



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Análisis mixto de los estilos de liderazgo en Atención Primaria de Salud

Glòria Jodar i Solà

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**i** EU d'Infermeria

***Análisis mixto de los estilos de liderazgo en  
Atención Primaria de Salud***

Glòria Jodar i Solà

Tesis Doctoral  
Octubre de 2015





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

i) EU d'Infermeria

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras  
Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

***Análisis mixto de los estilos de liderazgo en  
Atención Primaria de Salud***

Presentada por  
**Glòria Jodar i Solà**

Directores  
**Dra. Pilar Delgado Hito**  
**Dr. Joan Gené i Badia**

Tutora  
**Dra. Teresa Icart Isern**



*De entre todas las áreas oscuras y confusas, la del liderazgo es, sin duda, la que ocupa el primer lugar. Por otro lado, probablemente es el liderazgo el tema sobre el que más se ha escrito pero del que menos se conoce.*

*Warren Bennis, 1959*

*Es momento de que la AP tome el liderazgo y lleve la atención sanitaria hacia donde es necesario que vaya: atender y cuidar a los pacientes y las poblaciones en lugar de atender y cuidar enfermedades. Y ello no sólo es biológicamente más correcto, sino que es más efectivo, más eficiente, más seguro, y más equitativo*

*Barbara Starfield, 2011*



## **AGRADECIMIENTOS**

A toda mi familia, amigos y compañeros que durante estos años me habéis acompañado y entendido, por la exigencia en las horas de estudio y de trabajo.

Mi tesis doctoral me ha permitido poder profundizar mucho más en un tema que hace años inicié y que siempre ha estado presente en mi trayectoria profesional. Fue precisamente el Dr. Joan Gené i Badia, codirector de esta tesis, quien me hizo descubrir lo apasionante del estudio y la práctica de la gestión clínica y del liderazgo en atención primaria de Salud (APS); a él le agradezco todos los conocimientos compartidos y las complicidades, en el intento de situarla en el centro del sistema sanitario catalán.

A mi directora de tesis, Dra. Pilar Delgado, por su inestimable ayuda, paciencia y dedicación, sin ella no hubiera sido capaz de conseguir el coraje suficiente para realizar un análisis mixto, y por sus consejos en la fase de metodología cualitativa para comprender más mi objetivo de estudio.

Gracias también a las doctoras y compañeras de la escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona, las profesoras Teresa Icart, Lourdes García, Margarita Peya, Pilar Torres y Jordi Galimany, así como a la Directora de la Escuela, Ana Pulpón; a todas ellas gracias por los consejos y los ánimos.

Gracias al Dr. Amando Martín Zurro por compartir conmigo la ilusión de hacer crecer la atención primaria y transformarla en su sentido más amplio; gracias por todo lo aprendido en los años que hemos trabajado juntos, horas de discusión y de lecturas.

Quiero también agradecer al equipo de B-Salut y de la revista *RISAI* (Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada), especialmente a mis compañeros editores, Ramón Morera y Tino Martí, su comprensión y su tiempo para compartir y profundizar en los temas de gestión integrada y liderazgo. Y a Irene Cubells por estar siempre a mi lado con esta tesis y con tantos otros trabajos, presentaciones y artículos de *RISAI*.

A toda la Junta de Gobierno del Colegio de enfermeras y enfermeros de Barcelona por los ánimos y el apoyo, especialmente a María Antonia Campo, con quien he compartido durante estos últimos años los diversos proyectos desarrollados por el grupo de investigación en cuidados de enfermería

Gracias a Núria Cuxart, directora de programas del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), con quien he profundizado sobre la importancia del liderazgo para un mayor desarrollo profesional de las enfermeras.

A Edurne Zabaleta, enfermera, doctora e investigadora; con ella me fue más fácil centrar el enfoque y la visión en un tema tan amplio.

A Carme Esteve, Directora de la Región Sanitaria de Barcelona (RSB), por creer en mí como siempre ha hecho y por facilitarme y ayudarme en todo.

A todos los directivos de los equipos de atención primaria por su participación y el tiempo dedicado en responder el cuestionario.

A todos los participantes, médicos y enfermeras de atención primaria que han formado parte de los dos grupos de discusión de la fase cualitativa.

A Enriqueta Pujol, por la revisión y corrección de los resultados obtenidos en los grupos de discusión

A José Luís del Val y Neus Parellada, técnicos de salud, por su revisión de los resultados cuantitativos, y a Jordi Real, por el análisis estadístico de estos resultados.

A las colegas que más han contribuido a que este documento final sea posible, a Anna Larripa compañera amiga y consejera, gracias por tu ayuda y sobre todo por tu paciencia y horas de dedicación en las correcciones, estilo, diseño, muchísimas gracias. Y a Anna Almirall por todo tu apoyo y soporte administrativo. Es todo un placer trabajar con vosotras.

Finalmente a las personas más importantes para mí y a quienes he robado más horas de dedicación: a mis hijas Iris y Diana y a mi marido Lluís por la inmensa paciencia y por cuidarme y mimarme tanto.

A mi madre Montserrat y a mi padre Alfons, que sigue siempre presente en mis pensamientos.

A mi hermana Laura, por su buen humor y soporte, a mi suegra Asunción, a mis sobrinos y a los nietos-sobrinos que han nacido durante este periodo de tesis.

A todos, muchas gracias por estar a mi lado.



# ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....	15
ÍNDICE DE TABLAS .....	17
ÍNDICE DE FIGURAS .....	19
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	21
RESUMEN/ABSTRACT .....	23
JUSTIFICACIÓN .....	27
1. INTRODUCCIÓN .....	31
2. MARCO TEÓRICO.....	39
2.1. Concepto de liderazgo.....	39
2.2. Teorías y enfoques del liderazgo .....	41
2.3. Estilos y conductas de liderazgo .....	48
2.3.1. Definiendo estilos y conductas de liderazgo .....	48
2.3.2. Clasificando los estilos de liderazgo .....	49
2.3.3. Diferencias y similitudes entre liderazgo transformacional y transaccional .....	54
2.3.4. Las consecuencias de los estilos de liderazgo en la organización.....	56
2.4. Instrumentos de medida y evaluación de los estilos y conductas de liderazgo.....	58
2.4.1. Leader Behavior Description Questionnaire (LBDQ).....	59
2.4.2. Leader effectiveness and adaptability (LEAD).....	60
2.4.3. Least Preferred Co-worker (LPC) .....	61
2.4.4. Charismatic Leadership Scale (CHRSMA) .....	62
2.4.5. Assesment Center .....	62
2.4.6. Emotional Competence Inventory (ECI).....	63
2.4.7. Multifactor Leadership Questionary (MLQ) .....	64
2.4.8. Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) .....	65
2.5. El liderazgo en el ámbito de la Atención Primaria y Salud Comunitaria .....	67
2.5.1. La función directiva en APS .....	72
2.5.2. Función directiva y liderazgo clínico .....	75
2.5.3. Liderazgo, profesionales y género .....	78
3. HIPÓTESIS .....	85
4. OBJETIVOS .....	87
4.1. Objetivos generales.....	87
4.2. Objetivos específicos fase cuantitativa .....	87
4.3. Objetivos específicos fase cualitativa.....	87
5. METODOLOGÍA.....	89
5.1. FASE I .....	89
5.1.1. Diseño de estudio.....	89
5.1.2. Ámbito de estudio.....	89
5.1.3. Población y muestra.....	91
5.1.4. Variables de estudio e instrumentos de recogida de datos .....	92
5.1.5. Procedimiento de recogida de datos.....	94
5.1.6. Análisis de los datos.....	96
5.2. FASE II: .....	97
5.2.1. Posición paradigmática de la investigadora.....	97
5.2.2. Método .....	99
5.2.3. Participantes y muestreo.....	100
5.2.4. Técnicas de obtención de información.....	102
5.2.5. Análisis de datos .....	108
5.2.6. Rigor.....	111
6. ASPECTOS ÉTICOS .....	115
7. RESULTADOS .....	117

7.1. FASE I: resultados cuantitativos sobre características de la muestra .....	117
7.1.1. Descripción de la muestra.....	117
7.1.2. Resultados del objetivo específico: identificar los estilos de liderazgo autopercebidos por los directivos de Atención Primaria .....	120
7.1.3. Resultados del objetivo específico: relación entre el estilo de liderazgo y las variables secundarias.....	122
7.1.4. Resultados del objetivo específico: asociación entre el estilo de liderazgo y las consecuencias positivas/organizacionales .....	126
7.1.5. Resultados del objetivo específico: asociación entre el estilo de liderazgo y las variables secundarias.....	133
7.2. FASE II: resultados derivados de la fase cualitativa .....	137
7.2.1. Identificando valores y estilos de liderazgo.....	138
7.2.2. Los efectos del liderazgo sobre los profesionales, la práctica y la organización.....	143
7.2.3. Viviendo la experiencia de diferentes estilos de liderazgo .....	149
8. DISCUSIÓN .....	157
8.1. Discusión de la Fase cuantitativa .....	157
8.1.1. Descripción de los directivos participantes .....	158
8.1.2. Estilos de liderazgo autopercebidos.....	160
8.1.3. El estilo de liderazgo y las variables secundarias.....	161
8.1.4. Relación entre variables secundarias (cargo, profesión y sexo) y las consecuencias organizacionales .....	163
8.1.5. Asociación entre estilos de liderazgo y variables de segundo orden y consecuencias organizacionales .....	165
8.1.6. Asociaciones del estilo de liderazgo y las variables secundarias.....	165
8.2. Discusión de la fase cualitativa .....	167
8.2.1. Perfil de líder .....	167
8.2.2. Valores del Líder .....	169
8.2.3. Efectos del líder sobre los profesionales .....	171
8.2.4. Consecuencias del liderazgo en la práctica profesional .....	173
8.2.5. Vivencias y experiencias.....	174
8.3. Dificultades y limitaciones del estudio.....	176
8.4. Implicaciones del estudio .....	176
8.4.1. Implicaciones para la práctica .....	176
8.4.2. Implicaciones para la gestión .....	177
8.4.3. Implicaciones para la docencia .....	178
8.4.4. Implicaciones para la investigación.....	179
9. CONCLUSIONES.....	181
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	185
ANEXOS.....	201
Anexo 1. Cuestionario Multifactorial de Liderazgo. Forma Líder (“Versión visto por uno mismo”).....	203
Anexo 2. Correspondencia de estilo de liderazgo, conductas, consecuencias con los ítems.....	207
Anexo 3. Formulario electrónico para la recogida de variables secundarias .....	209
Anexo 4. Carta de presentación a los directores de la Región Sanitaria de Barcelona .....	211
Anexo 5. Carta de presentación a la Dirección de Atención Primaria (Metropolitana Sur y Metropolitana Norte).....	213
Anexo 6. Carta de presentación a los directores y adjuntos a dirección de equipos de Atención Primaria .....	215
Anexo 7. Carta de recordatorio/ agradecimiento .....	217
Anexo 8. Carta de solicitud de participación en los grupos de discusión .....	219

Anexo 9. Guión de preguntas para los grupos de discusión .....	221
Anexo 10. Consentimiento informado y cesión de derechos de imagen.....	223
Anexo 11. Aprobación del Comité de Ética del IDIAP Jordi Gol i Gurina .....	225
Anexo 12. Artículo: Self-perception of Leadership styles in Primary Health Care (enviado, pendiente de revisión) .....	227







## **SIGLAS Y ACRÓNIMOS**

Se detalla el listado de siglas y acrónimos y su significado

<b>AC</b>	Assessment Center
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>CCAA</b>	Comunidades autónomas
<b>CEIC</b>	Comité de Ética de Investigación Clínica
<b>CFC</b>	Coeficiente de Fiabilidad Compuesta
<b>CHRSMA</b>	Charismatic Leadership Scale
<b>COIB</b>	Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
<b>CS</b>	ConSORCI Sanitari
<b>DAP</b>	Direcció d'Atenció Primària
<b>DE</b>	Desviación Estándar
<b>DOGC</b>	Diari Oficial Generalitat de Catalunya
<b>DPI</b>	Dirección por Instrucciones
<b>DPO</b>	Dirección por Objetivos
<b>DPV</b>	Dirección por Valores
<b>EAP</b>	Equipos de Atención Primaria de Salud
<b>EBA</b>	Entidad de Base Asociativa
<b>ECI</b>	Emotional Competence Inventory
<b>FRL</b>	Full Range Leadership
<b>IC</b>	Intervalo de Confianza
<b>ICS</b>	Institut Català de la Salut
<b>IDIAP</b>	Institut d'Investigació en Atenció Primària
<b>IES</b>	Institut d'Estudis de la Salut
<b>LBDQ</b>	Leader Behaviour Description Questionnaire
<b>LCE</b>	Liderazgo correctivo/ evitador
<b>LEAD</b>	Leader effectiveness adaptability
<b>LOPS</b>	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
<b>LPC</b>	Least Preferred Co-worker
<b>LTF</b>	Liderazgo Transformacional
<b>LTR</b>	Liderazgo Transaccional
<b>MLQ</b>	Multifactor Leadership Questionnaire

## ***Siglas y acrónimos***

---

<b>OD</b>	Odds Ratio
<b>QVP</b>	Qüestionari de Qualitat de Vida Professional
<b>RISAI</b>	Revista d'Innovació Sanitària i Atenció Integrada
<b>RSB</b>	Regió Sanitària de Barcelona
<b>SIG.</b>	Significació
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y la Comunicación
<b>TLS</b>	Teoría Liderazgo Situacional
<b>UB</b>	Universitat de Barcelona

## ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Número de EAP participantes de la Región Sanitaria de Barcelona del Catsby.
- Tabla 2.** Características sociodemográficas y profesionales de los/las participantes enfermeros/as.
- Tabla 3.** Características sociodemográficas y profesionales de los/las participantes médicos/as.
- Tabla 4.** Desarrollo de los grupos de discusión.
- Tabla 5.** Vertebración del discurso de los profesionales.
- Tabla 6.** Descripción de la muestra.
- Tabla 7.** Características de la muestra según cargo directivo.
- Tabla 8.** Características de la muestra según profesión.
- Tabla 9.** Descripción global de los estilos de liderazgo.
- Tabla 10.** Relación entre los estilos de liderazgo y variables secundarias (cargo, profesión y sexo).
- Tabla 11.** Relación entre estilos de liderazgo, consecuencias organizacionales y la edad.
- Tabla 12.** Relación entre los estilos de liderazgo y las variables secundarias: años en el cargo y tipo de organización.
- Tabla 13.** Correlaciones entre estilos de liderazgo y consecuencias organizacionales.
- Tabla 14.** Correlaciones entre los estilos de liderazgo y las variables de segundo orden.
- Tabla 15.** Correlaciones entre variables de segundo orden y consecuencias organizacionales.
- Tabla 16.** Resultados de la regresión logística en el liderazgo transformacional.
- Tabla 17.** Resultados de la regresión logística en el liderazgo transaccional.
- Tabla 18.** Resultados de la regresión logística en el liderazgo correctivo/evitador.
- Tabla 19.** Asociación entre cargo directivo y resto de variables.
- Tabla 20.** Asociación entre género y resto de variables.
- Tabla 21.** Asociación entre profesión y resto de variables.
- Tabla 22.** Comparativa entre liderazgo con y sin función directiva.
- Tabla 23.** Resumen de las aportaciones de los profesionales acerca de sus directivos.
- Tabla 24.** Comparación entre resultados cuantitativos y cualitativos.

---

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

- Figura 1.** Principales teorías del liderazgo.
- Figura 2.** Correspondencia entre factores de primer y segundo orden y definiciones de los factores asociados.
- Figura 3.** Diferencias entre el liderazgo transformacional y el liderazgo transaccional.

---

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1.** Diagramas de dispersión entre el estilo de liderazgo transformacional y las consecuencias organizacionales.
- Gráfico 2.** Diagramas de dispersión entre el estilo de liderazgo transaccional y las consecuencias organizacionales.
- Gráfico 3.** Diagramas de dispersión entre el estilo de liderazgo correctivo/evitador.
- Gráfico 4.** Esquema integrador: liderazgo auténtico.
- Gráfico 5.** Esquema de valores asociados al liderazgo auténtico.

---

## RESUMEN/ABSTRACT

Los objetivos de este estudio pretenden, en primer lugar, averiguar si existe liderazgo directivo en los Equipos de Atención Primaria de Salud (EAP) y describir y conocer la autopercepción de las conductas y estilos de liderazgo que adoptan sus directivos (directores y adjuntos a la dirección), así como la relación de estos estilos respecto la satisfacción laboral, la efectividad y el esfuerzo de los profesionales. En segundo lugar, comprender la vivencia de estos profesionales de los centros de salud (médicos y enfermeras) respecto al estilo de liderazgo que perciben de sus cargos directivos. Para ello se ha utilizado una metodología mixta en dos fases consecutivas.

La primera fase ha consistido en un estudio descriptivo observacional transversal. El ámbito de estudio se ha desarrollado en los 133 EAP de la Región Sanitaria de Barcelona (RSB), con un total de 266 directivos de Atención Primaria. La recogida de datos se ha realizado mediante el Cuestionario autoadministrado MLQ (*Multifactor Leadership Questionnaire*) en su versión validada en castellano con el fin de determinar los estilos de liderazgo autopercebido por los propios directivos de atención primaria y la posible relación con efectos positivos sobre el conjunto del equipo. Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 17.0 para Windows. Para el desarrollo del estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC).

En una segunda fase se ha realizado un estudio cualitativo de tipo fenomenológico que ha permitido dar voz a los profesionales a través de sus propias palabras, vivencias y perspectivas, para conocer cómo perciben el estilo de liderazgo de sus directivos. La técnica para la obtención de información han sido los grupos de discusión. Se ha seguido los criterios de rigor (*trustworthines*) de Guba y Lincoln. Se ha realizado un análisis de contenido y se ha utilizado el programa NVivo v.10 como soporte informático.

Los resultados obtenidos en los dos análisis realizados muestran diferencias entre la percepción de liderazgo de los profesionales. La autopercepción del

liderazgo de los directivos obtiene una media de 3,31 en ambos estilos. Se observa que los directivos se perciben por igual con estilos transformacionales y transaccionales. Sin embargo, la profesión enfermera obtiene mayor puntuación en liderazgo transaccional, con diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,003$ ).

En el análisis cualitativo, la percepción que tienen los profesionales es de sentirse dirigidos por directivos con estilos más transaccionales y de perfil controlador. En cuanto a las diferencias de género, las mujeres muestran un estilo más transaccional que los hombres; no se observan grandes diferencias en los resultados del análisis cualitativo. Las variables secundarias, no explican influencias que marquen el estilo de liderazgo aunque en el resultado obtenido por tipo de organización, los directivos del ICS son algo más transformacionales, justo al contrario que las percepciones que tiene sus profesionales en el análisis cualitativo.

En el entorno actual, después de los efectos de la crisis económica y de los cambios en los determinantes de salud de la población, se precisan líderes transformadores que reafirmen la centralidad del modelo de Atención Primaria y actúen localmente a favor de las necesidades de las personas y de las comunidades.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Cultura Organizacional; Dirección de equipos; Enfermeras; Liderazgo; Médicos; Metodología mixta.

## Abstract

First of all, the objectives of this study are intended to find out if there are managerial leadership in the Teams of Primary Health Care (EAP) and to describe and to understand the perception of their own behaviors and leadership styles adopted by their managers (directors and deputy to address) as well as the relationship of these styles regarding job satisfaction, effectiveness and efforts of these professionals. The second one, to understand the experience of these professionals health centers (doctors and nurses) regarding the perceived leadership style of leadership positions. According to these, we have used a mixed methodology in two consecutive phases.

The first phase had consisted of a cross-sectional descriptive study. The field study was carried out in 133 EAP Health Region of Barcelona (RSB), with a total of 266 primary care managers. Data collection was performed using a self-administered questionnaire MLQ (Multifactor Leadership Questionnaire) in its Spanish version validated, in order to determine leadership styles self-perceived by primary care managers and the relationship with positive effects in order to develop their job. For data analysis it was used SPSS 17.0 for Windows.

The results obtained in the two analyzes showed differences between the perceptions of leadership professionals. The perception of the leadership of managers obtained an average of 3.31 in both styles. It is noted that managers are perceived equally with transformational and transactional styles. However, the nursing profession gets top ranking in transactional leadership, with statistically significant difference ( $p = 0.003$ ).

In the second phase, it has done a qualitative phenomenological study that has allowed to give voice the professionals to know what is their perception regarding leadership style of managers through their own words, experiences and perspectives. The obtaining information technique has been the focus groups. It has followed the rigor criteria (trustworthiness) of Guba and Lincoln (1). It has conducted a content analysis and it was used a computer program NVivo v.10 support.

In the two analysis we did, the obtained, results show differences between leadership perception of the professionals and the self-perception manager's leadership. It seems, the managers perceives equally with transformational and transactional styles, however in the qualitative analysis the perception of the professionals is to be addressed for the managers with more transactional styles and controller profile. About the gender's differences, it has not appreciate discrepancies in the results in front these two analysis types. The secondary variables don't show influences that marks the leadership style although in the result by company, the ICS managers are a little bit more transactional, in front of the perceptions that their professionals have in the qualitative analysis.

In the current environment, after economic crises and the determinatives population health changes, it has needed transformational leaders that confirm the centralism of the Primary health model and who act locally in favor of the people and community necessities.

To develop the study, it was obtained the approval of Ethics Committee of the clinical research at the Institute of Primary Care Research (IDIAP) Jordi Gol.

It has been respected the ethic criteria defined for the Academic Commission of the Doctoral Studies in Nursing Science at the University of Barcelona (UB).

**Keywords:** Primary Health Care; Organizational culture; Team management; Nurses; Leadership; Physicians; Mixed methods.

## **JUSTIFICACIÓN**

El liderazgo suscita interés, tanto en el mundo académico como en el profesional. Se ha estudiado desde diferentes enfoques teóricos y campos de aplicación, así como desde diversas perspectivas como la psicosocial, la histórica y la contextual. Actualmente, en la era del conocimiento, es el momento de que los líderes hagan posible que las personas quieran permanecer en las organizaciones y se desarrollen al máximo sus habilidades personales y profesionales. Es necesario descubrir que las personas están encantadas de compartir el conocimiento con otras personas, y no sólo con máquinas; y es así porque son seres humanos y los seres humanos han compartido su conocimiento desde la noche de los tiempos (1).

En este sentido, a los líderes del siglo XXI se les exige poder transformar las organizaciones y estimular a su equipo o equipos en el desarrollo, no sólo de la organización, sino de las capacidades, competencias y actitudes de las personas que junto a su equipo construyen diariamente un proyecto. Es fundamental potenciar lo mejor de cada individuo a través de todas las dimensiones racionales, emocionales e intuitivas que acaban afectando de una manera integrada al conjunto de un equipo o de una organización, incluyendo al propio líder o líderes (2).

Quizás, uno de los fenómenos más analizados y prolíficos en publicaciones y estudios empíricos (cuantitativos y cualitativos) sea el del liderazgo. Las investigaciones relacionadas con el liderazgo son una importante contribución para ayudar a comprender los posibles efectos del liderazgo en las organizaciones y en los profesionales, especialmente su influencia sobre la práctica profesional. Sin embargo, en nuestro país, la investigación sobre liderazgo en general y liderazgo efectivo en particular, no es muy abundante en el ámbito de la administración pública y, menos aún, en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS); además, los pocos estudios que existen se han limitado a diseños de tipo observacional (3). Por otro lado, gran parte de los estudios sobre conductas que favorecen un liderazgo efectivo no se han

realizado de una manera sistemática y, a menudo, de forma divergente a las tendencias más estudiadas y basando su análisis en modelos empresariales.

En el contexto de la APS, la complejidad de los procesos y de las estructuras de gestión territorial ha ido aumentando desde la reforma de Atención Primaria iniciada en el año 1985 y que supuso un cambio importante en la organización del conjunto del sistema sanitario (4). En paralelo, los profesionales y los gestores han desarrollado nuevas tareas y funciones directivas, incrementando el número de servicios, estructuras y proyectos asistenciales (5). Los liderazgos clínicos y directivos se han distribuido por el territorio con una cierta variabilidad de perfiles, que ha contribuido a enmarcar tendencias en modelos de gestión, de autogestión y de trabajo en equipo (6).

Diversos estudios sugieren que un liderazgo efectivo, debería combinar más de un estilo de liderazgo: el estilo transaccional que es más instrumental y el transformacional que es mucho más carismático, pero con mucha más presencia de éste último (7). Sin embargo, en el contexto de APS, se desconocen los estilos que predominan, la percepción de los directores/as sobre su estilo de liderazgo y los efectos que cada estilo promueve en las organizaciones. Por otro lado, se ha estudiado de forma insuficiente la opinión de los profesionales sanitarios en relación a la influencia de las conductas de los directivos.

Como investigadora creo que aún es necesario profundizar en el autoconocimiento de los estilos y conductas y sobre cuáles son las consecuencias sobre los equipos de trabajo. También es necesario comprender más cosas sobre cómo alcanzar la efectividad en las acciones de liderazgo y, finalmente, acercarse a la opinión de los profesionales ya que aún sabemos muy poco sobre cómo ven a sus líderes, cómo son considerados, qué piensan de ellos, cómo les afecta en su práctica diaria y en la consecución de sus actividades y resultados clínicos (8).

Describir y comprender mejor los estilos de liderazgo ayudará a entender mejor el papel clave que los directivos pueden ejercer en el modelo actual y futuro de

Atención Primaria y en el desarrollo de los pilares básicos de atención integrada realizada por equipos multidisciplinares.

La elección de la metodología para su estudio depende del propósito de la investigación y de los recursos disponibles. El estudio del liderazgo ha sido llevado a cabo casi enteramente con métodos cuantitativos. Sin embargo, dado el carácter contextual y complejo del fenómeno, resulta necesario adoptar una perspectiva que abarque métodos y técnicas mixtas dado que se trata de un fenómeno poco investigado en el sistema sanitario y aún menos en APS (9,10). En la evaluación de conductas y estilos de liderazgo surge la necesidad de abordar el fenómeno desde una perspectiva integradora, superando la tendencia a la segmentación y fragmentación que presentan las diferentes líneas de investigación.

El liderazgo es un constructo complejo; su estudio debe identificar y describir las distintas variables que pueden estar vinculadas con el mismo (11). Asimismo se plantea la necesidad de tener en cuenta el contexto en el que se da el fenómeno, ya que los líderes ponen en práctica diferentes conductas y estrategias en función del contexto en el que les toca moverse (12).

---

## 1. INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la definición de liderazgo marca una relación interpersonal y simétrica entre una persona que influye (el líder), y otra u otras personas que son influidas (seguidores, subordinados, empleados). Así, existe cierto acuerdo entre los distintos autores en señalar que lo básico del liderazgo es justamente la relación de influencia entre el líder y sus seguidor/es (13,14). Sin embargo, la complejidad para definir el concepto de liderazgo en toda su totalidad hace que hayan ido surgiendo diferentes enfoques o modos de acercarse a este fenómeno. Por consiguiente, el punto de referencia para el análisis del liderazgo puede ser variado y depende de diferentes factores, como el momento histórico en el uso metodológico y los aspectos concretos de estudio del mismo cuando ha sido estudiado desde diferentes disciplinas y enfoques teóricos. Se trata de un concepto dinámico que evoluciona paralelamente al desarrollo histórico de cada época (15).

El liderazgo ha sido conceptualizado de diferentes maneras en la bibliografía científica. En general, se define liderazgo como un proceso multidimensional, que implica una posición de influencia, que se produce dentro de un grupo y contexto y que persigue conseguir unos objetivos que reflejen una visión común (16,17). Para el propósito de este estudio, se ha decidido escoger una definición un poco más amplia que recoja realmente la multidimensionalidad del concepto. Así, el liderazgo, según mi opinión y centrándome en el ámbito de Atención Primaria, se debería estudiar como la interacción entre el directivo y un grupo, teniendo en cuenta el estilo del líder (apariencia y personalidad), las conductas del líder (qué hace y cómo dirige la actividad grupal), la función que desarrolla (su rol y posición de poder), la propia autopercepción de su liderazgo, la percepción de los demás sobre su liderazgo, el nivel de influencia sobre los otros y la organización; es decir, por la capacidad para transformar acciones individuales del líder en acciones grupales (18,19). La definición que propongo abarca más de una teoría o enfoque. Así, los enfoques publicados se pueden resumir en 5 teorías que van desde el enfoque de rasgos del líder hasta el enfoque transformacional: **(i)** el enfoque de rasgos, que enfatiza los

## 1. Introducción

---

atributos personales y las competencias del líder; **(ii)** el enfoque conductual, que destaca las conductas y estudia los estilos de liderazgo; **(iii)** el enfoque situacional, que está relacionado con la eficacia del líder; **(iv)** el enfoque interactivo, que se centra en la influencia hacia los seguidores y por tanto analiza el poder y **(v)** el enfoque carismático o transformacional, que analiza los cambios en la conducta del líder para revitalizar a los colaboradores.

Algunos de los factores relacionados con el estilo de liderazgo se asocian, por un lado, con el líder y, por el otro, con el contexto en el que se desarrolla el liderazgo. Por ejemplo, se puede atribuir el estilo de liderazgo simplemente a las características innatas de una persona o a su posición jerárquica, o por el contrario concebirse como una función distribuida entre los diversos profesionales de un grupo (20). La percepción del propio liderazgo también puede determinarse por los valores, la satisfacción laboral, el sexo, la profesión y la experiencia directiva (21). No obstante, para que el liderazgo se considere efectivo, debería combinar varios estilos, ya que es lo que produce innovaciones (22,23) y cambios profundos en la organización (24,25).

La bibliografía científica identifica y evalúa diferentes estilos de liderazgo (26). El liderazgo más frecuentemente estudiado es el liderazgo transaccional o también llamado instrumental, orientado hacia la tarea u objetivos y caracterizado por el establecimiento de una especie de transacción entre el líder y los miembros de un grupo u organización. Sin embargo, en los últimos años, otros autores postulan por un liderazgo cultural y sugieren que las teorías del liderazgo deberían considerar también las formas expresivas de las acciones del liderazgo y todos los aspectos relacionados con la innovación. Sin duda, el enfoque instrumental había dejado *“al margen”*, según palabras de Trice y Beyer, *“la visión del líder que transforma en la base ideológica de una nueva cultura a la organización”* (p. 394) (27). Como menciona West et al., este cambio en la conceptualización de liderazgo fue incorporada por Bass, denominándolo liderazgo transformacional, cultural o carismático, que lo define como aquel estilo de liderazgo que incrementa el nivel de rendimiento y de promoción en el desarrollo de los miembros individuales de un equipo, los

grupos y la propia organización, persiguiendo producir cambios en los valores, las actitudes y las creencias del grupo (28).

Actualmente, y después de una larga evolución sobre los diversos significados y conceptos de liderazgo, se está evolucionando hacia el estudio de las conductas de los individuos cuando conducen un grupo, es decir, todos los factores que contribuyen a transformar el propio liderazgo y a compartir objetivos. Así, el liderazgo transaccional/transformacional se ha convertido en una de las principales líneas de investigación en el estudio del liderazgo. En este sentido, y aunque no existe un consenso claro sobre la definición de las competencias y de las conductas necesarias para asumir el liderazgo transformacional, se pueden destacar las siguientes: ser competente, confiar en sí mismo, ser creativo, colaborador, empático y disfrutar de los éxitos (23).

Estudios diversos muestran que este estilo de liderazgo favorece el trabajo en equipo, así como la aceptación y la utilización de la innovación en las organizaciones y la mejora continua de los resultados (29,30). Por todo ello, en la actualidad los directivos de APS con un perfil de liderazgo transformacional serían aquellos líderes efectivos (20), capaces de dirigir desde la ética profesional y preparados para el cambio (31). La incorporación de la ética en el estudio del liderazgo, hasta ahora asociado principalmente con la funcionalidad de los estilos definidos y sus interacciones e influencias, ha incorporado nuevas cuestiones; la ética nos sitúa ante un paradigma líder-seguidor roto y nos transporta a la legitimación del liderazgo.

El liderazgo ético realmente aparece como un atributo transversal que recorre cualquier estilo o conducta. En primer lugar, los líderes éticos deben actuar y tomar decisiones éticamente. No obstante, los líderes éticos deben también liderar éticamente la manera en que tratan a las personas todos los días, en sus actitudes, en las formas que emplean para favorecer mejoras y nuevas iniciativas, en las direcciones en que conducen a sus organizaciones (32).

Este liderazgo tiene una parte visible y una parte invisible. La parte visible está justamente en la manera cómo el líder trabaja y trata a los demás, en su

## 1. Introducción

---

comportamiento público, en sus declaraciones y en sus acciones. Los aspectos invisibles del liderazgo ético yacen en la personalidad del líder, en su proceso de toma de decisiones, en su modo de pensar, en el conjunto de valores y principios a los que recurre al tomar decisiones éticas en situaciones difíciles (33).

Así, los líderes siempre tienen una conducta ética, no solamente cuando alguien los ve actuar. Además, mantienen su ética a través del tiempo y muestran constantemente que ésta es una parte integral del marco filosófico que usan para entender, relacionarse y, en consecuencia, legitimarse (34). De esta forma, ambos estilos de liderazgo, el transformacional y el transaccional, muestran aspectos muy relacionados con fuertes aspectos filosóficos y componentes éticos. Por un lado, las filosofías individualistas, donde los líderes y seguidores actúan racionalmente persiguiendo sus propios intereses, se aproximarían al liderazgo transaccional. La legitimidad moral (35) en el liderazgo transformacional se asegura mediante la coherencia, el facilitar las mismas oportunidades y libertades a los demás que a uno mismo, en especial, al decir la verdad, al cumplir las promesas, al distribuir lo que se debe a cada individuo y al emplear incentivos o sanciones válidos.

En este contexto, el liderazgo transformacional debería aproximarse más a las normas éticas y a los ideales de comportamiento, puesto que éstos se aceptan libremente, por propia voluntad y no como una imposición. Sin embargo hay que tener en cuenta los casos donde el líder consigue motivación de tipo intrínseco sólo con la finalidad de autosatisfacción y los seguidores son un medio más para conseguirla (36). Bass (37) ha analizado las diferencias entre el liderazgo transformacional y el pseudo-transformacional o también llamado trascendental. El trascendental lo define como la forma extrema de la autenticidad transformacional, en la que los seguidores no están motivados sólo por factores extrínsecos y se sienten impulsados a identificarse con una "causa" y, por tanto, de trascender sus propios intereses en favor de la organización y de sus colegas (38). El líder trascendental refuerza la abnegación y la motivación de los seguidores gracias a un fuerte espíritu de dedicación, competencia e integridad (39).

Por otro lado, han surgido nuevas necesidades que exigen escenarios y papeles alternativos de liderazgo. Tenemos el caso del liderazgo dispensable, el cual está limitado en su objetivo y duración, considerándolo como un acuerdo temporal; el liderazgo colectivo, distribuido por un grupo de personas, como por ejemplo, los equipos autónomos; el tele-liderazgo que consiste en la transmisión de información a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como por ejemplo, los equipos virtuales. Igualmente, las organizaciones muestran cada vez más conciencia en la gestión de la diversidad de sus miembros (edad, raza, etnia, educación, nivel socioeconómico, etc.), intentando encontrar un equilibrio armonioso entre la diversidad y una fuerte cultura organizacional basada en valores y creencias compartidos con el fin de mantener la cohesión grupal. Y es justamente competencia de los líderes asumir este papel en las organizaciones y promover la igualdad de oportunidades en el acceso a lugares de dirección, evitando la discriminación, en particular en la contratación, la selección y la promoción de los profesionales.

Otro aspecto clave a destacar en la evolución del liderazgo es el vínculo entre liderazgo y gestión, más allá de que en el sector empresarial, incluido el de la salud, estos aspectos se confunden continuamente y se intercambian los conceptos (40). A medida que las organizaciones han ido creciendo con el paso de los años, ha habido un incremento de la capacidad de gestión, que no se ha visto siempre acompañada con el mismo incremento de la habilidad de liderazgo; la diferencia básica está en que gestionamos recursos y lideramos personas, pero además, en el sector de la salud, es el conocimiento de los profesionales el principal capital y por tanto, nos sitúa ante organizaciones con necesidad de liderar conocimiento (41).

Los estudios más recientes advierten de que la efectividad del liderazgo sobre “*capital conocimiento*” se traduce en resultados positivos para el conjunto del sistema sanitario, pero especialmente para los profesionales y los pacientes (42). En este sentido, el informe titulado *Rediscovering our purpose leadership* realizado por la King’s Fund en 2013 recomienda que los líderes de todos los niveles de las organizaciones se centren en lograr mejores resultados para el

## 1. Introducción

---

cuidado de la población (43). Además, se ha observado una asociación entre determinados estilos de liderazgo y una mejor calidad de vida percibida por los profesionales sanitarios, así como una mayor retención de los profesionales excelentes (44). Los liderazgos efectivos refuerzan la autonomía profesional y las direcciones clínicas, lo cual permite resituar las acciones directivas en enfoques más centrados en las necesidades de los pacientes y de las comunidades, y no tanto en dar respuesta a sistemas jerárquico-administrativos ya obsoletos (45).

Estamos ante un cambio en la manera de entender la relación entre las personas y esto afecta de manera substancial a los líderes con o sin función directiva. Durante años hemos compartido modelos basados en unas relaciones jerárquicas y autoritarias y nos dirigimos hacia un modelo donde los líderes buscan compartir objetivos y resultados con sus colaboradores. La evolución conceptual va desde “cómo” ha de ser un líder hasta “cuáles” han de ser sus conductas, es decir “qué hacen los buenos líderes” (46) y “cómo dirigen sus equipos y organizaciones”.

El estilo de liderazgo de los directivos en el sector de la Salud está indudablemente influenciado también por la misión y el contexto en el que se desarrolla, además de por la propia evolución del sistema sanitario (47), que aún continua marcando unos valores un tanto hospital centristas, y una cultura jerarquizada en la gran mayoría de organizaciones sanitarias del país; todo ello ha dificultado la discusión sobre la necesidad de cambio hacia un liderazgo clínico, profesionalizado y transformador, capaz de gestionar el conocimiento y no sólo las estructuras (48). No existen los estilos puros, sino que se contemplan habitualmente mezclados, se cruzan transversalmente por los distintos espacios por donde nos movemos: las organizaciones, comunidades, países; esta transversalidad dota al liderazgo de diversas miradas y lo convierten en un tema multifacético, susceptible de ser abordado desde enfoques muy diversos.

En el siguiente capítulo, denominado *Marco Teórico*, se introduce una breve evolución histórica del concepto de liderazgo y de los estilos y conductas de

liderazgo, así como de las principales teorías explicativas, para visualizar la madurez y la consolidación como área de investigación. Posteriormente se exponen y caracterizan los diversos estilos de liderazgo, explicando sus componentes y las principales consecuencias organizacionales. Finalmente, se enmarca el concepto de liderazgo en el ámbito de la Atención Primaria.

