d'estar a sobre [...], el perill estaria amb acabar no delegant o amb acabar i llavors hi ha un moment que et col·lapses o sigui has de saber trobar, que "se sienta el aliento tuyo" [...] però sense diguéssim personificar d'una manera lo que pot ser una funció perfectament d'una altre persona de l'equip no? És l'equilibri aquest d'estar a sobre, sense aixafar [...] per tant diguéssim que el recorregut real i de contingut l'estigui fent la persona directament responsable" caso 5.

### *Dirección por excepción activa*

El otro aspecto del liderazgo transaccional es la dirección por excepción activa. Aquí se pone un mayor acento por señalar los errores que hay que corregir. La dirección contingente por su lado dice que la dirección está presente o no en función de las circunstancias.

“i a vegades deixar l’equip que funcioni o a vegades involucrar-me”  
caso 3.

### *Otros*

Finalmente, dentro de la dimensión relacional emergieron códigos que no fue posible integrar en las categorías determinadas por el modelo propuesto por Bass y Avolio. Se destacó el trabajo en equipo como un valor y la importancia de mantener su cohesión, la estabilidad de los colaboradores y la necesidad de arbitrar en los posibles conflictos.

“el fet d’estar durant molt de temps amb la gent es a dir d’alguna manera jo fa molts anys que tinc el mateix equip fa que hi hagi bastantes complicitats” caso 3

“Perquè si tens un bon equip pues hi han friccions, perquè com que son bons també son bons amb tot no? ¿també son bons en volgué fer no? Hi ha friccions i jo m’he donat compte que la meva participació, la meva intervenció ajuda” caso 2

### **6.2.2.2. Dimensión personal**

#### *Actitud luchadora*

Se desprende de los relatos que se percibe como necesaria una actitud luchadora para ser un buen líder. Aquí se incluyen características como la agencia, afrontar adversidades, autoexigencia, implicación, reto, iniciativa, ambición, resiliencia, responsabilidad y tenacidad.

Se desprende de los relatos que asocian el liderazgo con un papel protagonista en la organización. Consideran que un líder puede hacer cosas y debe hacerlas. Se menciona la responsabilidad del líder:

“[delego] menys la responsabilitat que a mi em correspon es a dir si ho fan malament es culpa meva eh? Vull dir no delego i per tant joestic al darrera ajudant i assumint que m’he equivocat jo i no el meu equip eh? Això si que ho tinc...” caso 3

“tu ets el jefe i que la decisió última la responsabilitat l’assumeixes tu i que el jefe és el jefe eh?” caso 2

La agencia del gerente a pesar de ser organizaciones complejas:

“les Institucions son governables es poden governar las institucions siempre tenen problemes de un estilo o de un altre o d’un caire o d’un altre, però sempre, sempre tens coses que fer” caso 1

A pesar de que no se menciona cómo una necesidad si no cómo una descripción de uno de los líderes, la autoconfianza o la seguridad en uno mismo forman parte del relato de las habilidades personales del buen líder.

“jo tinc un caràcter fort i no em deixo influenciar gaire (rumia) per l’entorn, que Segur que m’influencia perquè no, no ets una pedra, no ets una pedra, però jo veig comparativament amb els altres companys meus, companys diguéssim d’altres organitzacions que lideren altres organitzacions i veig que jo soc menys influenciable que ells” caso 2

Otro grupo de aspectos mencionados en los relatos son los asociados a la proactividad. Se considera que los líderes deben implicarse en las cosas:

“no pot escriure un altre per a tu, no pot escriure un altre per a tu. Molts dels aspectes comunicatius això del relat què t'estava dient t'ho has de fer tu perquè han de ser autèntics” caso 4

“m'involucro molt en les coses i quan veig que les coses no acaben de funcionar me les poso a l'esquena i tiro endavant” caso 3

La iniciativa también es una cualidad mencionada cómo positiva para un líder de organización.

“prefereixo fins i tot allò equivocar-me per què d'aquella errada d'aquella equivocació s'aprèn o sigui que t'hauràs pelat els genolls i que t'hauràs d'aixecar però i si no t'haguessis mogut no t'haguessis pelat els genolls eh? Però bueno amb això si que soc partidari... o sigui dec acumular bastants errors (inaudible) error, aprenem, i aprenem uns quans i estem en una organització que moltes coses no estan escrites no estan no? ...t'has d' equivocar.”  
Caso 5

“tinc una gran quantitat d'energia disponible per tant jo sóc impulsor motor “básico de cosas”” caso 1

En línea con la iniciativa, asumir retos parece un elemento indispensable en un líder.

“per tant jo repte! Pues fer d'aquesta Institució lo que tenim programat que es estar entre les dos tres primeres del sector” caso 1

“qualsevol projecte que pugués jo participar o contribuir perquè em trobo comodíssim, super veterano super segur i super afirmat” caso 1

Por último, dentro de los códigos aparecidos en la categoría actitud luchadora encontramos un grupo de aspectos relacionados con la fortaleza. Según los discursos, es importante saber afrontar adversidades:

“que en els moments difícils pues estiguis allí també [...] les males notícies m’agrada comunicar-les jo, les males també no no les esquivo, quan hem acomiadat gent els he acomiadat jo especialment si eren d’equips directius o fins i tot caps de servei”  
caso 4

“aquestes coses sempre les he volgut fer personalment no les he delegat a amb un perquè dongui la cara, si no que m’haig de menjar el marron, pues em poso més o menys nerviós” caso 3

Tener resiliencia para poder soportar la presión y los malos momentos y ser exigente con uno mismo:

“suportar la pressió quan les coses no van bé” caso 1

“i per una altre cantó soc molt exigent amb la feina perquè soc molt exigent amb mi mateix” caso 3

“Perquè sóc molt exigent, perquè també tinc una autoexigència meva molt alta.” Caso 2

### *Actitud positiva*

Para algunos líderes entrevistados también es necesario disfrutar del trabajo y tener una actitud positiva y sentido del humor.

“un altra cosa és disfrutar del que fas [...] Perquè ahora nosaltros formem un equip que disfrutem.” Caso 1

“distensió, desdramatitzar i una mica d’humor” caso 2.

### *Otras*

Aparecen también en la dimensión personal algunos códigos que parecen relevantes, pero no parecen tener suficientes elementos en común para formar una categoría específica. Así, en la categoría otras, se encuentran la formación continuada, la flexibilidad, las habilidades comunicativas o relacionales entre otras.

En cuanto a la forma continuada, se destaca la necesidad de aprender continuamente y de detectar errores en uno mismo para poder seguir mejorando.

“Jo amb el temps he necessitat també entendre molts aspectes, aprendre aspectes de governança que jo no en sabia gaire i n’he après amb els anys, m’he hagut de formar amb això.” caso 4

“De l’apartat dels errors me’n aprofito molt amb el sentit bo de la paraula” caso 5

“Però si que haig de millorar i hem de millorar tot el equip una mica en saber explicar com treballem i per que prenc les decisions d’aquesta manera” caso 2

“i ara soc conscient de lo molt que em falta es alguns aspectes de negociació, termes de negociació” caso 4

Entre las características personales también encontramos algunas que pueden ser beneficiosas en la relación con los demás cómo la flexibilidad, las habilidades comunicativas y las habilidades relacionales.

“Per dir-ho en certa manera m’he adaptat una mica amb ells” caso 4

“Encara que tinguis molt clara una cosa o sigui el fet d’escoltar has de ser dúctil amb poguer modificar el teu prisma sobre un tema, no?” caso 5

“És molt difícil exercir un liderat sense habilitats comunicatives que de vegades no vol dir ser un gran orador si no ser efectiu comunicant les coses” caso 4

“ser un bon comunicador i totes aquestes coses, no? Jo crec que tinc la sort de, jo ...Crec! Que tinc la sort de parlar bé entre cometes(xiuxiueja), i sobretot tinc molt, molt l’habilitat d’escriure bé i aquí crec que per fer el relat sinó tens aquesta condició



(xiuxiueja), ara per fer creïble aquest relat, es a dir tu pots fer el relat molt més o menys maco" caso 3

"preguntar les coses que realment no entens i posar de manifest que no saps algo, vull dir es dir amb el temps aprendre a demostrar que no ho saps tot que tens que preguntar i que ho preguntes perdre aquesta por per dir-ho d'alguna manera a mi m'ha anat molt bé" caso 4

"les habilitats relacionals és fonamental, jo crec que pel lideratge lo que es important són les relacions humanes els recursos humans o sigui les relacions humanes entre els equips tan a nivell de...sobretot de tu cap a baix de tu cap al mig també i de tu cap a dalt també però sobretot donant molta importància a tots aquells que en l'organigrama jeràrquic estan per sota teu" caso 2

En último lugar, otros aspectos que aparecen en los relatos de los entrevistados son la coherència, la profesionalidad y la necesidad de contar con apoyos

"ser coherent entre el que proposes i el que fas [...] hi ha una coherència entre el que exigeixo als demès entre el que m'exigeixo a mi i la manera de fer les coses" caso 3

"crec que el directiu ha de ser un gran professional, la professionalitat igual que nosaltres volem que una infermera sigui una gran professional que quan t'està fent un cateterisme que sàpiga el que està fent no? O quan volem un metge que sigui un bon professional" caso 4

"el primer és qui dóna suport que és el Consell d'Administració, sí, dóna suport, donguim un terreny de joc clar i després recolzament" caso 1

"era un consell rector que debatia que discutia, que deliberava, que deliberava sobre temes estratègics i per tan això a mi m'enriquia i em feia fàcil transferir-ho" caso 4

“contar amb un apoya molt molt ferm de lo que es l’òrgan de govern a l’institució” caso 5.

### **6.2.2.3. Dimensión técnica**

La dimensión técnica engloba todos esos aspectos que aparecen en los relatos de los entrevistados asociados a las competencias necesarias para dirigir una organización más allá de la relación con los trabajadores. como los objetivos y las prioridades.

“nosotros estem aquí per 3 coses: Un, l’ atenció, atenció de qualitat 2, el nostre personal perquè el nostre personal és el que fa l’atenció, 3 la nostra institució i si hi ha equilibri entre aquests 3 punts la situació es perfecta i si no hi ha equilibri passen coses”  
caso 1

También se menciona la necesidad de tener un método

“El mètode de treball molt important perquè, el mètode, ¿el mètode es clau un bon mètode perquè després arribis t’ajuda molt arribar als resultats que tu has previst has fet la hipòtesis de que quins resultats serien amb lo qual es clar si no encertes el mètode eh?” caso 2

La capacidad de analizar la situación es esencial para tomar las mejores decisiones.

“habilitats quantitatives en el sentit de sapiguer valorar resultats amb aquest sentit per tant sapiguer triar els bons indicadors no?”  
caso 4

“Ens hem de preocupar que tinguem conceptualitzades les organitzacions i els esquemes fins i tot de lideratge igual” caso 4

“Aquí tenim un sistema d’avaluació de comandaments cada 4 anys, es fa per parells jo no hi estic en aquests d’això perquè avaluem

comandaments d'infermeria o comandaments mèdics. [...] d'aquestes avaluacions es fa un informe favorable o desfavorable i jo firmo si algu el destituïm o no" caso 4

"el primer és saber on ets i on has d'anar en cada un dels temes el segon que això es una fase d'anàlisis" caso 1

Paralelamente hay que saber planificar adecuadamente.