---

## 2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta, en primer lugar, una breve descripción de la evolución del concepto de liderazgo, así como de las principales teorías que lo han definido y consolidado como área de investigación. A continuación, se exponen, por un lado, los estilos y las conductas de liderazgo y sus clasificaciones, explicando brevemente sus componentes y la relación con otros aspectos tales como las consecuencias del mismo sobre las personas y las organizaciones. Y por otro, los principales métodos e instrumentos utilizados para su medición en los estudios de investigación. Finalmente, se sitúa el concepto de liderazgo en el contexto de la APS, de los directivos de los equipos y de los profesionales médicos/as y enfermeras/os que trabajan en Atención Primaria.

### 2.1. Concepto de liderazgo

El liderazgo existe desde el momento en que los hombres viven en comunidad e interactúan. La definición precisa de liderazgo ha sido una búsqueda continua de numerosos investigadores a través del tiempo, quienes han desarrollado teorías variadas en cuanto a su significado y sobre cómo ejercerlo. Las publicaciones relacionadas con el liderazgo muestran numerosas y diferentes definiciones de este concepto, casi tantas como el número de personas que se han dedicado al tema (49). En este apartado presentamos algunas de estas definiciones, cuyo contenido e ideas se entremezclan y se complementan.

Una de las definiciones más simples es la que considera el liderazgo como un conjunto de actividades de un individuo que ocupa una posición jerárquicamente superior, dirigida a la realización y dirección de las actividades de otros miembros con el objetivo de lograr de manera efectiva el objetivo del grupo. Varios autores mencionan las definiciones de Syroit, pero también las de Greenberg y Baron (50,51), que lo consideran como el proceso mediante el cual un individuo influye en otros miembros del grupo con el fin de alcanzar las metas organizacionales o del grupo.

## 2. Marco teórico

---

La definición de Hersey y Blanchard aboga que liderazgo es "*el proceso de influir en las actividades de un individuo o grupo para obtener de ellos esfuerzos que permitan el logro de objetivos en una situación dada*" (p.86) (52). En este sentido, el liderazgo es visto como algo que es función del líder, de los seguidores y de otras variables situacionales. Para Jago, el liderazgo es el uso de la influencia no coercitiva para dirigir y coordinar las actividades de los miembros de un grupo organizado, con el objetivo de lograr los objetivos del grupo (53).

El liderazgo también ha sido definido de forma más compleja por Yukl como "*un proceso de influencia que afecta a la interpretación de los acontecimientos por los seguidores, la elección de los objetivos de la organización o grupo, la organización de actividades para lograr estos objetivos, la motivación de los seguidores a cumplir los objetivos, y el mantenimiento de relaciones de cooperación y de espíritu de equipo, así como la obtención de apoyo y cooperación de las personas fuera del grupo u organización*" (p.5) (54).

En general, la mayoría de las definiciones describen el liderazgo como un proceso en el que se especializa alguien del grupo. Pero las teorías entran en conflicto con los supuestos según los cuales el liderazgo se define como un proceso de influencia que se produce en un sistema social y es compartido entre sus miembros. Desde este punto de vista, cualquier miembro del grupo u organización puede liderar en un determinado momento.

Otro campo de discusión surge cuando el liderazgo se analiza desde el marco teórico de los procesos de influencia (intento de influir sobre un grupo, con aceptación más o menos entusiasta del mismo). En primer lugar, algunos sostienen que el liderazgo sólo incluye los procesos de influencia relacionados con las tareas y objetivos del grupo. Como tal, los intentos de influencia extrínsecos a la misión del grupo no pueden ser considerados como actos de liderazgo. En contraste con esta perspectiva, se considera que el liderazgo incluye todos los intentos de influencia ejercida sobre los seguidores, independientemente de las razones que mueven a la persona que influye (55).

En segundo lugar, algunos investigadores restringen el liderazgo a intentos de influir que conducen al compromiso entusiasta de los seguidores, eliminando los que resultan en obediencia pasiva o abierta. Por consiguiente, cuando un jefe manipula o coacciona a los subordinados, no hay liderazgo. Para ejercer el liderazgo, el grupo tiene que permitir la influencia del líder. Así, la influencia es ejercer la autoridad con aceptación voluntaria. Los opositores argumentan que esta tesis es restrictiva, pues excluye procesos de influencia significativa. Por ejemplo, una misma tentativa de influencia puede originar el compromiso entusiasta de algunas personas en algunas situaciones y, sin embargo, aumentar la resistencia en otras personas o situaciones (56).

Dada esta diversidad de conceptualizaciones, algunas contradictorias, parece necesario reflexionar sobre el significado de los conceptos de "líder" y "liderazgo" y comprender que las diferencias son fundamentales para una mayor comprensión del fenómeno. El líder es la persona que orienta e influye en el grupo mientras que el liderazgo son las acciones, conductas y actitudes que realiza el líder para guiar al grupo (57).

Resulta imposible relacionar todas las definiciones y autores que han descrito el fenómeno, pero podemos identificar una serie de elementos constantes en casi todas: es un proceso de influencia, se ejerce dentro o respecto a un grupo, y va encaminado hacia una meta. Estos tres términos que se han empleado comúnmente por muchos autores y han guiado los principales enfoques teóricos a lo largo del siglo XX y XXI. El interés para abarcarlo en su totalidad y aproximarse a su comprensión ha desarrollado también un amplio espectro de aproximaciones teóricas, prospectivas, aplicaciones y evaluaciones que hacen que su estudio adquiera una cierta complejidad y controversia.

## **2.2. Teorías y enfoques del liderazgo**

Los enfoques teóricos y metodológicos sobre liderazgo incluyen un amplio espectro de teorías, definiciones, filosofías y descripciones que se han abordado desde diferentes disciplinas tales como la historia, la psicología, la

## 2. Marco teórico

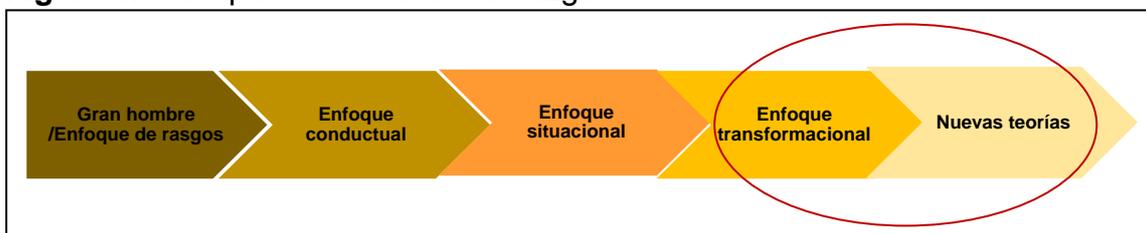
---

sociología y, en general, todas las ciencias sociales. Todo ello ha contribuido a la aparición de un gran número de escuelas y de orientaciones teóricas que han abordado su análisis con la creación de modelos teóricos y la generación de líneas de investigación.

Desde la teoría del Gran Hombre hasta las teorías más recientes relacionadas con el liderazgo distribuido (58), se han desarrollado multitud de teorías y enfoques del liderazgo (59,60) y, a pesar de la lógica confusión que se ha producido como consecuencia de ello, se pueden identificar una serie de elementos constantes en todas las aproximaciones sobre el liderazgo. Es un proceso que trae aparejada la influencia, que se ejerce dentro o con respecto a un grupo; y que va encaminado a una meta.

La figura 1 muestra la evolución de las diferentes teorías sobre el liderazgo donde cada una de ellas ha atribuido significados y matices diferentes sobre liderazgo.

**Figura 1.** Principales teorías de liderazgo



Fuente: elaboración propia

A continuación se presenta una breve reseña de cada una de ellas:

### **Enfoque o modelo de rasgos**

El *modelo de rasgo* o cualidad atribuible a una persona, también denominado como Teoría del Gran hombre. Tuvo su auge entre 1920 y 1950 y se basa en diferentes teorías de la personalidad, que sugieren características estables de las personas (rasgos). En los años 90 adquirió un resurgimiento tras un largo periodo de inactividad, con el intento de identificar atributos personales característicos de los líderes: inteligencia, intuición, persuasión (61).

Uno de los principales motivos por los que este enfoque no ha tenido gran impacto en los ámbitos académicos es la enorme variedad de resultados hallados, lo cual dificultó notablemente la posible síntesis y evaluación específica de cada uno de los rasgos con vistas a la identificación de líderes potenciales (49).

### **Enfoque Conductual**

Este enfoque tuvo su apogeo entre 1950 y 1960; se centra en el análisis de las conductas y en las relaciones entre éstas y el liderazgo efectivo. Este enfoque estudia el liderazgo en términos de lo que los líderes hacen (conductas); estas conductas ya no son cualidades innatas, sino que se pueden aprender y, por tanto, el enfoque conductual hace posible el entrenamiento en el liderazgo. La principal sede de estos estudios fue la *Ohio State University*, donde se estudió cómo los seguidores percibían la conducta de su líder en relación con dos categorías o factores independientes: la iniciación a la estructura y la consideración.

La Iniciación a la estructura está relacionada con las conductas orientadas a la consecución de la tarea, que incluyen actos tales como organizar el trabajo, dar estructura al contexto laboral, definir roles y obligaciones. El líder pretende el bienestar de sus seguidores y muestra una conducta de apoyo, accesibilidad y representación de los miembros del grupo. En cambio, la Consideración está vinculada a las conductas dirigidas a la mejora o mantenimiento de las relaciones entre el líder y los seguidores, incluyendo el respeto, la confianza y la creación de un clima de camaradería. La mayoría de autores de esta corriente sostienen que tanto la iniciación a la estructura como la consideración son categorías necesarias para que un líder sea efectivo, aunque las consideraron de modo independiente y no las relacionaron (62).

Todos los estudios de enfoque conductual se enmarcaron de un modo un tanto desordenado en diversas teorías centradas en el análisis de conductas individuales, sin tener en cuenta los patrones de conductas que los líderes

## **2. Marco teórico**

---

utilizan para ser efectivos en determinados contextos, como el de las organizaciones (63).

### **Enfoque situacional**

En enfoque situacional o de atributo posicional se basa en la idea de que diferentes patrones de conductas pueden ser efectivos en diversas situaciones. Este enfoque aparece a partir de finales de los años 60 y engloba diversas teorías: la de la contingencia, la de las metas, la de la decisión normativa y la de los recursos cognitivos.

Concretamente, la teoría de la contingencia que fue creada por Fiedler, sostiene que existen tres variables situacionales que influyen en el hecho de lograr un liderazgo efectivo: las relaciones entre líder y seguidores, la estructura de las tareas y el poder ejercido por el líder (64). Por otro lado, la teoría de las metas de House y Mitchell, se centra en la capacidad de los líderes en motivar a sus seguidores para conseguir mediante el esfuerzo las metas propuestas (65). La teoría de la decisión normativa de Vroom y Yetton consiste en la propuesta de diversos procedimientos para tomar decisiones de forma efectiva que iban desde la toma de decisiones autocráticas hasta las consultas individuales y de grupo (66). Finalmente, la teoría de los recursos cognitivos se basa en que determinadas variables situacionales, como el estrés interpersonal, el apoyo grupal y la complejidad de las tareas, influyen y afectan al líder y al grupo (67).

Las teorías situacionales en su conjunto presentan ciertas restricciones ya que con frecuencia son demasiado generales, por lo que resulta difícil someterlas a pruebas empíricas rigurosas.

### **Enfoque transformacional**

Este enfoque de liderazgo es uno de los más desarrollados y estudiados en la actualidad. Su principal precursor es Bass (68), quien se basó en las ideas originales acerca del liderazgo carismático de House (69) y de Burns (70). House y Burns construyeron las primeras bases teóricas acerca del liderazgo transformacional y transaccional.

Así Bass, junto con sus colaboradores Avolio, Waldman y Yammarino, construyeron su propia teoría transformacional a partir de los planteamientos que Burns difundió en 1978. Burns se centró en los aspectos simbólicos y motivadores del líder y se interesó por las consecuencias sociales del liderazgo. Por su parte, Bass describe el enfoque transformacional a partir de los efectos que produce el líder sobre sus seguidores. Afirma que los líderes con características transformacionales pueden producir cambios sobre sus seguidores a partir de concienciarlos del valor y de la importancia de sus tareas para conseguir buenos resultados. Todo ello genera la suficiente motivación para alcanzar los objetivos propuestos (37).

El enfoque transformacional tiene en cuenta también las teorías sobre los rasgos y las conductas del líder, así como las variables situacionales, dando lugar a una perspectiva más integradora y completa que el resto de orientaciones teóricas descritas anteriormente.

Al formular su teoría, Bass partió de dos tipos de liderazgo: el transaccional y el transformacional. El transaccional, basado en el intercambio del líder, se dirige a conseguir efectos positivos y cambios en los seguidores y en la organización. A partir de éste concepto, la propuesta fundamental de Bass fue razonada sobre la base de que el liderazgo transaccional no es suficiente para explicar los importantes efectos que ciertos líderes producen sobre sus seguidores (71).

Según Bass, el líder transformacional consigue que su seguidor obtenga recompensas internas a través del propio cumplimiento de la misión propuesta

## 2. Marco teórico

---

por el líder. Para conseguir estos efectos de alto nivel, el líder se apoya en cuatro tipos de conductas: el carisma, la inspiración, la estimulación intelectual y la consideración individualizada. Estas cuatro conductas serían en una primera formulación los factores del liderazgo transformacional.

Además, la mayor parte de la investigación realizada desde este enfoque se basó en los resultados obtenidos a partir de un instrumento que era capaz de medir diversos estilos y conductas de liderazgo. Se trata de un cuestionario que se denominó *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ), creado sobre la base de 176 preguntas que respondieron inicialmente oficiales de la armada norteamericana (71).

Sin embargo, conforme se fue aplicando el instrumento, los resultados mostraron inconsistencias entre los datos y el modelo, lo que provocó la revisión del constructo teórico propuesto. Es a partir de las diferentes revisiones de los constructos y del perfeccionamiento para distinguir rasgos, conductas y estilos que Bass y Avolio construyeron el MLQ en versión corta, creando, en la estructura del cuestionario, factores de estilos de primer orden y de segundo orden. De este modo, los factores que acabaron conformando el MLQ fueron once y se le reconoce como el cuestionario que confirma la teoría multifactorial del liderazgo o de rango total (72).

El MLQ es uno de los instrumentos más usados para medir el liderazgo en el campo de la psicología de las organizaciones y permite evaluar diferentes estilos de liderazgo (transformacional, transaccional y *laissez-faire*). El enfoque transformacional recuperado por Bass ha facilitado dos aportaciones básicas, una de carácter teórico y otra de carácter metodológico, y su desarrollo sustituyó definitivamente la teoría inicial sobre liderazgo carismático de House, generando a través del instrumento MLQ una gran cantidad de estudios de investigación (73–75).

### **Nuevas teorías**

Por último, en la actualidad aparecen nuevas teorías, siendo una de las más novedosas la llamada *E-Leadership* (76). Esta perspectiva incorpora el actual contexto de innovación tecnológica, experimentando con líderes de equipo virtuales y utilizando herramientas como el correo electrónico. Es definida por sus autores como un proceso social de influencia mediatizado por los sistemas de información, con el objetivo de generar cambios en las actitudes, sentimientos, pensamientos y conductas de individuos, grupos y organizaciones. Sostienen que las nuevas tecnologías pueden ayudar a los líderes a decidir, planear, diseminar y controlar diferentes tipos de información y a su vez, estimular la creatividad de los empleados (77).

Otra teoría aparecida recientemente es la llamada liderazgo auténtico o post-moderno, que nace a partir del desarrollo de la teoría transformacional y como respuesta a la crisis económica y a la de valores de los líderes que representan sectores claves de la sociedad. El liderazgo auténtico integra conceptos de la psicología positiva aplicada a las organizaciones (autoeficacia, resiliencia, optimismo y bienestar) (78).

Las principales teorías descritas han profundizado acerca de cómo los líderes se deben comportar para ser considerados como tales y qué se espera de ellos. Actualmente, todavía resulta enormemente complicado estudiar el liderazgo por la gran disparidad de abordajes existentes y la variedad de enfoques y teorías.

Las teorías que han profundizado de un modo más integrado sobre el conocimiento de los estilos de liderazgo, el comportamiento de los líderes y su eficacia, así como sobre la percepción de los seguidores, han permitido establecer nuevos modelos y nuevas propuestas.

### 2.3. Estilos y conductas de liderazgo

El estudio de los estilos de liderazgo es una cuestión mucho más actual. En la última década ha constituido el foco principal de una gran cantidad de estudios para identificar estilos orientados a la tarea o a las relaciones (79). El cambio de enfoque se establece al pasar de las referencias sobre patrones más estables de conductas a formas alternativas (80), en las que los líderes estructuran su conducta sobre su propio estilo de liderazgo (49).

En este apartado se definen, en primer lugar, los estilos y conductas de liderazgo. En segundo lugar, se presentan los diferentes estilos de liderazgo y en tercer lugar las diferencias y similitudes entre el liderazgo transformacional y transaccional. Finalmente, se describen las consecuencias de los diferentes estilos de liderazgo en la organización.

#### 2.3.1. Definiendo estilos y conductas de liderazgo

La mayor parte de las definiciones sobre liderazgo hacen referencia a la capacidad de influir en un grupo con el objetivo de alcanzar metas. Así, para alcanzar estas metas, los líderes estructuran sus conductas y comportamientos, dando lugar a los distintos estilos de liderazgo.

Si nos centramos en la definición de Gardner, en la que argumenta que es un *"proceso por medio del cual un individuo induce a un grupo a alcanzar los objetivos"* (p.103-104) (81), el estilo de liderazgo sería el modo en que este proceso se lleva a cabo, es decir los estilos de liderazgo serían los "cómo". Los estilos de liderazgo abarcan desde la forma en que se relacionan los líderes con otros líderes hasta cómo se ven a sí mismos, y en gran parte si tienen éxito en sus tareas, en las situaciones difíciles, en la toma de decisiones y en el

manejo de soluciones. La forma en la que el liderazgo se lleve a cabo está estrechamente relacionada con la efectividad e influencia del trabajo a realizar.

Por otro lado, la noción de conducta o comportamiento hace referencia a las acciones y reacciones del líder, a la expresión de sus particularidades y a la manifestación de su personalidad. Es por ello que se entiende que el concepto de conducta hace referencia a los factores visibles y externos de los individuos. En muchos sentidos, el estilo de un líder define la propia conducta, como la manifestación externa, en el sentido de ser consciente del propio estilo y que en consecuencia, puede ser crucial para liderar equipos y organizaciones. Los líderes utilizan una gama de diferentes estilos, en diferentes momentos y pueden ser más o menos apropiados según el propósito. Los buenos líderes suelen tener un estilo que utilizan conscientemente en la mayoría de las veces, pero cambian si es necesario o hay una situación que lo justifica (82).

En definitiva, el estilo de liderazgo es la manera en que un líder logra sus propósitos. Puede tener profundos efectos en una organización y su personal, y puede determinar la eficacia de una organización. El estilo depende de cómo conciben el concepto de liderazgo, tanto el líder como la organización, así como de las conductas que elige el líder como más apropiado. Dependiendo de cómo se complementen estos elementos, un líder puede adoptar una variedad de estilos (81).

### 2.3.2. Clasificando los estilos de liderazgo

Los estilos de liderazgo también se han clasificado de maneras distintas y, hasta la llegada del enfoque transformacional, se solían clasificar siguiendo básicamente cuatro estilos que aparecen en algunas de las teorías existentes: **(i)** el autocrático, el estilo de ejercer individualmente el poder y la toma de decisiones; **(ii)** el administrativo, que mantiene el funcionamiento organizativo y el control; **(iii)** el democrático, que invita a la participación y deja expresar opiniones a los seguidores; **(iv)** el colaborador, que involucra a los miembros en la toma de decisiones. Sin embargo desde el punto de vista de la

## 2. Marco teórico

---

investigación empírica, estos enfoques apenas se han desarrollado aunque sí que han generado literatura para lecturas poco académicas (83)

Posteriormente Burns describió inicialmente tres tipos de liderazgo: el transaccional, el transformacional y el correctivo/ evitador. Estos estilos fueron descritos inicialmente por Burns (70,84) y materializados más tarde por Bass. En primer lugar, el liderazgo transaccional también denominado instrumental, es aquel en que el líder resulta imprescindible para el grupo o equipo y éste acepta su liderazgo porque les beneficia de forma insustituible. Es como si se estableciera una transacción en la que el líder presta unos servicios de elevado valor y difícil sustitución y el equipo corresponde con la aceptación de la autoridad. Para muchas organizaciones, este estilo de liderazgo puede resultar útil y beneficioso. Sin embargo, en los periodos de cambio más o menos acelerado, este estilo de liderazgo resulta incompleto y estrecho, por no prestar la debida atención a los aspectos expresivos de la organización, es decir, al cambio y a la innovación de la cultura de la organización (72).

Los factores de segundo orden o componentes de estos estilo de liderazgo son los siguientes: **(i) Recompensa contingente:** los líderes recompensan a sus seguidores animando a la aceptación de sus roles, y los seguidores cumplen las indicaciones para obtener la recompensa establecida a través de acuerdos; **(ii) Dirección por excepción activa:** los líderes estimulan los esfuerzos del grupo para evitar el fracaso y sus consecuencias negativas, utilizando métodos como el entrenamiento y la búsqueda de motivación. Los líderes establecen estándares y monitorizan regularmente; **(iii) Dirección por excepción pasiva:** los líderes exigen el mínimo a su equipo, es decir lo esencial para cumplir con los objetivos y esperan ser informados sobre errores o desviaciones antes de pasar a la acción (85).

En segundo lugar el liderazgo transformacional también llamado cultural, es el que tiene en cuenta los aspectos de innovación y cambio en las organizaciones. Bass lo define como aquel tipo de liderazgo que incrementa el nivel de rendimiento y promueve el desarrollo de los miembros individuales del

equipo y a la vez el del grupo y de la organización en su conjunto (86). El elemento clave de este estilo de liderazgo es el carisma, como pusieron de manifiesto Trice y Beyer (27) que reposa sobre esa visión y misión a partir de la inspiración, la estimulación intelectual y la consideración individualizada.

Los factores de segundo orden o componentes de este estilo de liderazgo son los siguientes:

- (i) **Carisma inspiracional:** los líderes son modelos para sus seguidores, mostrando altos estándares de conductas éticas y morales. El líder es respetado y admirado siendo un modelo de imitación e identificación, y busca empoderar al grupo aunque la reacción de los individuos del equipo tiende a polarizarse. Normalmente, este estilo emerge cuando las organizaciones están en crisis.
- (ii) **Motivación inspiracional:** los líderes animan sobre los motivos del logro, relevantes para tareas desafiantes, complejas, que requieren iniciativas, tomar riesgos y responsabilidades; son líderes que pueden conseguir cooperación y apoyo mutuo entre los miembros del equipo, son capaces de inculcar orgullo de pertenecer al grupo, inspiran confianza y entusiasmo y elevan el optimismo al realizar las tareas;
- (iii) **Estimulación intelectual:** los líderes estimulan a sus equipos para ser más innovadores y más creativos, utilizando el cuestionamiento de suposiciones y posibles problemas. Solicitan siempre nuevas ideas y soluciones, pero sin enjuiciar las aportaciones ni criticar sus errores en público. Los individuos son estimulados a salir de las rutinas conceptuales y son impulsados a reformular los problemas, a aplicar metáforas, a cambiar escalas de medición, a considerar el absurdo y la fantasía, a imaginar estados alternativos, a cambiar sustantivos por verbos y, en definitiva, a descubrir suposiciones ocultas. En este caso el líder es flexible, creativo y de un nivel intelectual muy alto.
- (iv) **Consideración individualizada:** el líder visualiza al individuo como una persona y no sólo como un empleado; recuerda conversaciones, preocupaciones y por lo general, utiliza el cara a cara muy a menudo para la comunicación; el líder se acerca a menudo donde se producen las

## 2. Marco teórico

---

acciones del equipo promoviendo el contacto individual, accediendo así a la información en las tareas cotidianas y lo recoge como base para la toma de decisiones. También se preocupa de que cada miembro del equipo este informado de lo que sucede en la organización, preguntando por las preocupaciones o dudas; saben ayudar en los problemas laborales y personales utilizando la escucha activa, sugiriendo soluciones, dando consejos y logrando la satisfacción de necesidades específicas.

- (v) ***Influencia conductual idealizada y atribuida***: capacidad para provocar el cambio, capacitar a los miembros hacia la acción, son capaces de orientar una nueva imagen de la organización y de las estrategias de futuro. El líder establece acciones que aumentan el compromiso y la participación de los miembros del equipo. Aquí la tarea del líder se centra en mostrar confianza y vincular la articulación del cambio (87).

Finalmente, el liderazgo correctivo/ evitador incluye a los líderes que evitan influenciar a sus subordinados, que eluden sus responsabilidades de supervisión y que no confían en sus habilidades para dirigir. Además, dejan mucha responsabilidad sobre los empleados, no ponen metas claras y no ayudan a su grupo a tomar decisiones, más bien las evitan (61). Asimismo, no diferencian habitualmente su rol del rol del trabajador, y realizan más bien funciones de producción en lugar de dedicar más tiempo a sus propias funciones de supervisión o de dirección

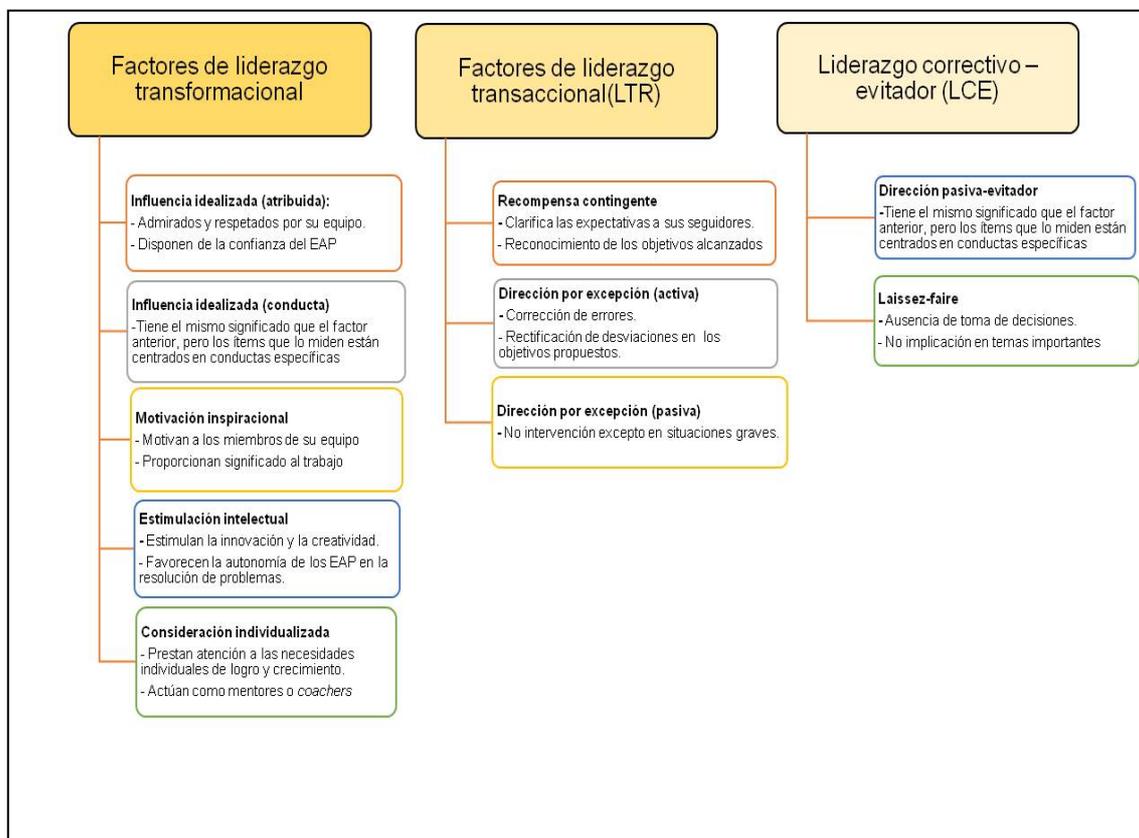
Los factores de segundo orden o componentes de este estilo son: **i)** Dirección pasiva/evitadora, que hace referencia a los líderes que dejan las cosas como están y sólo intervienen cuando los problemas se complican; **ii)** Laissez-faire, que representa aquellos líderes que evitan tomar decisiones y verse implicados en asuntos importantes.

Bass (49) ya diferenció claramente las conductas de delegación y dirección pasiva/evitadora. Este autor indica que la delegación implica la dirección activa del líder para permitir la toma de responsabilidades en algún rol o tarea concreta. En la dirección pasiva/evitadora el líder también permite que el

profesional ejerza su trabajo del modo acordado, hasta que surgen problemas, que es cuando el líder interviene y realiza las correcciones.

Como síntesis de este apartado, la figura 2 muestra, por nivel de jerarquía, la correspondencia entre los factores o componentes de primer y de segundo orden y las definiciones de cada uno de los factores asociados. En este sentido, Bernard Bass, desde 1985 hasta la actualidad, ha estudiado, junto a sus colaboradores, los factores de primer y segundo orden en diversas líneas de investigación (88). En sus trabajos ha demostrado que los líderes en su desempeño directivo pueden presentar patrones de conducta que combinan elementos de más de un estilo de liderazgo. Bass, junto con Avolio, proponen el modelo de liderazgo de rango completo “Full Range Leadership” (FRL), el cual incluye los componentes del liderazgo transformacional y del transaccional para conformar un todo que brinda como resultados la satisfacción de las necesidades de los individuos y del grupo, y el esfuerzo requerido (89)

**Figura 2.** Correspondencia entre factores de primer y de segundo orden y definiciones de los factores asociados.



Fuente: elaboración propia a partir de Fernando Molero, 2011 (p 138)

### 2.3.3. Diferencias y similitudes entre liderazgo transformacional y transaccional

Bass ha perfeccionado y ampliado la definición de líder transaccional de Burns, aplicando sus principios en los sectores militar, industrial y formativo (71). Construido sobre la anterior teoría de Burns, Bass propuso una teoría más detallada para describir los procesos transformacionales en las organizaciones y diferenciar entre liderazgo transformacional y transaccional.

Este autor define el liderazgo transaccional en términos más amplios e incluye, no sólo el uso de incentivos para influir en el esfuerzo, sino que también la clarificación del trabajo necesario para obtener recompensas. Bass y Riggio ven el liderazgo transaccional y el transformacional como procesos distintos pero no mutuamente excluyentes, y reconocen que el mismo líder puede usar ambos tipos de procesos en diferentes momentos y para distintas soluciones (90).

El análisis de las diferencias entre el liderazgo transformacional y el transaccional han sido objeto de diversos estudios. Sheard y Kakabadse profundizaron en las diferencias tomando como punto de partida los atributos de ambos (91). La figura 3 muestra cada uno de los atributos analizados para los dos estilos de liderazgo. Sin embargo, a *grosso modo*, el liderazgo transformacional difiere del liderazgo transaccional en cuatro aspectos principales.

En primer lugar, el liderazgo transformacional desarrolla a los seguidores a partir de la estrategia de los líderes. Los seguidores, disponen de una mayor autonomía y de un mayor control sobre su comportamiento. La visión esbozada por el líder es adoptada por los seguidores con el fin de lograr los objetivos establecidos. Este tipo de liderazgo conduce a los seguidores a tomar la iniciativa, a resolver problemas y a ayudar a pensar en nuevas perspectivas. El liderazgo transaccional se basa en una conducta más tradicional, donde las personas disponen de menos autonomía.

**Figura 3.** Diferencias entre el liderazgo transformacional y transaccional



Fuente: elaboración propia según Sheard y Kakabadse, 2004

En segundo lugar, el liderazgo transformacional promueve dinámicas de actualización relacionadas con la gestión del conocimiento y el desarrollo de nuevas habilidades. En este aspecto el liderazgo transformacional inspira a los seguidores a seguir sus intereses y los del grupo.

## 2. Marco teórico

---

La tercera diferencia se relaciona con lo que el líder espera de sus seguidores para que hagan más de lo que se espera de ellos (además de la rutina). Los seguidores se identifican con el líder y establecen una relación de confianza mutua (mientras que en el liderazgo transaccional, la relación es más distante, más formal). El líder transaccional no lleva a la gente a seguirlo "ciegamente", sino que contribuye con sus conocimientos y motivación para realizar las tareas previamente establecidas en términos de transacción: el líder le aclara al seguidor qué debe hacer para obtener la recompensa, ya sea material o psicológica. Si la tarea no se realiza con el éxito previsto el líder toma acciones correctivas.

Finalmente, la cuarta diferencia se basa en la capacidad del liderazgo transformacional para rastrear el destino de la organización y desarrollar el concepto de visión, anticipándose al mercado. En consecuencia, pide un mayor compromiso y participación de los individuos, haciendo creer a los seguidores en una nueva dirección. El liderazgo transaccional es la receta de la "mediocridad" (72), no permite alcanzar altos niveles de rendimiento y no amplía el número de seguidores, pero crea un núcleo muy cercano de personas conectadas al líder. El líder transaccional lleva a cabo la rutina, motiva y dirige sus seguidores en la dirección de los objetivos fijados, aclarando los papeles y requisitos de la tarea (92).

En resumen, el liderazgo transformacional puede entenderse como la excelencia del liderazgo transaccional, para alcanzar niveles de rendimiento y dedicación de los colaboradores, además de los logrados en el liderazgo transaccional. La investigación de Bass muestra que los líderes transformacionales, en contraste a los transaccionales, obtienen una mayor productividad y una mayor satisfacción de sus seguidores (93).

### 2.3.4. Las consecuencias de los estilos de liderazgo en la organización

Si conceptualizamos el liderazgo como una construcción social, tal como describió Shilling, implica abordar de manera complementaria el estudio de las

consecuencias de un buen o mal liderazgo en las personas y organizaciones (94). Así, los estudios realizados sobre estilos y conductas de liderazgo y sobre las consecuencias organizacionales de dichos estilos (transformacional, transaccional y laissez-faire) en los empleados, resultan muy útiles para conocer la influencia sobre las actividades realizadas y sobre cómo todo ello puede afectar a la propia organización. Las consecuencias organizacionales se describen a partir de los conceptos de efectividad, esfuerzo extra y satisfacción (95).

En relación a la efectividad, el líder optimiza los recursos materiales y humanos del equipo para obtener los mejores resultados al menor coste posible; la efectividad ha mostrado correlaciones positivas en varios de los factores de los liderazgos transformacional y transaccional, no mostrando en cambio ninguna correlación con el estilo correctivo/evitador (96).

El esfuerzo extra está relacionado con la capacidad del líder en aumentar el deseo y la capacidad de los miembros del equipo para realizar un trabajo de calidad y alcanzar los objetivos del equipo y de la organización. Este aspecto se correlacionó en todos los estudios con los factores transformacionales y transaccionales y se apreciaron correlaciones negativas con el estilo laissez-faire (97,98).

Con relación a la satisfacción, el líder responde a las expectativas y a las necesidades de desarrollo profesional y personal de los miembros del equipo; en este caso presenta una correlación muy alta con el liderazgo transformacional (99).

Además, un metanálisis realizado por Judge y Piccolo permite precisar aún más estas afirmaciones (100). Estos autores analizan los resultados de 49 investigaciones diferentes y encuentran que las relaciones entre el liderazgo transformacional y la satisfacción de los empleados (con el líder) son más altas que la eficacia de la unidad.

## **2. Marco teórico**

---

Son muchos los estudios que han puesto de manifiesto que las conductas de los líderes influyen de forma muy significativa con el desarrollo del clima laboral y en concreto, con la satisfacción (101). Muchos de estos estudios han utilizado también el instrumento MLQ. La relación entre estos conceptos y los efectos de los estilos de liderazgo sobre la satisfacción, la motivación, la efectividad y el rendimiento se han analizado en profundidad, sobre todo a partir del metanálisis realizado por Judge y Piccolo mencionado anteriormente.

La relación entre los estilos de liderazgo con la satisfacción, la capacidad de esfuerzo y la efectividad de los empleados ha puesto en evidencia ciertas consecuencias de un buen o mal liderazgo, así como la posible relación con el rendimiento y la productividad. El interés de las organizaciones en conocer por qué conductas tales como absentismo o rotación pueden generar altos costes para la organización es cada vez mayor debido al entorno competitivo y a la gran incertidumbre sobre la evolución del mercado en el que se mueven. Por otra parte, la satisfacción laboral ejerce un efecto moderador entre las conductas de liderazgo y los “efectos potenciales”, tema que sería interesante investigar en posteriores estudios (102).

Resumiendo, abordar los efectos que producen los estilos y las conductas de liderazgo sobre las personas y sobre los efectos generales en las organizaciones requiere de más análisis descriptivos, pero también análisis más profundos sobre las dinámicas de liderazgo. Los estudios realizados con el instrumento MLQ, han permitido encontrar más relaciones entre los estilos de liderazgo y más consecuencias, ya sean positivas o negativas sobre los empleados y las organizaciones.

### **2.4. Instrumentos de medida y evaluación de los estilos y conductas de liderazgo**

Los instrumentos y métodos de evaluación más utilizados por los investigadores interesados en el estudio del liderazgo han sido muy diversos. A

continuación se realiza una breve descripción de los más importantes y de los que han acompañado enfoques, modelos y teorías.

#### 2.4.1. Leader Behavior Description Questionnaire (LBDQ)

Hemphill y Coons de la Oficina de Investigaciones Empresariales de la *Ohio State University* (60) utilizaron este cuestionario en varios proyectos de investigación. El instrumento se construyó con el objetivo de evaluar diversos estilos de liderazgo y describir el comportamiento de los líderes. Sobre la base de conversaciones y discusiones con varios especialistas, se listaron nueve categorías de comportamiento del líder y se redactaron descripciones de cada una; el producto fue un instrumento denominado Cuestionario Descriptivo de la Conducta del Líder que incluía 150 ítems de descripciones.

En un estudio posterior realizado por Halpin y Wiener, se redujeron los ítems a 130 (103). Halpin y Wiener modificaron y adaptaron la versión original del LBDQ, administrando el cuestionario a las tripulaciones de los bombarderos B-52 (esta versión o su adaptación es probablemente la que más se ha utilizado). Sometieron las respuestas del mismo a un análisis factorial, del cual se derivaron cuatro dimensiones: **(i)** Consideración; **(ii)** Estructura de inicio; **(iii)** Énfasis en la producción; **(iv)** Sensibilidad o conciencia social. Al evaluar su consistencia interna se eliminaron los ítems 3 y 4 porque ofrecían pocas explicaciones sobre la variabilidad de la percepción de los miembros del grupo y aportaban poca información adicional. Esto dio como resultado un modelo de liderazgo bidimensional.

Este cuestionario, sin embargo, se ha centrado exclusivamente en el análisis de conductas individuales, en lugar de investigar los patrones de conductas específicas que los líderes utilizan para ser efectivos en determinados contextos (104). Por otro lado, fue muy utilizado por parte de la corriente conductual. En la actualidad por diversos motivos hay pocos estudios que lo utilizan, entre ellos, las correlaciones nulas y negativas y la generalización de resultados positivos, sin poder alcanzar conclusiones precisas.

### 2.4.2. Leader effectiveness and adaptability (LEAD)

Es un instrumento diseñado por Hersey y Blanchard con el objetivo de evaluar el estilo del líder, el rango de estilos y la adaptabilidad del estilo de los líderes, en su teoría de liderazgo situacional (105).

En el cuestionario se plantean doce ítems en situaciones con cuatro alternativas de respuesta. Cada una, corresponde a los cuatro estilos de liderazgo definidos en la Teoría del Liderazgo Situacional (TLS): **E1** (alta tarea, baja relación); **E2** (alta tarea, alta relación); **E3** (baja tarea, alta relación) y **E4** (baja tarea, baja relación). Los sujetos que contestan al test deben escoger aquella opción que más se aproxime a su manera de actuar (cuando es el líder quien responde al test). Por una parte, este instrumento mide el estilo preferido del líder, así como su rango de estilos, es decir, la frecuencia relativa de las respuestas a los cuatro estilos posibles.

La adaptabilidad se evalúa a través del grado en que las respuestas del líder se ajustan a las prescripciones de la TLS. Para ponderar el grado de ajuste de la respuesta del líder a la prescripción del modelo, la plantilla asigna un peso de -2, -1, +1 o +2 a cada uno de los cuatro estilos. De este modo, las puntuaciones totales dan un coeficiente total que nos indica el grado de adaptabilidad en el estilo de liderazgo.

La correlación test-retest en los ítems del cuestionario, en los estilos de liderazgo y en la adaptabilidad, es alta, lo que indica que la fiabilidad, es aceptable. Por otro lado, se ha estudiado la fiabilidad como la homogeneidad de los ítems que pertenecen a un mismo estilo. Los resultados de consistencia interna, junto con los obtenidos del análisis de los ítems, hacen cuestionar la calidad con la que está confeccionado este instrumento. Dado el modo en que se construyó el LEAD, la consistencia interna global puede no ser relevante. Por consiguiente, para la investigación sobre estilos de liderazgo el LEAD no alcanza unos criterios mínimos que aconsejen su utilización. Recordemos que los propios autores reconocían que este instrumento no había sido diseñado

con fines de investigación, sino exclusivamente como una herramienta de apoyo a la formación del personal directivo.

#### 2.4.3. Least Preferred Co-worker (LPC)

Este cuestionario fue diseñado por Fiedler (1964-1967) y se construyó para establecer el estilo de liderazgo con una escala que indicaba el grado en que una persona describía favorable o desfavorablemente a su co-trabajador. Este autor considera que el agente es el líder (variable independiente) y su influencia depende de elementos situacionales (variables moduladoras) (64).

Por otro lado, considera que el liderazgo efectivo se produce como resultado de la equiparación entre el estilo (medido con el cuestionario LPC) y el grado de favorabilidad de la situación o control situacional (la medida en que la situación proporciona al líder la influencia sobre sus subordinados). Así, los tres factores que determinan la favorabilidad son: **(i)** la relación entre el líder y sus miembros; **(ii)** la estructura de la tarea y **(iii)** la posición de poder del líder.

El cuestionario consiste en un conjunto de 16 pares de ítems con adjetivos a los que se les asigna un valor de 1 a 8 y con los que el líder describe al "compañero menos preferido", con el que haya tenido más dificultad para trabajar. Este cuestionario mide el estilo considerando que los que puntúan bajo se orientan a la tarea y los que puntúan alto se orientan a las relaciones (106).

Los resultados de fiabilidad test-retest oscilan entre 0,01 y 0,92; el modelo no predice suficientemente bien en los niveles intermedios de LPC para la medida de los rasgos.

Este modelo tiene la ventaja de su precisión: tanto el estilo del líder como de la situación son rápidamente medidos y evaluados. Esto ha hecho que sea muy influyente, debido a que ha generado gran número de investigaciones e intensos debates. La crítica se centra fundamentalmente en el significado y uso

## 2. Marco teórico

---

de la medida "LPC" como indicador del estilo de liderazgo y en la metodología empleada en la confirmación del modelo.

### 2.4.4. Charismatic Leadership Scale (CHRSMA)

Sus autores fueron Conger y Kanungo (107), que partían de modelos anteriores que asumían que los líderes difieren unos de otros por su capacidad para formular y articular visiones inspiradoras y comportamientos y acciones que fomentan la impresión de que ellos son extraordinarios.

Dentro de este modelo, surgió la Escala del Líder Carismático (*Charismatic Leadership Scale* [CHRSMA]), la cual consta de 20 ítems y seis alternativas de respuesta, y tiene una adecuada confiabilidad y validez discriminante y convergente (107). Su estructura factorial es estable y las correlaciones de cada sub escala con otras medidas de comportamiento de liderazgo percibido indican que dicha escala es diferente de otras existentes.

La CHRSMA evalúa los siguientes factores: **(i)** Reverencia; **(ii)** Confianza; **(iii)** Satisfacción con el líder; **(iv)** Identidad colectiva; **(v)** Manejo del grupo y **(vi)** Empoderamiento. La escala arroja una medida de seis puntos que va desde "muy carismático" a "muy poco carismático".

### 2.4.5. Assesment Center

Sus precursores fueron Thornton y Byham (108). El diseño de ésta técnica se conoce con el nombre de *Assesment Center* o Centro de Evaluación (AC). Se trata de una técnica de selección, promoción y desarrollo que permite evaluar a los candidatos en diferentes situaciones: individuales y de grupo, en escenarios simulados, viviendo problemáticas reales de la posición a la cual aspiran, facilitando llegar a una evaluación completa de sus potenciales, valores y comportamientos.

La esencia del AC se basa en la simulación de situaciones a fin de que el candidato demuestre sus habilidades y competencias, que son examinadas tanto por el jefe directo del puesto de trabajo a cubrir, como por los diferentes

responsables de las áreas de trabajo relacionadas, así como por profesionales del ámbito de los recursos humanos. Se basa en la realización de unas series de ejercicios que están diseñados para estimular las conductas consideradas esenciales para desarrollar con éxito el puesto de trabajo a cubrir. Los participantes tienen que reflejar la complejidad de los supuestos de trabajo en condiciones parecidas a las de la realidad.

Cada ejercicio varía con el fin de permitir que los participantes exterioricen e instrumenten las diferentes habilidades y destrezas requeridas. Pueden implicar, o no, el uso de diferentes materiales. El AC no se usa sólo como un método de selección del candidato idóneo, ya que una vez finalizado, se dispone de un perfil bastante detallado del conjunto de participantes de las pruebas.

Un elemento fundamental de confianza y utilidad del AC es el *feedback* individualizado que todos los participantes tienen; de esta manera se comentan los puntos fuertes y débiles de cada persona en las diversas situaciones y eso permite el diseño de planes de desarrollo personalizados.

Estos escenarios se están utilizando mucho actualmente para medir el liderazgo y seleccionar candidatos para ocupar cargos claves en las organizaciones. Como instrumento permite conocer las tareas concretas que la persona realiza en una situación real; sin embargo, tiene grandes desventajas relacionadas con el alto coste económico y el tiempo de aplicación (109).

### 2.4.6. Emotional Competence Inventory (ECI)

Este instrumento fue desarrollado por Boyatzis y Goleman con el objetivo de determinar ciertas competencias de los líderes de acuerdo al modelo de inteligencia emocional planteado por ambos en su libro sobre liderazgo y poder (110).

El instrumento se describe como un cuestionario multifuentes, con un formato de evaluación de 360° en el que una persona expresa sus emociones. El ECI -

## 2. Marco teórico

---

2 tiene 18 escalas, 4 ítems por escala para un total de 72 ítems. Los ítems representan la diversidad de conductas posibles y el cuestionario analiza y evalúa si una persona dispone o no del perfil esperado.

El cuestionario se basa en teorías del rendimiento eficaz y en teorías holísticas de la personalidad. El análisis factorial permite identificar dos factores. El primer factor agrupa competencias que describen a una persona que usa sus emociones y talentos siendo sensitivo y trabajando con los otros. Está constituido por la autoconciencia emocional, la autovaloración, la transparencia, la empatía, el desarrollo de los demás, el trabajo en equipo y la colaboración, y el manejo de conflictos. En contraste, el segundo factor está compuesto por autoconfianza, iniciativa, adaptabilidad, optimismo, liderazgo inspiracional y cambio catalizador; describe a una persona que emplea sus emociones y orienta a los demás para el cambio o la adaptación a los cambios futuros (111).

En el año 2006 se adaptó una versión más corta de 40 ítems, con una escala tipo Likert del 1 al 6. Esta versión es la que más se usa actualmente, y recoge cuatro dimensiones más específicas: **(i)** autoconocimiento; **(ii)** autorregulación; **(iii)** conocimiento social y **(iv)** habilidades sociales.

En cuanto a su validez, el instrumento cuenta con una Alfa de Cronbach de 0,84 para el instrumento en global.

### 2.4.7. Multifactor Leadership Questionary (MLQ)

Se trata del instrumento derivado de la teoría de Bass para la evaluación de los estilos de liderazgo que ha sufrido extensas revisiones (72), sobretudo en la parte de las dimensiones que componen cada uno de los estilos básicos del liderazgo (transformacional y transaccional). Antonakis *et al* (109) comentan que se han empleado metodologías diferentes para el análisis de las propiedades psicométricas del MLQ en cada uno de los estudios consultados.

Si bien todas las versiones exhiben alta consistencia interna, la solución factorial alcanzada varía de un estudio a otro (de un modelo de tres a modelos

de nueve a once factores). Las primeras versiones confirman la estructura original propuesta por Bass de cinco o seis factores del liderazgo transformacional.

Un problema del MLQ consiste en que algunas dimensiones de los factores del liderazgo no tenían la validez discriminante suficiente (por ejemplo, carisma/inspiración motivacional, *laissez-faire* y manejo por excepción, que saturaban en un mismo factor).

Una de las ventajas del MLQ es que ha sido en más de dos décadas uno de los instrumentos más usados para medir el liderazgo en el campo de la psicología de las organizaciones (112). Hay más de 182 investigaciones entre artículos y tesis doctorales, de las cuales unas 140 se han realizado en los últimos diez años. Además, el cuestionario también ha sido validado al español y aplicado al ámbito de la Atención Primaria, mostrando una adecuada fiabilidad y validez (113).

Otra de las ventajas que presenta el MLQ es que mide también las variables sobre las consecuencias del estilo de liderazgo en la organización, ya que incluye preguntas que miden como el líder facilita a través de sus conductas que se produzca la máxima efectividad, esfuerzo y satisfacción entre los empleados.

### 2.4.8. Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)

Lo desarrollaron Walumba, Avolio y Gardner con el objetivo de evaluar el nuevo modelo de liderazgo auténtico (96). A partir de una serie de ecuaciones estructurales se miden 4 factores: **i) Conciencia de sí mismo**» (*self-awareness*) que hace referencia al conocimiento de las fortalezas y debilidades de uno mismo, así como a la conciencia del líder sobre la influencia de su propia conducta sobre los demás; **(ii) Transparencia** en las relaciones (*relational transparency*). El líder que obtiene una buena puntuación en este factor es aquél que se abre a los demás y se muestra tal y como es. Esto genera un clima de confianza entre los seguidores que facilita que se

## 2. Marco teórico

---

compartan emociones; **(III)** Procesamiento equilibrado (*balanced processing*), que hace referencia a aquellas capacidades del líder para conseguir objetivos y analizarlos con la máxima rigurosidad antes de tomar una decisión. Tales líderes también son capaces de solicitar otros puntos de vista, aunque sean contrarios a los suyos; **(IV)** Moral internalizada (*internalized moral perspective*) del líder, que se relaciona con la autorregulación de la conducta según los valores y principios personales, frente a las presiones del grupo, la organización o la sociedad. Como resultado, la conducta del líder es consistente con sus creencias y valores personales.

La escala de respuesta oscila de 0 («Nada») a 4 («Siempre»). El ajuste del modelo a la versión española lo han realizado Moriano, Molero y Levy (114), que procedieron a reespecificar el modelo, eliminando aquellos ítems con baja carga factorial. El coeficiente de fiabilidad compuesta (CFC) es de 0,94 y su varianza media es de 0,52. En relación a la validación del cuestionario en la versión castellana, el debate no puede considerarse cerrado, y debe abordarse aún más la relación con el liderazgo transformacional. El ajuste del modelo que ha eliminado ítems de los factores de transparencia y de moral internalizada aún está en proceso de desarrollo en su adaptación al castellano.

En conclusión, los cuestionarios y métodos utilizados para medir el fenómeno del liderazgo han sido muchos, pero los descritos en este marco teórico son los más conocidos y los que han apoyado a muchas de las teorías sobre liderazgo en los últimos años. Todos ellos han recibido críticas, consideraciones observaciones y se han revisado, actualizado o generado de nuevo (115). Sea cual sea el método escogido hay que situarlo en su contexto epidemiológico, demográfico, económico y social. Así, las decisiones directivas apoyadas por los estilos de liderazgo han de considerar las políticas de salud, el papel central de la APS en el conjunto del sistema, las sinergias con otros proveedores así como las aportaciones de la investigación; todo ello sin olvidar cuales son las necesidades del equipo y sobre todo de la población.

## 2.5. El liderazgo en el ámbito de la Atención Primaria y Salud Comunitaria

La APS, es el núcleo básico de provisión de servicios de salud a las poblaciones y comunidades. Como tal lidera o debería liderar las interrelaciones entre el conjunto de la sociedad y el sistema sanitario. Las decisiones de sus profesionales y de sus gestores condicionan la utilización de los recursos y unidades de los servicios de salud.

La función de la Atención Primaria como primer nivel asistencial, y el liderazgo que debe ejercer en cuanto a la necesidad de integrar la provisión de los servicios (familiares y comunitarios, especializados y sociales), requiere avanzar en el conocimiento de las funciones directivas y del liderazgo de los equipos que la conforman y de la función directiva que ejercen sus líderes (116).

En la mitad de los países del mundo, los problemas de salud son la mayor preocupación de los gobiernos. Así, dirigir la APS con un liderazgo acorde a las necesidades actuales permitirá consolidar muchas intervenciones clínicas que ha beneficiado a los profesionales y a los ciudadanos, pero con la mirada puesta en todo aquello que debe transformarse para mejorarla y situarla en el centro del sistema sanitario (117).

Todos los componentes de la sociedad, incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud, tienen que participar en esta mejora, incluso la sociedad civil, el sector privado, las comunidades y el sector empresarial. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones. Las posibilidades son enormes.

Así, el liderazgo de la APS del siglo XXI no se dirigirá de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos), sin apostar por directivos con estilos de liderazgo enfocados a la transformación desde las bases de la Atención Primaria. En

## 2. Marco teórico

---

este sentido, los directivos con un liderazgo adaptado a las necesidades actuales, más que mandar y controlar, deberán negociar, dirigir y conciliar valores (118).

En España, al igual que en otros países de Europa o del sur de América con financiación y provisión pública, como Portugal y Brasil, la APS presenta tres problemas básicos: la desprofesionalización (funcionarización), el complejo de inferioridad en relación con otros niveles asistenciales y el bajo liderazgo de los directivos de los equipos.

Los profesionales con unos bajos salarios se ven obligados a mantener aún mucha burocracia, en el sentido de cumplimiento estricto de los deberes mínimos, y el “esto no me toca”. Muchos equipos de Atención Primaria mantienen plantillas inestables con pocos objetivos comunes y que busquen el beneficio de la atención a partir de las necesidades de las personas y sus familias. Los pacientes pueden llegar a verse como demasiado frecuentadores, especialmente los que no cumplen con las citas programadas, que suelen ser los que más necesidades de cuidados requieren.

Los profesionales pierden su compromiso con los pacientes, con la población que tienen asignada. Se instala la “cultura de la queja” y aparece el síndrome del *Burnout*. Con ello se justifica la simple presencia horaria, sin más implicaciones. En la burocracia, se termina estando cómodo, como si cambiarla fuera una misión imposible.

El refugio en el descontento y la poca motivación conlleva el no aceptar los retos propios de la Atención Primaria: el manejo de la incertidumbre y del tiempo con pacientes complejos en la consulta y en el domicilio, la prestación de servicios muy accesibles y polivalentes, a lo largo de la vida y para muchos problemas de salud compartidos interdisciplinariamente (médicos, enfermeras, comadronas y fisioterapeutas, entre otros) (119).

La baja autoestima es consecuencia de una formación predominantemente hospitalaria, que ha desarrollado una atención fundamentalmente biológica,

fragmentada y muy tecnológica. A pesar de la obtención de los títulos de las especialidades en medicina y enfermería familiar y comunitaria, se sigue manteniendo una relación de subordinación con otras especialidades. Esto, sumado a la descentralización de recursos de la Atención Primaria, ha supuesto una menor visibilidad y prestigio frente a los colegas del hospital, el lugar que se ve como ideal y que contrasta vivamente con una Atención Primaria con poco “brillo tecnológico” y escasa innovación.

Las especialidades de medicina y enfermería de familia se perciben como poco atractivas, incluso en ocasiones se abandonan para iniciar otras y algunos profesionales acaban trabajando en urgencias, justo el lugar del sistema sanitario más opuesto a la Atención Primaria y donde se ofrece menos longitudinalidad y transversalidad (120).

En cuanto al escaso liderazgo de los directivos, cabe señalar que el ámbito de la gestión sanitaria pública adolece de una excesiva politización y, en consecuencia, de un déficit de profesionalización de sus cuadros directivos. En este sentido, la APS no es una excepción. El estudio realizado por Vicente Navarro (121) sobre la Atención Primaria y sus comunidades muestra claramente que muchos de los cargos de directivos de las áreas o distritos sanitarios se producen por designación directa por los políticos del partido que gobierna.

La politización de los cuadros directivos está tan asumida que las autonomías, no sólo carecen de concursos públicos para cubrir las estructuras directivas, sino que no han desarrollado una carrera profesional de gestión y los perfiles de los directivos de cada nivel a penas se han definido (122).

A pesar de encontrarnos dentro del ámbito público, los nombramientos se producen de forma un tanto discrecional, y la evaluación de los directivos es casi nula. En consecuencia, los cambios políticos también provocan remodelaciones constantes de sus cuadros directivos. Esta situación de provisionalidad y falta de experiencia compromete la calidad directiva y dificulta la consolidación de proyectos asistenciales potentes e innovadores (123).

La gestión y la dirección de los servicios de Atención Primaria se han considerado tradicionalmente menos complejas que la de los hospitales. En este contexto la APS se ha visto relegada a un papel secundario, con una progresiva pérdida de importancia reflejada también en una menor asignación económica de sus presupuestos (124).

Seguramente por este motivo, en muchas autonomías, incluida Cataluña, la estructura directiva de APS tiene un nivel jerárquico inferior a la de la atención especializada y unos salarios inferiores. Algunas autonomías incluso proponen modelos de gestión integrada que eliminan la presencia de gestores en este primer nivel. Sin embargo, en la última década se ha presenciado un resurgimiento de la cultura de la calidad basada en una compleja interrelación de normas y estructuras organizativas, conocimientos y valores profesionales y una gestión clínica adecuada, donde el liderazgo ocupa un papel central (125).

Así, en esta cultura de la calidad, el liderazgo se configura como un proceso de integración y consenso entre todas las actividades y personas y, a la vez, se dirige hacia la obtención de excelentes resultados en la salud de la población, a través de un buen servicio y de la satisfacción de profesionales y usuarios (126).

Por tanto, existe la necesidad de disponer de nuevos estilos de liderazgo mucho más descentralizados, participativos y orientados a asegurar una comunicación óptima dentro de la organización sanitaria. Sin olvidar la motivación, formación y concienciación de los profesionales respecto a sus roles y objetivos (127,128). El liderazgo se integra como una dimensión indispensable para aceptar y promover el cambio y mejora continua del equipo y de la organización, en la línea de los estilos más transformacionales (129).

En la actualidad, la situación de cambio organizacional es una constante, nuevos desafíos para la APS se asocian a las dinámicas de cambio demográfico, envejecimiento de la población, aumento de expectativas y los condicionantes de tipo económico (130). En esta dirección, autores como

Hoyos Cardona y Correa (131) señalan la necesidad de integrar las prácticas de liderazgo en un proceso de humanización en salud, caracterizado por incentivar la comunicación y la resolución de conflictos, generar cambios en los comportamientos y actitudes de las personas y promover el bienestar integral de profesionales y pacientes. También la importancia de generar un ambiente de confianza donde los valores sean la responsabilidad personal, ayuda, colaboración y trabajo en equipo entre profesionales, relaciones cordiales, creatividad, credibilidad y consecución de retos, en definitiva orientar y dar confianza a los profesionales en un mejor desarrollo de sus actividades en la práctica diaria. Diversas estrategias como la de dirección clínica y, posteriormente, los proyectos de autonomía de gestión, han aportado palancas para influir en el cambio de estilos de liderazgo de los directivos y, a su vez, de incremento de liderazgo profesional (8).

En Cataluña, el Departamento de Salud, en el año 2010, desarrolló algunas líneas innovadoras a partir de un primer *Plan de innovación de Atención Primaria y salud comunitaria* (132). En él se establecieron las bases para que nuevos liderazgos impulsaran y reorientaran a la APS como eje y centro del conjunto del sistema sanitario.

Este impulso centrado en el liderazgo clínico y la autonomía de gestión, hacía hincapié en ejercer un liderazgo transformador capaz de respetar la autonomía individual y profesional de las profesiones sanitarias, asignando responsabilidades claras y buscando fórmulas desburocratizadas que permitieran innovar y buscar fórmulas de relación interpersonal en todos los grupos de interés.

Este plan, que tenía el sobrenombre comunicativo de "*Projecte Oxigen*", pretendía ser el impulsor de un cambio cultural, que pusiera el acento en un enfoque innovador que aportara aire fresco al sistema y que a su vez sirviera para dinamizar un nuevo modelo sanitario menos rígido y mecanicista, más vital y biológico. Esta evolución en las formas de pensar y de hacer las cosas empezaba por las personas con responsabilidades de liderazgo y gestión hasta los profesionales que construyen la realidad asistencial del día a día. La

## 2. Marco teórico

---

autonomía para organizarse era uno de sus objetivos principales, basado en las personas como sujetos autónomos con capacidad para tomar decisiones, expresar su creatividad, en un entorno de liderazgo directivo y profesional capaz de generar talentos y las mejores prácticas.

Sin embargo, el plan, se fue madurando durante más de tres años, no tuvo el suficiente apoyo institucional para desplegarlo en el territorio, por lo que se realizó muy parcialmente. Entre algunos directivos no obstante sigue vigente la idea de que el esfuerzo del líder de Atención Primaria debería estar concentrado básicamente en desarrollar nuevos valores, marcar la dirección y dejar hacer a los profesionales creyendo en sus capacidades, competencias y compromiso, es decir, permitir altas dosis de responsabilidad y excelencia entre profesionales dispuestos a rendir cuentas sobre los resultados que obtienen.

Actualmente el *Plan de Salud de Catalunya*, para el periodo 2011-2015, pone énfasis en la necesidad de basar las actuaciones clínicas en el primer nivel de atención y en la mejora del nivel de resolución del mismo, con un enfoque más centrado en las personas y las familias (133).

El liderazgo de la APS y de los profesionales que la conforman nos sitúa en un punto donde es necesario observar el papel de los directivos, pero también el de los líderes profesionales; el siguiente apartado pretende clarificar como en la singularidad de la APS resulta esencial entender como es la función directiva considerada en un contexto de gestión clínica y de trabajo en equipo.

### 2.5.1. La función directiva en APS

La función directiva y el liderazgo profesional es y ha sido clave en la evolución de la APS de los últimos 30 años, desde la reforma hasta la actualidad (134). El valor del liderazgo es clave para entender su buen desarrollo y el de los equipos que la conforman, así como el papel clave que han jugado sus directivos.

Los equipos de Atención Primaria (EAP), en su origen, tenían una cultura asamblearia y sus cabezas visibles eran un coordinador médico y un

coordinador de enfermería que se encargaban de las tareas “domésticas” del equipo, sobre todo el coordinador de enfermería. Pero un equipo necesita ser dirigido y no sólo coordinado. Por ello, poco a poco se ha ido evolucionado tanto en la denominación como en la transformación hacia la figura del director de equipo y del adjunto a dirección (135), aunque de manera desigual según las comunidades autónomas (CCAA).

En los EAP se debe diferenciar al/los líderes formales y a los líderes clínicos o asistenciales, que no siempre coinciden con la figura del director y del adjunto a dirección (136). Sin embargo, en muchos casos la evolución ha sido más aparente que real: sin formación específica, sin ideas claras y en un ambiente un tanto *laissez-faire* y evitador de complicaciones o de búsqueda de soluciones a problemas inmediatos. Así, los directivos han ido manteniendo su *status quo* no siempre cerca del papel de líder que requieren unos equipos que asumen la responsabilidad de cuidar de una población asignada. Así, el bajo liderazgo es coherente con el complejo de inferioridad, y ambos se alinean perfectamente. Drucker advertía sobre la importancia que tiene para una empresa su capacidad de producir líderes (137) y, actualmente, parece que no queda muy clara la capacidad de producir líderes dentro de la administración sanitaria.

Existen algunas diferencias entre Cataluña y el resto de España en cuanto a las normativas de acceso a la función directiva de los EAP. Así pues, la función de director de equipo i/o de adjunto a la dirección es ejercida por profesionales que pueden ser médicos o enfermeras indistintamente, según sus capacidades y habilidades gestoras, organizacionales y de coordinación.

En los equipos del Institut Català de la Salut (ICS) se establece un procedimiento para la provisión de los mismos (Instrucción 04/2006) y se marcan unos requisitos para la designación y para el cese. Por otro lado, el DOGC nº 4604-30.6.2006, recoge en su artículo 17 las responsabilidades y funciones de ambos cargos. En el caso de otras entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria, se designan los cargos a partir de instrumentos

## **2. Marco teórico**

---

de selección directiva, que pueden encargarse a empresas específicas o incluso ser nombrados como cargos de confianza directamente.

Los directores/adjuntos a la dirección de los centros adquieren funciones directivas muy variadas, desde aquellas fundamentalmente centradas en actividades de coordinación básica organizativa hasta aquellas más directivas, ejecutivas y planificadoras de la oferta de servicios y de gestión del conocimiento clínico en el entorno definido en el que trabajan. Además, también existen diferencias en las características retributivas, generalmente ligadas al tamaño del equipo, población adscrita, dedicación asistencial y directiva (138). Sin embargo, hay un escaso margen de decisión para los directores de los equipos de Atención Primaria a pesar de que existe una voluntad expresada para aumentar el nivel de autonomía de los equipos. En realidad los directores de los equipos tienen escasa capacidad de maniobra.

Así, son pocos los que pueden decidir temas de personal y contratación o de inversiones y consumos. Por otro lado, únicamente gestionan al equipo de Atención Primaria, ya que no tienen ninguna autoridad jerárquica sobre otros profesionales que realizan actividades de Atención Primaria en su propio equipo o territorio vinculadas a otros servicios de Atención Primaria o al hospital (139). Muchas veces se ha comparado la figura de los directivos de los EAP con la de los jefes de servicio, y/o supervisor/a de las unidades hospitalarias. Esta es una visión excesivamente reduccionista, especialmente en un sistema sanitario como el nuestro, en el que cada equipo es responsable de un área geográfica delimitada y por tanto debe ejercer de puerta de entrada al sistema (140).

El equipo directivo en APS, es responsable de todos los aspectos básicos de salud de la población que tiene asignada. Por ello, debe organizar la oferta de servicios asistenciales en base, no sólo a las demandas, sino también a las necesidades, coordinándose con los dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención de una misma población, relacionándose con ayuntamientos, agrupaciones cívicas y vecinales, escuelas, guarderías y otros instituciones que representan a los ciudadanos en temas de salud en su más

amplio sentido: promoción, prevención y atención social (141). Estas peculiaridades afectan directamente a los directivos por la necesidad de generar enfoques en cuanto al estilo y a las conductas sobre cómo dirigir al equipo y hacer crecer a sus miembros, pero siempre teniendo en cuenta a su población asignada respecto a la totalidad del sistema.

Existe una similitud paralela en el campo de la dirección, al igual que en el asistencial del médico/a y enfermera/o de familia: actuar más como generalistas que como especialistas, es decir pensar de forma global pero actuar localmente y en un doble sentido hacia los miembros del equipo y de la comunidad a la que atienden (142).

Finalmente, cabe destacar el peso relevante de los líderes informales, tanto médicos como enfermeras, que surgen a partir de la confluencia de competencias profesionales y experiencia profesional, así como de otros rasgos personales, como de la actitud de apoyo y de ayuda y de las relaciones interpersonales. Esta es una posición que se gana en la práctica diaria y que puede visualizarse claramente en casi todos los EAP. Está ampliamente reconocida por los compañeros y por los propios líderes formales y, en muchas ocasiones, por la propia comunidad a la que atienden. Normalmente, estos líderes asistenciales asumen responsabilidades apoyando a los directivos en procesos asistenciales claves para el centro, tales como programas de diabetes, de atención domiciliaria, de atención a la cronicidad y de gestión de casos entre otros (143).

### 2.5.2. Función directiva y liderazgo clínico

La función directiva en las profesiones sanitarias se ha desarrollado a partir de la diferencia existente entre líderes clínicos y directivos gestores. Sin embargo, por las características de la AP, es mucho más adecuado y realista visualizarlo desde la necesidad de integrar ambas funciones. En este apartado diferenciamos ambos conceptos, no por considerarlos antagónicos, sino para ayudar a establecer y delimitar las conductas y estilos que son modelo de éxito o, como se suele llamar últimamente, más auténticas o post-modernas.

## 2. Marco teórico

---

En definitiva un buen gestor puede demostrar conductas de liderazgo clínico, de gestión de personas y de necesidades organizacionales de su equipo, así como de carácter estratégico para el conjunto de su población.

Se entiende por “líder clínico” aquellos profesionales que trabajan sobre unos objetivos previamente acordados, utilizando un método prospectivo que estimule la participación de todos los miembros de un equipo, tomando decisiones tras una valoración crítica y en base a una estrategia (144).

El gestor, por su parte, toma decisiones más tácticas y busca reducir la incertidumbre, orientándose fundamentalmente a la búsqueda de soluciones de problemas. La gestión es una competencia designada y estructural que ha de ajustarse a las normas y regulaciones, es jerárquica y trata de controlar e influir sobre las personas. En las organizaciones grandes administradas por muchos gestores, el impacto del liderazgo profesional disminuye. El liderazgo profesional es más importante en periodos de cambio y en las estructuras organizativas más pequeñas, como ocurre en los EAP (145).

En el contexto de la Atención Primaria, lo equipos directivos cuentan con un director y un adjunto, sin entenderse que el primero sea más responsable de todo el equipo o que uno lo sea para los médicos y el otro para las enfermeras.

La bicefalia es atribuible al peso que tienen ambas profesiones en el ámbito de APS. Ambos toman decisiones, considerando al conjunto de profesionales para obtener la máxima excelencia de los servicios que proporcionan. Para ello, es aconsejable que desarrollen y faciliten la misión y visión y, sobre todo, que afloren los valores necesarios para el éxito a largo plazo, materializándolo mediante acciones y comportamientos adecuados, así como con su compromiso personal (146).

El liderazgo clínico y el gestor, si se integran del mismo modo que las diferentes acciones materializadas en el curar y el cuidar como base de la práctica clínica, ejercen siempre un beneficio directo a los pacientes (147).

Conseguir las sinergias para integrar la clínica y la gestión debería tener efectos positivos sobre la atención sanitaria, en la obtención de resultados y en la percepción de una mejora cualitativa en la asistencia prestada. Las mejoras en resultados clínicos de satisfacción y de accesibilidad dependen en gran medida de los profesionales y se fundamentan en las motivaciones profesionales que guían el trabajo diario de médicos y de enfermeras (148).

Conviene tener en cuenta, siguiendo a Buglioli y Ortún (149), que las normas clínicas constituyen una auténtica institución social, con importancia comparable a la del mercado en la asignación de recursos sanitarios. La necesidad de buscar el equilibrio entre la autonomía y el *empowerment* de los profesionales dentro de un sistema que permita rendir cuentas, es algo que desde hace más de 10 años se ha ido aplicando en muchos equipos de Atención Primaria, especialmente en Cataluña (150).

Es necesario mejorar la relación entre clínicos y gestores o apostar definitivamente por líderes clínicos que integren capacidades gestoras. Los profesionales están básicamente centrados en el cuidado de sus pacientes y los gestores en cumplir un presupuesto y aumentar la productividad, una visión reduccionista y no integradora. El éxito puede encontrarse en la combinación de ambas y en la alianza de intereses más allá de las diferencias culturales y profesionales.

El liderazgo clínico es el elemento clave para alcanzar la alianza de intereses, el cual debería basarse en dos elementos: i) una información sobre la práctica clínica que sea fiable, sólida e inteligible y que permita conocer los puntos débiles de la asistencia prestada y las oportunidades de mejora (151). ii) la creación de una cultura organizativa que sirva de vehículo para el desarrollo de las mejores actuaciones a través de la práctica clínica (152). Además, los médicos y enfermeras que actúen como líderes precisan contar con las habilidades que les permitan situarse en la perspectiva de los pacientes a la hora de valorar los servicios.

## **2. Marco teórico**

---

Es necesario dar facilidades a estos líderes profesionales para que quieran y puedan gestionar compatibilizando este rol con el suyo propio asistencial. Los actuales gestores y políticos que creen que es necesario un cambio radical tal vez deberían plantearse que los cambios progresivos suaves y armónicos son más efectivos y producen mejoras más duraderas (153).

Resulta interesante observar la cuestión del rol directivo y del liderazgo clínico desde la perspectiva de género y profesión. Aunque en APS apenas se ha estudiado con profundidad, la profesión enfermera en este caso no ha ejercido un rol directivo sobre el conjunto de la organización o de los equipos y a muchos médicos les ha costado aceptar que un profesional enfermera/o los dirija. Aunque lentamente esto ha cambiado y el número de enfermeras directoras ha aumentado considerablemente al igual que el número de mujeres en la especialidad de medicina y enfermería familiar y comunitaria.

Sin embargo, los altos cargos directivos (direcciones generales, gerencias) siguen estando vinculados al género masculino, en contraposición al nivel de micro gestión, en que la presencia femenina es destacable; en cuanto a las diferencias de estilo de liderazgo y género, en la última década se ha estudiado ampliamente, aunque muy poco en el sector salud y a través de estudios más bien descriptivos (154).

### **2.5.3. Liderazgo, profesionales y género**

La cuestión de la eficacia de líderes masculinos y femeninos está estrechamente relacionada con la evolución de la profesión, tanto del médico como de la enfermera. En la actualidad, según datos publicados por el Instituto Nacional de Empleo (INE) del mes de Mayo de 2015, la población femenina representa un 84,3% en el caso de los médicos y un 48,4% en el caso de las enfermeras (155). No existen datos fiables relacionados con las funciones directivas.

La eficacia del liderazgo de hombres y mujeres fue discutida por algunos psicólogos sociales y organizacionales, tanto a nivel de las funciones de

dirección como del propio ámbito profesional. Los estilos de liderazgo se han relacionado a menudo con los estereotipos de género. El estilo orientado a la tarea, los resultados o la producción (estilo transaccional) se ha asociado al estereotipo masculino; por el contrario, el estilo más orientado a las personas, se asocia al femenino. Eagly y Johnson (1991), realizaron un metanálisis con 144 estudios para analizar la relación entre los estilos de liderazgo y el género. Los resultados reflejan diferencias entre hombres y mujeres en el estilo orientado a la tarea versus a las relaciones personales.

Uno de los principales supuestos que se han institucionalizado en muchas prácticas organizativas es la idea de que las mujeres son las cuidadoras de la sociedad. Este cuidado tiene lugar principalmente como trabajo no remunerado dentro de la esfera privada y en la esfera laboral (1992). Se manifiesta como “trabajo de mujer” cualquier tarea que conlleve el cuidado de las necesidades corporales, emocionales o de actividades de la vida diaria de las personas, con la expectativa de que sea peor remunerado. Dado que por lo general se acepta que los puestos de liderazgo en las organizaciones conllevan algo más que tareas de cuidado y exigen fuertes dotes de dirección, control y planificación, las mujeres quedan excluidas en muchas ocasiones de este tipo de oportunidades.

Así, no es de extrañar que los modos generalizados de liderazgo se describan como “agenciales” o “comunales”. Se cree que las inquietudes de las mujeres acerca del trato compasivo de los demás muestran una orientación comunal, mientras que la orientación agencial de los hombres les dota de mayor capacidad para imponerse y controlar (1993). Los estilos de liderazgo en los hombres se han identificado en algunos estudios con más características transaccionales, mientras que la orientación de las mujeres líderes suele verse más como transformacional (1994). Se ha sugerido que la capacidad de las mujeres de servir de inspiración y motivar a los empleados se deriva de sus habilidades interpersonales. Entre las características que se atribuyen a las mujeres para definir las como mejores líderes transformacionales que los hombres, se encuentran el hecho de que se sientan cómodas compartiendo el poder y la información, su tendencia a fomentar la participación y la inclusión,

## 2. Marco teórico

---

su capacidad para instaurar sentimientos de autoestima en los demás y su habilidad a la hora de infundir vigor y entusiasmo a los trabajadores respecto a su trabajo. Rosener (160) afirma que las mujeres utilizan el poder basado en el carisma, los antecedentes profesionales y los contactos en lugar del poder basado en el puesto ocupado en la organización y la capacidad tanto de recompensar como de castigar a los demás. Las mujeres utilizan con éxito unas estrategias de liderazgo interactivas, que conllevan fomentar la participación, compartir el poder y la información, y mejorar la autoestima de los demás. Lamentablemente, el hecho de considerar a las mujeres como líderes transformacionales más naturales no siempre les permite aprovecharlo dentro de las organizaciones.

Según Rosener, el liderazgo transformacional no puede asociarse exclusivamente a las mujeres, ya que algunas tienen éxito al adherirse al modelo masculino tradicional, mientras que algunos hombres adoptan un estilo de liderazgo transformacional. Tanto los hombres como las mujeres se describen a sí mismos como una mezcla de características “femeninas”, “masculinas” y “no sexistas”. Sin embargo, esto no implica que muchas mujeres no se identifiquen con los estereotipos de género, recurriendo a ellos cuando se describen a sí mismas. Como ejemplo, podemos citar la frase de Roddick, fundadora y exconsejera delegada de la cadena de tiendas Body Shop, que menciona N.M Pless en una de sus publicaciones (161): *“Dirijo mi empresa según unos principios femeninos [...] los principios de cuidar, tomar decisiones intuitivas, no prestar demasiada atención a las jerarquías”*.