"fer uns plans de treball, unes coses concretes que s'han de fer Sí o Sí! i per tant...i establir un cicle, un període" caso 1

"lo primer que vaig fer quan vaig arribar aquí es reactivar el pla estratègic" caso 1

"al Setembre jo començo a fer preguntes i fer reunions de planificació de primer anàlisis i planificació i programació i arribem al desembre i l'expressió de tot allò és el pressupost [...] Gener Setembre fer, Setembre Desembre es terminar de fer però sobre tot ja pensar en l'any següent planificar-ho i programar-ho" caso 1

"Si el pla estratègic és important, sobretot els valors" caso 2

"primer traslladar la organització a un pla superior tenim un pla estratègic molt, molt (rumia) molt potent" caso 3

Asociado a los objetivos está la importancia de posicionar la organización correctamente en el sector.

"és un líder de negoci de negoci no en el sentit estricte sinó en un sentit molt ampli, líder d'empresa de posicionament de sector, és a dir has d'entendre el món en el que vius i com fer les coses que tens que fer en aquest sector en aquest món i en aquest tal" caso 1.

#### 6.2.2.4. Dimensió política

En las entrevistas también emergió la dimensión política. De los relatos de los líderes entrevistados, la relación con la comunidad se expresa tanto por lo que respecta a la relación con los vecinos cómo a la relación con las administraciones. Se observa la necesidad de concebir la organización como parte de una comunidad con el que hay que mantener puentes de dialogo.

“comprendre a l’entorn ser capaç de traduir-lo amb avantatges o inconvenients per la teva entitat i explicar-ho no?, comprendre el mercat, comprendre les valoracions que et faran a tu i tenir capacitat per influir en aquest entorn” caso 4

“En el meu cas també als veïns per que a mí em sembla que una de les coses importants amb el tipus de negoci que estem nosaltres no? Que és la sanitat, és que fins i tot des de dintre et vegin legitimada pels de fora [...]o sigui que la gent vegi que tenim que tens una bona connexió amb l’exterior que això també et legitima en certa manera [...]Tinc la impressió que això enforteix els lideratges interns també i aquest tema també el faig jo personalment el tracto jo, ¿a veure és un cop a l’any també no? Però bueno amb els 5 o 6 barris que nosaltres tractem, ens reunim amb l’Associació de veïns parlem amb ells i els hi expliquem el mateix, els resultats, els objectius, els no se què, et pregunten per les llistes d’espera els hi expliques i bueno tenim una relació fluida” caso 4

“Un altre repte per a mi és (rumia) recuperar la relació externa amb les autoritats no?” caso 4

“no pot ser de cap manera, o sigui, és que no pots tenir el veí de dalt o el veí de sota, bueno, si pots evitar anar amb talons a les 3 del dematí doncs ho has de fer i això va d’aquí cap allà i d’allà cap aquí i és trobar un equilibri i tal. Dic això perquè, d’alguna manera, el repte està en poguer obrir-te, obrir-te amb el sentit més

majúscul de la paraula obrir-nos a col·laboracions externes de  
altres institucions o sigui facilitar-les" caso 5

### 6.3. Tercera fase:

En este apartado se presentan los resultados de las entrevistas a los colaboradores de los líderes de la organización para contrastar y ampliar sus respuestas. Se pidió a las personas entrevistadas en la fase 2 que facilitaran los contactos de colaboradores más cercanos para poder hacerles llegar la versión del MLQ para seguidores y así poder contrastar las respuestas facilitadas anteriormente por ellos en las entrevistas en profundidad. Además, al cuestionario se le añadieron algunas preguntas para poder ampliar la información sobre las percepciones de los participantes acerca del estilo de liderazgo de los líderes de su organización.

Debido a las características y a la selección de la muestra, los datos que se ofrecen a continuación no tienen relevancia estadística. Sin embargo, resulta igualmente interesante desde una perspectiva cualitativa poder ver los resultados ofrecidos por los colaboradores más cercanos de los gerentes entrevistados.

La muestra de esta fase se muestra en la tabla 8 y está compuesta por 6 mujeres (46,2%) y 7 hombres (53,8%) con una media de edad de 53 años. Los entrevistados han ocupado su posición actual durante una media de 11,5 años y su distribución respecto los casos entrevistados es la siguiente.

*Tabla 8: Distribución de la muestra según gerente con el que colaboran*

<b>Caso</b>	<b>%</b>
Caso 1	15,4% (N=2)
Caso 2	38,5% (N=5)
Caso 3	15,4% (N=2)
Caso 4	15,4% (N=2)
Caso 5	15,4% (N=2)
<i>Total</i>	<i>100% (N=13)</i>

Los entrevistados respondieron a los mismos ítems del MLQ al que habían respondido previamente los gerentes por lo que es posible calcular los factores y subfactores que otorgan a sus líderes y comparar los resultados

Los participantes en esta fase valoraron que los líderes de sus organizaciones tenían principalmente un estilo de liderazgo transformacional con una puntuación de 3,19 puntos sobre 4. En segundo lugar, se encuentra el estilo transaccional del que también perciben varias características y obtiene una puntuación de 2,85 puntos sobre 4. Por último, la puntuación en el estilo pasivo no llega a 1 punto.

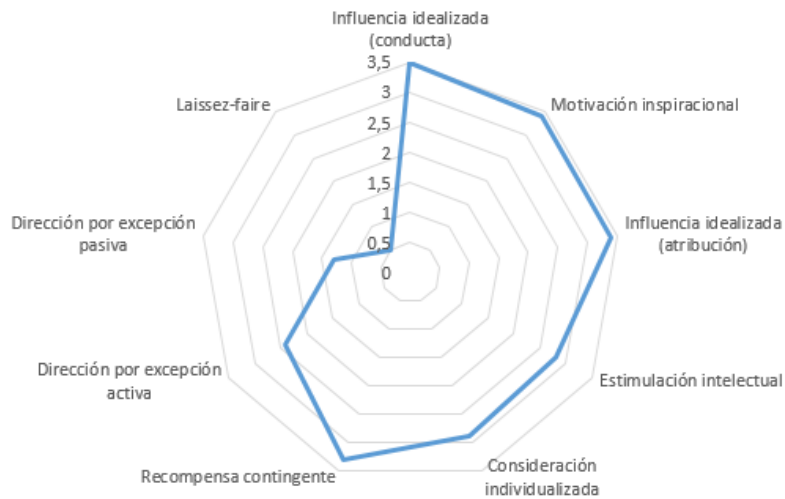
En la siguiente tabla (tabla 9) se pueden observar las puntuaciones calculadas de los factores y subfactores a partir de los cuestionarios que respondieron los seguidores sobre sus gerentes.

*Tabla 9: Factores y subfactores de liderazgo de la dirección de la organización atribuidos por colaboradores según MLQ (medias)*

<b>(medias sobre 4)</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>Mediana</b>	<b>N</b>
Transformacional	3,2	0,4	3,2	12
Influencia idealizada (Conducta)	3,5	0,4	3,5	13
Influencia idealizada (Atribución)	3,4	0,5	3,5	13
Motivación inspiracional	3,4	0,4	3,5	12
Estimulación intelectual	2,8	0,5	3,0	13
Consideración individualizada	2,9	0,7	3,0	13
Transaccional	2,8	0,6	2,8	13
Recompensa contingente	3,3	0,8	3,3	13
Dirección por excepción activa	2,4	0,7	2,3	13
Pasivo	0,9	0,6	0,8	13
Dirección por excepción pasiva	1,3	0,7	1,3	13

laissez-faire	0,5	0,7	0,3	13
---------------	-----	-----	-----	----

Gráfico 11: Subfactores de liderazgo de la dirección de la organización atribuidos por colaboradores según MLQ (medias)

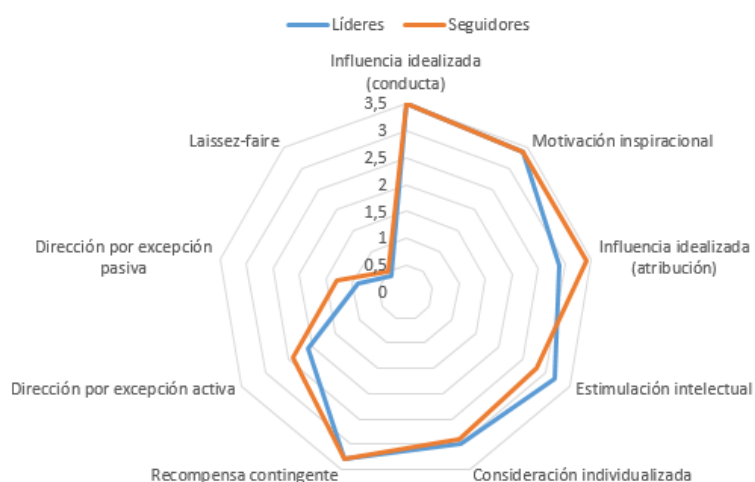


Por subfactores, la influencia idealizada (conducta), la influencia idealizada (atribución) y la motivación, con 3,54 puntos, 3,37 y 3,42 respectivamente, son los aspectos que se destacan de los líderes de estas organizaciones según sus colaboradores. Los elementos menos presentes son aquellos que tienen que ver con la falta de dirección (dirección por excepción activa, pasiva y laissez-faire, con 2,42 puntos, 1,27 y 0,54 respectivamente).

Si comparamos estas valoraciones con las autovaloraciones de los líderes no se observan grandes diferencias. En primer lugar y de forma general, es posible ver que, tanto por lo que respecta al estilo de liderazgo transformacional como transaccional, los seguidores puntúan de forma más baja a los líderes de lo que ellos se autovaloran. Por el contrario, los seguidores consideran que existen en los estilos de liderazgo de los líderes entrevistados componentes del estilo pasivo en mayor medida que en la autovaloración de estos líderes.



Gráfico 12: Subfactores de liderazgo de la dirección de la organización comparados según MLQ (medias)



Específicamente, los subfactores en los que existe una mayor coincidencia son la influencia idealizada (atribución), la dirección por excepción activa, y la influencia idealizada (conducta). Por el contrario, existe un mayor contraste en la consideración individualizada, la estimulación intelectual y la dirección por excepción pasiva. De nuevo, no se observan grandes diferencias.

En la siguiente tabla (tabla 10) se pueden observar las puntuaciones calculadas de los factores y subfactores a partir de los cuestionarios que respondieron los seguidores sobre sus gerentes, la autovaloración de los líderes y la diferencia entre ambas puntuaciones.

Tabla 10: Puntuaciones en factores y subfactores del MLQ

Factores y subfactores	Medias seguidoras (0-4) N=13	Medias Líderes* (0-4) N=5	Diferencias medias
<b>Transformacional</b>	3,2	3,6	0,0
Influencia idealizada (Conducta)	3,5	3,8	0,0
Influencia idealizada (Atribución)	3,4	3,5	0,4
Motivación inspiracional	3,4	3,8	0,0
Estimulación intelectual	2,8	3,4	-0,5
Consideración individualizada	2,9	3,6	-0,1
<b>Transaccional</b>	2,9	3,0	0,4
Recompensa contingente	3,3	3,7	-0,2
Dirección por excepción activa	2,4	2,4	0,4
<b>Pasivo</b>	0,9	0,5	0,3
Dirección por excepción pasiva	1,3	0,8	0,4
laissez-faire	0,5	0,1	0,2

\*Se han calculado solamente las medias de los cinco gerentes que participaron en la fase de entrevistas.

En la siguiente tabla (tabla 11) se encuentran las diferencias entre las valoraciones de los seguidores y el líder de su organización por cada estilo caso por caso. Es posible observar que, a excepción de un caso, se repite la dinámica de la anterior tabla, donde los líderes se autovaloran de forma más positiva en los elementos transformacionales y transaccionales de lo que perciben sus colaboradores.

*Tabla 11: Diferencias puntuaciones estilos de liderazgo entre seguidores y líder según caso\**

	transformacional	transaccional	pasivo
caso 1 (N=2 seguidores)	-0,80	-0,88	0,19
caso 2 (N=5 seguidores)	-0,37	-0,802	0,402
caso 3 (N=2 seguidores)	-0,93	-1,13	1,57
caso 4 (N=2 seguidores)	0,25	0,88	-0,38
caso 5 (N=2 seguidores)	-0,08	0,69	0,32

\*Se ha calculado la diferencia entre la media de las valoraciones de los seguidores y la autovaloración del líder de la organización.

En el cuestionario administrado a los seguidores se incluyeron, además del MLQ, algunas preguntas para conocer en más profundidad sus percepciones acerca del estilo de liderazgo del líder de su organización. Estas preguntas se plantearon de forma abierta y múltiple y se codificaron posteriormente las respuestas. En el análisis, las respuestas múltiples se trataron como simples y se ofrecen aquí los porcentajes sobre el total de respuestas.

Se les preguntó cuáles consideraban que eran los elementos principales de los estilos de liderazgos del líder de su organización. En la siguiente tabla (tabla 12) es posible observar las codificaciones resultantes a partir de las respuestas ofrecidas de forma espontánea.

El mayor número de respuestas fueron aquellas relacionadas con la gestión del equipo en sus aspectos relacionales. Los participantes destacaron aquí, cómo elementos principales, la confianza, la comunicación, la protección, la solidez del equipo y la coordinación. También fueron frecuentes aquellas respuestas relacionadas con el rigor analítico cómo la capacidad de comprensión y reflexión, el rigor o la capacidad analítica.

Otro elemento destacado es el compromiso de los líderes, aquí se recogieron aspectos como la dedicación, la disponibilidad, la implicación, la persistencia o la responsabilidad. Por último y con el mismo peso, encontramos elementos relacionados con la visión y consecución del proyecto –visión, objetivos, metodología o eficacia-, con los valores –honestidad, transparencia, justicia

u honradez- y con actuar cómo motor impulsor–seguridad, iniciativa o innovación-.

*Tabla 12: Elementos principales del estilo de liderazgo*

Elementos principales liderazgo	% de respuestas
Aspectos relacionales	18,4 (N=7)
Rigor analítico	18,4 (N=7)
Compromiso	15,8 (N=6)
Visión y consecución proyecto	13,2 (N=5)
Valores	13,2 (N=5)
Actuar cómo motor impulsor	13,2 (N=5)
Otros	7,9 (N=3)

También se les preguntó sobre cuáles consideraban que eran los aspectos positivos (tabla 13) del estilo de liderazgo del líder de su organización. En la siguiente tabla es posible observar las codificaciones resultantes a partir de las respuestas ofrecidas de forma espontánea.

Aquí, de nuevo aparecen en primera posición los aspectos relacionados con la gestión del equipo en sus aspectos relacionales. Se mencionan elementos como dar confianza y autonomía, empatía, proximidad, exigencia, pedagogía, cercanía, confianza, gestión del conflicto o confianza. El segundo grupo de aspectos positivos son aquellos relacionados con el compromiso del líder de los cuales se mencionaron la profesionalidad, la firmeza, la credibilidad, la implicación, la responsabilidad, la capacidad de trabajo o la persistencia. También fueron frecuentes los elementos asociados a ser motor, incluyendo la capacidad de mejora constante, la falta de miedo a los riesgos, la motivación, la pasión por los retos, el entusiasmo, el ser impulsor del equipo al cambio o la seguridad.

Otro grupo de aspectos es la conducta. Aquí, se destacaron las fuertes convicciones éticas, la transparencia, la humildad, la honradez, la honestidad o el gestionar con valores. Los elementos relacionados con la visión y consecución del proyecto representaron el mismo peso aquí que en la pregunta anterior y se referían a la gestión en entornos difusos, ser facilitador,

la rapidez en la toma de decisiones, la agilidad y la eficacia. Por último, el rigor analítico fue poco mencionado en esta ocasión y sólo se destacó la capacidad de comprender realidades diferentes.

*Tabla 13: Aspectos positivos del estilo de liderazgo*

Aspectos positivos	% de respuestas
Aspectos relacionales	26,3 (N=10)
Compromiso	21,1 (N=8)
Actuar cómo motor impulsor	18,4 (N=7)
Conducta	15,8 (N=6)
Visión y consecución proyecto	13,2 (N=5)
Rigor analítico	2,6 (N=1)
Otros	2,6 (N=1)

Finalmente, se les preguntó sobre cuáles consideraban que eran los aspectos a mejorar del estilo de liderazgo del líder de su organización. En la siguiente tabla (tabla 14) es posible observar las codificaciones resultantes a partir de las respuestas ofrecidas de forma espontánea.

Aunque la gestión del equipo en su dimensión relacional estaba entre los elementos principales y los aspectos positivos más mencionados, aparece también cómo el grupo de aspectos a mejorar más mencionado lo cual confirma la importancia de esta dimensión en el liderazgo por encima de aspectos técnicos, políticos o incluso personales. Aquí se menciona la necesidad de aumentar el reconocimiento y el respeto, de mejorar las dinámicas de trabajo en equipo -debido a un exceso de reuniones-, aumentar la confianza, mejorar la comunicación y escuchar más, mejorar el asertividad, la empatía y la cohesión del equipo.

También se mencionan aspectos asociados a la visión y consecución del proyecto como mejorar la visibilidad del proyecto y la comunicación, la gestión del instante y reorientar las prioridades para reducir la carga de trabajo.

Finalmente, en cuanto a los elementos relacionados con ser motor, los participantes piden una mayor apertura a las nuevas tecnologías y a nuevas visiones del sistema y una reducción de la impulsividad del líder.

*Tabla 14: Aspectos a mejorar del estilo de liderazgo*

Aspectos a mejorar (múltiple)	% de respuestas
Aspectos relacionales	50,0 (N=14)
Visión y consecución proyecto	21,4 (N=6)
Actuar cómo motor impulsor	14,3 (N=4)
Rigor analítico	7,1 (N=2)
Otros	7,1 (N=2)

La última pregunta que se añadió al cuestionario fue si habían experimentado cambios en su forma de trabajar debido al liderazgo del líder de su organización y en qué sentido. El 75% (N=9/13) respondió afirmativamente a haber experimentado cambios. Del total de respuestas ofrecidas, el 55,6% (N=10/13) mencionaron cambios laborales y el 44,4% (N=8/13) destacaron cambios a nivel personal. En el primer grupo se mencionó maduración como directivo, mejora del método y organización, aprender a basar decisiones en evidencia, una mayor orientación a objetivos, una mayor importancia de los aspectos económicos, mejor planificación o mejor visión global.

Dentro de los aspectos personales se mencionó el bienestar, la prudencia, el respeto y reconocimiento, la exigencia, la autoconfianza o la autonomía.

## **7. Discusión**

### **7.1. Discusión por objetivos específicos**

#### **7.1.1. Objetivo específico 1**

Los resultados mostraron que el estilo que poseen, en mayor medida, los gerentes/directores generales de la red pública es el transformacional, aunque los resultados del cuestionario mostraron la presencia también de rasgos del liderazgo transaccional.

Por tanto, en esta primera fase, el estudio permitió cumplir con el objetivo de identificar el liderazgo mayoritario en la red de hospitales públicos. En este sentido, se comprobó que tal y como se encontró en la revisión de la literatura, la mayoría de liderazgos eran transformacionales (9,20,35,63).

De los 3 subfactores con mayor peso para los participantes, dos pertenecían al estilo transformacional –influencia idealizada y motivación inspiracional- y uno al estilo transaccional –recompensa contingente. La influencia idealizada (conducta), agrupa los ítems relacionados con los valores, la ética y la misión, la motivación inspiracional, incluye la visión y el entusiasmo y confianza para alcanzar los objetivos y la recompensa contingente, agrupa ítems relacionados con el refuerzo positivo.

Desagregadamente, las afirmaciones con las que los participantes se sintieron más identificados fueron ‘Expreso satisfacción cuando se cumplen las expectativas’, ‘Hago ver la importancia de llevar a cabo lo que nos proponemos’, ‘Busco diferentes perspectivas a la hora de solucionar los problemas’. La primera afirmación pertenece al estilo transaccional, al subfactor recompensa contingente. Las otras dos pertenecen al estilo transformacional, al subfactor influencia idealizada (conducta) y al subfactor estimulación intelectual, respectivamente.

Por lo que respecta a los subfactores transformacionales, los resultados mostraron la existencia de espacio para la mejora en cuanto a la estimulación

intelectual, la consideración individualizada y la influencia idealizada atribuida.

Además, los resultados del estudio muestran que el elemento que más destaca en los liderazgos es la influencia idealizada - subfactor que recibió la puntuación más alta por parte de los gerentes- lo cual corrobora la importancia del carisma como un elemento esencial del liderazgo de forma consistente con las teorías neocarismáticas (21,35,39).

Otro elemento que se confirmó de forma consistente con la literatura es la complejidad de los estilos de liderazgo. Los resultados mostraron que aunque mayoritariamente los líderes tenían rasgos transformacionales, también mostraban algunos rasgos transaccionales. Este hecho, confirma que los estilos transaccional y transformacional no aparecieron como extremos de un continuo si no que pueden coexistir (9,20,35,41,63,68). Podemos ver que uno de los tres subfactores con puntuación más alta, así como el ítem con la puntuación más alta, pertenecen al estilo transaccional.

En general, fue posible ver que aquellos factores asociados a conductas activas ya sea en el marco del modelo transformacional como transaccional obtuvieron mayores puntuaciones mientras que aquellas conductas pasivas fueron mencionadas en menor medida. Los líderes se identificaron con una conducta proactiva.

### **7.1.2. Objetivo específico 2**

Los resultados de esta fase mostraron que la dimensión relacional era la que aparecía con más frecuencia en los relatos de los líderes, aunque también había en sus discursos espacio para describir las características personales, técnicas y políticas de su liderazgo, así como proporcionar ejemplos de cuáles eran las praxis asociadas a estas dimensiones características de su forma de liderar la organización.

Dentro de la dimensión relacional y asociadas al estilo transformacional, la motivación, la consideración individualizada y la estimulación intelectual



fueron las categorías más destacadas. En primer lugar, en cuanto a la motivación, se menciona principalmente la comunicación que debe ser bidireccional y regular. En segundo lugar, por lo que respecta a la estimulación intelectual, son relevantes la creatividad –entendida cómo la promoción de la autonomía de los profesionales para buscar soluciones a los problemas- y la participación –entendida como la promoción del compromiso a través de aportaciones en la planificación de la organización o la creación de grupos de trabajo multidisciplinarios. En tercer lugar, dentro de la consideración individualizada se incluye la importancia de proporcionar apoyo, orientación, buenas condiciones de trabajo, formación e información. Además, dentro de la dimensión relacional, aparecen también menciones a la recompensa contingente del liderazgo transaccional. Los participantes señalan la importancia de reconocer el trabajo realizado por los profesionales y ofrecer recompensas en la medida que los recursos lo permiten. De la dimensión personal destacaron la agencia entendida como la capacidad para actuar, la confianza en uno mismo y la responsabilidad; la iniciativa entendida como implicarse en las cosas, asumir retos y tomar la iniciativa; y la tenacidad, entendida como la resiliencia, afrontar adversidades y ser exigente con uno mismo. De la dimensión técnica destacaron la innovación, la capacidad analítica y el conocimiento del ámbito de trabajo. De la dimensión política, aparecieron las relaciones con asociaciones de vecinos y administración cómo aspectos a cuidar y tener en cuenta dentro del trabajo de líder de una organización. Finalmente, aparecieron dos de las variables de resultados en la organización del modelo de Bass y Avolio -la satisfacción y el esfuerzo extraordinario- y una variable nueva -orientación al equipo- que comprendía todos aquellos ítems que forman parte de la gestión de personas y equipos que el modelo de Bass y Avolio no describía.