En una publicación reciente titulada *Leadership, Gender, and Organizations* (162), varios especialistas relacionan las últimas tendencias en el liderazgo relacional o liderazgo de la complejidad con la forma en la que las mujeres lo ejercen en las organizaciones.

Uno de los puntos más interesantes comentados por estos especialistas es el hecho de que a pesar de que el liderazgo de la complejidad parece describir el estilo “femenino” de liderazgo construido socialmente, se trata de un modelo que también encaja en gran medida con las preferencias de liderazgo de

muchos hombres. Desde la perspectiva del liderazgo sistémico, este no se limita necesariamente a los individuos nombrados para ocupar puestos de autoridad. En este contexto, en gran medida se dejan atrás las llamadas “teorías del gran hombre”, con todos los supuestos sexistas que llevan implícitos.

El liderazgo sistémico se ve alentado y respaldado por varios discursos, desde el trabajo de Senge sobre el aprendizaje organizativo y el cambio (163) hasta las teorías de construcción del sentido (*sense-making*) de Weick (164). La premisa básica es que una organización no puede aprender, cambiar o crear debidamente significado si no comparte información y cierra acuerdos de colaboración. Senge habla de “comunidades de líderes”, mientras que otros autores hacen referencia al liderazgo distribuido (165,166) o liderazgo relacional como Maak (167).

Es muy importante fomentar la sensibilidad al género en y a través de las tareas clave de dirección, tales como la determinación de objetivos de rendimiento, la realización de evaluaciones periódicas y la práctica de actividades de tutelaje. Como tal, es importante que las personas nombradas para ocupar puestos formales de liderazgo sean sensibles al género y que jueguen un papel activo en la consideración de facilitar el acceso a cargos de responsabilidad y facilitar la atención a la familia. El hecho de garantizar horarios de trabajo flexibles y ofrecer instalaciones para el cuidado de los hijos, tanto a las madres como a los padres trabajadores, puede, en gran medida, distribuir de una forma más equitativa las responsabilidades respecto al cuidado de los hijos.

También resulta importante establecer objetivos de rendimiento realistas para ascender y retener a mujeres líderes, comprometerse a una determinada cuota de mujeres candidatas para cada vacante que surja, considerar la composición de los equipos de selección y comunicar de forma más transparente las oportunidades de liderazgo (168).

## **2. Marco teórico**

---

En el conjunto del sistema sanitario y también en el ámbito de la APS las enfermeras, continúan siendo mayoritariamente mujeres (169). La feminización de la profesión ha tenido y sigue teniendo repercusiones e implicaciones sobre todo en el ámbito del liderazgo, y por la adopción aún muy generalizada de prácticas directivas muy ligadas a estereotipos masculinos.

La profesión enfermera está aún muy ligada al género, aunque las mujeres médicos también han aumentado considerablemente en los últimos años. Sin embargo, el liderazgo enfermero, al contrario que en el caso de los médicos ya sean hombre o mujer, constituye un poder alternativo. Tal y como explica Alberdi, dentro del sistema sanitario y en el conjunto de la sociedad, gran parte del trabajo de las enfermeras está en lo que denomina “la Zona Oscura”: las enfermeras actúan cuando las personas son más dependientes y tienen más necesidades, y esto tiene un reconocimiento inmediato por parte de la persona, pero este reconocimiento y liderazgo en el cuidado difícilmente pasa a la esfera social (170).

Esta invisibilidad del liderazgo sobre el cuidado, acaba subordinando el ser excelentes cuidadoras a ser buenas gestoras (171). Por otro lado, las enfermeras, en general, están también excluidas del acceso a cargos directivos de mayor nivel y alejadas de la toma de decisiones estratégicas dentro del sistema sanitario. No se ha estudiado si esto responde a una estrategia o si se trata de una consecuencia propia de la profesión y del estereotipo de género.

En el entorno actual y ante la necesidad de centrar el sistema en la APS como puerta de entrada y acceso de la población al sistema sanitario, se requieren nuevas estrategias para afrontar el futuro. La aplicación del criterio de diversidad directiva se dibuja como una alternativa útil para optimizar el valor que supone para las organizaciones y equipos valorar a las personas por lo que son y no por pertenecer a un grupo o colectivo determinado, reconocer las diferencias y aprovechar las aportaciones individuales.

La acción de dirigir la diversidad, exige hacerlo desde la diversidad, y ello reclama que hombres y mujeres, médicos y enfermeras, participen juntos en los equipos de dirección.

---

### 3. HIPÓTESIS

Este estudio pretende saber cuál es la autopercepción del liderazgo de los directivos de APS y, por otro lado, conocer cómo los perciben los profesionales que están bajo su dirección. Los directivos que gestionan y lideran equipos de profesionales con un alto nivel de conocimiento presentan conductas enfocadas a un tipo de liderazgo transformacional, que es el que ha demostrado mayores niveles de satisfacción, motivación y confianza y, en general, una buena calidad de vida profesional.

En este sentido las hipótesis que se plantean en este estudio son:

- El estilo de liderazgo denominado transformacional es el más autopercebido por los directivos del ámbito de Atención Primaria de Salud.
- Determinados factores individuales y contextuales como la edad, el sexo, la profesión, el cargo, la experiencia directiva y la entidad proveedora aumentan el liderazgo transformacional.
- Los profesionales asistenciales de Atención Primaria perciben a sus directivos como líderes transformadores.

---

## 4. OBJETIVOS

Los objetivos generales y específicos de este estudio son los siguientes:

### 4.1. Objetivos generales

- Analizar los estilos de liderazgo autopercebidos por los directivos de Atención Primaria.
- Comprender la experiencia vivida de las enfermeras y médicos de Atención Primaria en relación a los estilos de liderazgo de los directivos de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Barcelona.

### 4.2. Objetivos específicos fase cuantitativa

- Describir la autopercepción de las conductas y los estilos de liderazgo de los directivos de Atención Primaria.
- Identificar la relación entre el estilo de liderazgo y la satisfacción laboral, la efectividad y el esfuerzo en el trabajo.
- Determinar la relación entre las variables sociodemográficas, profesionales y contextuales y los estilos de liderazgo.
- Analizar la asociación de las variables sociodemográficas y profesionales con los diferentes tipos de liderazgo.

### 4.3. Objetivos específicos fase cualitativa

- Describir la experiencia vivida por los médicos y enfermeras en relación a las conductas de liderazgo de sus directivos.
- Explorar la influencia del liderazgo sobre la práctica asistencial y organizativa en el conjunto del equipo.
- Explorar el significado de los estilos de liderazgo desde el punto de vista de los profesionales de Atención Primaria.

---

## 5. METODOLOGÍA

Este estudio ha utilizado una metodología mixta en dos fases para alcanzar los objetivos marcados. En primer lugar se presenta la Fase I que corresponde a la parte cuantitativa y, posteriormente, la Fase II que incluye la parte cualitativa. Finalmente se presentan aspectos comunes a las dos metodologías, como son los aspectos éticos.

### 5.1. FASE I

Para lograr el primer objetivo general de analizar la autopercepción del propio estilo de liderazgo de los directivos que trabajan en los equipos de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Barcelona, se ha optado por un método de investigación cuantitativo.

#### 5.1.1. Diseño de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado durante el periodo 2012-2013.

#### 5.1.2. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio corresponde a los EAP de la Región Sanitaria de Barcelona. Esta Región comprende 133 Equipos de APS, con un total de 266 directivos y abarca las comarcas del Alt Penedès, Barcelonès, el Baix Llobregat, el Garraf, el Vallès Oriental y el Vallès Occidental. La Región Sanitaria de Barcelona tiene la función de aseguradora pública. La tabla 1 muestra el número de EAPs por ámbitos de la Región Sanitaria de Barcelona.

El Catalunya, que está organizado por regiones sanitarias, garantiza la prestación de los servicios sanitarios a la ciudadanía, contratando a diferentes entidades proveedoras según el contrato programa definido desde cada región

## 5. Metodología

---

sanitaria, con cargo a la financiación pública (centros concertados y centros del ICS). Así, por ejemplo, en Atención Primaria, el 77% de los EAP dependen directamente del Instituto Catalán de la Salud (ICS), la mayor empresa pública de servicios de salud de Cataluña. Un 13% de los EAP dependen de otras entidades públicas y un 10% de entidades con participación privada.

**Tabla 1.** Número de EAP participantes de la Región Sanitaria de Barcelona del Catsalut

<b>ÁMBITOS</b>	<b>EAP</b>
<b>INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT</b>	
Barcelonès Nord i Maresme	24
Vallès Oriental	13
Vallès Occidental	18
Centre	19
Delta del Llobregat	19
Alt Penedès Garraf Nord	14
<b>OTROS PROVEEDORES – ÁMBITO BARCELONA SUR</b>	
Baix Llobregat Nord	1
Baix Llobregat Litoral	1
Baix Llobregat Centre	1
Hospitalet de Llobregat	1
<b>OTROS PROVEEDORES – ÁMBITO BARCELONA NORTE</b>	
Barcelonés Nord	7
Maresme	3
Vallès Oriental	1
Vallès Occidental	11
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>

### 5.1.3. Población y muestra

La población de estudio fueron los profesionales que desarrollaban funciones directivas en centros y servicios de Atención Primaria de la red de centros de utilización pública de la Región Sanitaria de Barcelona.

La entidad proveedora mayoritaria es el Institut Català de la Salut (ICS), aunque también se incluyen en el estudio directivos procedentes de las otras entidades proveedoras, consorcios públicos y entidades de base asociativa.

Los sujetos de estudio se identificaron a partir de los sistemas de información de la Gerencia de la Región Sanitaria de Barcelona del año 2012-13 que disponían de las bases de datos electrónicas que almacenan información sobre el total de profesionales y de directivos registrados según categoría, cargo y lugar de trabajo.

El sistema sanitario catalán contaba en aquel momento con equipos directivos de entre dos y tres profesionales clínicos que ocupaban los cargos denominados de Director de Equipo y de Adjunto/s a la dirección.

La población de médicos y enfermeras con estos cargos fue de 266. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y tras aplicar el criterio de exclusión de menos de 6 meses en el cargo, se estimó una muestra de 258 directivos

Se contactó con ellos mediante carta personalizada de la Directora de la Región Sanitaria de Barcelona, enviada por correo electrónico, y por carta personalizada de la investigadora.

### 5.1.4. Variables de estudio e instrumentos de recogida de datos

Las variables del estudio fueron agrupadas en variable principal y variables secundarias. A continuación se presenta cada una de ellas así como el nombre y número de las categorías y subcategorías que incluyen.

#### **Variable principal**

- Conducta y estilos de liderazgo.
  - **Definición conceptual:** se entiende por conducta y estilo de liderazgo a las acciones o comportamientos del líder respecto de los profesionales a su cargo.
  - **Definición operativa:** la medición de esta variable se realiza a través de la autopercepción de los estilos de liderazgo que tienen los directivos (director y adjunto a dirección) de los EAP medida a través del cuestionario MLQ, desarrollado por Bass y Avolio (112), con el objetivo de medir las distintas variables del modelo de liderazgo de rango total. El MLQ está diseñado como un instrumento multidimensional en dos formatos: uno que evalúa la conducta del líder desde su propia percepción (“visto por uno mismo”), y otro que evalúa la conducta del líder (“visto por los demás”). En este estudio se ha utilizado únicamente la versión “visto por uno mismo”.

El cuestionario fue validado y adaptado al castellano para la población chilena por Vega Villa y Zavala Villalón (172). Consta de 82 ítems que evalúan la presencia o ausencia de diferentes estilos de liderazgo. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta distribuidas en una escala de 0 a 4, las puntuaciones 3 y 4 se corresponden a las opciones “A menudo” y “Frecuentemente” y las puntuaciones 0, 1 y 2, lo hacen con “Nunca”, “Rara vez” y “A veces”. Entre sus propiedades psicométricas destacan su adecuada capacidad discriminativa y su elevada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,97).

El análisis factorial confirmatorio realizado por Vega Villa y Zavala Villalón (172) mostró que los ítems se agrupan en tres dimensiones principales: liderazgo transformacional (31 ítems), liderazgo transaccional (14 ítems) y liderazgo correctivo/evitador (ausencia de liderazgo) (20 ítems).

Además, las 17 preguntas restantes miden dimensiones que se relacionan con consecuencias positivas para el profesional y las instituciones con un posible liderazgo transformacional, descritas en la literatura científica, como: el esfuerzo extra o la motivación a logros más elevados (6 ítems), la efectividad de la capacidad de guiar y dirigir de forma exitosa (6 ítems) y la satisfacción laboral, relacionada con la gratificación en el grupo de trabajo (5 ítems) (102).

El anexo 1 presenta el *Multifactor Leadership Questionnaire* y el anexo 2 el cuadro de correspondencia entre las conductas percibidas, los ítems asociados y los estilos de liderazgo, así como las consecuencias asociadas al liderazgo transformacional y los ítems relacionados, respectivamente.

La estructura del instrumento, según Vega Villa y Zavala Villalón (172) involucra tres categorías, once subcategorías y tres consecuencias organizacionales:

- El liderazgo transformacional está constituido por seis subcategorías:
  - Carisma o influencia idealizada.
  - Motivación inspiracional.
  - Estimulación intelectual.
  - Consideración individualizada.
  - Influencia idealizada conductual.
  - Influencia idealizada atribuida.
  
- El liderazgo transaccional está conformado por tres subcategorías:
  - Recompensa Contingente.

## 5. Metodología

---

- Dirección por excepción activa.
- Dirección por excepción pasiva.
  
- El liderazgo correctivo/evitador constituido por dos subcategorías:
  - Laissez-faire.
  - Dirección Pasiva/evitadora.
  
- Consecuencias organizacionales:
  - Efectividad.
  - Esfuerzo extra.
  - Satisfacción.

### **Variables secundarias**

Todas las variables secundarias se recogieron mediante un Cuestionario *ad hoc* on line para obtener las características de la muestra y del contexto profesional, con un total de 5 variables distribuidas en los siguientes grupos:

- Sociodemográficas: edad (número) y sexo (hombre y mujer).
- Laborales: cargo (Director/a, Adjunto/a de dirección, Coordinador/a), organización en la que trabaja (ICS, EBA, Consorcio Sanitario).
- Profesionales: profesión (médico/a, enfermera/o), experiencia directiva (años ocupando cargos directivos). El anexo 3 muestra el formulario de recogida de las variables secundarias (características de la muestra y contexto profesional) que fue también enviado a los sujetos de estudio.

#### 5.1.5. Procedimiento de recogida de datos

Previo al inicio del estudio, entre los meses de noviembre de 2012 y enero de 2013, se informó a la Gerencia de la Región Sanitaria de Barcelona y a la Dirección de Atención Primaria, del propósito de la investigación por medio de una reunión y posteriormente de manera más formal a través del envío de una carta en que se solicitaba su colaboración (Anexos 4 y 5).

En el mes de junio del 2013, desde la Gerencia de la Región Sanitaria de Barcelona, se envió una carta por correo electrónico a los directores de Atención Primaria y a cada uno de los directivos de los 133 equipos del ámbito de estudio, explicando el objetivo del estudio y la importancia de su participación para el buen desarrollo de esta nueva línea de investigación (Anexo 6).

En el contenido de la carta se especificó el compromiso de confidencialidad de los datos y se describió cómo éstos serían usados, destacando la imposibilidad de identificar a los participantes una vez obtenidos los resultados.

Así, la carta incluía los siguientes apartados:

- Descripción del objetivo del estudio, justificación del mismo y demanda de participación.
- Enlace electrónico a los cuestionarios de recogida de datos: MLQ y características de la muestra y contexto profesional.
- Datos de contacto de la investigadora principal por si los participantes precisaban información adicional.

Como estrategia para conseguir una mayor tasa de respuesta, a los 15 días después del envío de la documentación, se envió una tarjeta postal *on-line* diseñada *ad hoc* (Anexo 7). En ella, se agradeció la participación a todos los directivos y se recordó la importancia de su respuesta para obtener resultados significativos.

Finalmente, tres semanas más, tarde se envió de nuevo otro recordatorio mediante la tarjeta postal a los directivos, haciendo nuevamente un especial énfasis en la importancia de su participación.

## 5. Metodología

---

### 5.1.6. Análisis de los datos

Inicialmente se depuró la base de datos, explorando los valores perdidos o anómalos (fuera de rango), y recuperando la información válida en los cuestionarios de recogida de datos.

El análisis estadístico univariante se realizó mediante la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, si su distribución fue normal y, en caso contrario, con la mediana y el intervalo intercuartil. Las variables categóricas se analizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las estimaciones se acompañaron de sus intervalos de confianza del 95%.

El análisis estadístico bivalente para determinar la relación entre conductas y estilos de liderazgo con las consecuencias positivas de los mismos así como con las características individuales de los participantes, se realizó mediante la prueba ji cuadrado en el caso de las variables categóricas y, para las cuantitativas, la prueba t de Student, el análisis de la varianza o sus equivalentes no paramétricas y Correlación de Pearson cuando ambas variables son cuantitativas.

El análisis estadístico multivariante se realizó mediante regresión logística, utilizando como variable dependiente las tres variables de primer orden (LTF, LTR, LCE) en 2 categorías, tomando como punto de corte la mediana, y como variables secundarias las recogidas: sociodemográficas, laborales y profesionales. Se utilizó el método *Enter*.

El grado de significación estadística aceptado ha sido para todas las pruebas  $p \leq 0,05$ . La totalidad de los análisis estadísticos se han realizado con el programa SPSS 17.0 para Windows.

## 5.2. FASE II:

Para lograr comprender la experiencia vivida de las enfermeras y los médicos de Atención Primaria en relación a los estilos de liderazgo de sus directivos de, segundo objetivo general de este estudio, se ha optado por un método de investigación cualitativo basado en la posición paradigmática del constructivismo.

### 5.2.1. Posición paradigmática de la investigadora

La aproximación paradigmática que ha guiado la segunda fase del estudio ha sido el constructivismo. La mayor parte de las epistemologías constructivistas comparten los mismos supuestos fundamentales: **(i)** la primacía absoluta del sujeto que es capaz de añadir valor al conocimiento que posee, **(ii)** el carácter dialéctico que el sujeto atribuye a sus percepciones; **(iii)** la naturaleza recursiva del conocimiento de los fenómenos que refleja la interdependencia entre el fenómeno percibido, el conocimiento construido y proyecto a alcanzar; **(iv)** el hecho de tener en cuenta la intencionalidad o propósito del sujeto conocedor del objeto; **(v)** la acción inteligente para caracterizar la capacidad de explorar y construir representaciones simbólicas de los conocimientos (173).

El constructivismo proyectivo tiene una ontología pluralista / relativista donde se reconoce más la existencia de múltiples percepciones de una pluralidad de mundos vividos que una sola realidad independiente, preexistente y ordenada por leyes naturales e inmutables. En este sentido, la pluralidad está en el centro del conocimiento de los sujetos. Los profesionales (enfermeras y médicos de Atención Primaria) viven de manera diferente las experiencias y relaciones con sus directivos, colegas y otros profesionales de la salud. De este modo, las construcciones que los profesionales tienen de su mundo se producen dentro de una compleja red de relaciones e interacciones sociales donde expresan valores, creencias y culturas (174,175). Esta realidad social de lo real puede ser compartida o aceptada por el grupo, pero no hace que sean más reales, sino simplemente admitidas de forma común (176).

## 5. Metodología

---

El constructivismo proyectivo posee una epistemología (inter) subjetivista. Las realidades son construcciones que las personas se hacen sobre un objeto en particular (177). En este sentido, el conocimiento de los profesionales sobre los estilos de liderazgo de sus directivos se produce a través del diálogo con colegas que tienen experiencia, conocimientos y una perspectiva diferente. El constructivismo tiene asimismo una epistemología pragmática ya que el conocimiento es producido para y en la práctica y el valor del conocimiento radica en su capacidad para promover acciones inteligibles que, a su vez, estimulan el acto de concepción y de conocimiento (178).

El paradigma constructivista reconoce que el conocimiento está socialmente construido y, por tanto, es local y específico de un contexto determinado y en un tiempo concreto. En este sentido, Levy (179) dice que *"la esencia del paradigma constructivista consiste en procesos interactivos en los que los contextos individuales, los derechos sociales, culturales y ambientales son los fundamentos mismos de la creencia"* (p. 98). Así, el conocimiento y el contexto son interdependientes. Las enfermeras y los médicos son profesionales que forman parte de un entorno natural y cultural (centros de Atención Primaria y atención comunitaria) y esta condición afecta a su forma de conocer (180,181).

Finalmente, el constructivismo aboga por metodologías diversas y complementarias para la construcción el conocimiento: **(i)** fenomenológicas, para poder abordar y concebir las múltiples percepciones del mundo vivido; **(ii)** hermenéuticas, para obtener y perfeccionar las comprensiones; y **(iii)** reflexivas y dialógicas, para construir y perfeccionar el conocimiento que emerge a través de las experiencias de interacción de los sujetos (182) .

En este sentido, parece evidente que el método cualitativo de tipo fenomenológico-hermenéutico es el más indicado para lograr el conocimiento sobre las experiencias de las enfermeras y los médicos de Atención Primaria sobre sus directivos.

### 5.2.2. Método

En investigación cualitativa, la elección del método de investigación depende de la perspectiva paradigmática y/o teórica y, sobretodo, de los objetivos del estudio. (183). Así, para acceder a la vivencia de las enfermeras y los médicos respecto a cómo conciben y viven los estilos de liderazgo de los directivos en los equipos de Atención Primaria donde realizan su actividad asistencial diariamente, utilizaremos el método de la fenomenología hermenéutica de Heidegger (184). Este estudio presenta, por tanto, una coherencia epistemológica entre los objetivos propuestos, la perspectiva paradigmática y el método de investigación.

El término fenomenología deriva de la palabra griega *fenomenon* que significa “mostrarse a sí mismo”, poner en la luz o manifestar algo que puede volverse visible en sí mismo. La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad y de su origen; estudia el mundo tal como se presenta en la conciencia (fenomenología trascendental) o en la experiencia (fenomenología hermenéutica).

Se considera que la persona forma un todo con su entorno, por lo que su realidad sólo puede ser entendida dentro de su contexto. La experiencia subjetiva inmediata adquiere primacía como base del conocimiento (185). Así, la fenomenología aboga por la preeminencia de la conciencia subjetiva y reivindica que en la conciencia hay estructuras esenciales que, a través de la reflexión, permiten alcanzar el conocimiento directo (186).

Se considera a Husserl como el padre de la tradición fenomenológica. Su propuesta se caracteriza por su enfoque básicamente epistemológico (saber de algo). Según Husserl (187), la fenomenología es una filosofía, un enfoque y un método. Nos remite a la pregunta: ¿cómo conocemos? y nos sumerge en una búsqueda epistemológica y en un compromiso con la descripción y clarificación de la estructura esencial del mundo vivido, de la experiencia consciente (el contenido experiencial de la experiencia “originaria”) meditando reflexivamente sobre los orígenes de la experiencia. Este enfoque de la fenomenología, más

## 5. Metodología

---

descriptivo y eidético, se conoce como Fenomenología trascendental (carencia de presuposiciones).

Sin embargo, Heidegger, como discípulo de Husserl, reinterpretó la fenomenología denominándola hermenéutica o interpretativa y donde el interés es más ontológico que epistemológico (188,189). Así, la fenomenología hermenéutica intenta revelar el *horizonte* descubriendo las presuposiciones y, por ende, el cuestionamiento del significado del Ser en el mundo. Es una manera de ser en el mundo socio-histórico donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje (texto). Además, las presuposiciones no se deben eliminar o suspender, sino que son lo que constituye la posibilidad de la inteligibilidad o del significado. La interpretación se fundamenta existencialmente en la comprensión.

### 5.2.3. Participantes y muestreo

La población sujeta a estudio está formada por enfermeras y médicos que trabajan en los equipos de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Barcelona. Se optó por un muestreo teórico o intencionado teniendo en cuenta las siguientes características estructurales: edad (>40 años, entre 41 y 55 y <56 años), sexo (mujer, hombre), organización (ICS u otros proveedores), contratación (fijo, interino y eventual), experiencia profesional (pediatría, domicilios, adultos, urgencias).

Habitualmente, en investigación cualitativa no se puede determinar con antelación el número de participantes, ya que no se busca la representatividad estadística, sino más bien la representatividad social. Sin embargo, se siguieron las recomendaciones de los expertos y se estimó un mínimo de 6 y un máximo de 12 participantes por grupo, de manera que se garantizará la fluidez de comunicación entre ellas (190,191).

También se prefirió dividir el grupo por profesión para poder recoger todas las

cuestiones planteadas, abordando aspectos propios y específicos de cada profesión y recopilando su experiencia y sus vivencias.

Así, y con el objetivo de asegurar la productividad discursiva, se programaron dos grupos de discusión, uno para las enfermeras y otro para los médicos, en base a los siguientes criterios:

- Grupo de discusión 1: criterios de homogeneidad (enfermeras de Atención Primaria) y de heterogeneidad (edad, sexo, contrato, experiencia profesional).
  
- Grupo de discusión 2: criterios de homogeneidad (médicos de Atención Primaria) y de heterogeneidad (edad, sexo, contrato, experiencia profesional).

La tabla 2 presenta las características de los/las participantes enfermeras y la tabla 3 las de los participantes médicos

Para reclutar a los diferentes participantes se realizó, en primer lugar, contacto telefónico, explicando el motivo del estudio y la idoneidad de su participación. Después de la conversación telefónica, se les notificó por correo electrónico los objetivos de la sesión así como el emplazamiento (Anexo 8). En segundo lugar, después de confirmar la participación de todos se contactó de nuevo por teléfono con los participantes y éstos fueron informados de la dirección exacta, del horario de la reunión y de la duración prevista de la misma.

## 5. Metodología

**Tabla 2.** Características sociodemográficas y profesionales de los/las participantes enfermeros/as

Enfermera	Actividad	Población	Edad	Título	Sexo (*)	Organiza.	Contrato
E1	Domicilios	Baix Llobregat	40	Enfermera	M	ICS	Fijo
E2	Adultos	Vallès Occiden.	56	Enfermera	M	ICS	Fijo
E3	Urgencias	Garraf	45	Enfermera	H	Consorcio	Fijo laboral
E4	Pediatría	Baix Llobregat	39	Enfermera	H	ICS	Interino
E5	Adultos/ped	Maresme	34	Especialista	M	Consorcio	Eventual
E6	Adultos	Valles Oriental	50	Enfermera	M	ICS	Fijo
E7	Adultos	Litoral	65	Enfermera	M	ICS	Fijo
E8	Pediatría	Baix Llobregat	30	Enfermera	M	ICS	Interino

(\*) M: Mujer; H: Hombre (\*)

**Tabla 3.** Características sociodemográficas y profesionales de los/las participantes médico/as

Médicos	Actividad	Población	Edad	Título (*)	Sexo (**)	Organiza	Contrato
M1	Domicilios	Baix Llobregat	40	MF	M	ICS	Fijo
M2	M. Família	Vallès Occiden	60	MF	M	ICS	Fijo
M3	Urgencias	Maresme	45	MF	H	Consorcio	Interino
M4	Pediatría	Baix Llobregat	59	Ped	H	ICS	Fijo
M5	M. General	Maresme	34	MG	M	ICS	Interino
M6	M. Família	Garraf	47	MF	H	Consorcio	Laboral
M7	Docencia	Litoral	48	MF	M	ICS	Fijo
M8	M. Família	Baix Llobregat	38	MF	M	ICS	Interino
M9	Residente	Barcelona	30	MF	M	Consorcio	Eventual

(\*) MF: Médico de Família; Ped: Pediatra; MG: Médico General (\*\*) M: Mujer; H: Hombre

### 5.2.4. Técnicas de obtención de información

Como es característico de las investigaciones cualitativas, la obtención y análisis de datos se realizaron de forma simultánea (192,193). Se utilizó como técnicas de obtención de información la entrevista grupal (grupo de discusión) y el diario de campo de la investigadora.

### **Entrevista grupal: grupo de discusión**

En este estudio, se ha decidido utilizar los grupos de discusión como principal fuente de obtención de información.

El grupo de discusión se define como una conversación planeada y trazada cuidadosamente para obtener información sobre un área delimitada de interés, en un ambiente permisivo y no directivo para provocar autoconfesiones de los participantes (194).

Esta técnica ofrece un marco para captar las representaciones ideológicas, los valores y las formaciones imaginarias y afectivas dominantes en un determinado estrato, una determinada clase o sociedad global. Además, el uso de esta técnica cualitativa está indicado para explorar un tema o población nueva, y enriquecer y explorar la interpretación de los resultados de investigación (183,195).

En este sentido, el conocimiento de las enfermeras y médicos de Atención Primaria sobre sus directivos es un tema poco explorado y que va a permitir complementar el conocimiento derivado de la autopercepción de los directivos que se ha realizado en la primera fase del estudio así como poner en evidencia las coherencias-incoherencias, similitudes-diferencias, puntos de encuentro-conflicto entre las dos perspectivas, la de los directivos por un lado y la de los profesionales enfermas y médicos, por el otro.

El grupo de discusión ha seguido una serie de etapas:

- Etapla preparatoria. Durante esta etapa (Octubre- Noviembre de 2014) se planificaron los grupos en base a una serie de aspectos como son:

(i) El número de participantes. Según los expertos (190,194), los grupos deben de estar formados por un mínimo de 6 y un máximo de 12 personas. En este estudio, el grupo de enfermeras/os fue finalmente de 8 y el de médicos/as de 9.

- (ii)** Las características de los participantes. Se tuvieron en cuenta aquellos aspectos personales y profesionales que la evidencia científica considera podrían influir o modificar el discurso de los participantes así como aquellos derivados de la propia experiencia profesional de la investigadora (ver tablas 2 y 3).
- (iii)** El reclutamiento. Se convocó a los médicos y enfermeras de la Región Sanitaria de Barcelona, para coincidir con el territorio donde se había realizado la fase I del estudio (estudio cuantitativo de la totalidad de directivos).
- (iv)** La elaboración del guion de las preguntas. El guion utilizado se elaboró durante el mes de enero de 2015 teniendo en cuenta los objetivos específicos marcados (Anexo 9).
- (vi)** La convocatoria. La invitación para participar en los grupos se realizó por vía telefónica, entre los días 1 y 7 de febrero de 2015. Los profesionales invitados a participar tuvieron entre dos y tres semanas de tiempo para notificar su aceptación, sus preferencias de horario y lugar de realización. Tras las dificultades habituales para acordar una fecha y un horario, finalmente se consensuó el día y la hora que facilitaba la máxima participación a los implicados. A partir de este momento se envió una carta para cada uno de los grupos, indicando el lugar de realización, el horario previsto y la duración prevista.

La primera sesión fue la de las enfermeras/os y tuvo lugar el día 25 de febrero del 2015; la segunda sesión fue la del grupo de médicos/as y tuvo lugar el 4 de marzo. Ambas sesiones se realizaron en la Unidad de Investigación del Ámbito de Barcelona Ciudad.

**(Vi)** La moderación. La investigadora asumió el rol de moderadora de los grupos ya que dispone de los conocimientos necesarios sobre el tema a tratar y las habilidades personales y comunicativas fundamentales para

dinamizar el grupo. Los co-directores de la tesis ocuparon el papel de observadores, tomando notas durante la reunión relacionadas con el lenguaje no verbal, tanto de los asistentes como del moderador, así como la interacción que se producía entre los miembros del grupo (190).

Finalmente, una experta en la planificación de grupos de discusión y miembro del grupo de investigación de cuidados enfermeros, ofreció soporte logístico.

La logística es uno de los elementos importantes para el éxito de los grupos de discusión. La investigadora y la experta del IDIAP se encargaron de organizar los aspectos logísticos de la reunión con antelación: reserva de una sala amplia con una mesa ovalada y alejada de ruidos y distracciones, puesta a punto de las grabadoras, una de audio y otra de video y encargar un refrigerio (café, agua, bocadillos, fruta).

- Etapa de implementación. La etapa de implementación consiste, en primer lugar, en establecer y aceptar una atmósfera de verdad (196). Para ello se empezó con la presentación de la moderadora, de los observadores y de la experta, se dio la bienvenida y se agradeció a los participantes su presencia. Seguidamente se explicó de nuevo el propósito del estudio y los motivos por los cuales habían sido seleccionados como miembros del grupo.

Se procedió después a señalar algunas normas básicas para el óptimo desarrollo de la reunión, como mantener silencio cuando un miembro del grupo habla, seguir el orden de palabra, respetar todas las opiniones y evitar comentarios ofensivos hacia algún miembro del grupo.

Se volvió a insistir sobre el tema de la confidencialidad de la información y anonimato, y se indicó que la duración máxima de la reunión sería aproximadamente de 2 horas, aunque cabía la posibilidad de que se alargase si se consideraba que la información aportada aumentaba los conocimientos

## 5. Metodología

---

sobre el tema de estudio. Los participantes firmaron el consentimiento informado y la aceptación de la grabación (Anexo 10).

En segundo lugar, la investigadora inició el debate a partir de esta pregunta general: “¿Me podríais describir con vuestras propias palabras los diferentes estilos y conductas de liderazgo que habéis identificado en vuestro entorno asistencial?”. Las siguientes preguntas fueron establecidas teniendo en cuenta el contenido y la evolución del discurso de los participantes e incidiendo sobre aspectos relacionados con el instrumento utilizado en la fase I del estudio como son: resultados del liderazgo en el trabajo diario, desarrollo y crecimiento profesional, cambios e innovaciones, influencia de los líderes en la satisfacción, en las ganas para esforzarse, en la eficacia del trabajo diario, en las recompensas e incentivos.

- Etapa de clausura. Esta última etapa comienza cuando la información que surge del grupo se agota, es decir, que no aparece ninguna idea nueva en relación con el tema tratado. En este sentido, tanto en la discusión del grupo de enfermeras como en la del grupo de médicos finalizaron más tarde de la hora prevista, tras 150 minutos.

Uno de los observadores realizó un resumen de los principales subtemas identificados, obteniendo la validación del contenido verbal por parte de los asistentes. La moderadora comentó de nuevo la utilidad que se le daría a la información y agradeció a los asistentes su participación. Posteriormente, la moderadora, los observadores y la experta comentaron el desarrollo de la reunión, analizaron la necesidad de reorganizar los temas de las preguntas y discutieron sobre los puntos fuertes y débiles de la moderación.

La siguiente tabla sintetiza la información relacionada con el desarrollo de las reuniones, incluyendo el horario, las actividades y los puntos claves de cada momento.

**Tabla 4.** Desarrollo de los grupos de discusión

HORARIO	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN
12:30 – 12:35	Recepción de los participantes	Sala de reuniones de la Unidad Docente
12:40 – 13:00	Presentación de la sesión y solicitud de consentimiento	El investigador y el coordinador recogen las hojas de consentimiento informado
13:00 – 13:15	Exposición de las preguntas principales	Preguntas focalizadas sobre los objetivos de la fase cualitativa (Anexo 9)
13:15 – 15:00	Debate de los participantes y grabación	Debate conducido por investigador y coordinador
15.00 – 15:30	Resumen de las aportaciones al desarrollo de la sesión	Aprobación de los participantes
15:30	Agradecimiento a los participantes y despedida	Aperitivo

### Diario de campo

El instrumento del investigador cualitativo por excelencia es el diario de campo. Desde el comienzo de la fase II del estudio, la investigadora ha mantenido al día su registro. Ello ha permitido tener un informe descriptivo de la experiencia cotidiana e íntima en relación con el proceso, el método y los participantes (193).

Se ha utilizado la propuesta de clasificación de Richardson que siguiendo a Glasser y Strauss (192) plantea la organización de las notas en cuatro tipos: *observacionales*, derivadas de la descripción del contexto físico donde se realizaron las reuniones de grupo, de los participantes, del lugar donde estaban sentados, las reacciones entre ellos y hacia la investigadora; *metodológicas*, que incluía: hora de inicio y finalización de los grupos, componentes no verbales, el orden del turno de palabra; *teóricas*, que incluían observaciones interpretativas de lo que exponían los participantes; y *personales*, relacionadas con las reflexiones y reacciones con relación a los participantes y a uno mismo.

### **5.2.5. Análisis de datos**

En este apartado se presenta, en primer lugar, el proceso de preparación y organización de la información y, en segundo lugar, el proceso de análisis.

#### **La preparación y organización de los datos**

Según Miles y Huberman (197), es necesario gestionar y organizar metódicamente todos los textos para garantizar el mantenimiento de un cierto rigor.

Para ello, algunos autores sugieren que el primer paso es la transcripción de todo el material disponible (193,198). Así, en primer lugar, los registros audio de las reuniones con las enfermeras y los médicos fueron transcritos íntegramente al ordenador, incorporando en el discurso las anotaciones relativas al diario de campo.

En segundo lugar, se reprodujo de nuevo el audio y se comparó con las transcripciones con el fin de detectar errores u omisiones y anotar el lenguaje no verbal (el tono de voz, el énfasis, los silencios, etc). A continuación, un documento con el contenido transcrito fue enviado a los participantes para su validación.

Ningún participante realizó modificaciones o cambios en el discurso transcrito.

En tercer lugar, se realizó una lectura panorámica del discurso que consistió en leer línea por línea el contenido de la transcripción con la finalidad de conseguir un sentido global del texto y las primeras impresiones/aproximaciones del discurso, las cuales fueron registradas en el margen derecho del documento y posteriormente apuntadas de forma electrónica a través de memorandos.

#### **El proceso de análisis de datos**

El análisis cualitativo tiene como finalidad identificar los elementos que configuran la realidad estudiada, describir la relación entre estos elementos identificados y sintetizar el conocimiento resultante (183).

Se realizó un análisis temático de contenido que consiste en describir lo que las personas han dicho o hecho a través de identificar de forma sistemática y objetiva las características específicas del texto a nivel sintáctico (forma del texto, búsqueda y recuento de determinadas palabras o caracteres), semántico (sentido de las palabras y análisis de categorías propuestas o que emergen) y pragmático (circunstancias donde la comunicación se desarrolla) (199).

El análisis de los datos siguió dos etapas: la de *codificación* y la de *categorización* de los datos.

La *codificación* se define como la condensación del grueso de los datos a unidades analizables (200). Se procedió a descomponer y segmentar el texto línea por línea identificando los códigos (unidad mínima de significado) teniendo en cuenta los objetivos específicos, el paradigma bajo el cual se está estudiando el fenómeno y el contenido que ofrecen los participantes.

Para la elección de la etiqueta que representaba cada código se tuvo también en cuenta que fuese comprensible sin necesidad de más información y útil para realizar el análisis entre dos investigadores de manera independiente. Una vez decidida la etiqueta se procedía a su definición.

Como sugieren algunos autores (185), durante esta etapa del proceso, es importante confeccionar listas tentativas de códigos que posteriormente se vayan comparando para ver si existe un enunciado que los unifique. Así, una vez identificados los códigos se buscaron similitudes subyacentes que pudieran existir entre ellos; posteriormente, aquellos que tenían el mismo significado (la definición que habíamos otorgado coincidía) fueron unificados.