Si analizamos los resultados de la segunda fase en relación con la literatura, se observa que los participantes dan una gran importancia a la motivación de su equipo, la promoción de la participación y la recompensa lo cual según la literatura está relacionado al grupo de liderazgos orientados a las relaciones con resultados positivos en las plantillas (39,56,62).

Se desprenden también de los resultados de la fase 2, que los relatos de las personas entrevistadas incluían elementos de todas los subfactores del liderazgo transformacional. Sin embargo, las dimensiones del modelo teórico propuesto por Bass y Avolio (52) para definir los estilos resultaron insuficiente a la hora de explicar todas las dimensiones del liderazgo que emergieron del relato de los participantes. En este sentido, el modelo de dimensiones de liderazgo propuesto por Nicol y colegas (11) se ajusta de forma más satisfactoria a los discursos ya que, además de la dimensión relacional, eran necesarias las dimensiones personal, técnica y política para poder dar cuenta de la forma de liderar las organizaciones.

Por lo que respecta a esta dimensión relacional se observan dos discrepancias con el modelo de Bass y Avolio (52). Por un lado, se confirma de nuevo en esta fase la relevancia de la recompensa en las prácticas de liderazgo de los participantes lo cual refuerza los resultados de la fase 1 del estudio sobre el liderazgo transformacional con rasgos transaccionales. Por otro lado, resultó necesario crear una categoría que integrase códigos en relación con la gestión de las dinámicas de los equipos que no encajaban con la propuesta teórica de Bass y Avolio dado que eran significativos en los discursos de las personas entrevistadas. Esto coincide con los autores que achacan a la teoría de Bass y Avolio una cierta ambigüedad en algunos puntos del constructo (73,74). Además, los subfactores de Bass y Avolio fueron concebidos de una forma amplia para poder analizar los relatos de los participantes. En este sentido, se confirma la falta de explicaciones sobre procesos y variables hallada en la literatura (73,74) lo cual supone una dificultad a la hora de utilizar el modelo de Bass y Avolio.

Además, este estudio pretendía superar la ambigüedad respecto las prácticas del estilo de liderazgo transformacional y por este motivo recogió de forma cualitativa los relatos de líderes con una puntuación elevada.

El resultado, más allá de poder recoger dichas prácticas, es la constatación que la propuesta de Bass y Avolio parte de un escenario ideal al cual le falta contexto. Es decir, por un lado, no se considera que dentro de la plantilla puede haber grados de motivación o de desarrollo profesional que no permitan un estilo transformacional ya que requieran una mayor

monitorización de las tareas. Por otro lado, también se ignoran que puede haber situaciones críticas que condicionen de forma circunstancial el estilo. En los relatos de los entrevistados se observa que en algunos momentos estos se ven obligados por ciertas situaciones a llevar a cabo acciones que encajarían en otros estilos. En definitiva, nos parece aconsejable tener en cuenta que el estilo de liderazgo recomendado en la presente tesis sirve como ejemplo para explicar cómo deberían ser las relaciones entre líderes y subordinados en un contexto ideal pero que es necesario considerar la existencia de variables que pueden interferir en dichas relaciones.

### 7.1.3. **Objetivo específico 3**

Los resultados mostraron que los colaboradores consideran que los líderes de su organización tienen principalmente un estilo de liderazgo transformacional con rasgos transaccionales y que existe un grado de coincidencia alto entre las percepciones sobre los subfactores del liderazgo entre líderes y seguidores. Sin embargo, es posible observar que los líderes se autovaloran más positivamente que sus seguidores. También se desprende de los resultados del cuestionario cerrado que existe espacio para la mejora cuanto, a consideración individualizada, la estimulación intelectual, es decir, los líderes tienen una percepción más positiva que sus seguidores en cuanto a estos aspectos.

En cuanto a las preguntas abiertas, la dimensión relacional aparece cómo la más importante del estilo de liderazgo. Según los colaboradores, los aspectos relacionales aparecen como los elementos principales del estilo de los líderes de la organización, también como los elementos más positivos de su liderazgo y también, en primera posición, como aquellos que es necesario mejorar. Dentro de los aspectos relacionales se mencionan especialmente elementos como la confianza, la empatía, la proximidad y la comunicación.

En relación con la literatura pues, vuelve a quedar claro que los aspectos relacionales ocupan un lugar central dentro de los estilos de liderazgo y tienen gran importancia para predecir la satisfacción de los profesionales (20,28,39,47,48,56,59,60,62,64).

Dado la similitud de las respuestas ofrecidas por líderes y seguidores es posible pensar que las propiedades psicométricas del MLQ son adecuadas y que el cuestionario es un instrumento válido para evaluar el estilo de liderazgo (104).

Sin embargo, las respuestas abiertas también permiten ver que aunque los elementos más destacados son aquellos que aparecen en el MLQ existen otros elementos que no se incluyen como la capacidad analítica, la metodología o la gestión de las dinámicas de trabajo y que por lo tanto es un modelo con problemas de definición (73,74).

## 7.2. **Discusión general**

El liderazgo es un elemento esencial de las organizaciones. Aunque la evidencia no ha conseguido demostrar una relación directa entre liderazgo y productividad de la organización, se muestra generalmente, una relación indirecta a través de variables mediadoras que contribuyen a mejores resultados. En el sector concreto de la salud la complejidad de los centros hospitalarios y los retos del futuro a los que se enfrentan el sistema de salud incrementa la necesidad de liderazgo efectivo. Sin embargo, para la realización del presente estudio, existía desconocimiento del liderazgo en el sector público de salud catalán y así como poca evidencia del liderazgo en el segmento de altos directivos de los sistemas de salud en general. En este sentido, surgió la idea y la necesidad de investigar más para proporcionar conocimiento sobre liderazgo efectivo en los centros hospitalarios catalanes.

El objetivo general fué conocer los tipos de liderazgo existentes entre los altos directivos de los hospitales de la red pública catalana. Específicamente, identificar el modelo de liderazgo mayoritario del colectivo de altos directivos de los hospitales de la red pública catalana, recoger las prácticas concretas que conforman estilos de liderazgo de los gerentes con una alta puntuación de liderazgo transformacional desde una perspectiva cualitativa para elaborar una guía de buenas prácticas de liderazgo en la gerencia de la red de hospitales de utilización pública basadas en la evidencia y conocer la opinión de los seguidores acerca del liderazgo de sus gerentes y el efecto que este tiene sobre el, confirmando los resultados declarados por los gerentes en la fase 1.

Dada la naturaleza del objeto de estudio y su universo, así como la falta de evidencia previa en este contexto en particular, esta investigación se concibió como un estudio exploratorio. Para responder a las preguntas de investigación planteadas, se utilizaron métodos mixtos cuantitativos y cualitativos de distintas fuentes de datos. En definitiva, se llevó a cabo una triangulación múltiple de fuentes de datos y métodos para aumentar la validez de los resultados mediante la confrontación de distintas metodologías. En este sentido, no es posible extraer conclusiones estadísticamente significativas, aunque permite hacer unas aproximaciones potencialmente representativas que sería interesante confirmar en futuros estudios con metodología que controle ciertos aspectos muestrales. Sin embargo, desde un punto de vista cualitativo si se ofrece información relevante para poder conocer algunos estilos de liderazgo de los gerentes de la red de hospitales de utilización pública de Cataluña. A continuación, se ofrecen los principales hallazgos.

El primer resultado importante de este estudio son las dimensiones del liderazgo. Los resultados de las tres fases del estudio mostraron que el modelo de liderazgo de Bass y Avolio (52,68,104) no consigue explicar todas las dimensiones del liderazgo. La información recogida especialmente en la segunda y tercera fase sugieren que para poder ofrecer la realidad completa de lo que representa un liderazgo efectivo en la actualidad, no es suficiente explicarlo solamente desde la dimensión relacional, también es necesario incorporar las dimensiones técnica, política y personal (11). Además, la segunda fase reveló que había aspectos de la dimensión relacional que superaban la concepción de Bass y Avolio.

Otro elemento importante que se se considera en este estudio es el estilo de liderazgo. Según el cuestionario de Bass y Avolio (52,68,104), los resultados de este estudio muestran que los líderes de los hospitales de la red de utilización pública tienen un estilo transformacional en mayor medida. Sin embargo, se observa que en la mayoría de casos se observó la existencia de rasgos transaccionales. Que el estilo de liderazgo no sea homogéneo y muestre elementos tanto del estilo transformacional como del transaccional concuerda con lo observado en la literatura (9,20,35,41,63,68). Esto puede reforzar la idea que el modelo de Bass y Avolio no responde a todas las

realidades del liderazgo (41). Si observamos los ítems en los que los líderes obtienen una mejor puntuación y aquellos en los que menos, además de los ítems que emergen en sus relatos, podríamos pensar que son más adecuadas las dicotomías activo versus pasivo y orientado a las relaciones versus orientado a los objetivos. En relación con estas dicotomías parece seguro afirmar que la mayoría de gerentes tienen un liderazgo proactivo.

Un tercer resultado que proporcionó el estudio es la desagregación de los elementos que conforman los estilos, a través de los relatos de los gerentes/directores generales en las entrevistas y a través de las respuestas a los cuestionarios tanto de gerentes como de los altos directivos que colaboraban. La inspiración o carisma es uno de los elementos más destacados, aspecto central en las teorías neocarismáticas de liderazgo (21,52). Así mismo, la comunicación, el apoyo o la participación fueron elementos mencionados y asociados en la literatura con la satisfacción de los profesionales (20,28,56,59,60). Sin embargo, se observa espacio para la mejora en relación a la estimulación intelectual y la consideración individualizada. Los trabajadores necesitan un líder que cultive la dimensión humana y que proporcione un espacio crítico y de crecimiento para el seguidor. Si tenemos en cuenta los resultados que se observan en la evidencia, los liderazgos deberán asegurar unas buenas condiciones de trabajo y tener en cuenta elementos de flexibilidad y conciliación de la vida laboral y personal, así como hacer seguimiento de variables que midan, tanto de forma individualizada como colectiva, el bienestar y la satisfacción del trabajador para que este pueda desarrollarse y rendir a un nivel más alto. Además, será necesario promover la participación y autonomía de los profesionales y proporcionar planes de formación con diversidad de fórmulas para que el ejercicio de las tareas sea basado en los conocimientos más avanzados posibles y por el componente de realización que supone para los trabajadores.

De este estudio se desprende que es esencial que en los centros sanitarios de la red pública exista un liderazgo transformacional. A continuación, se recogieron recomendaciones de buenas prácticas surgidas de los resultados

de las entrevistas y de lo que la evidencia señala cómo prácticas con resultados positivos para las organizaciones del ámbito sanitario.

### **7.2.1. Dimensión personal**

La dimensión personal de un buen líder es importante e incluye valores como el carisma, la humildad, la transparencia, la cercanía, la honestidad y la valentía. Sin embargo, los rasgos personales son seguramente el aspecto más difícil de trabajar ya que responde en gran parte a rasgos innatos.

### **7.2.2. Dimensión técnica**

De la dimensión técnica se desprende del estudio la necesidad de conocer el ámbito de la organización y todo lo que esta incluye. Destaca la importancia de basar el liderazgo tanto en la capacidad analítica como en la innovación

### **7.2.3. Dimensión relacional**

#### *7.2.3.1. Influencia idealizada*

Seguramente el rol más evidente del líder, no por ello menos importante, es el de transmitir los valores del proyecto al equipo. Es importante que el líder tenga clara la dirección en la que la organización debe ir y construya el relato necesario para involucrar a toda la organización.