Tras este proceso, se procedió a la lectura de los fragmentos de texto asociados a cada uno de los códigos con el fin de verificar si la definición del código coincidía con el contenido asociado a él. Aquellos fragmentos que no concordaban con el significado del código, se extrajeron y se valoró la posibilidad de incluirlos en otros códigos.

## 5. Metodología

---

La segunda etapa de la fase de análisis es la *categorización* que consiste en la reagrupación de códigos para otorgarles un enunciado o etiqueta que represente un nivel más amplio de significado o un nivel más elevado de abstracción.

La reagrupación de códigos se denomina subcategoría. Una vez elaboradas, se procede a la creación de las categorías, lo que consiste en la reagrupación de las subcategorías en un nivel más amplio de abstracción.

Para garantizar la coherencia entre el código y la categoría, los códigos fueron revisados teniendo en cuenta su pertenencia a una categoría, verificando si contenían algún significado no incluido en la categoría o estaban en desacuerdo con ella.

Esta etapa finalizó con la reorganización final de las representaciones en torno a tres grandes temas: **(i)** identificando valores y perfiles de liderazgo; **(ii)** los efectos del liderazgo sobre los profesionales, la práctica y la organización; y **(iii)** viviendo la experiencia de diferentes estilos de liderazgo. Estos temas serán presentados en el capítulo de resultados.

La tabla 5 muestra la vertebración del discurso representado por los códigos, las subcategorías, las categorías y los temas.

Tabla 5. Vertebración del discurso de los profesionales

Temas	Categorías	Subcategorías	Códigos
Identificando valores y perfiles de liderazgo	1. Perfil del líder	1.1. Estilos de liderazgo 1.2. Función directiva 1.3. Sin función directiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformacional</li> <li>• Transaccional</li> <li>• Laissez-faire</li> <li>• Autoritario /Controlador</li> <li>• Experto / Principiante</li> </ul>
	2. Valores del líder	2.1. Valores de control 2.2. Valores emocionales 2.3. Valores éticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiente</li> <li>• Asertivo</li> <li>• Empático</li> <li>• Honesto</li> <li>• Democrático</li> <li>• Equitativo</li> </ul>
Los efectos del liderazgo sobre los profesionales, la práctica y la organización	3. Efectos del liderazgo en los profesionales	3.1. Desarrollo personal 3.2. Motivación y satisfacción 3.3. Relaciones y emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento</li> <li>• Promoción</li> <li>• Respeto</li> <li>• Ilusión</li> </ul>
	4. Consecuencias del liderazgo en la práctica asistencial y la organización	4.1. Práctica clínica 4.2. Autonomía profesional 4.3. Formación continuada 4.4. Satisfacción laboral 4.5. Efectividad 4.6. Innovación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad</li> <li>• Creatividad</li> <li>• Decisión</li> <li>• Implicación</li> <li>• Comunicación</li> </ul>
Viviendo la experiencia de diferentes estilos de liderazgo	5. Vivencias y experiencias	5.1. Atención Primaria 5.2. Equipo de trabajo 5.3. Proyectos 5.4. Vida laboral 5.5. Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directivos</li> <li>• Gestores</li> <li>• Compañeros</li> <li>• Pacientes</li> <li>• Tutores</li> <li>• Profesores</li> </ul>

Se utilizó el programa informático de análisis de datos cualitativos NVivo v.10 que facilitó tanto el almacenaje, catalogación y clasificación de los datos como el procesamiento de los mismos.

#### 5.2.6. Rigor

Los criterios de rigor y calidad son una exigencia en cualquier investigación. En el caso de estudios con metodologías cualitativas, los criterios mayormente utilizados son: credibilidad (*credibility*), transferibilidad (*transferability*), dependencia (*dependability*) y confirmabilidad (*confirmability*) (176,201).

### **Credibilidad**

Las preguntas que se plantean en relación con este criterio son: ¿Los resultados tienen sentido? ¿Son creíbles? y ¿Muestran una imagen auténtica del objeto del estudio? (197).

Entre las diferentes estrategias que se pueden implementar para asegurar la credibilidad (182,202,203), en este estudio se utilizó la triangulación de fuentes (directivos, profesionales enfermeros/as y profesionales médicos/as) y triangulación de investigadores (el análisis fue realizado de forma independiente por dos investigadores).

Otra de las estrategias que se utilizó para asegurar la credibilidad de los datos fue que tras la realización de las sesiones, el contenido fue transcrito íntegramente en el ordenador y enviado posteriormente a los participantes para realizar la validación de contenido. Ningún participante realizó modificaciones o cambios en el discurso transcrito.

### **Transferibilidad**

Este criterio hace referencia al grado de aplicación de los resultados a otros contextos culturales, sociales, temporales y espaciales que posean características similares. Para ello, es importante proporcionar una descripción rica, detallada y completa del estudio así como del contexto en que se desarrolló y los participantes.

En este sentido, en el apartado de ámbito y de participantes de este estudio, se presenta una descripción completa y detallada del contexto (tiempo, lugar, centros, región, estructura), así como los criterios utilizados para el muestreo intencionado y las características de cada uno de los participantes (edad, profesión, años de experiencia, actividad, población, organización y tipo de contrato).

### **Dependencia**

Este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos (replicabilidad). Para ello, el estudio debe presentar una descripción de la evolución del proceso de investigación con el fin de mostrar todos los procedimientos efectuados.

En este estudio, hemos mantenido un trazado escrito o *audit trail* a través de registros sistemáticos y detallados: el diario de campo donde los eventuales sesgos personales, pensamientos y sentimientos que pueden haber influido en el estudio fueron expuestos (reflexividad), notas metodológicas para reflejar todo el proceso de investigación y notas teóricas que han permitido tener un registro del desarrollo conceptual.

### **Confirmabilidad**

Este criterio tiene por objeto asegurar que los datos, interpretaciones y propuestas emergentes no son el resultado de circunstancias accidentales o la imaginación del investigador si no han emergido del proyecto y pueden ser rastreados hasta sus fuentes empíricas (176).

Así, en este estudio se ha intentado ser transparentes en cuanto al origen de los datos y a su procesamiento (análisis, síntesis e interpretación de datos).

Con relación a los datos, las transcripciones literales del *verbatim* fueron revisados y además, todo fue puesto a disposición de los directores de tesis para su verificación; el procesamiento de datos se ha explicado en el apartado 5.2.5. *Análisis de los datos* y se han proporcionado ejemplos de material empírico en el capítulo 7. *Resultados*.

Para el procesamiento de los datos se han utilizado un proceso de codificación y categorización (la confirmación de los análisis fue realizada por una persona externa del estudio), la confrontación regular de las interpretaciones al conjunto de los datos y la revisión del proceso por los directores de la tesis.

## **5. Metodología**

---

Por último, la investigadora, desde el principio, ha mostrado sus potenciales sesgos y ha anunciado claramente su posición epistemológica, lo que permite poner en perspectiva las interpretaciones emergentes.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio respeta y sigue las recomendaciones de la *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*, en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, las recomendaciones internacionales sobre ética e investigación biomédica en seres humanos de la CIOMS (*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Geneva 2009) y el *Código de Buenas Prácticas en Investigación de la UB* (Universidad de Barcelona).

El estudio utiliza un diseño metodológico adecuado a los objetivos que plantea y un valor social que busca un beneficio para las personas en el ámbito de la salud. Mantiene una relación coste beneficio favorable. Es respetuoso con los participantes, con carácter voluntario de participación, garantiza la protección de la confidencialidad de los datos aportados y el mantenimiento de un proceso de información abierto. Presenta los criterios de selección y los resultados serán utilizados en beneficio de la población y ámbito de estudio.

Así los participantes han sido informados directamente por la investigadora principal acerca de la naturaleza del estudio, de su carácter voluntario y del tratamiento confidencial de los datos recogidos. Por ello, la devolución del cuestionario cumplimentado por parte de los sujetos de la fase cuantitativa del estudio ya constituía una forma de consentimiento informado. En cambio, los participantes de la fase cualitativa del estudio sí que firmaron el consentimiento informado (Anexo 10).

Para las dos fases del estudio, se obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del IDIAP Jordi Gol (Anexo 11) y de la Gerencia de la Región Sanitaria de Barcelona. Se han seguido las recomendaciones de la Comisión Académica de los Estudios de Doctorado en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona.

---

## 7. RESULTADOS

Este capítulo está organizado en dos grandes apartados. En primer lugar se presentan los resultados derivados de la fase cuantitativa del estudio: descripción de la muestra, a partir del análisis univariante (tabla 6 y tabla 9), seguido del análisis bivariante que analiza la relación entre las distintas variables secundarias (explicitadas en las tablas 7 y 8) y la relación de los estilos de liderazgo con las variables secundarias (mostrados en las tablas 10, 11 y 12), las consecuencias positivas organizacionales (presentes en la tabla 13) y las variables de segundo orden (mostrados en las tablas 14 y 15). Por último se presentan los resultados del análisis multivariante (representados en las tablas de la 16 a la 21).

En segundo lugar, se muestran los resultados derivados de la fase cualitativa organizados en los siguientes apartados: **i)** Identificando valores y perfiles del liderazgo; **ii)** Los efectos del liderazgo sobre los profesionales, la práctica y la organización; **iii)** Viviendo la experiencia de diferentes estilos de liderazgo. Estos temas serán presentados en el capítulo de resultados.

### 7.1. FASE I: resultados cuantitativos sobre características de la muestra

En este apartado se describen las características de la muestra en general y se presentan los resultados de los estilos de liderazgo autopercebido por los directivos y la relación con las variables secundarias.

#### 7.1.1. Descripción de la muestra

Se obtuvieron un total de 140 respuestas de directivos de AP, con lo que la tasa alcanzada de respuesta fue del 54,26%.

La tabla 6 muestra que la distribución por cargo tiene similar porcentaje entre adjunto y director siendo el de adjunto un 55%. La mayoría de sujetos del estudio han sido enfermeras (86 del total de 140; 61,4%), con un predominio del género femenino en el total de la muestra (75%). El 85% de los directivos

## 7. Resultados

encuestados son profesionales de los EAP del ICS y el resto de entidades EBA o Consorcios Sanitarios. La edad media de los directivos que han respondido es de 49 años. Un 69,3% se dedica a la gestión desde hace más de cinco años.

**Tabla 6.** Descripción de la muestra

VARIABLE	CATEGORIA	n	%
Cargo	Adjunto	77	55%
	Director	63	45%
Profesión	Médico/a	54	38,6%
	Enfermero/a	86	61,4%
Organización	ICS	119	85%
	No ICS	21	15%
Sexo	Mujeres	105	75%
	Hombres	35	25%
Años gestión	<2 años	12	8,6%
	2-5 años	31	22%
	>5años	97	69,3%
Edad	49 años (DE 7,4)	140	-

DE: Desviación Estándar

La tabla 7 muestra la comparativa de los cargos de adjunto y de director en relación a las variables sociodemográficas y profesionales. El 83,3% de los médicos son directores de equipo mientras que el 79,1% de las enfermeras son adjuntas a la dirección. Los hombres representan un mayor porcentaje en el cargo de directores (67,6%).

En los centros no ICS, el porcentaje de directores es superior al de los adjuntos, situación contraria a la de los centros del ICS. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

La edad media de los profesionales es superior en los adjuntos que en los directores.

Tabla 7. Características de la muestra según cargo directivo (n=140)

VARIABLE	CATEGORÍAS	ADJUNTOS (77)		DIRECTORES (63)		P valor
		n	%	n	%	
Profesión	Médico/a	9	16,7%	45	83,3%	<0,0001
	Enfermero/a	68	79,1%	18	20,9%	
Sexo	Hombre	11	32,4%	24	67,6%	0,002
	Mujer	66	62,9%	39	37,1%	
Organización	ICS	70	58,8%	49	41,2%	0,03
	no ICS	7	33,3%	14	67,7%	
Años en gestión	<2 años	8	66,7%	4	33,5%	0,712
	2-5 años	17	54,8%	14	45,2%	
	> 5 años	52	54,2%	45	45,8%	
Edad (años)	Media, DE	50,8	7,4	47,5	7,3	0,012

DE: Desviación Estándar

Si se comparan las diferentes variables entre la profesión enfermera y médica, se observa en la tabla 8 que las enfermeras/os tiene mayoritariamente el cargo de adjuntas a dirección (88,3%), mientras que los médicos/as ejercen las función de director/a de equipo (71,4%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al sexo los hombres son mayoritariamente médicos (67,6%) y las mujeres enfermeras (71,4%). En el ICS, las enfermeras con cargo directivo (ya sea de adjunto o director) representan el 63,9% de las respuestas y en los centros no ICS, los médicos con un 52,4%. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La media de edad es 3 años superior entre las enfermeras que los médicos. Por lo que respecta a los años de gestión desarrollando funciones directivas, los que llevan más tiempo son las enfermeras adjuntas a dirección.

## 7. Resultados

**TABLA 8.** Características de la muestra según profesión

VARIABLE	CATEGORÍAS	ENFERMERO/A (86)		MÉDICO/A (54)		P valor
		n	%	n	%	
Cargo	Adjunto/a	68	88,3%	9	11,7%	<0,0001
	Director/a	18	28,6%	45	71,4%	
Sexo	Hombre	11	33,4%	24	67,6%	<0,0001
	Mujer	75	71,4%	30	28,6%	
Organización	ICS	76	63,9%	43	36,1%	0,223
	no ICS	10	47,6%	11	52,4%	
Años en gestión	<2 años	6	50%	6	50%%	0,375
	2-5 años	22	71%	9	29%	
	> 5 años	58	60,4%	6	39,6%	
Edad (años)	Media, DE	50,52	7,81	47,54	6,65	0,025

DE: Desviación estándar

### 7.1.2. Resultados del objetivo específico: identificar los estilos de liderazgo autopercebidos por los directivos de Atención Primaria

La tabla 9 muestra de manera global que los directivos de AP se autoevalúan como líderes orientados por igual al estilo transaccional y transformacional con una media de 3,31 (escala de 0= nunca a 4= frecuentemente). Sin embargo, la media de la autopuntuación en liderazgo correctivo/evitador es de 1,78, considerándose poco correctivos. La media de los resultados obtenidos en consecuencias organizacionales supera el valor de 3 en satisfacción, esfuerzo y efectividad.

En cuanto a los valores psicométricos del instrumento utilizado (MLQ), los resultados arrojados por el coeficiente Alfa de Cronbach apuntan una alta

confiabilidad ( $\alpha=0.924$ ) sobre 82 elementos, indicadora de que se trata de un instrumento homogéneo.

**Tabla 9.** Descripción Global de los estilos de liderazgo

<b>ESTILOS DE LIDERAZGO</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Mediana</b>	<b>p25</b>	<b>p75</b>
<b>Liderazgo Trasformacional</b>	<b>3,31</b>	<b>0,32</b>	<b>3,29</b>	<b>3,06</b>	<b>3,55</b>
Carisma/Inspiracional	3,33	0,32	3,35	3,09	3,57
Motivación inspiracional	3,30	0,39	3,25	3,00	3,63
Estimulación intelectual	3,25	0,39	3,25	3,00	3,56
Consideración individualizada	3,23	0,38	3,25	3,00	3,50
Influencia idealizada conductual	3,50	0,36	3,50	3,13	3,88
Influencia idealizada atribuida	3,16	0,36	3,14	3,00	3,43
<b>Liderazgo Transaccional</b>	<b>3,31</b>	<b>0,36</b>	<b>3,32</b>	<b>3,07</b>	<b>3,57</b>
Recompensa contingente	3,43	0,41	3,50	3,17	3,83
Dirección por excepción pasiva	1,06	0,58	1,00	,67	1,42
Dirección por excepción activa	3,05	0,50	3,00	2,67	3,33
<b>Liderazgo Correctivo/Evitador</b>	<b>1,78</b>	<b>0,37</b>	<b>1,75</b>	<b>1,55</b>	<b>1,95</b>
Laissez-faire	1,38	0,52	1,38	1,06	1,63
Dirección Pasiva/ Evitadora	1,24	0,50	1,21	,93	1,50

<b>Consecuencias positivas/organizacionales</b>					
Satisfacción	3,02	0,39	3,00	2,80	3,20
Efectividad	3,02	0,39	3,00	2,83	3,33
Esfuerzo Extra	3,00	0,42	3,00	2,67	3,17

DE: Desviación estándar

## 7. Resultados

---

### 7.1.3. Resultados del objetivo específico: relación entre el estilo de liderazgo y las variables secundarias

La tabla 10 presenta las puntuaciones medias entre los diferentes estilos de liderazgo y las variables secundarias de cargo, profesión y sexo.

- *Relación entre el estilo transformacional y el cargo, profesión y sexo*

No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre ser director y adjunto a dirección y las variables de primer y segundo orden. En cuanto a la relación entre este tipo de liderazgo y la variable profesión, se constata que la variable de primer orden de liderazgo transformacional es de 3,34 en el caso de las enfermeras y de 3,24 en los médicos. Las enfermeras puntúan ligeramente más alto que los médicos, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

En todas las variables de segundo orden, se autopuntúan más altas las enfermeras con diferencia estadísticamente significativa en “consideración individualizada” ( $p < 0,001$ ) y “influencia idealizada atribuida” ( $p = 0,021$ ).

Finalmente, no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aunque en todas las variables de primer y segundo orden puntúan más alto las mujeres.

- *Relación entre el estilo transaccional y el cargo, profesión y sexo*

Las autopuntuaciones son muy similares en las variables transaccionales de primer y segundo orden. No hay diferencias estadísticamente significativas entre ser adjunto y director, aunque la autopuntuación en liderazgo transaccional es ligeramente más alta en los adjuntos que en los directores. En cuanto a la profesión, las enfermeras se autopuntúan más transaccionales que los médicos en la variable de primer orden, con una puntuación media de 3,38 en liderazgo transaccional; ésta puntuación es estadísticamente significativa respecto de la profesión médica ( $p = 0,003$ ).

La variable de segundo orden "recompensa contingente" ha sido muy puntuada tanto por médicos como por enfermeras, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, las mujeres se puntúan más transaccionales que los hombres con diferencias estadísticamente significativas en la variable de primer orden ( $p=0,018$ ) y la variable de segundo orden "recompensa contingente" ( $p=0,017$ ).

- *Relación entre el estilo Correctivo / evitador y el cargo, profesión y sexo*

Los adjuntos a dirección se autoevalúan más altos que los directores en la variable de segundo orden laissez faire ( $p=0,017$ ). En general, las variables de segundo orden laissez faire y dirección por excepción pasiva correspondientes a la variable de primer orden liderazgo correctivo/evitador fueron las menos puntuadas, no existiendo diferencia estadísticamente significativa con las variables profesión y sexo.

- *Relación entre las consecuencias organizacionales y el cargo, la profesión y el sexo*

Ni en cargo ni en sexo se modifican las autopuntuaciones en cuanto a las consecuencias de los estilos de liderazgo sobre la satisfacción, el esfuerzo extra y la efectividad.

En cambio, al relacionar las puntuaciones de las consecuencias con la variable profesión, la profesión enfermera obtiene una puntuación estadísticamente significativa en satisfacción ( $p=0,008$ ), así como puntuaciones más altas en efectividad y esfuerzo extra.

## 7. Resultados

**Taula 10.** Relación entre estilos de liderazgo y variables secundarias (cargo, profesión y sexo)

ESTILOS DE LIDERAZGO	CARGO		PROFESIÓN		SEXO	
	Adjunto	Director	Enfermero/a	Médico/a	Hombre	Mujer
<b>Liderazgo Transformacional</b>	<b>3,31 (0,33)</b>	<b>3,3 (0,3)</b>	<b>3,34 (0,32)</b>	<b>3,24 (0,31)</b>	<b>3,24 (0,31)</b>	<b>3,32 (0,32)</b>
Carisma/Inspiracional	3,32 (0,34)	3,32 (0,29)	3,36 (0,32)	3,27 (0,31)	3,26 (0,33)	3,34 (0,31)
Motivación inspiracional	3,31 (0,39)	3,28 (0,37)	3,35 (0,38)	3,22 (0,38)	3,21 (0,37)	3,33 (0,38)
Estimulación intelectual	3,26 (0,39)	3,23 (0,38)	3,3 (0,39)	3,17 (0,37)	3,2 (0,38)	3,26 (0,39)
Consideración individualizada	3,26 (0,39)	3,18 (0,35)	3,31 (0,36)†	3,09 (0,37)	3,13 (0,35)	3,26 (0,38)
Influencia idealizada conductual	3,47 (0,38)	3,53 (0,32)	3,5 (0,38)	3,49 (0,32)	3,47 (0,36)	3,5 (0,36)
Influencia idealizada atribuida	3,17 (0,36)	3,12 (0,35)	3,21 (0,35)†	3,06 (0,35)	3,07 (0,37)	3,18 (0,34)
<b>Liderazgo Transaccional</b>	<b>3,34 (0,38)</b>	<b>3,28 (0,32)</b>	<b>3,38 (0,35)†</b>	<b>3,2 (0,34)</b>	<b>3,18 (0,36)</b>	<b>3,35 (0,34)†</b>
Recompensa contingente	3,43 (0,45)	3,41 (0,35)	3,48 (0,42)	3,34 (0,37)	3,26 (0,44)	3,48 (0,38)†
Dirección por excepción pasiva	1,06 (0,63)	1,05 (0,49)	1,03 (0,6)	1,08 (0,53)	1,24 (0,53)†	0,99 (0,58)
Dirección por excepción activa	3,05 (0,51)	3,03 (0,47)	3,07 (0,5)	2,99 (0,48)	2,91 (0,5)	3,08 (0,49)
<b>Liderazgo Correctivo/Evitador</b>	<b>1,82 (0,42)</b>	<b>1,73 (0,27)</b>	<b>1,79 (0,41)</b>	<b>1,76 (0,28)</b>	<b>1,81 (0,32)</b>	<b>1,77 (0,38)</b>
Laissez -faire	1,47 (0,56)†	1,26 (0,42)	1,4 (0,54)	1,33 (0,47)	1,4 (0,54)	1,37 (0,51)
Dirección Pasiva/ Evitadora	1,29 (0,57)	1,17 (0,39)	1,24 (0,54)	1,23 (0,43)	1,33 (0,48)	1,21 (0,5)
<b>Consecuencias positivas / organizacionales</b>						
Satisfacción	3,05 (0,4)	2,98 (0,36)	3,08 (0,38)†	2,91 (0,38)	2,96 (0,35)	3,04 (0,39)
Efectividad	3,02 (0,4)	3,02 (0,37)	3,03 (0,39)	3 (0,38)	2,91 (0,37)	3,05 (0,38)
Esfuerzo Extra	3,03 (0,43)	2,95 (0,39)	3,04 (0,41)	2,91 (0,4)	2,91 (0,39)	3,02 (0,42)

\*Media (DE), †: p<0,05

En la tabla 11 se muestra la correlación entre la edad y las variables de primer orden y las consecuencias organizacionales observando una relación positiva, siendo el liderazgo transaccional estadísticamente significativo ( $p=0,007$ ). No existe correlación estadísticamente significativa entre la edad y las consecuencias organizacionales.

Se observa una relación inversa entre edad y esfuerzo extra.

**Tabla 11.** Relación entre estilos de liderazgo, consecuencias organizacionales y la edad

ESTILOS DE LIDERAZGO Y CONSECUENCIAS	Correlación de Pearson (r)	Significación p valor
Liderazgo transformacional	0,039	0,654
Liderazgo transaccional	0,233	<b>0,007</b>
Liderazgo Laissez- faire	0,113	0,193
Satisfacción	0,109	0,210
Efectividad	0,60	0,492
Esfuerzo extra	-0,37	0,675

Tal y como se muestra en la tabla 12, no se observan diferencias entre los tres estilos de liderazgo de primer orden y los años en el cargo y el tipo de organización.

## 7. Resultados

**Tabla 12.** Relación entre los estilos de liderazgo y las variables secundarias: años en el cargo y el tipo de organización

ESTILOS DE LIDERAZGO	AÑOS EN EL CARGO			ORGANIZACIÓN	
	<de dos años (n=12)	De dos a cinco años (n=31)	Más de cinco años (n=97)	ICS (n=119)	no ICS (n=21)
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Liderazgo Transformacional	3,24 (0,34)	3,36 (0,29)	3,30 (0,33)	3,31 (0,32)	3,28 (0,34)
Liderazgo Transaccional	3,21 (0,38)	3,33 (0,35)	3,32 (0,36)	3,33 (0,36)	3,22 (0,34)
Liderazgo Correctivo/Evitador	1,73 (0,30)	1,79 (0,5)	1,79 (0,32)	1,80 (0,37)	1,66 (0,30)

DE: Desviación estándar

### 7.1.4. Resultados del objetivo específico: asociación entre el estilo de liderazgo y las consecuencias positivas/organizacionales

En este apartado se presentan, en primer lugar, los resultados de asociación entre los estilos de liderazgo y las consecuencias positivas/organizacionales; en segundo lugar, la asociación entre los estilos de liderazgo de primer orden con las consecuencias positivas/organizacionales; y finalmente; la asociación de las variables de primer orden con las de segundo orden. Para ello, se ha utilizado el Coeficiente de correlación de Pearson, que mide la magnitud de la relación lineal entre las variables.

- *Asociación* entre estilos de liderazgo y consecuencias organizacionales

Tal y como se muestra en la tabla 13, el liderazgo transformacional presenta una elevada correlación con el liderazgo transaccional ( $r=0,813$ ;  $p<0,0001$ ), la satisfacción ( $r=0,646$ ;  $p<0,0001$ ), la efectividad ( $r=0,724$ ;  $p<0,0001$ ) y el esfuerzo extra ( $r=0,668$ ;  $p<0,0001$ ).

El liderazgo transaccional correlaciona con las tres consecuencias organizacionales ( $p < 0,0001$ ).

No se observan correlaciones estadísticamente significativas con el liderazgo correctivo/evitador. Finalmente las tres consecuencias organizacionales están correlacionadas entre ellas.

**Tabla 13.** Correlaciones entre estilos de liderazgo y consecuencias organizacionales

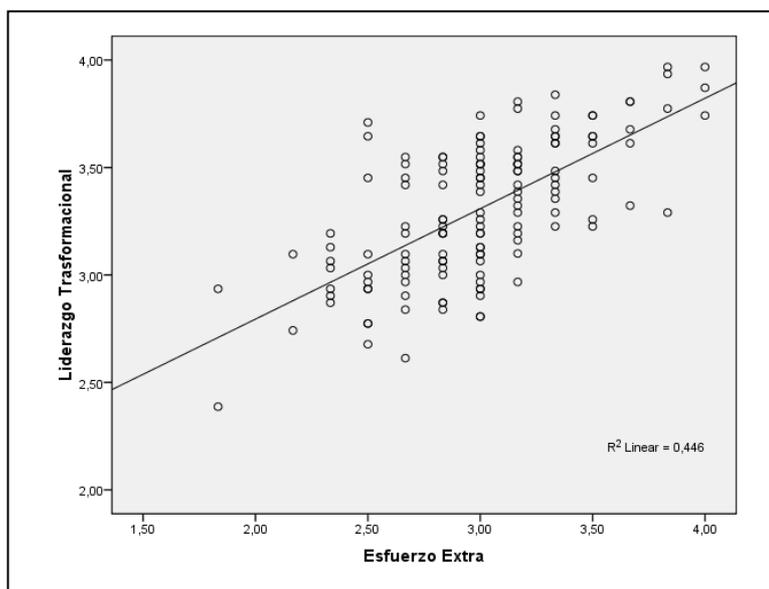
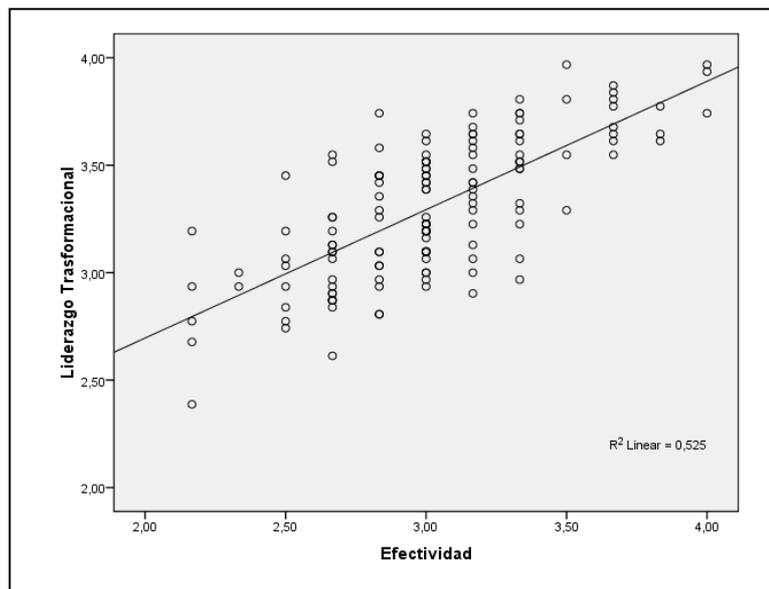
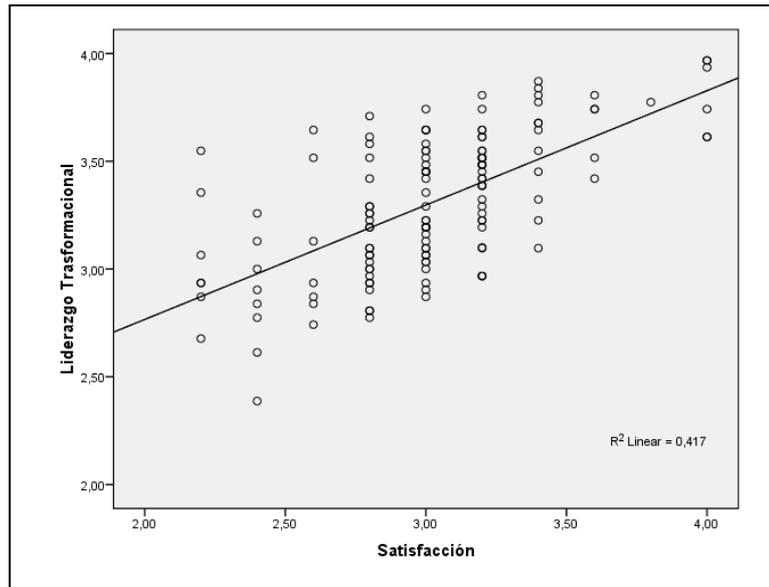
ESTILOS DE LIDERAZGO / CONSECUENCIAS	LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL	LIDERAZGO TRNSACCIONAL	LIDERAZGO CORRECTIVO / EVITADOR	SATISFACCIÓN	EFFECTIVIDAD
Liderazgo Transaccional	0,813 †				
Liderazgo Correctivo/Evitador	-0,017	0,068			
Satisfacción	0,646 †	0,666 †	0,090		
Efectividad	0,724 †	0,710 †	0,057	0,688 †	
Esfuerzo extra	0,668 †	0,626 †	0,077	0,584 †	0,692 †

Correlación de Pearson, †:  $p < 0,0001$

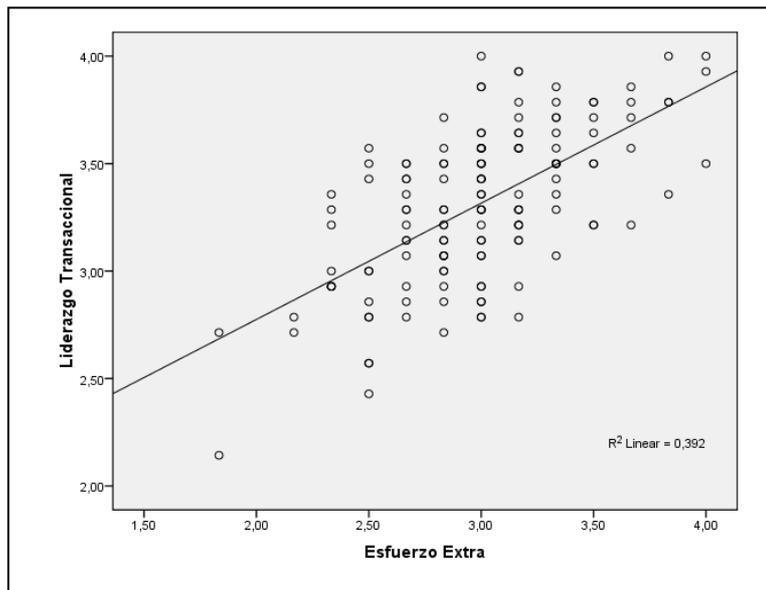
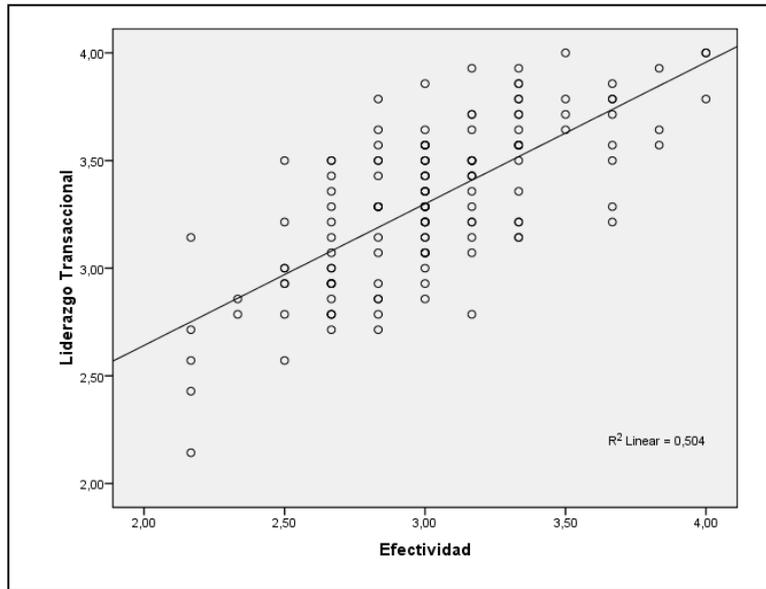
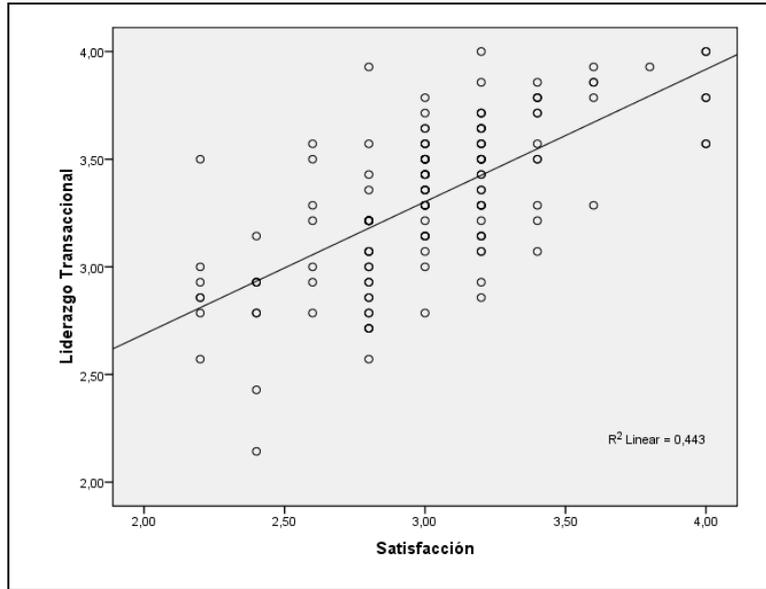
Los siguientes gráficos muestran los puntos de dispersión entre las variables analizadas, así como su línea de ajuste que permite observar la tendencia que muestra la correlación entre las mismas, siendo  $R$ =coeficiente de relación de Pearson y  $R^2$  su cuadrado.

## 7. Resultados

**Gráfico 1.** Diagramas de dispersión entre estilo de liderazgo transformacional y consecuencias organizacionales.

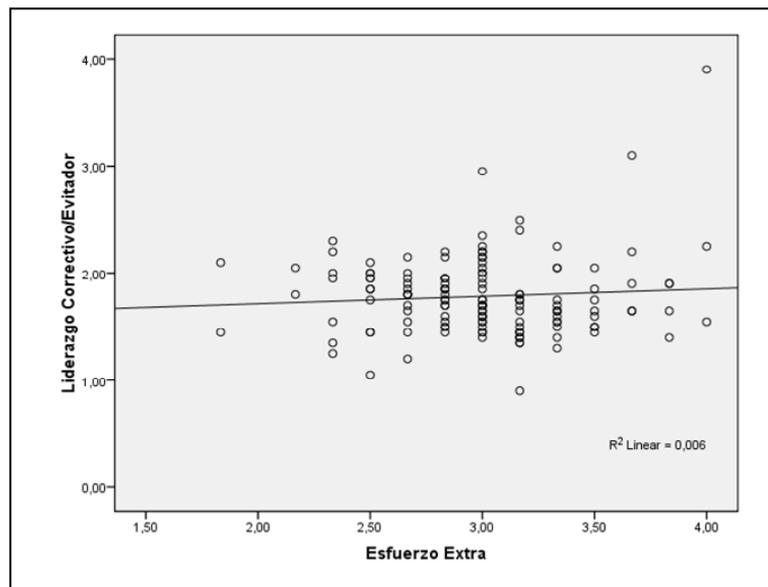
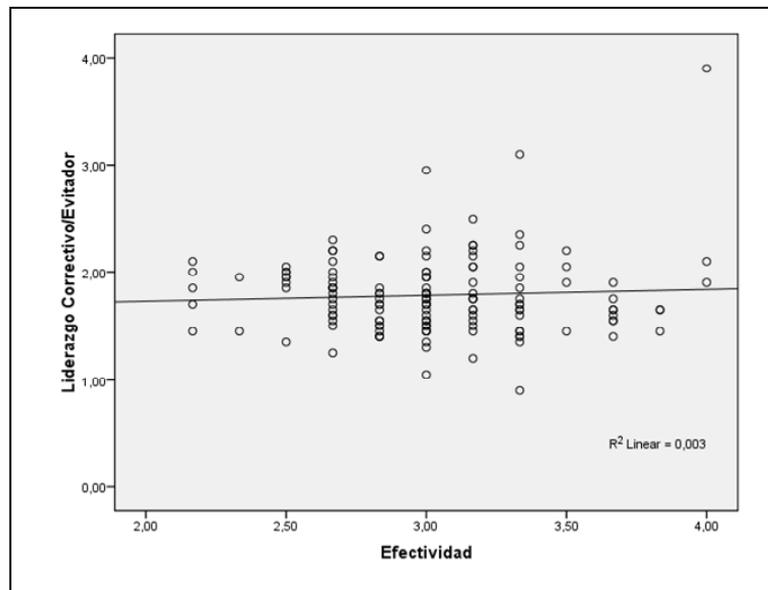
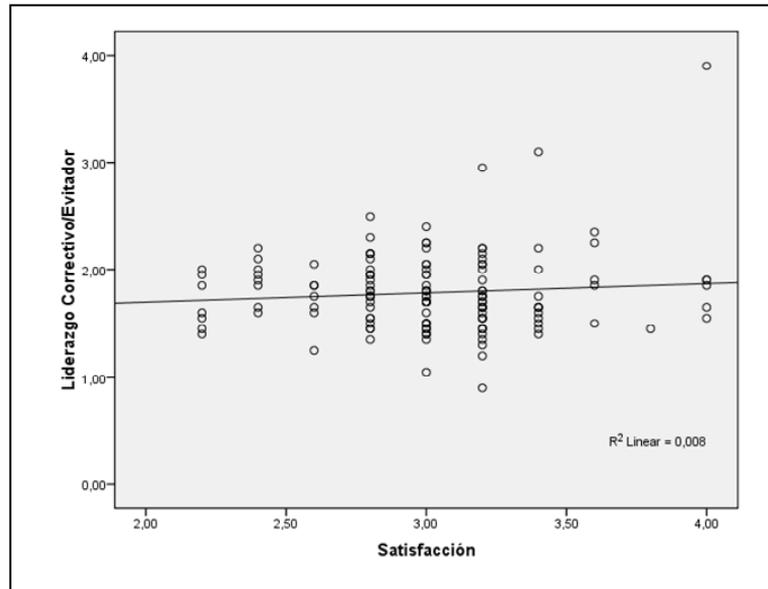


**Gráfico 2.** Diagramas de dispersión entre estilo de liderazgo transaccional y consecuencias organizacionales.



## 7. Resultados

**Gráfico 3.** Diagramas de dispersión entre estilo de liderazgo correctivo /evitador y consecuencias organizacionales.



- *Asociación* entre estilo de liderazgo y variables de segundo orden

El liderazgo transformacional muestra correlación con todas las variables de segundo orden, tanto las propias como las del resto de estilos de liderazgo. La correlación es inversa con la dirección por excepción pasiva, laissez-faire y dirección pasivo/evitador.