Según la evidencia analizada el líder desarrolla confianza en los seguidores asumiendo riesgos, con autosacrificio y una conducta no convencional.

#### *7.2.3.2. Motivación inspiracional*

#### *Comunicación*

La comunicación es un elemento esencial en el liderazgo en general y el transformacional en particular.

Es importante que existan canales estables de comunicación con los trabajadores para informarles de los objetivos, el funcionamiento y los resultados de la organización, así como de posibles incidencias o cambios. Es recomendable que sean tanto formales como informales.

La distribución de una revista interna y reuniones periódicas con toda la organización se señalan como posibles vías efectivas para comunicar, pero se destaca que es necesario que la comunicación se haga de forma atractiva y motivadora.

Se señala también que la comunicación debe ser bidireccional. En este sentido, deben crearse espacios donde el profesional pueda reunirse con su superior para recibir feedback sobre su trabajo y también para expresar sus inquietudes tanto respecto al trabajo como temas personales. Huelga decir que no solo es necesaria la existencia de encuentros regulares, sino que el clima de los encuentros debe ser de confianza y el líder ser receptivo.

Estos espacios también es importante encontrarlos para reuniones de equipo que deben poder incluir tanto propuestas como críticas.

Sin embargo, se señala también la necesidad de conseguir una comunicación asertiva y una distribución adecuada de la periodicidad de las reuniones. Debe encontrarse un equilibrio al establecer los canales apropiados para la comunicación donde se proporcione y reciba la información necesaria y no se dedique un tiempo excesivo a las reuniones. Un ejemplo es marcar un día a la semana para encontrarse en caso de necesidad pero que se suspenda si no hay temas a tratar.

### *7.2.3.3. Estimulación intelectual*

#### *Creatividad*

Es importante promocionar la autonomía de los profesionales. Animarlos a buscar soluciones a los problemas y adquirir agencia en sus posiciones. Valorar sus aportaciones especialmente si incorporan nuevas formas de resolver problemas. Se sugiere que la transmisión de problemas vaya siempre acompañada de propuestas para solucionarlos.

#### *Participación*

Incentivar la participación también es un elemento positivo para las organizaciones. Esta participación se puede incrementar a través de múltiples



canales como la creación de grupos de trabajo interdisciplinarios para situaciones específicas ya que los equipos mixtos permiten aportar soluciones desde distintos ángulos. Pedir la participación de los profesionales en la elaboración de los planes estratégicos de la organización, en las inversiones, los programas, los proyectos, cambios, etc.

#### *7.2.3.4. Consideración individualizada*

##### *Apoyo*

Un mayor apoyo por parte de los líderes muestra, en los estudios, resultados positivos como, por ejemplo, una menor frecuencia de mala relación con el resto del personal. Además, la flexibilidad, la confianza, el respeto y la consideración están relacionadas con un ambiente más sano y resultados más positivos en la organización. Es necesario considerar a los profesionales con empatía, mostrar sensibilidad hacia sus necesidades y aproximarse si parece que existen problemas personales. El liderazgo debe basarse en el apoyo y evitar la sanción. Detectar aquellos aspectos que es necesario corregir y buscar las herramientas adecuadas para poder mejorar.

##### *Condiciones*

Tanto de la evidencia como de las entrevistas se desprende que facilitar unas buenas condiciones de trabajo es importante para que los trabajadores puedan desarrollar sus funciones de forma adecuada, es importante mostrar sensibilidad hacia las necesidades del equipo.

Estas buenas condiciones no solo hacen referencia al clima laboral sino a cuestiones materiales que afecten al lugar de trabajo como, por ejemplo, los sistemas informáticos o los programas disponibles.

Además, destaca la necesidad de fijar la atención en la distribución de las cargas de trabajo. No solo con la finalidad de evitar las cargas excesivas de algunos profesionales sino también para evitar síntomas de burnout provocados por tareas desgastantes. Por ejemplo, se sugiere que las tareas asistenciales sean, dentro de lo posible, rotativas dado que desgastan los profesionales en mayor medida.

## *Formación*

La formación es un elemento clave del éxito las organizaciones, cada profesional debe estar en constante aprendizaje y es especialmente interesante establecer un plan de formación que no sólo cubra carencias específicas de los profesionales si no que incluyan elementos que les permitan desarrollarse y crecer.

Es recomendable que el diseño de las formaciones dependa de tres fuentes. En primer lugar, adaptar las formaciones a los planes estratégicos de la organización. En segundo lugar, monitorear los resultados de la organización y utilizar los datos para adaptar a las formaciones para la plantilla. Finalmente, ofrecer formaciones a partir de las carencias detectadas y los intereses expresados por los profesionales a través de la información que proporcionen en cuestionarios o reuniones individuales. Este último punto puede ayudar a reducir la rotación de la plantilla ya que reforzar sus habilidades puede reducir su frustración e incrementar su satisfacción.

Se recomienda optimizar el control de las formaciones para evitar duplicidades y hacer las formaciones dentro de la misma organización para evitar desplazamientos y gastos relacionados.

También puede resultar útil incluir a todo el personal en la formación en liderazgo y centrar la formación en áreas específicas como la reducción de costes o la calidad del cuidado.

Finalmente, es especialmente interesante proporcionar espacios para poner en práctica los aprendizajes resultantes de la formación continuada.

## *Información*

La información es un elemento básico para poder actuar. Esta información proviene de dos tipos de fuente, la evidencia y la que ofrece la organización.

Por lo que respecta a la evidencia, es importante que el líder este al corriente de lo que la evidencia recomienda como buenas prácticas para innovar y mejorar en su actividad profesional. Paralelamente, este debe promover un

uso de la evidencia por parte de los demás profesionales en sus actividades para el beneficio del conjunto de la organización.

En cuanto la segunda fuente de información, existen una variedad de aspectos que controlar, así como de métodos para hacerlo.

Respecto a los métodos para obtener información es importante que existan mecanismos formales e informales. También es importante que exista inicialmente una detección de carencias y oportunidades, que se establezcan canales para monitorear de forma regular los aspectos definidos y métodos e indicadores para, posteriormente, evaluar el impacto de los cambios.

Así, una aproximación puedes ser conocer las necesidades específicas de la organización según el plan estratégico para luego poder proporcionar formación a la plantilla según estas necesidades. Por ejemplo, si medimos la satisfacción del paciente y obtenemos resultados negativos será necesario facilitar formaciones a la plantilla sobre cómo mejorar este aspecto.

También proporcionan información relevante las reuniones periódicas tanto de equipo como individuales, la administración regular de encuestas a la plantilla y las conversaciones con redes informales.

Los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de tener información para poder actuar, esta tiene que ver con los resultados y con aquellos que nos ayudan a obtenerlos.

Por un lado, resulta ya evidente la necesidad tener indicadores de resultados que monitoreen la actividad del hospital y la satisfacción del paciente. Sin embargo, para que estos sean los mejores posibles es esencial saber lo que sucede con el personal.

La evidencia sugiere que hay que analizar las condiciones de trabajo y los roles específicos para planificar como minimizar el desgaste de los trabajadores. Pero también evaluar regularmente la satisfacción con el puesto de trabajo, las condiciones laborales, los compañeros, los superiores, los riesgos psicosociales y las necesidades formativas.

Finalmente, recoger a través de mecanismos informales información sobre el bienestar del personal incluyendo temas personales y transmitir a los otros niveles la necesidad de adoptar una actitud empática para obtener un clima laboral óptimo.

### *Orientación*

De forma similar y con elementos compartidos a la formación, al apoyo y a la información se desprende del estudio la relevancia de la orientación. Es importante que el líder tanto individualizada como colectivamente realice una detección de necesidades y carencias del equipo. Estas pueden ser de diversa naturaleza -sintonía del equipo, condiciones de trabajo, habilidades personales, problemas personales, falta de formación en algunos aspectos, etc. El líder debe orientar para corregir deficiencias y promover el desarrollo de su equipo y monitorear de forma regular para sostener los cambios positivos y corregir los elementos negativos.

### *Recompensa*

Tanto la evidencia como los participantes señalan que los beneficios, la promoción y las recompensas son predictores de satisfacción con el puesto de trabajo. Se recomienda reconocer el trabajo realizado por los profesionales y ofrecer recompensas en la medida que los recursos lo permiten. Una parte de ingresos variables, representar a la institución en la difusión de resultados o la asistencia a congresos son algunas fórmulas mencionadas.

#### **7.2.4. Dimensión política**

Finalmente, cuanto, a la dimensión política del liderazgo, se desprende del estudio la necesidad de mantener una buena relación con la comunidad. Esta buena relación se debe trabajar a partir de reuniones regulares con las asociaciones de vecinos y con la administración de forma regular. Otro elemento que emergió es el efecto positivo de establecer colaboraciones con otras instituciones.

## **8. Limitaciones y fortalezas**

La principal fortaleza del presente estudio es que es la primera vez que se realiza un estudio sobre el liderazgo a nivel gerencial de los hospitales de la red de utilización pública catalana. Además, se contó con una muestra que representa casi la mitad del universo, esto supone una amplia proporción, aunque por la naturaleza del universo impida su representatividad. El uso de técnicas cualitativas también es una de las fortalezas ya que ha permitido conocer en profundidad algunos aspectos de las prácticas del estilo de liderazgo en este ámbito. Finalmente, se pudo contar tanto con los líderes como con los seguidores con lo que se pudieron contrastar las respuestas ofrecidas.

Este estudio tiene, sin embargo, algunas limitaciones metodológicas a considerar. El liderazgo es un objeto de estudio que ostenta una parte pequeña de la población. Así pues, conlleva dificultades asociadas a la selección de las muestras cómo barreras de acceso a este tipo de población y la dificultad del uso de aleatoriedad para seleccionar la muestra. Por este motivo en este estudio se optó por una estrategia de selección de la muestra no probabilística por conveniencia. Esto conlleva un potencial sesgo respecto a los participantes escogidos para la muestra tanto en la primera como en la tercera fase. Otra limitación asociada a universos pequeños es que para alcanzar un margen razonable de error la muestra tendría que representar prácticamente la totalidad del universo. Finalmente, las respuestas las facilitaron los líderes y los colaboradores elegidos por los líderes y por lo tanto puede existir un sesgo en las respuestas.

## **9. Conclusiones**

Este estudio ha respondido a su objetivo y ha analizado el liderazgo nivel gerencial de los hospitales de la red de utilización pública catalana.

En relación al primer objetivo específico, llegamos a la conclusión de que el estilo que poseen los gerentes de la XHUP es en mayor medida el transformacional, aunque también poseen considerablemente rasgos del liderazgo transaccional. Se caracterizan por ser carismáticos y prestar apoyo a sus seguidores. Existe espacio para la mejora en cuanto a la estimulación intelectual y la consideración individualizada.

En relación con el segundo, ha sido posible gracias a los relatos de los participantes muestran liderazgos activos y orientados a las relaciones con prácticas que involucran al equipo a través de la comunicación, la motivación y la participación.

Finalmente, respecto al tercer objetivo específico, llegamos a la conclusión que los miembros del equipo directivo comparten la visión de los gerentes/directores generales de sus organizaciones acerca de su liderazgo e incorporan elementos relacionados con un liderazgo activo y orientado a las relaciones.

Además, los resultados de este estudio permiten concluir que el modelo de Bass y Avolio presenta algunas limitaciones en cuanto a la definición de las dimensiones del liderazgo, la conceptualización de los estilos, la carencia de explicación de los procesos y prácticas y la no consideración de escenarios cambiantes. Es preciso utilizar las herramientas disponibles para evaluar el liderazgo de un modo flexible.

Estas prácticas pueden servir para promover una reflexión sobre como el liderazgo en las organizaciones del ámbito sanitario, en concreto los hospitales de la XHUP, puede mejorar para potenciar el bienestar y la eficiencia de su organización.

## 10. Referencias bibliográficas

1. Medina A, Schiaffino A. L'Enquesta de salut de Catalunya 2016 [Internet]. Barcelona; 2017. Available from: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/metodologia\\_enquesta2016.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/metodologia_enquesta2016.pdf)
2. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. La Salut de la població de Catalunya en el context europeu. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2014.
3. Gispert R, Torné M, Arán M. La efectividad del sistema sanitario en España. Gac Sanit [Internet]. Elsevier; 2006;20(Supl 1):117–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13086035>
4. Consorci Hospitalari de Catalunya. El sector públic concertat de Catalunya. 2004.
5. Centre d'Estudis d'Opinió. Percepció de les polítiques públiques i valoració del govern. 2016. 2017.
6. Planas I, Pozo A. Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut. 2010.
7. Consorci Hospitalari de Catalunya. Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català. 2008.
8. Vázquez M, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2009.
9. Amador R. El líder y la cultura organizacional. Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2002.
10. WHO. Operations Manual for Delivery of HIV Prevention, Care and Treatment at Primary Health Centres in High-Prevalence, Resource-Constrained Settings. Geneva; 2008.
11. Nicol ED, Mohanna K, Cowpe J. Perspectives on clinical leadership: a

- qualitative study exploring the views of senior healthcare leaders in the UK. *J R Soc Med* [Internet]. 2014 Jul 10 [cited 2014 Nov 10];107(7):277–86. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4093754&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
12. Calhoun JG, Dollett L, Sinioris ME, Wainio JA, Butler PW, Griffith JR, et al. Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. *J Healthc Manag* [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 15];53(6):375-89-1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19070333>
  13. Wallach E. individuals and organizations: the cultural match. *Train Dev J*. 1983;12:28–36.
  14. McLelland W. Career patterns and organizational needs. *J Manag Stud*. 1967;4(1):56–70.
  15. Denis J-L, Hébert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier L-H. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2002 Jan [cited 2015 Apr 8];27(3):60–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146784>
  16. Dopson S, FitzGerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2002 Jan [cited 2015 Apr 8];27(3):35–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146782>
  17. Kyratsis Y, Ahmad R, Hatzaras K, Iwami M, Holmes A. Making sense of evidence in management decisions: the role of research-based knowledge on innovation adoption and implementation in health care. *Heal Serv Deliv Res* [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Mar 10];2(6):1–192. Available from: <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/volume-2/issue-6>
  18. Folta SC, Seguin RA, Ackerman J, Nelson ME. A qualitative study of



- leadership characteristics among women who catalyze positive community change. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Nov 12];12:383. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3406954&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
19. Zydziunaite V, Lepaite D, Suominen T. Leadership styles in ethical dilemmas when head nurses make decisions. *Int Nurs Rev*. 2013;60(2):228–35.
  20. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong C a, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Mar [cited 2014 Jul 10];47(3):363–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19781702>
  21. Gil F, Maria C. *Introducción a la psicología de las organizaciones*. Madrid: Alianza; 2005.
  22. de Vries RE, Bakker-Pieper A, Oostenveld W. Leadership = communication? The relations of leaders' communication styles with leadership styles, knowledge sharing and leadership outcomes. *J Bus Psychol* [Internet]. 2010 Sep [cited 2014 Nov 6];25(3):367–80. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2912722&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  23. Edwards M, Penlington C, Kalidasan V, Kelly T. Culture change, leadership and the grass-roots workforce. *Clin Med* [Internet]. 2014 Aug [cited 2014 Nov 12];14(4):342–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099830>
  24. Grant S. Diversity in healthcare: driven by leadership. *Front Health Serv Manage*. 2010;26(3):41-44-56.
  25. Mira JJ, Lorenzo S, Navarro I, Pérez-jover V. Diseño y validación de la escala RSC-HospitalES para medir responsabilidad social corporativa.

- Gac Sanit. 2014;27(6):529–32.
26. Brandão C, Rego G, Duarte I, Nunes R. Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Anal* [Internet]. 2013 Dec [cited 2015 Mar 13];21(4):390–402. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3825491&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  27. Chaterji A, Levine D, Toffel M. How well do social ratings actually measure corporate social responsibility? *J Econ Manag Strateg*. 2009;18(1):125–69.
  28. Lok P, Rhodes J, Westwood B. The mediating role of organizational subcultures in health care organizations. *J Health Organ Manag* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Oct 24];25(5):506–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22043650>
  29. Martin GP, Waring J. Leading from the middle: Constrained realities of clinical leadership in healthcare organizations. *Health (London)* [Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Dec 15];17(4):358–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23060359>
  30. Gunnarsdóttir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2009 Jul [cited 2015 Jan 20];46(7):920–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17229425>
  31. Al-Touby SS. Functional results-oriented healthcare leadership: A novel leadership model. *Oman Med J*. 2012;27(2):104–7.
  32. Al-Sawai A. Leadership of healthcare professionals: where do we stand? *Oman Med J* [Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Nov 12];28(4):285–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3725246&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

33. Hersey, P. and Blanchard KH. Life cycle theory of leadership. *Train Dev J.* 1969;23(5):26–34.
34. Sánchez E, Rodríguez A. 40 Años de la teoría del liderazgo situacional : una revisión. *Rev Latinoam Psicol.* 2010;42(1):25–39.
35. Bass BM. *Leadership and performance beyond expectations.* New York: The free press; 1985.
36. Valsania S, León J, Alonso F, Cantisano G. Authentic leadership and its effect on employees' organizational citizenship behaviours. *Psicothema* [Internet]. 2012;24(4):561–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23079352> <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/9704>
37. Moriano JA, Molero F, Lévy J. Liderazgo auténtico . Concepto y validación del cuestionario ALQ en España. 2011;23:336–41.
38. Trebble TM, Heyworth N, Clarke N, Powell T, Hockey PM. Managing hospital doctors and their practice: what can we learn about human resource management from non-healthcare organisations? *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 Nov 21 [cited 2015 Feb 7];14(1):566. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4245740&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Elshout R, Scherp E, van der Feltz-Cornelis CM. Understanding the link between leadership style, employee satisfaction, and absenteeism: a mixed methods design study in a mental health care institution. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Nov 12];9:823–37. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3693828&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
40. Rozo S, Abaunza M. Liderazgo transaccional y transformacional. *av enferm.* 2010;28(2):62–72.

41. Alonso FM, Recio P, Cuadrado I. Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional : un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire ( MLQ ) en una muestra española. 2010;22(1990):495-501.
42. Palomo MT. Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. 8th ed. madrid: ESIC editorial; 2013.
43. Weberg D. Complexity Leadership: A Healthcare Imperative. Nurs Forum. 2012;47(4):268-77.
44. Corazzini KN, Anderson RA. Adaptive leadership and person-centered care: a new approach to solving problems. N C Med J [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 12];75(5):352-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25237881>
45. McDonald R. Leadership and leadership development in healthcare settings - a simplistic solution to complex problems? Int J Heal policy Manag [Internet]. 2014 Oct [cited 2014 Nov 10];3(5):227-9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4204740&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
46. Molero F, Cuadrado I, Navas M, Morales JF. Relations and effects of transformational leadership: a comparative analysis with traditional leadership styles. Span J Psychol. 2007;10(2):358-68.
47. Munir F, Nielsen K. Does self-efficacy mediate the relationship between transformational leadership behaviours and healthcare workers' sleep quality? A longitudinal study. J Adv Nurs [Internet]. 2009 Sep [cited 2014 Nov 10];65(9):1833-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19694846>
48. Nielsen K, Yarker J, Randall R, Munir F. The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. Int J

- Nurs Stud [Internet]. 2009 Oct [cited 2014 Oct 31];46(9):1236–44.  
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19345946>
49. Berger R, Romeo M, Guardia J, Yepes M, Soria MA. Psychometric Properties of the Spanish Human System Audit Short-Scale of Transformational Leadership. Span J Psychol [Internet]. 2013 Jan 10;15(1):367–76. Available from:  
[http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1138741600000354](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1138741600000354)
  50. Faraci P, Lock M, Wheeler R. Assessing leadership decision-making styles: psychometric properties of the Leadership Judgement Indicator. Psychol Res Behav Manag [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Nov 12];6:117–23. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3817076&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  51. Mosadeghrad AM, Ferdosi M. Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: proposing and testing a model. Mater Sociomed [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Oct 14];25(2):121–6. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3769150&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  52. Bass BM, Avolio BJ. Revised Manual for the Multifactor Leadership Questionnaire. Palo Alto: Mind Garden; 1997.
  53. Hastings SE, Armitage GD, Mallinson S, Jackson K, Suter E. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Oct 31];14:479. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25280467>
  54. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnytsky L. Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. J Vocat Behav [Internet]. 2002 Aug [cited 2014 Jul 10];61(1):20–52.  
Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001879101918421>

55. Elliott N, Begley C, Kleinpell R, Higgins A. The development of leadership outcome-indicators evaluating the contribution of clinical specialists and advanced practitioners to health care: A secondary analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Nov 10];70(5):1078–93. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118050>
56. Danet A, March JC, Romera IG. Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Mar [cited 2014 Nov 12];30(3):546–58. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300546&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300546&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
57. Versteeg MH, Laurant MG, Franx GC, Jacobs a J, Wensing MJ. Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: an exploratory study. *Implement Sci* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012 Jan [cited 2014 Nov 10];7(1):1. Available from:  
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L364818863%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-1>
58. Bernstrøm VH, Kjekshus LE. Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Oct 22];12(1):799. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3561249&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
59. Galletta M, Portoghese I, Battistelli A, Leiter MP. The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Nov 10];69(8):1771–84. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157322>

60. Chullen CL, Lafayette W. Minimizing Deviant Behavior in Healthcare Organizations : The Effects of Supportive Leadership and Job Design. 2010;381–98.
61. Skog A, Peyre SE, Pozner CN, Thorndike M, Hicks G, Dellaripa PF. Assessing physician leadership styles: application of the situational leadership model to transitions in patient acuity. *Teach Learn Med* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Nov 12];24(3):225–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22775786>
62. Pearson A, Laschinger H, Porritt K, Jordan Z, Tucker D, Long L. Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2007 Jun [cited 2014 Sep 30];5(2):208–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631788>
63. Hemsworth D, Muterera J, Baregheh A. Examining Bass’s transformational leadership in public sector executives: a psychometric properties review. *J Appl Bus Res*. 2013;29(3):853–62.
64. Salanova M, Lorente L, Chambel MJ, Martínez IM. Linking transformational leadership to nurses’ extra-role performance: The mediating role of self-efficacy and work engagement. *J Adv Nurs* [Internet]. 2011 Oct [cited 2014 Nov 5];67(10):2256–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21535088>
65. Corrigan PW, Diwan S, Campion J, Rashid F. Transformational leadership and the mental health team. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2002 Nov [cited 2017 Nov 5];30(2):97–108. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12680615>
66. Aronson PP. La centralidad del carisma en la sociología política de Max Weber. *Entramados y Perspect*. 2011;1(1):109–26.