También se observan correlaciones estadísticamente significativas de todas las variables con el liderazgo transaccional. La correlación es inversa con la dirección por excepción pasiva, laissez-faire y dirección pasivo/evitador.

El liderazgo correctivo/evitador muestra correlación con sus variables de segundo orden y con dos del liderazgo transaccional (tabla 14).

**Tabla 14.** Correlaciones entre los estilos de liderazgo y las variables de segundo orden

VARIABLES DE SEGUNDO ORDEN	LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL	LIDERAZGO TRANSACCIONAL	LIDERAZGO CORRECTIVO EVITADOR
Carisma inspiracional	0,977 †	0,784 †	-0,025
Motivación inspiracional	0,863 †	0,787 †	0,013
Estimulación intelectual	0,861 †	0,724 †	0,003
Consideración individualizada	0,766 †	0,931 †	0,055
Influencia idealizada conductual	0,855 †	0,608 †	-0,096
Influencia idealizada atribuida	0,846 †	0,652 †	0,022
Recompensa contingente	0,715 †	0,894 †	0,070
Dirección por excepción pasiva	-0,276 †	-0,216 ††	0,801 †
Dirección por excepción activa	0,786 †	0,592 †	0,307 †
Laissez-faire	-0,22 †	-0,124 ††	0,878 †
Dirección pasiva/evitadora	-0,266 †	-0,180 ††	0,915 †

Correlación de Pearson, †:  $p < 0,0001$ , ††:  $p < 0,05$

## 7. Resultados

- *Asociación entre variables de segundo orden y consecuencias organizacionales*

Las consecuencias organizacionales correlacionan con todas las variables secundarias al liderazgo transformacional y transaccional, excepto la dirección por excepción pasiva que sólo correlaciona con el esfuerzo extra.

Ninguna de las variables de segundo orden del liderazgo correctivo/evitador correlaciona con las consecuencias organizacionales (tabla 15).

**Tabla 15.** Correlaciones entre variables de segundo orden y consecuencias organizacionales

VARIABLES DE SEGUNDO ORDEN	SATISFACCIÓN	EFFECTIVIDAD	ESFUERZO EXTRA
Carisma inspiracional	0,651 †	0,711 †	0,679 †
Motivación inspiracional	0,646 †	0,725 †	0,675 †
Estimulación intelectual	0,506 †	0,614 †	0,513 †
Consideración individualizada	0,663 †	0,661 †	0,579 †
Influencia idealizada conductual	0,442 †	0,521 †	0,467 †
Influencia idealizada atribuida	0,625 †	0,614 †	0,641 †
Recompensa contingente	0,541 †	0,635 †	0,564 †
Dirección por excepción pasiva	-0,074	-0,148	-0,188 ††
Dirección por excepción activa	0,413 †	0,511 †	0,513 †
Laissez-faire	-0,075	-0,142	-0,075
Dirección pasiva/evitadora	-0,081	-0,157	-0,137

Correlación de Pearson, †:  $p < 0,0001$ , ††:  $p < 0,05$

### 7.1.5. Resultados del objetivo específico: asociación entre el estilo de liderazgo y las variables secundarias

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de un modelo de regresión logística que analiza el peso de cada variable en cada uno de los estilos de liderazgo.

- *Modelos de regresión entre los estilos de liderazgo y el resto de variables secundarias*

Como se muestra en la tabla 16 ninguna de las variables incluidas en el modelo de regresión mostró estar asociada con el estilo de Liderazgo transformacional.

**Tabla 16.** Resultados de la regresión logística en el liderazgo transformacional

Liderazgo transformacional (Mediana: 3,29)	OR	Intervalo de confianza (IC) 95%		Sig.
		Inferior	Superior	
Organización(No ICS)	1,010	0,379	2,688	0,985
Años en el cargo				0,977
Más de cinco años	0,929	0,406	2,128	0,862
Menos de dos años	1,019	0,255	4,077	0,979
Cargo (Director)	1,057	0,445	2,509	0,900
Profesión (Médico)	0,664	0,267	1,649	0,378
Sexo (Mujer)	1,217	0,527	2,811	0,646
Constante	1,004			0,994

0=Otros estilos de liderazgo; 1= Liderazgo transformacional

Respecto al estilo de liderazgo transaccional, sólo la profesión (médico/enferma) se asoció a este estilo de liderazgo, observándose que los médicos presentaban puntuaciones inferiores a la mediana (ver tabla 17). No se observó asociación con el resto de variables de estudio.

## 7. Resultados

**Tabla 17.** Resultados de la regresión logística en el liderazgo transaccional

Liderazgo transaccional (Mediana: 1,32)	OR	Intervalo de confianza 95%		Sig.
		Inferior	Superior	
Organización (No ICS)	0,474	0,158	1,421	0,183
Años en el cargo				0,782
Más de 5 años	1,295	0,536	3,129	0,565
Menos de dos años	0,948	0,221	4,063	0,943
Cargo (Director)	1,938	0,715	5,252	0,193
<b>Profesión (Médico)</b>	<b>0,185</b>	<b>0,066</b>	<b>0,524</b>	<b>0,001</b>
Sexo (Mujer)	1,484	0,612	3,600	0,383
Constante	0,975			0,965

0=Puntuación inferior a la mediana en el componente en Liderazgo Transaccional; 1= Puntuación superior o igual a la mediana en Liderazgo Transaccional.

El estilo de Liderazgo Correctivo /Evitador se asoció con el sexo del directivo, siendo las mujeres las que presentaban puntuaciones inferiores a la mediana (ver tabla 18). No se observó asociación con el resto de variables de estudio.

**Tabla 18.** Resultados de la regresión logística en el liderazgo correctivo/evitador

Liderazgo correctivo evitador (Mediana: 1,75)	OR	Intervalo de confianza 95%		Sig.
		Inferior	Superior	
Organización (No ICS)	0,719	0,265	1,953	0,518
Años en el cargo				0,666
Más de cinco años )	1,207	0,522	2,796	0,660
Menos de dos años	0,703	0,169	2,920	0,627
cargo(Director)	0,668	0,278	1,605	0,367
Profesión (Médico)	0,974	0,387	2,453	0,955
<b>Sexo (Mujer)</b>	<b>0,399</b>	<b>0,166</b>	<b>0,963</b>	<b>0,041</b>
Constante	2,511			0,116

0=Puntuación inferior a la mediana en el componente en Liderazgo Correctivo/Evitador; 1= Puntuación superior o igual a la mediana en Liderazgo Correctivo/Evitador.

- *Modelo de regresión logística, utilizando como variable dependiente el cargo, el sexo y la profesión.*

Se construyeron modelos de regresión logística para estudiar la asociación ajustada entre el cargo directivo, adjunto o director; la profesión, médico o enfermera; el sexo y las distintas variables de estudio, entre ellas los diferentes estilos de liderazgo.

La profesión se asoció con el tipo de cargo directivo ocupado, siendo los médicos los que con más probabilidad ocupaban puestos de director (ver tabla 19). No se observó ninguna relación con el resto de variables de estudio.

**Tabla 19.** Asociación entre cargo directivo (adjunto o director) y resto de variables.

VARIABLES	OR	95% Intervalo de confianza		Sign.
		Inferior	Superior	
Años en el cargo				0,28
Más de cinco años	1,27	0,43	3,81	0,66
Menos de dos años	4,64	0,67	32,15	0,12
Sexo (Mujer)	1,71	0,54	5,46	0,36
<b>Profesión (Médico/a)</b>	<b>0,04</b>	<b>0,01</b>	<b>0,12</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Organización (no ICS)	0,42	0,11	1,57	0,20
LTF	0,87	0,07	10,69	0,91
LTR	0,70	0,07	7,07	0,76
LCE	0,66	0,02	27,59	0,82
LP_E	3,17	0,18	56,47	0,43
Constante	6,12			0,56

Variable dependiente: cargo (0: Director; 1: Adjunto)

## 7. Resultados

En la tabla 20 se observa una asociación significativa entre las variables sexo y profesión, siendo más frecuente que los médicos directivos sean hombres.

**Tabla 20.** Asociación entre género y resto de variables.

VARIABLES	OR	Intervalo de confianza 95%		Sig.
		Inferior	Superior	
Años en el cargo				0,716
Más de cinco años	0,794	0,262	2,411	0,684
Menos de dos años	1,537	0,217	10,885	0,667
Cargo(Director)	0,538	0,171	1,688	0,288
<b>Profesión (médico)</b>	<b>0,282</b>	<b>0,092</b>	<b>0,871</b>	<b>0,028</b>
Organización(No ICS)	0,531	0,171	1,650	0,274
LTF	0,131	0,010	1,773	0,126
LTR	6,044	0,635	57,510	0,118
LCE	6,206	0,132	291,485	0,353
LP_E	0,128	0,007	2,440	0,172
Constante	11,425			0,373

Variable dependiente: sexo (0: hombre 1: mujer)

Respecto a la relación entre profesión y el resto de variables de estudio, tal y como se observa en la tabla 21, ser médico se asociaba a ocupar un puesto de director de EAP, ser hombre y llevar menos de dos años ocupando el cargo directivo.

**Tabla 21.** Asociación entre profesión y resto de variables.

VARIABLES	OR	Intervalo de confianza 95%		Sig.
		Inferior	Superior	
Años en el cargo				0,112
Más de cinco años	2,536	0,713	9,027	0,151
Menos de dos años	8,301	1,115	61,822	0,039
Sexo (Mujer)	0,295	0,095	0,918	0,035
Organización(No ICS)	1,171	0,300	4,574	0,820
Cargo (director)	24,389	8,121	73,246	,000
LTF	0,957	0,052	17,681	0,976
LTR	0,088	0,006	1,361	0,082
LCE	19,226	0,176	2096,059	0,217
LP_E	0,116	0,003	3,859	0,228
Constante	29,791			0,291

Variable dependiente: profesión (0: enfermera; 1: médico)

## 7.2. FASE II: resultados derivados de la fase cualitativa

En este apartado se presentan los resultados derivados de la fase cualitativa del estudio. La tesis pretende aportar mayor conocimiento sobre la experiencia vivida de las enfermeras y médicos de Atención Primaria en relación a los estilos de liderazgo de sus directivos.

Los resultados se muestran organizados en los tres grandes temas derivados del proceso de análisis (ver el apartado 5.2.5. *Análisis de datos*): **(i)** identificando valores y perfiles de liderazgo; **(ii)** los efectos del liderazgo sobre los profesionales, la práctica y la organización; y **(iii)** viviendo la experiencia de diferentes estilos de liderazgo.

### 7.2.1. Identificando valores y estilos de liderazgo

Las enfermeras y los médicos de AP reconocen diferentes estilos de liderazgo en su práctica asistencial, así como conductas y valores esenciales en un líder. En cuanto a los perfiles de liderazgo identificados en los directivos, los médicos reconocen un estilo transaccional con características muy cercanas al control y la jerarquía; ellos tienen la percepción de que muchos de sus directivos cumplen mandatos de los inmediatos superiores.

El médico 4, especialista en pediatría decía: “Sólo manda y dice, por aquí tenemos que ir (...) yo sólo percibo la dirección por instrucción”. Sin embargo, en aquellos directivos que tienen más años de experiencia y de estabilidad en el centro y en el cargo, se identifican además características relacionadas con la empatía, el rol ejemplar y la facilidad para otorgar, sobre todo, autonomía a los profesionales. La médica 7 describía así una apreciación de su directivo: “No sólo marca líneas, sino que te permite ser creativo”.

Las enfermeras y los médicos valoran muy positivamente los estilos de liderazgo que son ejercidos desde la posición de ponerse en el lugar del otro (el que “está visitando cada día”) y, aunque no es muy frecuente, cuando ésta produce beneficios, tanto para los profesionales de manera individual como para el conjunto del equipo. El médico 6 decía: *“Si da ejemplo y trabaja como los demás, es líder, se pone la bata y pasa visita, esto es dar el 100%”*.

Los médicos han identificado también liderazgos transformadores, aunque con matices provenientes del estilo transaccional. El médico 4, especialista en pediatría afirmaba: *“Que te abra la mente, el mundo y te acompañe, que no sólo mande (...) implicación”*.

Las enfermeras, en cambio, han identificado direcciones paternalistas y con estilos laissez-faire, relacionadas con el amiguismo. Ellas explicaban que en sus entornos, estos directivos, a quien no consideran líderes, buscan la aprobación de todos sin tener una visión común para establecer objetivos de grupo. La enfermera 7 decía: *“Una metodología muy paternalista y tutelar (...)”*

*pero somos adultos y tenemos formación”* y la enfermera 2 añadía: *“Yo me he encontrado un estilo muy maternalista, sobre todo al principio de mi carrera, pero no era jerárquica, simplemente dejaba hacer”*.

El grupo de médicos con más años de experiencia percibían estilos más transformadores al inicio de la reforma de la AP que en estos últimos años. La médica 5 afirmaba: *“Cada vez nos sentimos más controlados por nuestros directivos y con más exigencias de cumplimiento de funciones laborales”* y la médica 2 expresó: *“Yo creo que el perfil prevalente ahora es el ejecutor de órdenes de arriba abajo”*.

En cuanto a las conductas de liderazgo que debería presentar un líder, los participantes mencionaron: favorecer la autonomía profesional y facilitar la creatividad de los profesionales, centrar el liderazgo en las personas del equipo, marcar claramente los objetivos y que disponga de valores. En este sentido, los participantes de ambos grupos, tanto médicos como enfermeras, consideraban que para ejercer el liderazgo, éste debería favorecer activamente la toma de decisiones entre los miembros del equipo. También afirmaban que, a lo largo de su vida laboral, habían vivido pocos liderazgos que presentaran esta conducta, al menos de manera suficiente. La enfermera 2 decía *“¿Cómo lo hacemos? ¿Tú qué piensas?, que te deje hablar”* y la médica 5 añadía *“(…) he crecido cuando he compartido con el jefe, aunque me ha pasado pocas veces”*.

Los/as participantes de ambos grupos también destacaban como deseable que el líder facilitara la creatividad de los profesionales. Consideraban que esta característica era imprescindible para fomentar cambios y mejorar el trabajo diario. La creatividad fue algo más valorada por el colectivo médico que por el de enfermeras, aunque ambos coinciden en que es muy poco común entre los directores la médica 7 decía: *“Que no sólo marquen líneas y que permitan ser creativo en tu trabajo”*.

Además, los médicos/as y las enfermeras/os del entorno organizacional no ICS coinciden en que las características y conductas de los directivos de sus equipos están más enfocadas a la toma de decisiones compartidas y al

## 7. Resultados

---

desarrollo de la creatividad en general. La enfermera 8 afirmaba: *“Cuando trabajé en el ICS me decían todo lo que debía hacer, donde trabajo ahora se tiene más en cuenta al profesional”*.

Por otro lado, desde el punto de visto del análisis de las características del equipo directivo (director y adjunto a la dirección), tanto los médicos como las enfermeras expresan que, en general, no comparten entre ellos un estilo de liderazgo con características similares. Normalmente, perciben una tendencia a compensarse, es decir, uno suple los déficits del otro y viceversa. Sin embargo, cuando ambos tienen estilos muy parecidos el equipo se ve beneficiado. El médico 6 decía: *“Yo pienso que debe haber un equilibrio”* y el enfermero 3 expresaba que *“Uno debe controlar más y el otro estimular”*.

Las características de la función directiva sin liderazgo se asociaban, tanto en el caso de los/las médicos/as como en el de las enfermeras, con los directores que transmiten de manera lineal los objetivos y establecen las reglas del juego, sin dar mucho margen para la participación ni la autonomía. Así, todos visualizaban muchos casos de función directiva con escaso margen para el liderazgo activo. El enfermero 3 afirmaba: *“(…) a veces el jefe es bueno organizando el trabajo pero no influye en el equipo”*. Además, las enfermeras consideraban que la necesidad de organizar y transmitir cuáles son las reglas y normas básicas es muy importante y que no tienen por qué ir asociado al liderazgo; ellas otorgaban mucha importancia a la coordinación de las actividades y a que todo el equipo tenga muy claras las funciones y los objetivos.

El estilo de liderazgo transaccional es el que se apoya más en establecer un orden claro en las tareas y para asegurar los márgenes necesarios de calidad y seguridad. La enfermera 1 decía: *“Yo creo que por un lado está el liderazgo y por otro los aspectos organizativos y de coordinación”*.

Entre los/las médicos/as existe una clara división de opiniones en cuanto a la profesionalización gestora y directiva. La médica 9 residente, afirmaba: *“Para mí es muy importante que el director no deje la asistencia, aunque se forme*

como *directivo*” y el médico 6 añadía: *“Si quieres cambiar y transformar las cosas necesitas profesionalización y hay un núcleo de competencias que debes adquirir”*.

Los/las médicos/as observaban mucha diversidad de liderazgos entre los miembros del equipo, sobre todo en liderazgo clínico más que en el organizativo; las enfermeras consideraban que hay líderes asistenciales que es mejor que no tengan función directiva. El grupo de médicos y de enfermeras perciben más de un perfil de líder sin función directiva. El médico 4, especialista en pediatría, decía que *“El mejor clínico no siempre es el jefe”* y la enfermera 5, especialista afirmaba: *“Dentro del equipo hay muchos líderes que arrastran más que el jefe”*.

Los/las médicos/as, en este punto, han centrado la discusión en la gran cantidad de profesionales clínicos que tienen mayor conocimiento y experiencia que el director i/o adjunto a dirección y ello lleva directamente a la creación de liderazgos asistenciales compartidos distribuidos en el sí del equipo, especialmente si se trata de equipos de más de 20-30 profesionales. La médica 7 decía: *“Todos los que trabajamos en equipo tenemos iniciativas y muchos conocimientos”*. En cualquier caso, y para ambos colectivos, se identifican con claridad estilos y funciones directivas con y sin liderazgo y se observa una cantidad creciente de líderes informales o “referentes” que ejercen liderazgos internos con estilos muy próximos y transformadores hacia al resto de los profesionales; en cierto modo se observa una tendencia de los directivos a distribuir el liderazgo entre el equipo. La Enfermera 3 decía: *“Escucha yo soy tu directora, pero no lo puedo saber todo”*. En este sentido la enfermera expresa como a veces los profesionales piden explicaciones a los directores cuando se les encarga alguna responsabilidad, normalmente relacionada con la clínica.

La siguiente tabla sintetiza las aportaciones de las/los enfermeras/os y los/las médicos/as en cuanto a las características de los líderes con y sin función directiva.

## 7. Resultados

---

**Tabla 22.** Comparativa entre liderazgo con y sin función directiva

Función directiva con liderazgo	Función directiva sin liderazgo	Liderazgo sin función directiva
Prioriza a las personas	Prioriza la estructura y el sistema	Le otorgan poder los profesionales
Promueve la innovación y cambio	Administra y mantiene	Comparte valores
Visión amplia	Visión a corto plazo	Ilusiona al equipo
Dirige por valores (confianza)	Prioriza el control	Acepta desafíos y cambios
Reconoce las competencias	Distribuye tareas	Influencia sobre los profesionales

En cuanto a los valores, hay coincidencia entre médicos/as y enfermeras/os en resaltar que los valores relacionados con la honestidad, la democracia, la coherencia y la equidad serían básicos para liderar un equipo. La médica 1 afirmaba: *“Un líder equitativo, democrático, tal vez no puede ser real pero también asertivo y empático...ah y coherente y tanto”*. En general, los participantes afirmaban que estos valores son poco frecuentes y que habitualmente existe una gran variabilidad.

Las/los enfermeras/os manifestaban que cuidar de la gestión de personas, sería un valor básico para liderar equipos y que su experiencia les indica que predomina aún la gestión de recursos humanos versus la gestión de personas. La enfermera 5, especialista, lo explicaba así: *“Una dirección amable, con quien puedes hablar, dudar, discutir y, proponer y con quien te sientes escuchado, es decir una dirección amable y humana”*.

El grupo de médicos/as expresó qué valores son más instrumentales y cuáles son más esenciales; además, consideran que los directivos, en general, expresan más los valores instrumentales o de control. La médica 5 decía: *“Nos movemos en los valores instrumentales en la producción de la salud y no en el valor de la salud”* y la médica 9, residente, intentaba explicarlo a partir de la propia misión de la Atención Primaria y decía: *“Necesitamos líderes profesionales morales que vuelvan a encaminar la Atención Primaria”*.

Los dos grupos de profesionales piensan que la visión, la misión y los valores compartidos inspiran y dan armonía al conjunto del equipo. La enfermera 1 decía: *“¿Cuál es la misión y la visión?, que nos transmitan los valores y a partir de aquí todos iríamos a una”*. Así, la mayoría de participantes consideraba que es necesario que los líderes integraran diferentes tipos de valores: *los valores éticos* (la solidaridad, la honestidad o el respeto a los miembros del equipo); *los valores de competencia*, es decir, todos los valores necesarios para competir socialmente, como la flexibilidad, empatía o creatividad; y *los valores de control* (eficiencia económica). La médica 7 afirmaba: *“Para ser buen líder hay cosas que te da la vida, la experiencia, el contacto con las personas, el carácter, el sentido común, tener valores emocionales”* y la enfermera 2 añadía: *“Yo creo que deberían agruparse todos los valores para que la gente estuviera más contenta”*.

### 7.2.2. Los efectos del liderazgo sobre los profesionales, la práctica y la organización

Los dos colectivos han coincidido en el gran efecto que produce ya sea el líder o el directivo sin liderazgo sobre el trabajo diario, la satisfacción, la eficacia del trabajo, los resultados y las relaciones que se establecen entre el director y el profesional así como entre los profesionales.

En cuanto al efecto del liderazgo sobre el desarrollo personal, las/los enfermeras/os expresan la necesidad de sentir que el directivo cree en ellas y les permite presentar proyectos, formarse y establecer relaciones de confianza mutua; expresan la necesidad de sentirse importantes y reconocidas. También

## 7. Resultados

---

manifiestan la necesidad de realizar formación, no sólo clínica sino humanista relacionada con las emociones y con el manejo de iniciativas que fomenten valores de equipo. El enfermero 3 decía: *“¡Tantas cosas se pueden mejorar si nos permite hacer más formación!”*.

Los/las médicos/as valoran mucho poder realizar formación, pero sobretodo clínica; creen que el directivo que reconoce su trabajo y comparte con ellos los resultados y las propuestas los hace crecer también como personas y, a su vez, se sienten valorados. Para ellos, el director debe hacer de guía y darles *feedback* de buenos o malos resultados obtenidos por su trabajo. El médico 4, pediatra, y el médico 6 afirmaban respectivamente: *“Te pueden hacer reporte de tu trabajo y de hacia dónde debes ir”* y *“Que te guíe, que te lo explique, que es muy diferente a controlar”*. La médica 7 añadía: *“Estimular la formación, organizar cursos, sesiones clínicas, no sólo visitar”*.

Las/los enfermeras/os expresaban que la relación emocional y el trato personal con el directivo las hacía sentir mejor como personas y como profesionales, ya que cuando sus directivos valoran el esfuerzo extra, la motivación aumenta. Favorecer la ilusión en el trabajo les parece un objetivo alcanzable, que requiere muy poco esfuerzo por parte de los directivos. El enfermero 3 decía *“Activar los potenciales del equipo, motivar es muy agradable ir así a trabajar”*. También consideraban que no siempre existe un trato individualizado. Por otro lado, ellas piensan que, en general, la motivación es intrínseca a la profesión enfermera. La enfermera 7 afirmaba: *“Siempre hay ganas de ir a trabajar pero si te sientes bien tratada y tiene refuerzos positivos te sientes mejor”*.

Los/las médicos/as expresaban que la gracia del directivo, es conocer "a su gente", a cada uno de manera individual, ganando así el conjunto del equipo. Ellos consideraban que hay directivos que consiguen crear el clima para que el profesional se sienta feliz en el trabajo y aunque esto ocurre en pocas ocasiones, cuando acontece todo fluye y los pacientes lo notan también. Creen que crear un ambiente agradable no es tan difícil. Los médicos coinciden en que cuando los aspectos de relación humana coinciden con la parte más clínica y directiva, es apreciable y motivador, es justo cuando tienen ganas de ir a

trabajar y se divierten. La médica 5 decía: *“La gracia del directivo está ahí, en conocer a su equipo (...) Cuando el mando formal coincide es fantástico, yo diría que es cuando me he sentido más motivado en el trabajo”*.

En cuanto a los efectos del liderazgo sobre la práctica profesional y la organización, tanto los médicos como las enfermeras coinciden en el marcado resultado que ha producido la crisis económica en los directivos de sus equipos así como en la complejidad en torno a los determinantes de salud de una población que vive estos efectos con enorme profundidad y preocupación.

Todos coinciden en que la precariedad de contratos, variabilidad de plantillas y la rigidez organizativa impuesta por los servicios centrales, no ha facilitado que los directivos puedan ejercer un tipo de liderazgo que fomente la autonomía de los equipos, sobre todo en el entorno de la empresa ICS. La enfermera 7 comentaba: *“Estamos en un momento muy complicado con los mínimos recursos”* y el enfermero 4 añadía: *“Piden muchas cosas que después no podemos hacer”*.

Concretamente, las/los enfermeras/os piensan que los líderes no han priorizado elementos de transformación y cambio imprescindibles para introducir mejoras en la práctica sobre todo en el campo del envejecimiento y la atención a domicilio. El enfermero 4 afirmaba: *“Tenemos sólo un día de domicilios, a la doctora le ponen agenda hasta las 7 y no podemos ir juntas”*. Los médicos piensan que se están invirtiendo grandes esfuerzos en el registro para visualizar los resultados pero que no se han abordado cambios organizativos que hayan transformado a fondo un tipo de organización centrada íntegramente en las necesidades de las personas que hay que atender. La médica 2 lo expresaba así: *“(...) es decir, hablemos de la capacidad para mover al equipo hacia una situación mejor, el líder es quien debe transformar ya que tiene la posición de jefe”*. Esta médica enfatiza con esta expresión que es el director quien puede provocar cambios más profundos en la organización, por el hecho de ser el jefe.

## 7. Resultados

---

Además, las/los enfermeras/os no ven a sus directivos comprometidos con el *continuum* asistencial ni con todo el potencial que debe ejercer la profesión enfermera sobre la población adscrita, sobre todo en promoción y prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud de personas, familias y comunidad. La enfermera 7 afirmaba: *“Nosotras tenemos unos objetivos sobre todo de salud hacia la población”*. Las/los enfermeras/os consideran que el liderazgo que debe tener la enfermera en Atención Primaria debería crecer mucho, tanto por la cantidad de procesos relacionados con la práctica del cuidado de las personas como por los perfiles de directivas enfermeras con una clara orientación a la gestión de personas *versus* a la de recursos humanos. La enfermera 8 explicaba: *“Yo he tenido la sensación de que yo iba hacia un lado y la directora hacia otro”*, y la enfermera 6 se preguntaba *“¿Acabaremos siendo sólo el número de la puerta?, está claro que somos personas y trabajamos para personas”*.

Los/as médicos/as piensan que pueden ofrecer un mejor nivel de resolución, pero que el sistema en general no lo incentiva y que los directivos de los equipos no tienen herramientas para compensar ni organizar debidamente una cartera de servicios más acorde a los tiempos actuales. El médico 9, residente, afirmaba: *“Los líderes deben liderar el avance profesional”*.

Por otro lado, se percibe, en general, un nivel mayor de satisfacción cuando los profesionales reciben algún incentivo económico (aunque escaso) por los efectos de la crisis. Los profesionales que trabajan con contratos temporales manifiestan la injusticia que representa no recibir ninguna incentivación económica. El factor económico no es el único que mantiene la satisfacción, pero la pérdida de nivel adquisitivo de un 20% en el conjunto de profesionales, ha hecho que la satisfacción disminuya. Los médicos piensan que los contratos eventuales y los recortes salariales no ha beneficiado a los equipos; la falta de sustituciones ha sobrecargado a todo el equipo en general y los directivos no han podido reclamar el nivel de autonomía de gestión conseguido sobre el año 2010. El médico 3 afirmaba: *“Ha habido conflictos importantes y profesionales que no han aceptado directrices impuestas”*. En general, los profesionales están más descontentos, pero siguen dando una calidad asistencial muy

buena. El enfermero 4 decía: *“La gente de mi equipo está muy descontenta, organizativamente muchas cosas no funcionan”*. En estos comentarios, el grupo en general comenta que en los últimos años, los cambios por el efecto de la crisis han causado descontento sin disminuir la calidad asistencial.

Los profesionales esperan que sus directivos tengan en cuenta todas sus necesidades; consideran que, en muchas ocasiones, pequeños cambios son necesarios para organizar mejor el trabajo diario así como una cierta flexibilidad que permita un determinado margen de maniobra organizativa. El médico 9 decía: *“Es necesario introducir nuevas funciones, nuevos enfoques organizativos”*. Por su parte, las enfermeras reclaman más visibilidad y herramientas que no compriman su trabajo, sobre todo a nivel informático y de autonomía profesional. La enfermera 3 afirmaba: *“Casi no le ves la cara (al paciente) porque hay que ir rápido”* y la enfermera 7 añadía: *“Los ordenadores nos determinan totalmente el trabajo del día a día”*.

Así, las/los enfermeras/os piensan que los líderes de Atención Primaria son poco innovadores. En general creen que se debe a miedos internos y al poder ejercido en los últimos años por las gerencias territoriales. La enfermera 1 decía: *“Se producen cambios desde arriba pero no van ligados a innovación”*. Los médicos perciben desde hace muchos años una tendencia al mantenimiento del *status quo* y de control de resultados y creen que hay elementos innovadores que el líder debería aportar al margen de las mejoras organizativas. El médico 3 afirmaba: *“Encuentras pocos jefes que quieran liderar temas, que sepan arriesgar y jugar, no sólo administrar”*. Tanto médicos como enfermeras piensan que la innovación es muy importante y, en general, está muy valorada por los profesionales, pero también lo ven difícil en el contexto actual. La enfermera 2 decía: *“Yo creo que la calidad principal de un líder es que sea innovador”*. Algunos aseguran que los equipos muy consolidados son los que más miedo tienen al cambio.

Otro aspecto esencial comentado por médicos/as y enfermeras/os es la comunicación. Los médicos expresan abiertamente el papel que puede ejercer la comunicación tanto formal como informal en los líderes y directivos de sus

## 7. Resultados

---

equipos hacia los profesionales. La capacidad de comunicar objetivos, de organizar reuniones y consensuar proyectos, ideas y decisiones, tanto en la comunicación unipersonal como de grupo es algo que se debería valorar mucho más cuando se deciden los perfiles que deben tener los directivos. La médica 5 afirmaba al respecto: *“Yo creo que la comunicación en el líder es una condición sine quanon, una persona que no sepa hablar o que no pueda ponerse delante de otro...y tenemos directores así”*. Las enfermeras creen que la comunicación es actualmente muy rígida y formal, que falta una cierta espontaneidad y que se confunde en muchas ocasiones la transmisión de información con la comunicación. La enfermera 3 decía: *“A veces aprietan al directivo desde arriba, pero como des el mensaje al equipo es fundamental”*.

También consideran que el correo electrónico ha disminuido y, en ocasiones, substituido una parte de la comunicación en el equipo, aunque por otro lado creen que facilita el trabajo. La enfermera 3 decía: *“Hablando de tú a tú, se transmiten las cosas de otra manera”*. Así, la escucha activa y poder disponer de tiempo para que el director no sólo transmita información sino que se establezca un dialogo, mejoraría la relaciones y la comunicación en general. La enfermera 7 afirmaba: *“Te han de saber escuchar y escucharte cuando hablas, sin esconder la información porque esto duele mucho”*.

Las formas de transmisión de los mensajes, la comunicación no verbal y sobre todo, las formas de dar la información relacionada con el control de los estándares de calidad asistencial y de la calidad de la prescripción farmacéutica deberían correlacionarse con una comunicación más personal y empática. La enfermera 2 comentaba: *“Cuando te explican tus resultados asistenciales, pueden hacerlo con buena o con mala cara, es mejor dar el mensaje con buena cara”* y la médica 2 afirmaba: *“Lo interesante es ponerse en su lugar, la empatía y la conducta ejemplar es lo que espero de un buen líder”*.

7.2.3. Viviendo la experiencia de diferentes estilos de liderazgo

Las experiencias y vivencias de los profesionales médicos y enfermeras muestran las distintas dinámicas relacionales entre ellos y sus directivos. El hecho de verbalizar, a través del grupo de discusión los sentimientos, percepciones y situaciones vividas les ha permitido profundizar mucho más en la comprensión de las conductas y los estilos que ellos interpretan sobre el liderazgo directivo

El grupo de los/las médicos/as expresa vivencias respecto al estilo de liderazgo y al perfil del equipo directivo (director y adjunto a dirección) como una combinación del perfil transformacional efectivo y el autoritario; dice literalmente la médica 8: *“Cuando uno hacía de poli bueno, el otro hacia justo lo contrario, uno decía sí a todo y el otro lo contrario”*. Sin embargo, la médica 2 enfatizaba en su explicación cómo ella había vivido la desmotivación, relacionándolo con la no aceptación de tareas propuestas: *“Yo he vivido en un estado de desmotivación, en que no hacía nada de lo que me proponían”*; por el contrario, la médica 5 afirmaba que: *“Me he sentido que estaba creciendo y compartiendo cosas interesantes por quien ostentaba el cargo; aunque me ha pasado pocas veces”*; manifiesta que ha tenido la oportunidad de realizar proyectos y actividades compartidas con la dirección y que lo han ayudado para el desarrollo de su crecimiento personal y profesional. Estas experiencias manifestadas por el grupo de médicos muestran la variabilidad de perfiles de los directivos en cuanto a los estilos y conductas del liderazgo, pero también en los efectos que estos estilos producen sobre su automotivación y satisfacción laboral y personal.

El valor de la parte más humana y emocional del líder representa un área de aprendizaje que se atribuye como esencial, incluso por encima de la transmisión de conocimiento clínico; la médica 2 describe abiertamente su experiencia respecto a un directivo con un tipo de liderazgo muy centrado en las necesidades personales y de afecto. Esta participante decía: *“El director de aquel centro para mí ha sido una de las personas más emblemáticas, nunca me enseñó nada clínico, pero muchas cosas humanas, él me decía. A las*

## 7. Resultados

---

*personas hay que tratarlas como personas*". Los/as médicos/as y las/los enfermeras/os valoran muy positivamente los valores relacionados con esta faceta humanista de sus líderes, mucho más que la aportación clínica o de cuidados, considerando que en este sentido las capacidades y habilidades asistenciales incluso son superiores que las de sus directivos.

En general, los/as médicos/as prefieren tener líderes que compartan las tareas asistenciales junto con las gestoras, aunque también entienden que en ocasiones no es fácil hacer las dos cosas simultáneamente y perciben que los directivos no están tan actualizados como ellos en la práctica asistencial. La médica 8 expresa de este modo cómo se siente cuando tiene que asumir los pacientes asignados y la agenda de su director: *"a veces he vivido mal tener que pasar su cupo"*. La sensación de carga añadida cuando hay que hacer el trabajo del líder no siempre es bien acogida, aunque hay discrepancias entre el grupo de discusión; unos afirman que en éstos últimos años de crisis ha supuesto una carga de trabajo mayor y que asumir a menudo las agendas de sus directivos, les supone sobrecarga de trabajo; aunque también manifiestan que los directivos asumen muchas más tareas directivas y de gestión que antes; lo reconocen a través de expresiones como éstas: la médica 9, residente: *"se puede complicar mucho el día a día del director"*, en el sentido de que no es fácil compaginar ambas tareas. Sobre todo desde que los equipos tienen más autonomía de gestión. Sin embargo, cuando los profesionales se implican en temas organizativos, tampoco es siempre bien acogido por parte del directivo, ya sea el adjunto o el director; la médica 1 expresaba su vivencia con estas palabras: *"En unos centros yo he vivido que me han castigado por intentar organizar alguna actividad"*.

Aunque todo el grupo de discusión sostiene que en un equipo hay muchos liderazgos implícitos y, por tanto, el liderazgo es compartido pese a que haya uno o dos que dirigen, también han percibido en alguna ocasión el rechazo del director si pretenden intervenir en temas muy relacionados con la gestión, como son las agendas, las propuestas formativas o los cambios de horarios y turnos.