67. Molero Alonso F. El estudio del carisma y del liderazgo carismático en las ciencias sociales: una aproximación desde la psicología social. *Rev Psicol Soc* [Internet]. 1995;10(1):43–59. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=111809>
68. Avolio BJ, Bass BM, Jung DI. Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. 1999;441–62.
69. Northouse P. *Leadership Theory and Practice*. 2n ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 2001.
70. Skinner C, Spurgeon P. Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: a study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Serv Manage Res* [Internet]. 2005 Feb [cited 2014 Nov 10];18(1):1–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15807976>
71. Weberg D. Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. *Nurs Adm Q* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 25];34(3):246–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20562573>
72. Carless S. Assessing the discriminant validity of transformational leader behavior as measured by the MLQ. *J Occup Organ Psychol*. 1998;71:353–8.
73. Yukl G. *Leadership in organizations*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2002.
74. Bryman A, Stephens M, Campo C. The importance of context: Qualitative research and the study of leadership. *Leadersh Q*. 1996;7(3):353–70.
75. governance institute. *Leadership in Healthcare Organizations: A Guide to Joint Commission Leadership Standards*. 2009;(877).



76. Ackerly DC, Sangvai DG, Udayakumar K, Shah BR, Kalman NS, Cho AH, et al. Training the next generation of physician-executives: an innovative residency pathway in management and leadership. *Acad Med* [Internet]. 2011 May [cited 2014 Nov 12];86(5):575–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21436663>
77. Bing-You R, Wiltshire W, Skolfield J. Leadership development for program directors. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Nov 12];2(4):502–4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3010929&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
78. Harkins D, Butz D. A New Prescription for Healthcare Leadership. 2006;13(3):126–31.
79. Hobbs S, Stankunas M, Rethmeier K, Avery M, Czabanowska K. Clinical leadership to improve health outcomes. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Nov 2 [cited 2014 Nov 10];382(9903):1483–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182539>
80. Kitchener M. Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Centre Mergers. *Organ Stud* [Internet]. 2002 May 1 [cited 2015 Apr 7];23(3):391–420. Available from: <http://oss.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0170840602233004>
81. Citaku F, Violato C, Beran T, Donnon T, Hecker K, Cawthorpe D. Leadership competencies for medical education and healthcare professions: population-based study. *BMJ Open* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Nov 10];2(2):e000812–e000812. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3323822&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
82. Carter N, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Bryant-Lukosius D, et al. The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* [Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Dec 15];23 Spec No:167–85. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478692>

83. ACN. Canadian Nurse Practitioner Initiative Implementation and Evaluation Toolkit for Nurse Practitioners in Canada. 2006.
84. Higgins A, Begley C, Lalor J, Coyne I, Murphy K, Elliott N. Factors influencing advanced practitioners' ability to enact leadership: A case study within Irish healthcare. *J Nurs Manag* [Internet]. 2013 Oct [cited 2014 Nov 3];22(7):894–905. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23879441>
85. McAlearney AS. Using leadership development programs to improve quality and efficiency in healthcare. *J Healthc Manag* [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 15];53(5):319-31-2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18856137>
86. Kilmann RH, Thomas KW. Developing a Forced-Choice Measure of Conflict-Handling Behavior: The "Mode" Instrument. *Educ Psychol Meas* [Internet]. 1977 Jul 1 [cited 2014 Nov 19];37(2):309–25. Available from: <http://epm.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/001316447703700204>
87. Health C, Training E, Cooksey SD. Creating receptor capacity for research in the health system : the Executive Training for Research Application ( EXTRA ) program in Canada. 2008;13(January):1–7.
88. Lynch M and, Verner E. Building a clinical leadership community to drive improvement : a multi-case educational study to inform 21st century clinical commissioning , professional capability and patient care. 2013;22–8.
89. Cooper JB, Singer SJ, Hayes J, Sales M, Vogt JW, Raemer D, et al. Design and evaluation of simulation scenarios for a program introducing patient safety, teamwork, safety leadership, and simulation to healthcare leaders and managers. *Simul Healthc* [Internet]. 2011 Aug [cited 2014 Dec 17];6(4):231–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21642906>

90. Wells W, Hejna W. Developing leadership talent in healthcare organizations. *Healthc Financ Manage*. 2009;63(1):66–9.
91. Denzin NK. *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1970.
92. Morse J. Principles of mixed methods and multimethod research design. In: A T, C T, editors. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003. p. 189–208.
93. De Marchis G. La validez externa de las encuestas en la web. Amenazas y su control. *Estud sobre el Mensaje Periodístico*. 2012;(18):263–72.
94. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. The interview, a flexible and dynamic resource. *Inv Ed Med*. 2013;2(7):162–7.
95. Cobanoglu C, Cobanoglu N. The effect of incentives in web surveys: Application and ethical considerations. *Int J Mark Res*. 2003;5(4):475–88.
96. Weible R, Wallace J. The impact of the Internet on data collection. *Mark Res*. 1998;10(3).
97. Ilieva J, Baron S, M H. Online surveys in marketing research: pros and cons. *Int J Mark Res*. 2002;44(3).
98. Porter S, Whitcomb M. The impact of lottery incentives on student survey response rates. *Res High Educ*. 2003;44(4).
99. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 5th ed. New York: Allyn and Bacon; 2006.
100. Nunnally J. *Psychometric Theory*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
101. Richards L. Qualitative computing: a method revolution? *Soc Res*

Methodol. 2002;5(3):263–76.

102. Newman W. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 3rd ed. Needham Heights: Allyn and Bacon; 1997.
103. Bryman A. Social research methods. Oxford: Oxford University Press; 2008.
104. Avolio BJ, Bass BM. Multifactor Leadership Questionnaire. 3rd ed. Palo Alto: Mind Garden; 2004.

## Anexos

Anexo 1: Tipos cuestionarios liderazgo

Anexo 2: Informe comité ético

Anexo 3: Cuestionario fase 1

Anexo 4: Cuestionario fase 3

## Anexo 1: Tipos cuestionarios liderazgo

El ALQ es un ejemplo de cuestionario de liderazgo del grupo 1 donde se mide el grado de desarrollo de un determinado estilo de liderazgo. En este caso se mide el grado de desarrollo de los componentes del liderazgo auténtico

### Authentic Leadership Self-Assessment Questionnaire

Instructions: This questionnaire contains items about different dimensions of authentic leadership. There are no right or wrong responses, so please answer honestly. Use the following scale when responding to each statement by writing the number from the scale below that you feel most accurately characterizes your response to the statement.

Key: 1 = Strongly disagree 2 = Disagree 3 = Neutral 4 = Agree 5 = Strongly agree

- |                                                                             |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. I can list my three greatest weaknesses.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. My actions reflect my core values.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. I seek others' opinions before making up my own mind.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. I openly share my feelings with others.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. I can list my three greatest strengths.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. I do not allow group pressure to control me.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. I listen closely to the ideas of those who disagree with me.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. I let others know who I truly am as a person.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. I seek feedback as a way of understanding who I really am as a person.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Other people know where I stand on controversial issues.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. I do not emphasize my own point of view at the expense of others.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. I rarely present a "false" front to others.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. I accept the feelings I have about myself.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. My morals guide what I do as a leader.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. I listen very carefully to the ideas of others before making decisions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. I admit my mistakes to others.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### Scoring

1. Sum the responses on items 1, 5, 9, and 13 (self-awareness).
2. Sum the responses on items 2, 6, 10, and 14 (internalized moral perspective).
3. Sum the responses on items 3, 7, 11, and 15 (balanced processing).
4. Sum the responses on items 4, 8, 12, and 16 (relational transparency).

### **Total Scores**

Self-Awareness: \_\_\_\_\_

Internalized Moral Perspective: \_\_\_\_\_

Balanced Processing: \_\_\_\_\_

Relational Transparency: \_\_\_\_\_

### **Scoring Interpretation**

This self-assessment questionnaire is designed to measure your authentic leadership by assessing four components of the process: self-awareness, internalized moral perspective, balanced processing, and relational transparency. By comparing your scores on each of these components, you can determine which are your stronger and which are your weaker components in each category. You can interpret your authentic leadership scores using the following guideline: high = 16–20 and low = 15 and below. Scores in the upper range indicate stronger authentic leadership, whereas scores in the lower range indicate weaker authentic leadership.

Esta versión corta del MLQ es un ejemplo de cuestionario de liderazgo del grupo 2 donde se clasifica el entrevistado en un determinado estilo de liderazgo –en este caso transformacional, transaccional y pasivo.

## Sample Items From the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) Form 5X-Short

These questions provide examples of the items that are used to evaluate leadership style. The MLQ is provided in both Self and Rater forms. The Self form measures self-perception of leadership behaviors. The Rater form is used to measure leadership. By thinking about the leadership styles as exemplified below, you can get a sense of your own belief about your leadership.

Key: 0 = Not at all    1 = Once in a while    2 = Sometimes    3 = Fairly often    4 = Frequently, if not always

### **Transformational Leadership Styles**

Idealized Influence (Attributes)	I go beyond self-interest for the good of the group.	0   1   2   3   4
Idealized Influence (Behaviors)	I consider the moral and ethical consequences of decisions.	0   1   2   3   4
Inspirational Motivation	I talk optimistically about the future.	0   1   2   3   4
Intellectual Stimulation	I reexamine critical assumptions to question whether they are appropriate.	0   1   2   3   4
Individualized Consideration	I help others to develop their strengths.	0   1   2   3   4

### **Transactional Leadership Styles**

Contingent Reward	I make clear what one can expect to receive when performance goals are achieved.	0   1   2   3   4
Management by Exception: Active	I keep track of all mistakes.	0   1   2   3   4

### **Passive/Avoidant Leadership Styles**

Management by Exception: Passive	I wait for things to go wrong before taking action.	0   1   2   3   4
Laissez-Faire	I avoid making decisions.	0   1   2   3   4

---

SOURCE: Reproduced by special permission of the publisher, MIND GARDEN, Inc., [www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com) from the *Multifactor Leadership Questionnaire* by Bernard M. Bass and Bruce J. Avolio. Copyright © 1995, 2000, 2004 by Bernard M. Bass and Bruce J. Avolio. Further reproduction is prohibited without the publisher's written consent.



## Anexo 2: Informe comité ético



### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA SOBRE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El Dr. Enric Sospedra Martínez, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge,

#### CERTIFICA

Que el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge, en su reunión de fecha 7 de Abril de 2014 (Acta 07/14), tras examinar toda la documentación presentada sobre el proyecto de investigación con nuestra ref. **PR069/14**, titulado:

**ANÁLISIS DEL MODELO DE LIDERAZGO EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD DE BARCELONA Y SU ÁREA METROPOLITANA.**

De la Dra. Candela Calle Rodríguez (Dirigida por el Dr. Xavier Corbella Virós) del Institut Català d'Oncologia, como DOCTORANDA, se ha acordado dar INFORME FAVORABLE al mencionado proyecto.

Que la composición actual del Comité Ético de Investigación Clínica es la siguiente:

Presidente	Dr. Francesc Esteve Urbano	Médico-Medicina Intensiva
Vicepresidente	Dra. Pilar Hereu Boher	Médico-Farmacología Clínica
Secretario	Dr. Enric Sospedra Martínez	Farmacia-Farmacia Hospitalaria
Vocales:	Dr. Josep M <sup>a</sup> Arnau de Bolós	Médico-Farmacología Clínica
	Dra. María Berdasco Menéndez	Bióloga-miembro no sanitario
	Dr. Enric Condom Mundo	Médico-Anatomía Patológica
	Sra. Consol Felip Farrás	Miembro laico-Docencia Investigación
	Dra. Ana María Ferrer Artola	Farmacia-miembro Sanitario
	Dra. Margarita García Martín	Médico-Oncología Médica
	Dra. Laura Lladó Garriga	Médico-Cirugía General y Digestiva
	Sra. Sonia López Ortega	Graduado Social-Atención al Usuario
	Sra. Gemma Martínez Estalella	Enfermera-Enfermería
	Dra. Cristina Masuet Aumatell	Médico-Medicina Preventiva
	Dra. Francesca Mitjavila Villeró	Medicina-Medicina Interna
	Dra. Miriam Oms Arias	Farmacia-Farmacéutica Atención Primaria
	Dr. Joan Josep Queralt Jiménez	Jurista
	Dr. Ricard Ramos Izquierdo	Medicina-Cirugía Torácica
	Dra. Glòria Remesar Navarro	Médico-Farmacología Clínica
	Dr. Petru Cristian Simon	Médico-Farmacología Clínica



Que este Comité cumple la legislación española vigente para este tipo de proyectos, así como las normas ICH y las Normas de Buena Práctica Clínica.