Respecto a las vivencias y experiencias con los líderes masculinos y femeninos, en general ningún miembro del grupo percibe diferencias directivas, de trato o de conocimientos, tanto clínicos como gestores. Así todos los/as médicos/as expresan un sentimiento de igualdad en cuanto al trato y a las conductas que pueden inclinarse a favor o en contra del directivo, mujer o hombre. Lo expresaban de esta forma los siguientes médicos/as: médica 7, el médico 3 y 6 y la médica 8. La médica 7 dice: *“Yo he encontrado directores hombre y mujeres que lo hacen bien y hombres y mujeres que lo hacen mal. Es decir no han percibido diferencias que puedan inclinarse hacia un sexo en concreto, igual que el médico 3: “En mi experiencia no he encontrado diferencias entre hombre y mujeres”. Alguno muestra su vivencia más positivamente hacia los líderes femeninos, pero sin muchos argumentos para explicar diferencias claras, sino por su experiencia en los años trabajados en APS. El médico 6 afirmaba: “en mi experiencia de 20 años, voy a favor del femenino en cuanto a liderazgo”.*

En relación al amiguismo o a las preferencias en el trato, un participante, medica 8, manifestaba dos estilos contrapuestos, sin relacionarlo con el sexo: *“yo he tenido un jefe psicópata y otro demasiado amigo de todos”, “yo creo que ahora hay más miedo a hablar o a decir lo que piensas que antes”.*

El grupo de discusión de enfermeras/os explica sus experiencias y vivencias respecto a los estilos de liderazgo como dos polos opuestos, aportando alguna visión diferente respecto a los médicos y muy relacionado con el inicio de la reforma de Atención Primaria y la aportación del líder hacia el crecimiento profesional sobre todo de las enfermeras. Las enfermeras han expresado anécdotas y vivencias, con cierta polaridad de percepciones dentro del grupo.

Así por ejemplo, la enfermera 8: *“En mis años de experiencia creo que he visto dos estilos, uno ordeno y mando y otro todo lo contrario”. Mientras que, el enfermero 3: “Mi experiencia es de una dirección muy facilitadora en toda mi trayectoria en Atención Primaria”;* sin embargo el enfermero 4 matiza su vivencia, sobre todo respecto a la organización ICS: *“Mi experiencia en el ICS*

## 7. Resultados

---

*fue de hacer mucho en poco tiempo y no tener en cuenta la opinión de los profesionales de enfermería”.*

En general las enfermeras de mayor edad tienen unas percepciones muy positivas sobre el entusiasmo, e ilusión en los proyectos asistenciales de los primeros años de reforma. La enfermera 7 decía: *“Al inicio de la reforma de Atención Primaria, todos teníamos mucha ilusión”, al igual que la enfermera 2: “he tenido líderes que han creído mucho en mí y he crecido con ellos”.*

En general todas las/los enfermeras/os explican como experiencia motivadora el impulso de las direcciones de enfermería para que las enfermeras de Atención Primaria asumieran un papel protagonista, con responsabilidades de promoción, prevención y cuidados a la población; así como el buen recuerdo del incremento de dotación de enfermeras. Sin embargo, las vivencias respecto a los últimos 5 años, son divergentes; algunas están relacionadas con la percepción de barreras para el entendimiento mutuo y el nulo consenso, que se viven en general como desmotivadores y de mayor insatisfacción laboral y personal. La enfermera 6 expresaba: *“he sentido una barrera infranqueable cuando yo y la dirección hemos ido en sentido opuesto, sin compartir como trabajar, me sentía fatal.”* Y en cambio, el enfermero 4 decía: *“yo cuando empecé en mi centro estábamos todos contentos, ahora todo el mundo se queja, el centro no funciona bien”.*

Las enfermeras expresaban diferentes vivencias según si trabajaban de enfermera de hospital o de primaria. El enfermero 3 decía: *“yo recuerdo cuando trabajaba en el hospital, hubo una vaga y conseguimos muchas cosas, éramos muy luchadoras, esto no lo he visto nunca más.”* Ella vivía en el ámbito hospitalario una mayor fuerza reivindicativa acerca de la profesión y las mejoras laborales. La enfermera 7 de un hospital no ICS añadía: *“Mi experiencia de ordena y mando, fue en un hospital concertado”,* y por el contrario la enfermera 1 manifiesta diferencias en los estilos de liderazgo entre el hospital y la APS dentro de la misma institución el ICS. Del mismo modo, la enfermera 7: *“yo he vivido grandes diferencias entre ICS de APS y de hospital”.*

Las diferencias dentro de la misma empresa ICS (entre el hospital y APS) se explicitaron en más de una ocasión dentro del grupo. En cuanto a las comparaciones con centros totalmente privados, se describe una percepción de trabajar con mucha más calidad en el sector público. La enfermera 2 manifestaba: *“Yo trabajé en un centro privado y cuando llegue al ICS pensé que era lo mejor que había visto en mi vida, ya no tenía que reciclar jeringuillas, ni guantes.”* Y también en cuanto a la calidad directiva, un ejemplo es la percepción de la enfermera 6: *“yo he vivido como mucho más autoritarios a los directivos de los centros privados”,* aunque el enfermero 4 añadió: *“Yo creo que no hay mucha diferencia entre el ICS y el no ICS, en el ICS están diciendo constantemente que son una empresa”.* Igual que la enfermera 5 dijo: *“Creo que en los centros privados cuidan menos a los profesionales”.* Así Las/os enfermeras/os perciben un estilo de liderazgo con conductas más controladoras en los centros privados, aunque las grandes diferencias las apuntan más a partir de su experiencia hospitalaria, que no entre equipos.

Tanto en el grupo de médicos/as como en el de enfermeras/os, recuerdan las vivencias positivas de los que iniciaron la reforma de la Atención Primaria la y la complicidad con los directivos. El hecho de participar en la elección del director, en aquel momento llamado coordinador médico y de enfermería. La enfermera 7 afirmaba: *“Al inicio de la reforma escogíamos a los coordinadores por votación, esto después desapareció”.* La elección de director por parte del equipo y mediante un sistema de votación estuvo muy criticada ya que implicaba divisiones dentro del equipo y no siempre se escogía al que tenía mejores competencias directivas. Por su parte la enfermera 2 decía *“Yo tuve la experiencia de una dirección que bloqueaba la formación y sólo ellas hacían formación, todo cambió con una nueva dirección”.*

*Sin embargo, la enfermera 3 expone: “Yo tuve una dirección absolutamente jerárquica, el primer día que vi al director me dio una tarjeta y me dijo Yo soy quien manda, ¿te ha quedado claro?”* Las enfermeras comparan nuevamente su experiencia con la vivida en el ámbito hospitalario; así

## 7. Resultados

Todas ellas valoran y explican la posibilidad de desarrollar su aportación específica como enfermeras y el papel de algunos directivos de APS para facilitarlos, sobre todo por parte de los directivos que están comprometidos con la mejora de la Atención Primaria.

En la tabla 23 se resumen las diferencias y similitudes de las opiniones y aportaciones de ambos colectivos. Los dos colectivos perciben poco liderazgo transformacional y escasa orientación directiva para gestionar el conocimiento de todos los profesionales. Médicos/as y enfermeras/os reclaman una dirección más enfocada a transmitir y potenciar valores y un cambio en la cultura organizativa más innovadora y capaz de provocar autocrítica, diálogo, dinamismo organizativo.

El grupo de enfermeras explica percepciones de liderazgo evitador, y con poco compromiso para generar autonomía y reconocimiento de las capacidades y competencias

**Tabla 23.** Resumen de las aportaciones de los profesionales acerca de sus directivos

CATEGORÍAS	ENFERMERAS	MÉDICOS
1. Perfil del líder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estilo de LCE.</li><li>• Escasos LTF.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estilo LTR.</li><li>• Escasos LTF.</li></ul>
2. Valores del líder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pocos valores humanistas (honestidad, coherencia...).</li><li>• Variabilidad de valores en el conjunto del equipo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Predominio de valores instrumentales sobre valores emocionales.</li><li>• Pocos valores éticos.</li></ul>
3. Efectos del liderazgo en los profesionales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poco reconocimiento.</li><li>• Trato poco personal.</li><li>• Desconocimiento competencias humanísticas y clínicas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poca orientación profesional.</li><li>• Poca implicación en la trayectoria profesional.</li><li>• Desconocimiento del talento y habilidades.</li></ul>
4. Consecuencias del liderazgo en la práctica asistencial y la organización	<ul style="list-style-type: none"><li>• Práctica clínica poco innovadora.</li><li>• Modelo organizativo obsoleto.</li><li>• Desconocimiento del conjunto de roles de la enfermera.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poca transformación organizativa.</li><li>• Normas rígidas.</li><li>• Disminución de la satisfacción laboral.</li></ul>
5. Vivencias y experiencias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centradas en el modelo inicial de reforma APS.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centradas en los valores del directivo.</li></ul>

LCE: Liderazgo Correctivo Evitador; LTF: Liderazgo Transformacional. LTR: Liderazgo Transaccional.

Si comparamos los resultados derivados de la fase I (cuantitativa) y la fase II (cualitativa), podemos observar que los directivos se autoperciben por igual con estilos transformadores y transaccionales, sin embargo los profesionales perciben estilos más transaccionales.

En el análisis cualitativo los profesionales perciben a los líderes que llevan más de 5 años como más transformadores. Los resultados respecto al tipo de organización son dispares en el cuantitativo, el estilo transformacional sobresale en el ICS y en cualitativo es justo al revés. La tabla 24 sintetiza los resultados derivados de ambas fases.

**Tabla 24.** Comparación entre resultados cuantitativos y cualitativos

COMPARACIÓN RESULTADOS	CUANTITATIVO	CUALITATIVO
<b>ESTILOS Y CONDUCTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo LTR (3,31).</li> <li>• Estilo LTF (3,31).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estilo LTR con perfil controlador.</li> <li>▪ Pocos estilos LTF.</li> </ul>
<b>ESTILOS POR CARGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directores: LTR y LTF.</li> <li>• Adjuntos: LTR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directores: LTR.</li> <li>▪ Adjuntos: LTR.</li> <li>▪ Sin cargo: LTR e innovador.</li> </ul>
<b>ESTILOS POR PROFESIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico: LTR y LTF.</li> <li>• Enfermera: LTR y factores LTF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermeras: LTF y LCE.</li> <li>▪ Médicos: LTR.</li> </ul>
<b>ESTILOS POR SEXO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujer: LTR y recompensa contingente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sin diferencias ni vivencias destacables.</li> </ul>
<b>CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correlación positiva del LTR y LTF con satisfacción y efectividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción laboral baja.</li> <li>• Poca motivación.</li> <li>• Desconocimiento eficacia enfermera.</li> </ul>
<b>AÑOS EN EL CARGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 5 años: LTR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt;5 años percepción de incremento LTF.</li> </ul>
<b>ICS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo LTF sin sig.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poca autonomía profesional.</li> </ul>
<b>NO ICS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo LTR. sin sig.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mayor percepción LTF, mayor autonomía profesional y creatividad.</li> </ul>

LTF: Liderazgo transformacional; LTR: Liderazgo transaccional; LCE: Liderazgo correctivo/evitador

---

## 8. DISCUSIÓN

Este capítulo incluye la discusión de las Fases Cuantitativa y Cualitativa del estudio, junto con la exposición de las limitaciones del estudio y de las recomendaciones para la práctica, la gestión, la investigación y la docencia.

En relación al objetivo general de este estudio (Identificar los estilos de liderazgo autopercebidos por los directivos de Atención Primaria y comprender la percepción y la experiencia vivida de los profesionales en relación a los estilos de liderazgo de sus directivos), se observa una discordancia entre los resultados de autopercepción directiva y la de los profesionales.

Seguidamente, los objetivos más específicos señalados para el desarrollo de la investigación en la fase cuantitativa pretenden relacionar las posibles diferencias entre las variables secundarias (cargo directivo, la profesión, el sexo, edad, tipo de organización) y las consecuencias organizacionales.

La segunda parte de la discusión se centra en los objetivos que buscan la interpretación vivida desde la experiencia y las influencias que han generado los diversos líderes en cada trayectoria profesional, tanto del grupo de médicos como de enfermeras. Por otro lado, también busca entender mejor la influencia de los liderazgos en la práctica de la actividad diaria y organizativa, así como la motivación y la satisfacción de los profesionales.

### 8.1. **Discusión de la Fase cuantitativa**

Los resultados principales de este estudio muestran que los directores de los EAP obtienen las mismas puntuaciones en liderazgo transformacional y transaccional, y ambos estilos se relacionan con la percepción de que favorecen la satisfacción de los profesionales que dirigen.

Las variables secundarias no explican diferencias entre los estilos de liderazgo, aunque se observan algunas asociaciones entre la profesión y el liderazgo transaccional. Probablemente el liderazgo es un factor más individual,

## 8. Discusión

---

sin demasiada vinculación a la edad, sexo, profesión o experiencia directiva. Posiblemente, las organizaciones sanitarias seleccionen a los directivos con unos perfiles específicos, orientándolos a los objetivos organizacionales.

La estructura factorial del MLQ obtenida en este estudio es en parte similar a la del estudio de Bass y Avolio (73), con una alfa de Cronbach de 0,93, que coincide con el estudio de Molero, Recio y Cuadrado (113), presentando una alta confiabilidad.

Estos autores advierten de la utilidad de considerar sólo los factores de primer orden en global. Sin embargo, como ya han argumentado los autores que han utilizado el MLQ en sus trabajos (204) y los propios autores del instrumento, existen siempre pequeños cambios en la interpretación de los ítems que pueden deberse a diferencias culturales, de entorno y de contexto laboral y, en este aspecto, se recomienda tener en cuenta los factores de segundo orden ya que pueden ayudar a profundizar en los resultados obtenidos.

En relación a las evaluaciones obtenidas en nuestra población de estudio sobre su estilo de liderazgo, observamos la tendencia a la autoevaluación favorable ya indicada también por Bass y Avolio (72) y confirmada también en estudios realizados en nuestro país (205). En general, la mayoría de los directivos, con independencia de su sexo y del tipo de cargo directivo se otorgan altas puntuaciones en los factores deseables socialmente (liderazgo transformacional y liderazgo transaccional) y bajas puntuaciones en los factores menos valorados (p.e. *Laissez-faire*). Autores como Siddiqi (206) en sus investigaciones con líderes de primera y segunda línea en Reino Unido y Bangladesh, revelan que el cuestionario “visto por uno mismo” aumenta las puntuaciones asociadas a los factores de liderazgo transformacional.

### 8.1.1. Descripción de los directivos participantes

La tasa de respuesta al cuestionario obtenida en nuestra investigación

(54,26%) ha sido similar a la obtenida en otros estudios (20). En el estudio de Cuadrado y Molero sobre autoevaluaciones realizadas en un total de 118 directivos (159), se obtuvo una tasa de respuesta del 59%. Asimismo, ha sido mucho más elevada en las mujeres que en los hombres, 75% vs 25% respectivamente. Comparado con otros estudios, se observa un cierto desequilibrio. Esto puede ser debido a que en AP, el número de mujeres, tanto enfermeras como médicos, es más elevado que en empresas que no son del sector sanitario. Así, por ejemplo, en el estudio de Cuadrado ya mencionado, el porcentaje de directivos hombres es de un 55% respecto al de mujeres. No obstante, en un estudio similar realizado en 2015 en el ámbito de Atención Primaria de Mallorca (8), las tasas de respuesta se sitúan en un 50%, siendo el 71% de mujeres.

Las enfermeras que ocupan el cargo de adjuntas a la dirección son las que más han contestado el cuestionario, con una diferencia significativa respecto al número de médicos que ocupan el cargo de Director. Es posible que a pesar de 30 años de reforma de Atención Primaria, aun se asocie el rol directivo en su categoría superior “director” a la figura médica. Aunque la normativa regula el acceso de las enfermeras al cargo de director, habitualmente ocupan el cargo de adjuntía a la dirección en un 79% respecto a los médicos. Es posible que las enfermeras encuentren dificultades o barreras internas para dirigir un EAP de médicos y enfermeras. En cualquier caso, sería interesante averiguar si son ellas mismas quienes no se presentan al cargo de director, o es que en la selección se prioriza la profesión médica. En los escasos estudios que analizan los liderazgos directivos en APS (3,31,139), no se menciona el tipo de cargo directivo según profesión (¿puede ser debido a que socialmente se considera y se da por implícito que es el médico quien desempeña la función de director?).

Respecto a la organización, destacar que los equipos que no pertenecen al ICS tienen menor número de adjuntos a la dirección, siendo posible que asuman esta función el propio director u otros miembros del equipo.

### 8.1.2. Estilos de liderazgo autopercebidos

Los directivos que han participado en este estudio se autoperciben como líderes orientados por igual al estilo transaccional y transformacional, lo cual rechaza la primera hipótesis planteada (el estilo de liderazgo transformacional es el más autopercebido por los directivos de Atención Primaria).

Estos resultados no concuerdan con los obtenidos por Morales y Molero, que observaron un cierto predominio del liderazgo transaccional con respecto al liderazgo transformacional, aunque en su caso, el MLQ utilizado fue la versión “visto por los demás” que fue respondido por profesionales que valoraban a los directivos de Atención Primaria (3). Más recientemente, Rodríguez y colaboradores (207) estudiaron el liderazgo en el ámbito hospitalario, utilizando el MLQ, en una muestra de presidentes de grupos de trabajo de investigación y de investigadores miembros del grupo. Se identificaron ambos estilos (transaccional y transformacional), pero con un cierto predominio de algunos de los factores de segundo orden del liderazgo transaccional, sobre todo en los directivos de más alto nivel.

Se intuye que los directivos de nuestro estudio ha respondido confirmando la teoría de Bass sobre la interrelación entre ambos estilos de liderazgo, es decir el liderazgo transformacional incluye factores del transaccional y al revés, son interdependientes, coexisten y provocan un efecto conjunto. El estudio de Gellis (208), con un total de 187 participantes (trabajadores sociales del ámbito de la salud), muestra resultados similares a este estudio en los factores de segundo orden.

En el ámbito de la salud, no se han encontrado estudios en que los dos estilos de liderazgo en global obtengan idéntica puntuación (3,31). Sin embargo, en estudios realizados en otros ámbitos, como es el académico, sí que aparece el de Silva (209), que utilizó el MLQ en una población de formadores de profesionales en Recursos humanos; en el análisis obtuvo medias idénticas en los dos estilos de liderazgo.

### 8.1.3. El estilo de liderazgo y las variables secundarias

Los resultados han mostrado que las mujeres enfermeras, con funciones de adjunta a dirección se puntúan más transaccionales que los médicos directores, observándose diferencias significativas en liderazgo transaccional y recompensa contingente.

Esto puede reflejar, según algunos autores, una tendencia mayor a mantener el *status quo* por parte de las directivas mujeres en los equipos. Hay una tendencia a autoevaluarse con puntuaciones superiores en aquellos factores que tienen que ver con la relación que se establece entre el cargo directivo y el resto de miembros del equipo. En este sentido, parece que el estereotipo de género puede jugar un papel importante cuando se trata de recompensar a sus seguidores (210). El resultado de este estudio coincide con el de Cuadrado (159), en el que las mujeres directivas también se asignaban puntuaciones superiores en recompensa contingente y con significación estadística. Sin embargo, se contradice con el estudio de Druskat (211), donde ocurre justo lo contrario, aunque hay que considerar que la muestra de directivos de Druskat es muy distinta, ya que la segmentó totalmente en función del sexo y además estaba relacionada con cargos de responsabilidad en el ámbito eclesiástico. Este estudio concluyó que las mujeres como grupo poseen una serie de valores distintos (valoran la relación, la colaboración y la comunicación) y, eso precisamente, las llevaría a mostrar un estilo de liderazgo diferente al de los hombres. En el sector salud sería interesante estudiar con más profundidad aspectos relacionados con el estilo y los valores de la profesión médica y enfermera y su relación con el género y el liderazgo.

El factor recompensa contingente implica utilizar recompensas psicológicas, como por ejemplo el reconocimiento por el trabajo bien hecho. Es posible que las mujeres directivas estén más orientadas al desarrollo de sus profesionales y a cuidar de su crecimiento personal y profesional. Como expone Ramos (212), en un estudio realizado con un cuestionario de preguntas abiertas a 1.000 sujetos representativos de la población española, las características positivas atribuidas a las mujeres directivas (y no a los hombres) estaban relacionadas

## 8. Discusión

---

con habilidades sociales (persuasión, diálogo, diplomacia). Los resultados obtenidos por estos autores son también muy altos en el factor de recompensa contingente, hallando diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres en este factor.

En los factores de segundo orden, los directivos de profesión enfermera/o se puntúan más transformacionales y de manera significativa en relación a los directivos médicos/as en “Consideración individualizada” e “Influencia idealizada atribuida”; este resultado concuerda con el estudio de Cuadrado y Molero (159). Considerando que las directivas enfermeras representan un 64% de la población estudiada en nuestra muestra, el resultado guarda un gran parecido al de Cuadrado y Molero, en el que las mujeres directivas también se puntúan más transformacionales, aunque en global y sin significación estadística.

En relación también al género, se observa que las mujeres se autoperciben de forma significativa más transaccionales que los hombres (3,35 vs 3,18), así como también más transformacionales, aunque con una menor diferencia en la puntuación (3,32 y 3,24 respectivamente). Estos resultados coinciden con los obtenidos por autores como Bass y Avolio (213), Bass y cols. (214). Es preciso señalar que estas conclusiones plantean diferencias basadas en estereotipos del género femenino, las cuales presentan interrogantes para seguir investigando.

Finalmente, con respecto al factor de segundo orden *Laissez-faire*, encontramos, al igual que Bass (215), que las mujeres tienden a realizar menos conductas de liderazgo pasivo que los hombres, bordeando las diferencias a niveles de significación (1,24 vs. 0,99).

Las variables edad, tipo de organización y años en el cargo en general no tienen casi relación sobre los estilos de liderazgo. Por tanto, estos factores externos no parecen aumentar significativamente el liderazgo transformacional y de nuevo se refuta la hipótesis. La explicación respecto a la no relación entre el estilo de liderazgo y las variables secundarias pueden deberse a que probablemente el estilo de liderazgo es una característica muy ligada al individuo. Se observa una correlación no significativa entre la edad y el estilo de liderazgo transaccional, que puede deberse a un mayor conocimiento de la organización y a actitudes menos transformadoras e innovadoras.

En el caso de los equipos del ICS, visualizamos puntuaciones más altas, tanto en el liderazgo transaccional como en el transformacional, sin diferencias significativas que podrían atribuirse al mayor número de equipos del ICS en la muestra y por tanto a una n mayor. Cabe añadir que en los dos tipos de organizaciones, la orientación directiva viene dada por la consecución de objetivos previamente establecidos por CatSalut.

### 8.1.4. Relación entre variables secundarias (cargo, profesión y sexo) y las consecuencias organizacionales

Por otro lado, los resultados que se relacionan con cargo, profesión, sexo y las consecuencias positivas organizacionales (*efectividad, esfuerzo extra y satisfacción*), son similares a lo que expresa la literatura correlacionando en positivo(88). Presentando una mayor correlación las enfermeras de sexo femenino. Este hecho podría deberse a las características de la muestra puesto que la mayoría de respuestas son femeninas. El efecto autoevaluación también puede condicionar las respuestas favorables en los ítems que se relacionan con las conductas organizacionales, tal vez la líder enfermera siente una mayor obligación para el mantenimiento de las buenas condiciones laborales a los profesionales y reconocer su esfuerzo. En este sentido, sería interesante realizar más investigaciones longitudinales y comparar los resultados, ya que la concepción del liderazgo según el género y tipo de cargo directivo podría variar según el territorio o tipo de organización a largo del tiempo (216).

No obstante, se observan también diferencias entre hombres y mujeres y

## 8. *Discusión*

---

profesión médica o enfermera: para las enfermeras el liderazgo transformacional está más relacionado con la eficacia que con la satisfacción, mientras que en el caso de los médicos sucede lo contrario. Una posible interpretación de este resultado sería que las enfermeras con una tradición menor que los médicos en ocupar cargos de responsabilidad, piensen que un buen liderazgo (transformacional) aumenta la eficacia provocando como consecuencia la satisfacción de los profesionales. Con los médicos sucedería lo contrario, dando por supuesta la eficacia del equipo y considerando que el liderazgo transformacional aumenta la satisfacción.

En cuanto a la relación entre los estilos de liderazgo y las consecuencias organizacionales, es el liderazgo transformacional el que más correlaciona con las medidas de satisfacción y eficacia. Estos resultados concuerdan con los de West (28) que estudió la relación entre el liderazgo con componentes transformacionales en el ámbito de la Atención Primaria en UK encontrando correlaciones con el buen liderazgo y la satisfacción, el esfuerzo, la eficacia y la innovación, mediante la utilización de un cuestionario para profesionales. También el estudio de Wong y Cummings (217) encontró relación entre el liderazgo transformacional y el mejor desempeño de los profesionales, señalando la gran relación con la eficacia y la posibilidad de mejorar resultados en los pacientes.

Otro de los estudios realizados en esta área es el metanálisis realizado por Judge y Piccolo (100). En esta investigación, que recopila una vasta cantidad de estudios sobre el tema, se examina la relación de los estilos transformacional, transaccional y laissez-faire con seis criterios de liderazgo, entre ellos la satisfacción del seguidor con el trabajo realizado y la satisfacción con el líder. De acuerdo con los resultados, los autores concluyen que, por una parte, la correlación entre el liderazgo transformacional y la satisfacción laboral es muy alta y por otra, la correlación entre el estilo transaccional y la satisfacción respecto al directivo es también elevada, siendo ambas significativas, probando la importancia que tiene el ejercer un liderazgo transformacional, pero también transaccional

8.1.5. Asociación entre estilos de liderazgo y variables de segundo orden y consecuencias organizacionales

En el estudio se han detallado las variables de segundo orden que correlacionan con el liderazgo transformacional, siendo la consideración individualizada la que menos correlaciona, ya que está conceptualmente muy relacionada con la recompensa contingente. Molero en su estudio sobre la estructura factorial del MLQ (113) observó que algunos de los ítems del propio cuestionario del factor recompensa contingente, como son “proporciono ayuda a cambio de esfuerzos” o “expresan satisfacción cuando se cumplen sus expectativas”, tienen mucho que ver con la consideración individualizada. No obstante, y al igual que ocurre en otras investigaciones, el liderazgo transformacional y el transaccional presentan altas correlaciones casi siempre entre ellos

Por otro lado, este estudio también ha mostrado altas correlaciones entre las consecuencias organizacionales y las 6 variables de segundo orden que configuran el estilo transformacional. En el caso de la *dirección por excepción pasiva* que es un factor del liderazgo transaccional, aparece una asociación con el esfuerzo extra. Una posible explicación sería que los directivos muy orientados a las tareas y que manejan muchas decisiones por imperativos técnicos, protocolarios o de la alta dirección, perciban un mayor esfuerzo extra.

8.1.6. Asociaciones del estilo de liderazgo y las variables secundarias

En general podemos visualizar una cultura directiva menos transformacional de lo que inicialmente pensábamos, aunque ambos estilos están presentes en la autopercepción de los directivos. Ninguna de las variables secundarias presentan asociaciones con el Liderazgo transformacional. Sí que existe una relación directa entre ser director y médico (OR 0,04) y el adjunto a dirección es casi siempre enfermera; por tanto, la profesión podría determinar el acceso al cargo de director. En este sentido, hay que seguir estudiando con más profundidad qué motivos determinan el bajo acceso de las enfermeras al cargo de director y cómo se puede favorecer la igualdad de oportunidades, sobre

## 8. *Discusión*

---

todo si la formación directiva es igual o similar. Así mismo, se hace necesario realizar más estudios sobre las opiniones de los profesionales respecto al estilo de liderazgo de sus equipos directivos, ya que nos podrían dar respuesta de cómo lo viven y de cómo repercute en su día a día.

Se observa también una clara asociación entre ser médico, hombre y director y llevar menos de dos años en el cargo. Las enfermeras que ocupan un cargo directivo son mujeres, adjuntas a dirección y tienen más años de experiencia. Parece que el estatus de ser médico es la única variable explicativa para obtener el cargo director y sin embargo el estilo de liderazgo no influye.

Es precisamente el estilo de liderazgo transformacional el que pensamos que debería introducirse en las organizaciones que basan sus modelos de atención en la interdisciplinariedad y en el trabajo en equipo, para centrarlo en las necesidades de las personas; y es justamente la experiencia clínica y el amplio conocimiento de los profesionales de APS, médicos y enfermeras, quienes pueden garantizar liderazgos transformadores, que desarrollen todos aquellos servicios necesarios para cubrir las necesidades y las nuevas situaciones de salud de la población (218). En los equipos con un alto grado de profesionalismo como es el caso de los EAP, donde las soluciones y las acciones pasan por un constante consenso, las tareas no pueden ser muy estructuradas ni muy repetitivas y por tanto se espera encontrar un alto grado de liderazgo transformacional.

En definitiva en esta primera fase del estudio hemos podido explorar las percepciones respecto a autopercepción de liderazgo directivo de los EAP. Respecto al cargo, no hay diferencias de estilos entre directores y adjuntos a la dirección; entre profesiones, las enfermeras/os tienden a puntuar algo más alto en liderazgo transformacional y, si bien no hay muchas diferencias de género, las mujeres se puntúan más alto que los hombres en liderazgo transaccional. Para tratar de establecer y aclarar un poco más si estas diferencias y semejanzas existen y se perciben realmente, la fase II tratará de contemplar las opiniones de aquellos que se benefician de sus estilos de dirección.

## 8.2. **Discusión de la fase cualitativa**

### 8.2.1. Perfil de líder

Los grupos de discusión han observado a lo largo de sus trayectorias profesionales una gran diversidad de perfiles y conductas de liderazgo que han ido evolucionando y también adaptándose a los contextos políticos y los cambios estratégicos que el sistema sanitario ha ido desarrollando.

Los participantes que han vivido el nacimiento de la reforma de Atención Primaria recuerdan unos primeros líderes con un perfil absolutamente ligado a la clínica y con conductas transformacionales que originariamente eran escogidos por el equipo. Las conductas de estos líderes solían ser muy próximas e innovadoras (4), con gran capacidad de distribuir liderazgos internos, en un ambiente de ilusión por el cambio y con gran implicación sobre todo del colectivo enfermero, que hasta el momento había tenido un papel profesional poco significativo, muy técnico y con bajo nivel de autonomía (219).

Los participantes jóvenes visualizan líderes mucho más transaccionales en sus trayectorias profesionales, directivos menos empoderados y con grandes dependencias de estructuras superiores sobre todo en el entorno ICS. Algunos explican experiencias de liderazgos autoritarios y poco consensuadores con conductas jerárquicas y pocas habilidades comunicativas. Es decir un sistema más basado en el mando y en control, con muchas herramientas de gestión y de sistemas de información pero con pocas capacidades para tomar decisiones y transmitir ilusión y autonomía a los profesionales, sobre todo a las enfermeras.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado en Mallorca a partir de grupos focales en Atención Primaria (220), en el que las enfermeras exponen textualmente: *“el coordinador pocas veces es un líder, se hacen pocas reuniones, siempre tratan de los mismos temas, se hacen en situaciones de crisis, son poco resolutivas y hay enfrentamientos entre estamentos. No se trasmite la información de las reuniones de coordinadores a las responsables*

## 8. Discusión

---

de enfermería”.

Ambos grupos de discusión coinciden en la necesidad de que sus directores ejerzan de líderes pero también de gestores, es decir que tengan la capacidad de combinar los elementos motivadores y organizativos con las dinámicas para hacer crecer todos los talentos. En general los profesionales piensan que el líder no debe actuar como un jefe sino como un elemento de apoyo que descubre las capacidades de todo el equipo y las aumenta, es decir un liderazgo que da poder y que está al servicio de las personas del equipo. Esta nueva forma de entender el liderazgo está más lejos del poder y más cerca de entenderlo como un servicio; está es una nueva forma de entender el liderazgo que se transforma en auténtico (ver gráfico 4).

**Gráfico 4.** Esquema integrador liderazgo auténtico.



### 8.2.2. Valores del Líder

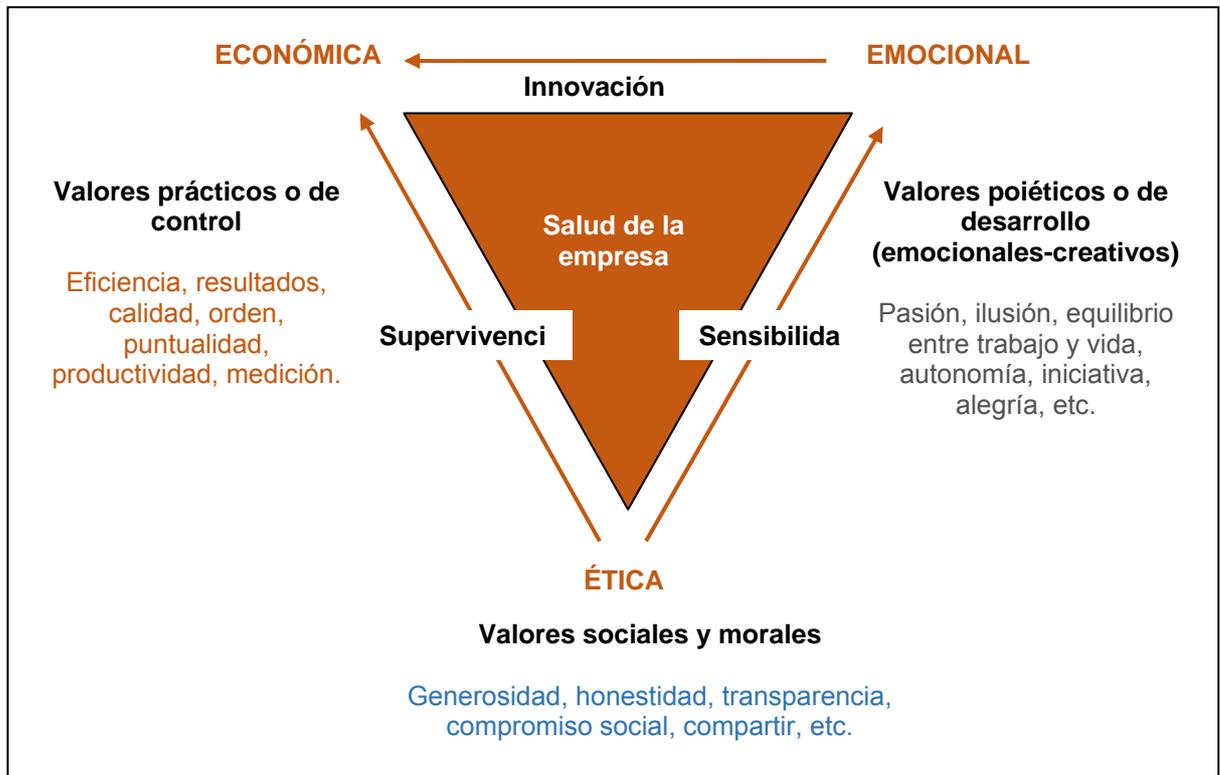
Los valores de quienes dirigen el equipo ha sido una constante en el desarrollo de la discusión de ambos grupos; se visualizan como el elemento que une a quien dirige con el resto del equipo y, por tanto, como valores que cohesionan y permiten no sólo avanzar sino “vivir mejor”. Los valores sitúan el poder como una cuestión secundaria y se establecen como una consecuencia directa del liderazgo ligada al “carisma”, es decir, a cómo ven los profesionales al líder y a su deseo de imitarlo, de admirar sus cualidades y sus habilidades, tanto sociales como comunicativas.

En la discusión se valora la generosidad de algunos líderes como valor deseado por todos, generosidad en el sentido de compartir los éxitos, compartir con el equipo los logros y echar una mano siempre que sea posible. La ausencia de egolatría y la distribución de protagonismos y en definitiva la confianza en los miembros del equipo como valor central.

Tal y como los autores describen en el libro *Provant de sobreviure en la nostra cadira* (221), los valores humanos, y muy especialmente el respeto, son los elementos que demuestran que el directivo es algo más que un cargo. El respeto tiene mucho que ver con la humanidad, la empatía y la capacidad de comunicar.

Los profesionales quieren que se los potencie como personas, tal y como ya se propuso en el X Congreso de Médicos y Biólogos en Lengua Catalana celebrado en Perpignan en 1976, “*La salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa*” (222). Muchas veces, las mayores innovaciones de futuro consisten en respetar y recuperar la mejor esencia de las propuestas del pasado. Los líderes deberían desarrollar las competencias emocionales y éticas del liderazgo democrático y transformador tal como propone Salvador García en su publicación (118).

**Gráfico 5.** Esquema de valores asociado al liderazgo auténtico



Fuente: adaptado de Salvador García, 2002

En todo caso, tal como afirma Weick, el uso crónico de la metáfora militar lleva a dejar de tomar en serio una y otra vez la posibilidad de liderar profesionales en cualquier tipo de organización, una que valore la iniciativa creativa más que la planificación burocrática, haga hincapié en las oportunidades más que en las limitaciones, descubra nuevas acciones más que defienda las acciones del pasado, valore el debate colectivo por encima del orden tecnocrático y, en definitiva, estimule la espontaneidad, la duda y el cuestionamiento participativo más que la seguridad estática de las creencias de siempre. Es necesario un nuevo aire fresco (164).

Para que todo esto no quede más que en meras palabras, los líderes que ejercen como directivos deben de apoyar la formación y el desarrollo de líderes más valientes en nuestro sistema sanitario, que se atrevan a confiar o creer en sí mismos y en los demás, así como el compromiso de colaboradores y

asesores que les ayuden a conectarse emocionalmente con la realidad cotidiana de los profesionales de base y sus pacientes, superando así miedos y barreras.

Para alcanzar el “saber estar” y el “saber ser”, tanto en el entorno personal como en el profesional y directivo, se necesita crear nuevas redes capaces de activar las relaciones y las emociones, habilidades imprescindibles para un liderazgo efectivo y participativo.

El valor más apreciado de la profesión enfermera es su compromiso con el cuidado de las personas, compromiso que se encuentra estrechamente vinculado al desarrollo de las competencias y de la autonomía profesional adquirida en la diplomatura y posteriormente en el grado. En este sentido, la profesionalidad de las enfermeras radica en la expertez, la producción de conocimiento y la difusión continua de sus logros. Todo ello ha contribuido a difundir la ética y los valores del “arte humano” como valor añadido de las enfermeras para el cuidado de las personas, de las comunidades y de la sociedad en general (223).

El avance de la profesión ha facilitado el reconocimiento y la expansión de las competencias clínicas, gestoras, investigadoras y docentes de las enfermeras, poniendo de manifiesto su capacidad de ejercer responsabilidades desde la ética y el compromiso profesional y social.

### 8.2.3. Efectos del líder sobre los profesionales

Los profesionales, médicos y enfermeras de los EAP, visualizan a sus organizaciones, y en concreto a sus directivos, como facilitadores de su desarrollo profesional, pero muy poco del personal. Todos ellos distinguen la formación continuada como la principal herramienta para favorecer este desarrollo, si bien no se aprecia la constitución de un modelo de desarrollo profesional consolidado tal y como prevé la LOPS.