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Lo que firmo en L'Hospitalet de Llobregat, a 7 de Abril de 2014



 **Bellvitge**  
Hospital Universitari  
Comité Ètic  
d'Investigació Clínica

Fdo. Dr. Enric Sospedra Martínez  
Secretario del CEIC



**HUB<sup>C</sup>**  
Hospital Universitari de Bellvitge  
Feixa Llarga s/n  
08907 L'Hospitalet de Llobregat  
Tel. 932 607 500  
[www.bellvitgehospital.cat](http://www.bellvitgehospital.cat)

Anexo 3: MLQ adaptado fase 1

Para empezar, le pedimos que indique el grado en que las siguientes frases se ajustan a su manera de dirigir siendo 0=nunca, 1=de vez en cuando, 2=a veces, 3=bastante y 4=casi siempre.

1. A continuación, figuran cuarenta y cinco frases. Indique el grado en que cada frase se ajusta a su manera de dirigir

Nunca	De vez en cuando	A veces	Bastante	Casi siempre
0	1	2	3	4

1. Ayudo a la gente a mi cargo a cambio de sus esfuerzos ....0 1 2 3 4

2. Reexamino los supuestos cruciales para ver si son

adecuados .....0 1 2 3 4

3. Evito intervenir hasta que los problemas se agravan.....0 1 2 3 4

4. Presto atención a las irregularidades, fallos, excepciones

y desviaciones con respecto a la norma esperada .....0 1 2 3 4

5. Evito involucrarme cuando surge algún problema

importante.....0 1 2 3 4

6. Hablo a la gente a mi cargo de los valores y creencias

más importantes para mí.....0 1 2 3 4

7. Estoy ausente cuando se me necesita.....0 1 2 3 4

8. Busco diferentes perspectivas a la hora de solucionar

- los problemas.....0 1 2 3 4
9. Hablo del futuro con optimismo .....0 1 2 3 4
10. Hago que la gente a mi cargo se sienta orgullosa  
de trabajar conmigo.....0 1 2 3 4
11. Señalo de forma concreta quién es el responsable de  
lograr unos determinados objetivos de rendimiento .....0 1 2 3 4
12. Espero que las cosas vayan mal antes de actuar .....0 1 2 3 4
13. Hablo con entusiasmo acerca de los logros que deben  
alcanzarse .....0 1 2 3 4
14. Hago ver la importancia de llevar a cabo lo que nos  
proponemos.....0 1 2 3 4
15. Dedico tiempo a la enseñanza y a la formación .....0 1 2 3 4
16. Dejo claro lo que uno puede recibir si se consiguen  
los objetivos.....0 1 2 3 4
17. Demuestro que creo firmemente en el dicho "si no está  
roto no lo arregles" .....0 1 2 3 4
18. Voy más allá de mi propio interés en beneficio del grupo.0 1 2 3 4
19. Trato a la gente más como persona individual que  
como miembro de un grupo .....0 1 2 3 4
20. Dejo que los problemas se vuelvan crónicos antes de  
actuar .....0 1 2 3 4

21. Actúo de forma que me gano el respeto de la gente  
que trabaja conmigo .....0 1 2 3 4
22. Concentro toda mi atención en subsanar los errores,  
reclamaciones y fallos .....0 1 2 3 4
23. Considero las consecuencias éticas y morales de  
mis decisiones.....0 1 2 3 4
24. Llevo un registro de todos los fallos .....0 1 2 3 4
25. Doy muestras de poder y confianza en mí mismo .....0 1 2 3 4
26. Presento una convincente visión del futuro .....0 1 2 3 4
27. Hago que la gente a mi cargo dirija su atención hacia  
los fallos a la hora de cumplir lo establecido .....0 1 2 3 4
28. Evito tomar decisiones .....0 1 2 3 4
29. Considero que cada uno de los miembros de mi equipo tiene diferentes  
necesidades, capacidades y aspiraciones que otras personas.0 1 2 3 4
30. Hago que la gente a mi cargo contemple los problemas desde muchos  
ángulos diferentes .....0 1 2 3 4
31. Ayudo a que la gente de mi equipo desarrolle  
sus capacidades .....0 1 2 3 4
32. Sugiero nuevas maneras de realizar el trabajo asignado..0 1 2 3 4
33. Retraso la respuesta a las cuestiones urgentes.....0 1 2 3 4
34. Enfatizo la importancia de tener un sentido colectivo

- de la misión a realizar .....0 1 2 3 4
35. Expreso satisfacción cuando se cumplen las expectativas 0 1 2 3 4
36. Muestro confianza en que se conseguirán los objetivos ...0 1 2 3 4
37. Soy efectivo a la hora de satisfacer las necesidades  
laborales de las personas de mi equipo.....0 1 2 3 4
38. Uso métodos de liderazgo satisfactorios .....0 1 2 3 4
39. Consigo que la gente rinda más de lo que ellos mismos  
esperaban.....0 1 2 3 4
40. Soy eficaz a la hora de representar a la gente de mi  
equipo ante la autoridad superior .....0 1 2 3 4
41. Trabaja de forma satisfactoria con la gente a mi cargo ....0 1 2 3 4
42. Potencio el deseo de tener éxito en la gente de mi  
equipo.....0 1 2 3 4
43. Soy eficaz a la hora de cumplir las demandas de la  
organización .....0 1 2 3 4
44. Incremento el deseo de trabajar más en la gente de mi  
equipo.....0 1 2 3 4
45. El grupo que dirijo es eficaz.....0 1 2 3 4

También queríamos saber acerca de usted:

2. Es usted:



Hombre

Mujer

3. Su edad:
4. Años desempeñando su actual puesto de trabajo:
5. Organización a la que pertenece:

Muchas gracias por su participación

Anexo 4: MLQ adaptado fase 3

Este cuestionario sirve para describir el estilo de liderazgo de su gerente. Por favor responda con máxima sinceridad, sus respuestas serán tratadas de forma anónima.

1. Para empezar, le pedimos que indique el grado en que las siguientes frases se ajustan a su manera de dirigir siendo 0=nunca, 1=de vez en cuando, 2=a veces, 3=bastante y 4=casi siempre.

Nunca	De vez en cuando	A veces	Bastante	Casi siempre
0	1	2	3	4

*Mi Gerente:*

1. Me ayuda a cambio de mis esfuerzos.....0 1 2 3 4
2. Reexamina los supuestos cruciales para ver si son adecuados .....0 1 2 3 4
3. Evita intervenir hasta que los problemas se agravan.....0 1 2 3 4
4. Presta atención a las irregularidades, fallos, excepciones y desviaciones con respecto a la norma esperada .....0 1 2 3 4
5. Evita involucrarse cuando surge algún problema importante.....0 1 2 3 4

6. Nos habla de los valores y creencias más importantes  
para él/ella .....0 1 2 3 4
7. Está ausente cuando se le necesita .....0 1 2 3 4
8. Busca diferentes perspectivas a la hora de solucionar  
los problemas.....0 1 2 3 4
9. Habla del futuro con optimismo .....0 1 2 3 4
10. Me hace sentir orgulloso de trabajar con él/ella.....0 1 2 3 4
11. Señala de forma concreta quién es el responsable  
de lograr unos determinados objetivos de rendimiento .....0 1 2 3 4
12. Espera que las cosas vayan mal antes de actuar .....0 1 2 3 4
13. Habla con entusiasmo acerca de los logros que deben  
alcanzarse .....0 1 2 3 4
14. Hace ver la importancia de llevar a cabo lo que nos  
proponemos.....0 1 2 3 4
15. Dedicar tiempo a la enseñanza y a la formación .....0 1 2 3 4
16. Deja claro lo que uno puede recibir si se consiguen los  
objetivos .....0 1 2 3 4
17. Demuestra que cree firmemente en el dicho "si no está roto  
no lo arregles".....0 1 2 3 4
18. Va más allá de su propio interés en beneficio del grupo...0 1 2 3 4
19. Me trata más como persona individual que como miembro

- de un grupo .....0 1 2 3 4
20. Deja que los problemas se vuelvan crónicos antes de actuar .....0 1 2 3 4
21. Actúa de forma que se gana mi respeto .....0 1 2 3 4
22. Concentra toda su atención en subsanar los errores, reclamaciones y fallos .....0 1 2 3 4
23. Considera las consecuencias éticas y morales de sus decisiones.....0 1 2 3 4
24. Lleva un registro de todos los fallos .....0 1 2 3 4
25. Da muestras de poder y confianza en sí mismo .....0 1 2 3 4
26. Presenta una convincente visión del futuro .....0 1 2 3 4
27. Hace que dirija mi atención hacia los fallos a la hora de cumplir lo establecido.....0 1 2 3 4
28. Evita tomar decisiones .....0 1 2 3 4
29. Considera que tengo diferentes necesidades, capacidades y aspiraciones que otras personas.....0 1 2 3 4
30. Me hace contemplar los problemas desde muchos ángulos Diferentes.....0 1 2 3 4
31. Me ayuda a desarrollar mis capacidades.....0 1 2 3 4
32. Sugiere nuevas maneras de realizar el trabajo asignado..0 1 2 3 4
33. Retrasa la respuesta a las cuestiones urgentes.....0 1 2 3 4

34. Enfatiza la importancia de tener un sentido colectivo de la misión a realizar .....0 1 2 3 4
35. Expresa satisfacción cuando cumpla las expectativas .....0 1 2 3 4
36. Muestra confianza en que se conseguirán los objetivos ...0 1 2 3 4
37. Es efectivo a la hora de satisfacer mis necesidades en el trabajo .....0 1 2 3 4
38. Usa métodos de liderazgo satisfactorios .....0 1 2 3 4
39. Me hace rendir más de lo que yo esperaba .....0 1 2 3 4
40. Es eficaz a la hora de representarme ante la autoridad superior.....0 1 2 3 4
41. Trabaja conmigo de forma satisfactoria .....0 1 2 3 4
42. Potencia mi deseo de tener éxito.....0 1 2 3 4
43. Es eficaz a la hora de cumplir las demandas de la organización .....0 1 2 3 4
44. Incrementa mi deseo de trabajar más.....0 1 2 3 4
45. El grupo que dirige es eficaz .....0 1 2 3 4

Para continuar, nos gustaría que pensando en el liderazgo de su gerente nos digiera:

¿Cuáles cree que son los elementos principales del liderazgo de su gerente?  
(máximo 3)

¿Qué aspectos destacaría positivamente del liderazgo de su gerente?  
(máximo 3 respuestas)

¿Qué aspectos cree que podría mejorar si gerente en relación a su liderazgo?  
(máximo 3 respuestas)

¿Cree usted que ha cambiado de alguna forma (en su forma de ser o trabajar) desde que trabaja con su actual gerente como consecuencia de su relación con él/ella?

Sí

No

2. En caso de haber experimentado algún cambio indíquelos a continuación  
(máximo 3 respuestas)

Para finalizar, querríamos saber acerca de usted:

5. Es usted:

Hombre

Mujer

6. Su edad:

7. Años desempeñando su actual puesto de trabajo:

8. Organización a la que pertenece:

Muchas gracias por su participación