## 8. Discusión

---

En general, en ninguno de los grupos se ha considerado que el modelo de Dirección Por Objetivos (DPO), implementado desde el año 2003 en el ICS, tuviera un impacto en el desarrollo profesional. La DPO, vinculada a la consecución de objetivos asistenciales y de farmacia, y que se ha extendido al resto de equipos de la red pública, no se percibe como una herramienta útil para los directivos en la incentivación de aspectos relacionados con el desarrollo profesional, sino que más bien se percibe como una herramienta que mejora las retribuciones de un modo uniforme. Existen pocas evaluaciones estudiadas de las consecuencias de éstos incentivos y de la implantación del modelo de carrera profesional. Sin embargo, algunos estudios indican que la implantación de la carrera profesional aumentó la percepción de soporte directivo en ambos colectivos profesionales (224).

El efecto positivo que ha producido la implantación de la carrera profesional sobre los médicos y las enfermeras de Atención Primaria es debido principalmente al hecho de que sus directivos reconozcan los méritos que ellos consideran importantes, desde la formación hasta la consecución de objetivos y la investigación clínica.

Sin embargo la DPO o productividad variable, ligada a objetivos de estándares de calidad, ha producido una percepción de aumento en las demandas de resolución y de calidad asistencial, incrementando el efecto de mayor presión asistencial y desencadenando un efecto *burnout* en ambos colectivos, especialmente en los últimos 3 años.

El Institut Català de la Salut ha sido pionero en el estudio del clima laboral, monitorizando a sus profesionales desde el año 1990 hasta prácticamente la actualidad a través de la encuesta de calidad de vida profesional (QVP-25) que más tarde adoptaron otras entidades gestoras de equipos (EBAS y Consorcios); aunque no se han encontrado muchas diferencias significativas, en general se percibía más soporte directivo en las entidades no ICS, así como también en las posibilidades de promoción y del reconocimiento del esfuerzo (225).

Los argumentos de los profesionales del ICS en los grupos de discusión coinciden en gran parte con el estudio realizado por el IES en el año 2005 sobre evaluación de distintos modelos de provisión (226). En este estudio los profesionales del entorno ICS consideraban que los profesionales que trabajaban en EBAS disfrutaban de más privilegios, de mejores retribuciones y de una relación más próxima con sus directivos. Sin embargo, los profesionales que trabajan en entidades no ICS, observan que los médicos y enfermeras de los equipos del ICS disponen al contrario que ellos de cierta estructura técnica y de gestión (técnicos de salud, estadísticos responsables de formación, directores asistenciales); aun así se sienten más satisfechos por la posibilidad de autogestión, por el sueldo y en general por el clima laboral, coincidiendo ambos colectivos en esta apreciación. Contrariamente, los profesionales del ICS piensan, tal como refleja el estudio de Gené, que el impacto de la retribución variable (227) ha ejercido un aumento de la satisfacción de los profesionales.

Las enfermeras vinculan la satisfacción a la posibilidad de realizar y dar a conocer a la población todos los servicios y aportaciones propias de la profesión enfermera; estas aportaciones se recogen en una publicación del Departament de Salut. Así mismo, las enfermeras también relacionan la satisfacción con la autonomía y el reconocimiento de la aportación específica de la profesión, como se describe en el documento publicado por el propio Departament de Salut en el año 2011 (228).

### 8.2.4. Consecuencias del liderazgo en la práctica profesional

Las consecuencias sobre la práctica diaria en ambos grupos se han visualizado como algo que repercute en la satisfacción de los profesionales y también los pacientes, pero sobre todo en los resultados de salud.

## 8. *Discusión*

---

En el grupo de médicos no es la eficiencia de la actividad diaria lo que más les preocupa, sino que puedan realizar correctamente la que debe hacerse siguiendo la evidencia científica y por tanto dejar de hacer cosas innecesarias, ajustando las visitas a lo que realmente es necesario. Los médicos proponen iniciativas para mejora procesos asistenciales y el grupo de enfermeras propone que sus líderes acojan las iniciativas de tener un papel mucho más relevante sobre la población que tienen asignada, avanzar en proyectos e iniciativas que puedan mejorar sus resultados asistenciales y sobre todo su capacidad resolutive. Las enfermeras consideran que no se conoce suficientemente toda su aportación que puede determinar un cambio en el modelo organizativo y también en los resultados. Ellas piensan que sus directivos infravaloran su trabajo y su capacidad de respuesta, aunque también reconocen que falta reconocimiento y valentía política para regular lo que ya están haciendo como es el caso de la prescripción enfermera (229).

Los proyectos de innovación, relacionados con las nuevas tecnologías y su usabilidad se consideran por ambos grupos como un avance positivo sobre todo si éstas pueden aplicarse a la mejora continua de los procesos asistenciales y no sólo se utilizan como efecto de la agenda particular de los directivos o de la moda del momento (230).

Los participantes esperan de sus líderes que les proporcionen recursos para trabajar bien y que les dediquen tiempo para profundizar en lo que consideran su día a día: las visitas, la atención domiciliaria, los horarios de atención continuada. Todos ellos manifiestan la necesidad de sentir próximo a su directivo, accesible y que estimule la participación en beneficio a la mejora de su labor asistencial (231).

### 8.2.5. Vivencias y experiencias

Los profesionales expresan diferentes estilos de liderazgo en sus trayectorias profesionales, los de mayor edad, han vivido más variedad de estilos de liderazgo pero con predominio de los liderazgos más transformacionales.

Se resalta constantemente en el discurso de ambos grupos el valor de la dimensión más humana de los líderes y la consideran esencial.

El liderazgo clínico y de conocimiento de los procesos asistenciales y de calidad lo consideran importante pero extensible a todo el equipo incluido el líder; sin embargo a la capacidad de entender que dirigir personas requiere algo más que conocimientos se expresa como una vivencia muy buena y que causa una gran satisfacción (232).

Las enfermeras de más edad han vivido como positiva la experiencia de trabajar para alcanzar roles protagonistas y de mayor responsabilidad, también recuerdan una mejor dotación del número de enfermeras, al contrario de las jóvenes que creen que en los últimos años han vivido ajustes de personal y sobrecargas, con escasa intervención para mejorar por parte de los directores y de los adjuntos a dirección. En general tanto médicos como enfermeras han experimentado una evolución profesional orientada a un buen cuidado de la población, al compromiso con la calidad y en general al desarrollo profesional, en cambio en cuanto a las estructuras, direcciones y estilos de liderazgo la evolución no se ha vivido a la par (141).

Las enfermeras han vivido diferencias entre los estilos de gestión del ámbito hospitalario y de la APS básicamente relacionadas con el número los recursos e instrumentos relacionados con material y equipamientos.

Todos los participantes han destacado experiencias directivas controladoras y muy enfocadas a la consecución de objetivos y poco al cuidado general de la comunidad (233).

Las enfermeras explican como experiencia motivadora el impulso de las direcciones de enfermería cuando se enfocaron para transformar el papel de la enfermera antes de la reforma y las vivencias en cuanto a la elección del director con participación del equipo, en general consideran tanto médicos como enfermeras que hay que establecer un equilibrio entre la elección por votación y la nula participación del equipo.

## **8. Discusión**

---

Como en otros estudios cualitativos destacan la necesidad de superar los propios intereses tanto profesionales como directivos colocando a los pacientes en el centro para tomar todas las mejores decisiones y trabajar realmente en equipo, poniendo énfasis en vivencias donde las complicidades, diálogos, consensos mejoraban los intereses de todos (234).

### **8.3. Dificultades y limitaciones del estudio**

El estudio presenta algunas limitaciones. La principal es la moderada tasa de respuesta a pesar de que se planificaron estrategias que han mostrado ser efectivas en la mejora de la tasa de respuesta (notificación anticipada, carta de presentación personalizada, carta de la dirección, recordatorios (235,236). No obstante, la mayor parte de los cuestionarios han sido completados en su totalidad, a pesar del elevado número de ítems, por lo que la posibilidad de un sesgo de “no respuesta” es reducida; asimismo, participaron profesionales con diferentes perfiles directivos.

Por otra parte, la gran mayoría de las respuestas a los ítems del cuestionario MLQ podrían estar muy influenciadas por el concepto de discapacidad social; sin embargo, el hecho de que el cuestionario haya conservado el anonimato disminuye esta influencia. No obstante, al asegurar el anonimato, no se ha podido comparar resultados de los estándares de calidad asistencial, ni de la satisfacción de usuarios y los profesionales.

Por último, los equipos incluidos pertenecen sólo al área de influencia de la Región Sanitaria de Barcelona; por lo que, no es posible extrapolar los resultados a toda Catalunya, ya que son representativos del área metropolitana de Barcelona.

### **8.4. Implicaciones del estudio**

#### **8.4.1. Implicaciones para la práctica**

La complejidad de la APS tanto por el abordaje interdisciplinar de la atención como por su dimensión social y psicológica, junto con la variabilidad y

cantidad de intervenciones (promoción, prevención, cuidados individuales y comunitarios) la convierten en el centro del sistema sanitario.

Un liderazgo crítico, pero positivo y transformador puede ayudar a mejorar y renovar el trabajo que realizamos a diario desde los EAP. Los cambios demográficos, los avances tecnológicos, las nuevas necesidades sociales y de cuidados, le otorgan un papel clave a la APS en el conjunto del sistema. En todos los países avanzados crecen los servicios dirigidos a la comunidad sobre todo los de atención domiciliaria, al mismo tiempo se cierran camas de hospitales. La transformación del sistema nos obliga a replantear el papel de los ámbitos asistenciales y a afrontar la necesidad de examinar todos los aspectos relacionados con la efectividad y la equidad de los servicios, así como el papel que ejerce la primaria para aumentarlas.

La APS representa la puerta de entrada del sistema y de la atención continuada de la población. Hoy en día aún está vigente la idea de que los profesionales de APS prestan una atención sencilla y de baja complejidad, nada más alejado de la realidad y del desconocimiento de la práctica real y de todas las competencias y habilidades que ofrece la especialidad familiar y comunitaria.

### 8.4.2. Implicaciones para la gestión

Los modelos de gestión están orientados en nuestro país a organizaciones verticales *Top down*, que dificultan que los liderazgos puedan estar enfocados a los resultados y a las necesidades reales de las personas.

La gestión de los equipos no puede quedar determinada por el control de costes y la introducción de incentivos, se requiere una gestión que incluya aspectos evolucionados del liderazgo transaccional. Algunos autores reclaman incluso la evolución del transformacional en un nuevo liderazgo auténtico o post-moderno. Estos liderazgos deberían ser capaces de combinar e integrar elementos de gestión de personas, clínica, ética y recursos.

## **8. Discusión**

---

El liderazgo auténtico debería favorecer y consolidar fórmulas de autonomía de gestión con la máxima participación de los profesionales y de integración de procesos clínicos y no de estructuras.

Los directivos de Atención Primaria tienen el reto de introducir cambios que transformen a nivel local los instrumentos necesarios para atender las necesidades de salud de su población, en un proceso continuo para maximizar el aumento de salud de la comunidad atendiendo las necesidades individuales en base a las actuaciones interdisciplinarias del equipo y a la relación con el resto de especialidades.

Finalmente las organizaciones deberían atreverse a cambiar los modelos de selección de directivos, con participación de los profesionales y facilitando evaluaciones periódicas y sistémicas (360°).

### **8.4.3. Implicaciones para la docencia**

Los líderes en un entorno donde la gestión del conocimiento es el objetivo principal requieren un perfil de competencias directivas con una visión amplia, sistémica, capaz de potenciar las sinergias para desarrollar un auténtico trabajo en equipo a nivel local, pero también en red para establecer líneas de cooperación entre ámbitos de actuación asistencial, social, educativa.

En esta línea se requieren orientaciones docentes que capaciten por competencias transversales o genéricas comunes a la profesión médica y enfermera que pongan énfasis en la formación sobre trabajo en equipo, ética, responsabilidad social, capacidad creativa, sostenibilidad y las específicas de cada profesión. Los planes de estudio en Ciencias de la Salud ya contemplan materias básicas comunes, aun respetando la autonomía y especificidad de cada una de las titulaciones.

Por otro lado, la formación específica para directivos se debe complementar a través de másteres o de formación más específica y de otras áreas de conocimiento, como son las que se relacionan con la capacidad de desarrollo y dominio personal, con el conocimiento hacia el resto del equipo de trabajo, con la capacidad para gestionar las relaciones y las redes de conocimiento y con el pensamiento sistémico.

En definitiva una formación que facilite explorar un tipo de liderazgo adecuado y propio de las organizaciones de la sociedad del conocimiento, en las que los profesionales trabajan con un alto grado de cualificación y de autonomía. La capacidad de los directivos del futuro en APS para transferir, desarrollar y compartir el liderazgo son fundamentales para aflorar la innovación y el liderazgo transformador, autentico y distribuido.

#### 8.4.4. Implicaciones para la investigación

Sería deseable seguir alguna línea de investigación que permita ampliar conocimientos sobre liderazgo, sus estilos y sus principales consecuencias en las organizaciones, ya que es un tema muy poco estudiado en Atención Primaria y podría contribuir a ampliar estrategias para su desarrollo, impulso y modernización.

Ampliar el ámbito de estudio a los equipos de toda Cataluña, y poder profundizar sobre diferencias entre equipos de áreas urbanas y rurales, equipos docentes, niveles socioeconómicos de la población asignada y compararlo con resultados asistenciales y de satisfacción profesional y de usuarios

Otra línea de investigación debería profundizar en las estrategias de empresas y organizaciones para promocionar estilos de liderazgo transformadores y participativos como los propuestos en la nueva teoría sobre liderazgo autentico, así como la percepción de los equipos respecto a los niveles de autonomía de gestión y de participación en la toma de decisiones.

Otra posible línea interesante que no he podido recoger en mi estudio estaría relacionada con la selección de directivos para conocer con más detalle si se tienen en cuenta los estilos de liderazgo, las habilidades, los conocimientos y la experiencia directiva o si es la titulación académica i el status lo que determina la elección de cargos directivos.

## **8. Discusión**

---

Disponemos de una gran cantidad de literatura sobre teoría de liderazgo, pero el desarrollo y la comprobación continua de estas teorías son muy escasos en el sector salud. Realizar investigaciones sobre liderazgo, con metodología mixta, es esencial para analizar su potencial desde diferentes perspectivas; hay muchos argumentos para que los investigadores profundicemos en cómo los estilos de liderazgo influyen en las relaciones y no sólo en las tareas y las actividades.

Los métodos cualitativos pueden aportar conocimientos a la propia teoría del liderazgo en general y también a las especificidades en el sector salud.

En el entorno actual dinámico y con constantes cambios poblacionales de envejecimiento, inmigración crisis económica, precariedad laboral, es necesario reorientar el sistema de salud hacia la Atención Primaria. Teniendo en cuenta esta situación, el liderazgo transformador con habilidades relacionales es ya un factor clave para alcanzar mejores metas y para conseguir más calidad de vida profesional y mejores resultados de salud.

## 9. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados obtenidos, las conclusiones de la tesis son:

- Las autopercepciones de liderazgo de los directivos de APS nos sitúa en un escenario donde coexisten los dos estilos de liderazgo por igual el transformacional y el transaccional. Aunque con una mayor tendencia a autopuntuarse transaccionales entre directivos de profesión enfermera.
- Las enfermeras tiene una alta autopercepción en dos factores específicos de liderazgo transformacional: la influencia y la consideración individualizada, es decir, tratar a los profesionales del equipo de manera individual y personalizada, que sería la base de la gestión de personas versus la de recursos humanos tradicional.
- Los cargos de director o adjunto a la dirección no explican de manera significativa diferencias entre estilos de liderazgo autopercebidos, con cierta tendencia a describirse algo más transaccionales los adjuntos a dirección.
- Existe una clara asociación entre ser director de equipo médico de profesión. La profesión enfermera ha adquirido las competencias y habilidades para planificar cuidados y gestionarlos desde una perspectiva centrada en las personas derivada de su formación basada en la visión holística, global, innovadora y rigurosa desde el punto de vista científico y técnico. Sin embargo, a pesar de que por normativa pueden ocupar cualquiera de los dos cargos, la mayoría ocupan el cargo de adjuntas y no el de director de EAP.
- Los dos estilos de liderazgo correlacionan con la satisfacción, el esfuerzo y la eficacia, por tanto los directivos piensan que están ejerciendo un estilo que favorece el buen clima laboral El reconocimiento a través de recompensas económicas con instrumentos tan utilizados como el de la DPO, implantada desde hace más de 10 años en la mayoría de organizaciones del sistema sanitario, incluidas las de Atención Primaria, ha marcado el estilo de liderazgo.

## 9. Conclusiones

---

- Las variables laborales y profesionales como la experiencia directiva, el tipo de organización y la profesión no explican los estilos de liderazgo autopercebidos. Sólo el sexo y la edad se relaciona con el estilo transaccional, pero ninguna de ellas influye en la autopercepción de estilo transformacional.
- El estilo de liderazgo más percibido por médicos y enfermeros es el transaccional y el correctivo/evitador.
- Los profesionales perciben una disminución progresiva de la satisfacción laboral y de la motivación debida, en parte, a la presión asistencial, la excesiva burocracia, el control directivo a través de los sistemas de información y las herramientas informáticas así como la rigidez organizativa, y la poca flexibilidad para establecer propuestas innovadoras.
- Médicos y enfermeras consideran que en el contexto actual de alta complejidad adaptativa, incertidumbre, competitividad y crisis económica está afectando la satisfacción y el clima pero no la calidad asistencial. Los profesionales creen que los directivos deberán evolucionar hacia estilos y conductas que faciliten la práctica diaria, la coordinación y la continuidad.
- Los profesionales expresan sus vivencias inmersas en un paradigma tecno-estructural, todavía predominante en el sistema de salud actual, quedando muy limitado cualquier significado emocional y ético a la acción humana. Reclaman que se lidere tomando como base la atención a las personas, de todas las edades y en todas las etapas de su vida, por lo que el modelo biológico lo consideran insuficiente y creen que las estructuras verticales obsoletas no sirven para liderar equipos de profesionales con niveles muy altos de conocimiento.
- Los profesionales visualizan la Dirección por Valores (DPV), como una evolución que cambie la Dirección por Objetivos (DPO) de los años setenta y la Dirección por Instrucciones (DPI) u “Organización Científica del Trabajo” de principios de siglo pasado. Médicos y enfermeras reclaman poder dar respuesta al actual reto de moverse de forma eficiente, ética y emocional en un contexto de competitividad creciente. Los profesionales expresan que

hay que exigir directivos que integren un liderazgo eficaz y por tanto transformador para promover niveles de rendimiento, confianza, compromiso y creatividad.

Los profesionales desean un estilo de dirección de carácter humanista e integrador donde se les considere como personas con buen nivel de conocimiento académico y profesional y no como meros recursos humanos a optimizar, perciben poca coherencia entre los valores que se declaran y los que realmente observan en los directivos.

- Se considera imprescindible mejorar la cohesión del líder o del equipo directivo con la organización, los profesionales y el conjunto de la comunidad para que no prevalezcan los valores económicos por encima de los valores éticos y los valores emocionales.
- Los profesionales advierten sobre la necesidad de equilibrar los liderazgos con estilos enfocados sólo al control, utilitariamente necesarios (eficiencia, optimización, orden, resultados, rapidez, etc.) con la incorporación de nuevos líderes que desarrollen y liberen nuevos talentos, ilusión, flexibilidad, creatividad, apertura, calidez o generosidad. Y todo ello girando alrededor del eje de valores básico y esencial que incluye la transparencia, honestidad, dignidad, solidaridad o respeto.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mobley WH, Li M, Wang Y. Advances in global leadership [Internet]. Bingley: Emerald; 2011. Recuperat de: <http://site.ebrary.com/id/10453168>
2. Peck E, Dickinson H. Performing leadership. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York: Palgrave Macmillan; 2009.
3. Morales JF, Molero F. El liderazgo en los equipos de atenci3n primaria. Cuadernos de gesti3n. Cuad Gest. 1995; 1(2):83-91.
4. Palomo L, Gen3-Badia J, Rodr3guez-Send3n JJ. La reforma de la atenci3n primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovaci3n. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit Suppl 1. 2012; 26:14-9.
5. Camp L, Vilaseca J, Benavent J, Davins J. La autonom3a de gesti3n de los equipos de Atenci3n Primaria en Cataluña. Rev Calid Asist Organo Soc Esp Calid Asist. 2011; 26(5).
6. Gen3 Badia J. De la autogesti3n a la direcci3n cl3nica. Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria. 2001; 28(3).
7. Goodwin VL, Wofford JC, Whittington JL. A theoretical and empirical extension to the transformational leadership construct. J Organ Behav. 2001; 22(7):759-74.
8. Tamborero G, Esteva M, March S, Guill3n M. Autonom3a de gesti3n en atenci3n primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca. Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria. 2015; 47(2):99-107.
9. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2003.
10. Lupano Perugini ML, Castro Solano A. Estudios sobre el liderazgo. Teor3as y evaluaci3n. Psicodebate Psicol Cult Soc. 2013; 19(1215):107-22.
11. Castro Solano A. T3cnicas de evaluaci3n psicol3gica en los ámbitos militares: motivaci3n, valores y liderazgo. Buenos Aires: Paid3s; 2005.
12. House R, Javidan M, Hanges P, Dorfman P. Understanding cultures and implicit leadership theories across the globe: an introduction to project GLOBE. J World Bus. 2002; 7(1):3-10.
13. Van Vugt M. Evolutionary Origins of Leadership and Followership. Evol Orig Leadersh Follow. 2006;
14. Price ME, Van Vugt M. The evolution of leader-follower reciprocity: the theory of service-for-prestige. Front Hum Neurosci [Internet]. 8. Recuperat de: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2014.00363/full>
15. King AJ, Johnson DDP, Van Vugt M. The origins and evolution of leadership. Curr Biol CB. 2009; 19(19):R911-6.
16. Barrett L, Plotnikoff RC, Raine K, Anderson D. Development of Measures of Organizational Leadership for Health Promotion. Health Educ Behav. 32(2):195-207.
17. Sauquet A, Escola Superior d'Administraci3 i Direcci3 d'Empreses, Càtedra Lideratges i Governança Democrtica. Pensar el lideratge, organitzar i liderar: el qu3, el com i el quan. Barcelona: Càtedra Lideratges i Governança Democràtica; 2008.

18. Kruglanski AW, Higgins ET. *Social Psychology, Second Edition: Handbook of Basic Principles*. Guilford Publications; 2013. 1026 p.
19. Van Knippenberg D, Hogg MA. A Social identity model of leadership effectiveness in organizations. *Res Organ Behav*. 2003; 25:243-95.
20. Cummings G, Lee H, MacGregor T, Davey M, Wong C, Paul L, et al. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2008; 13(4):240-8.
21. Aguilar-Luzán M del C, Calvo-Salguero A, García-Hita MÃ. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública México*. 2007; 49:401-7.
22. Sellgren S, Ekvall G, Tomson G. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *J Nurs Manag*. 2006; 14(5):348-55.
23. Eisenbeiss SA, van Knippenberg D, Boerner S. Transformational leadership and team innovation: Integrating team climate principles. *J Appl Psychol*. 2008; 93(6):1438-46.
24. Drath WH. *The deep blue sea: rethinking the source of leadership*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
25. Mahoney J. Leadership skills for the 21st century. *J Nurs Manag*. 2001; 9(5):269-71.
26. Cuadrado I. Cuestiones teóricas y datos preliminares sobre tres estilos de liderazgo. *Rev Psicol Soc*. 2001; 16(2):131-55.
27. Trice HM, Beyer JM. *The cultures of work organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1993.
28. West MA, Borrill CS, Dawson JF, Brodbeck F, Shapiro DA, Haward B. Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadersh Q*. 2003; 14(4-5):393-410.
29. Top M, Tarcan M, Tekingündüz S, Hikmet N. An analysis of relationships among transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in two Turkish hospitals. *Int J Health Plann Manage*. 2013; 28(3):e217-41.
30. Robinson VMJ, Lloyd CA, Rowe KJ. The Impact of Leadership on Student Outcomes: An Analysis of the Differential Effects of Leadership Types. *Educ Adm Q*. 2008; 44(5):635-74.
31. Menárguez Puche JF, Saturno Hernández PJ. Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 1998; 22(10):636-41.
32. Lachman VD. *Ethical challenges in health care: developing your moral compass*. New York: Springer Pub.; 2009.
33. Fryer M. *Ethics and organizational leadership: developing a normative model*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2011.
34. Brown ME, Treviño LK. Do Role Models Matter? An Investigation of Role Modeling as an Antecedent of Perceived Ethical Leadership. *J Bus Ethics*. 2014; 122(4):587-98.

35. Donaldson T, Dunfee TW, Wharton School, Department of Legal Studies. Towards a unified conception of business ethics: integrative social contracts theory. [Philadelphia, Pa.]: Dept. of Legal Studies, the Wharton School of the University of Pennsylvania; 1993.
36. Hannah ST, Avolio BJ, Walumbwa FO. Relationships between Authentic Leadership, Moral Courage, and Ethical and Pro-Social Behaviors. *Bus Ethics Q.* 2011; 21(4):555-78.
37. Bass BM, Steidlmeier P. Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *Leadersh Q.* 1999; 10(2):181-217.
38. Barracho C. Poder, autoridade e liderança: uma perspectiva multi-interdisciplinar. Lisboa: Universidade Lusíada Editora; 2008.
39. Barracho C. Estratégias de poder e autoridade em contextos sócio-políticos diferenciados: tese de doutoramento. [Santiago de Compostela]: Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico; 2008.
40. Milner EM, Joyce P. Lessons in leadership: meeting the challenges of public services management. London; New York: Routledge; 2005. 181 p.
41. Barker AM, Sullivan DT, Emery MJ. Leadership competencies for clinical managers: the renaissance of transformational leadership. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett; 2006.
42. Zipperer LA. Patient safety: perspectives on evidence, information and knowledge transfer [Internet]. 2014. Recuperat de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=531755>
43. O'Neill K, King's Fund (London, England). Patient-centred leadership: rediscovering our purpose. 2013.
44. 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.* 2009; 46(9):1236-44.
45. Gené Badia J, Contel Segura JC, Jodar G. Yes, we can. *Aten Primaria.* 2009; 41(4):181-3.
46. AAVV, Escola Superior d'Administració i Administració d'Empreses, Càtedra Lideratge i Governança Democràtica. Liderazgos clave en las sociedades avanzadas. El liderazgo desde la perspectiva de género y el liderazgo científico. II Jornada de reflexión y debate en Sant Benet de Bages. Sant Benet del Bages, Barcelona: Càtedra Lideratges i Governança Democràtica; 2007.
47. Taylor R, Martindale S. Clinical leadership in primary care. *Prim Health Care.* 2013; 23(5):32-7.
48. Davidson PM, Elliott D, Daly J. Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *J Nurs Manag.* 2006; 14(3):180-7.
49. Bass BM, Stogdill RM. Bass & Stogdill's handbook of leadership: theory, research, and managerial applications. 3rd Ed. New York: London: Free Press; Collier Macmillan; 1990. 1182 p.

50. Baron RA, Greenberg J, DeNisi AS. Behavior in organizations: understanding and managing the human side of work. Boston: Allyn and Bacon; 1983.
51. Syroit J. Mens-en taakgerichtheid: Constructie en validering van een verkorte leiderschapsschaal [Human-and task-orientation: Construction and validation of a short leadership scale]. Gedrag Tijdschr Voor Psychol. 1979 ;( 3):176-92.
52. Hersey P, Blanchard KH, Johnson DE. Management of organizational behavior: leading human resources. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 2001.
53. Jago A. Leadership: Perspectives in Theory and Research. Manag Sci. 1982; 28(3):315-36.
54. Yukl G, Tracey JB. Consequences of influence tactics used with subordinates, peers, and the boss. J Appl Psychol. 1992; 77(4):525-35.
55. Mumford MD, Fried Y. Give them what they want or give them what they need? Ideology in the study of leadership. J Organ Behav. 2014; 35(5):622-34.
56. Fleishman EA, Mumford MD, Zaccaro SJ, Levin KY, Korotkin AL, Hein MB. Taxonomic efforts in the description of leader behavior: A synthesis and functional interpretation. Leadersh Q Leadersh Q. 1991; 2(4):245-87.
57. Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
58. Rojas J, Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Dret, Albiar A. El líder: una pieza clave en las organizaciones [Internet]. 2014. Recuperat de: <http://ddd.uab.cat/record/119261>
59. Stogdill RM, Ohio State University, College of Commerce and Administration, Ohio State University, Fisher College of Business. Manual for the Leader behavior description questionnaire-form XII: an experimental revision. Columbus: Bureau of Business Research, College of Commerce and Administration, Ohio State University; 1963.
60. Hemphill JK. Leadership behavior associated with the administrative reputation of college departments. J Educ Psychol. 1955; 46(7):385-401.
61. Northouse PG. Leadership: theory and practice. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2004.
62. Day DV. The Oxford handbook of leadership and organizations. Oxford [etc]: Oxford University Press; 2014.
63. Yukl G. How leaders influence organizational effectiveness. Leadersh Q. 2008; 19(6):708-22.
64. Fiedler FE. Leader Attitudes and group effectiveness. Westport CT: Greenwood Press; 1981.
65. House RJ, Mitchell TR, United States, Office of Naval Research. Path-goal theory of leadership. Seattle: University of Washington; 1975.
66. Vroom VH, Yetton PW. Leadership and decision-making. [Pittsburgh]: University of Pittsburgh Press; 1973.
67. YRUI G. An Evaluative Essay on Current Conceptions of Effective Leadership. Eur J Work Organ Psychol. 1999; 8(1):33-48.

68. Bass BM. Leadership and performance beyond expectations. New York; London: Free Press; Collier Macmillan; 1985.
69. House RJ, Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness Research Program. Culture, leadership, and organizations: the GLOBE study of 62 societies. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2004.
70. Burns JM. Leadership. New York: Harper & Row; 1978.
71. Bass BM. Transformational leadership: industrial, military, and educational impact. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
72. Avolio BJ, Bass BM, Jung DI. Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *J Occup Organ Psychol.* 1999; 72(4):441-62.
73. Seyhan O. A Primer for Transformational Leadership in Nonprofit Sector [Internet]. Canakkale Onsekiz Mart University; 2013. Recuperat de: <http://ybd.comu.edu.tr/sites/ybd.comu.edu.tr/files/A%20Primer%20for%20Transformational%20Leadership%20in%20Nonprofit%20Sector.pdf>
74. Rus M. Transformational Leadership Type in Public and Private Organizations [Internet]. Danubius University; 2012. Recuperat de: <http://www.proceedings.univ-danubius.ro/index.php/eirp/article/view/1246/1225>
75. Musabah Bakhit Al Zefeiti S, Azmi Mohamad N. Methodological Considerations in Studying Transformational Leadership and its Outcomes. *Int J Eng Bus Manag* [Internet]. 2015; 7. Recuperat de: <http://www.intechopen.com/articles/show/title/methodological-considerations-in-studying-transformational-leadership-and-its-outcomes>
76. Fan K.-T, Chen Y.-H, Wang C.-W, Chen M. E-leadership effectiveness in virtual teams: Motivating language perspective. *Ind Manage Data Sys Ind Manag Data Syst.* 2014; 114(3):421-37.
77. Schmidt GB. Virtual Leadership: An Important Leadership Context. *Ind Organ Psychol.* 2014; 7(2):182-7.
78. Walumbwa FO, Avolio BJ, Gardner WL, Wernsing TS, Peterson SJ. Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure. *J Manag.* 2008; 34(1):89-126.
79. Chamorro Miranda DJ, Fernández Díaz MJ, E-libro Corp. Factores determinantes del estilo de liderazgo del director/a [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2005. Recuperat de: <http://site.ebrary.com/id/10234513>
80. Eagly AH, Eastwick PW, Johannesen-Schmidt M. Possible selves in marital roles: the impact of the anticipated division of labor on the mate preferences of women and men. *Pers Soc Psychol Bull.* 2009; 35(4):403-14.
81. Gardner JW. On leadership. New York: Free Press; 1990.
82. Álvarez O, Lila M, Castillo I. Los estilos de liderazgo de la Policía Local de la Comunidad Valenciana: una aproximación desde la Teoría del Liderazgo Transformacional [Internet]. *Anales de Psicología.* 2012. Recuperat de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135026>
83. Marrow AJ. The practical theorist; the life and work of Kurt Lewin. New York: Basic Books; 1969.

84. Burns JM. Transforming leadership: a new pursuit of happiness. New York: Atlantic Monthly Press; 2003.
85. Hater JJ, Bass BM. Superiors' evaluations and subordinates' perceptions of transformational and transactional leadership. *J Appl Psychol.* 1988; 73(4):695-702.
86. Bass BM. The Future of Leadership in Learning Organizations. *J Leadersh Organ Stud.* 2000; 7(3):18-40.
87. Bass BM, Avolio BJ. Full range leadership development: manual for the multifactor leadership questionnaire. Palo Alto, Calif.: Mind Garden; 1997.
88. Avolio BJ, Bass BM. Multifactor leadership questionnaire: [MLQ]; manual and sampler set. [Redwood City, Calif.]: Mind Garden; 2004.
89. Ortiz C, Mendoza MR. El liderazgo transformacional, dimensiones e impacto en la cultura organizacional y eficacia de las empresas [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada; 2006. Recuperat de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2227810>
90. Bass BM, Riggio RE. Transformational leadership. Mahwah, NJ [u.a.]: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
91. Sheard AG, Kakabadse AP. A process perspective on leadership and team development [Internet]. [Bradford, England]: Emerald Group Pub.; 2004. Recuperat de: <http://site.ebrary.com/id/10058619>
92. Dionne S, Yammarino F, Comer L, Dubinsky A, Jolson M. Transformational and Transactional Leadership of Female Managers: Predicting Subordinate Effectiveness and Performance. *J Leadersh Organ Stud.* 1996; 3(2):134-47.
93. Arredondo Trapero FG. Differences between the relationship of integrity and leadership styles according to the model of Bernard Bass [Internet]. Universidad Icesi Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas; 2010 [citad 23 setembre 2015]. Recuperat de: <http://hdl.handle.net/10906/2236>
94. Shilling C. Sociology and the body: classical traditions and new agendas. *Sociol Rev.* 2007; 55(Supplement):1-18.
95. Maquera Sosa JP. Relación entre el liderazgo transformacional, liderazgo transaccional y liderazgo laissez faire con la satisfacción, efectividad y esfuerzo extra de los docentes de la UPeU periodo 2009. 2010.
96. Walumbwa FO, Avolio BJ, Zhu W. How transformational leadership weaves its influence on individual job performance: the role of identification and efficacy beliefs. *Pers Psychol.* 2008; 61(4):793-825.
97. Hartog DN den, Koopman PL, Muijen J van, Bast B. Inspirerend leiderschap in organisaties. Schoonhoven: Academic Service, economie en bedrijfskunde; 1997.
98. Avolio BJ. Full leadership development: building the vital forces in organizations. London: Sage Publications; 2000.
99. Kahai S, Jestire R, Huang R. Effects of Transformational and Transactional Leadership on Cognitive Effort and Outcomes during Collaborative Learning within a Virtual World. *Br J Educ Technol.* 2013; 44(6):969-85.
100. Judge TA, Piccolo RF. Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *J Appl Psychol.* 2004; 89(5):755-68.

101. Bowling NA, Eschleman KJ, Wang Q. A meta-analytic examination of the relationship between job satisfaction and subjective well-being. *J Occup Organ Psychol.* 2010; 83(4):915-34.
102. Cuadra Peralta A, Veloso Besio C. Liderazgo, Clima y Satisfacción Laboral en las Organizaciones. *Univers Talca.* 2007; 22(2):40-56.
103. Halpin AW, Winer BJ, Bieri JW. The leadership behavior of the airplane commander. [Columbus, Ohio]: Ohio State University Research Foundation; 1952.
104. Yukl GA. Leadership in organizations. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1981.
105. Hersey P, Stinson JE. Perspectives in leader effectiveness. [Athens]: Center for Leadership Studies, Ohio University: Distributed by Ohio University Press; 1980.
106. Rice RW. Psychometric Properties of the Esteem for Least Preferred Coworker (LPC Scale). *Acad Manage Rev.* 1978; 3(1):106-18.
107. Conger JA, Kanungo RN. Charismatic leadership in organizations. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1998.
108. Thornton GC, Rupp DE. Assessment centers in human resource management: strategies for prediction, diagnosis, and development. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
109. Antonakis J. On why «emotional intelligence» will not predict leadership effectiveness beyond IQ or the «Big five»: an extension and rejoinder. *Organ Anal.* 2004; 12(2):171-82.
110. McKee A, Boyatzis RE, Johnston F. Becoming a resonant leader: develop your emotional intelligence, renew your relationships, sustain your effectiveness. Boston, Mass: Harvard Business School Pub; 2008. 231 p.
111. Bar-On R, Parker JDA. The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass; 2000.
112. Bass B. MLQ, Multifactor Leadership Questionnaire sampler set: technical report, leader form, rater form, and scoring key for MLQ form 5x-short. Redwood City CA.: Mind Garden; 2000.
113. Molero FM, Recio PR, Cuadrado MIC. Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) en una muestra española. *Psicothema.* 2010; 22(3):495-501.
114. Moriano JA, Molero F, Lévy Mangin JP. Liderazgo auténtico. Concepto y validación del cuestionario ALQ en España. *Psicothema.* 2011; 23(2):336-41.
115. House RJ. Strategic leadership across cultures: the GLOBE study of CEO leadership behavior and effectiveness in 24 countries. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 2014. 431 p.
116. March Cerdá JC, Oviedo-Joekes E, Romero Vallecillos M, Prieto Rodríguez MÁ, Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *APRIM Atencion Primaria.* 2009; 41(2):69-73.
117. The King's Fund. Culture and Leadership in the NHS: The King's Fund 2014 survey. 2014; Recuperat de:

[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/survey-culture-leadership-nhs-may2014.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/survey-culture-leadership-nhs-may2014.pdf)

118. García S, Dolan S. La dirección por valores (DpV): el cambio más allá de la dirección por objetivos. Madrid: McGraw-Hill; 1997.

119. Casajuana J, Gervas Camacho JJ, Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut. La Renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012.

120. Meneu R, Peiró S. Vidas paralelas: El Sistema Nacional de Salud y su Atención Primaria. Entre dos crisis. En: La refundación de la Atención Primaria [Internet]. Madrid: Springer Healthcare; 2011. p. 15-36. Recuperat de: <http://dx.doi.org/10.1007/978-84-938062-5-5>

121. Navarro V, Martín Zurro A, Violán i Fors C, IDIAP Jordi Gol, Universitat Pompeu Fabra, Institut Català de la Salut, et al. La Atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas: proyecto de investigación. Barcelona: Departament de Salut, Institut Català de la Salut; 2009.

122. Gutiérrez Martí R, Craywinckel Martí G, Ferrús Estopà L, Fundació Doctor Robert, Universitat Autònoma de Barcelona. Càtedra de Gestió, Direcció i Administració, Càtedra de Gestió D i AS. Les competències directives en el sistema de salut de Catalunya: direccions mèdiques/assistencials: hospitals. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2010.

123. Casajuana Brunet J, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Barcelona: semFYC; 2007.

124. Puig-Junoy J, Ortún V. Cost efficiency in primary care contracting: a stochastic frontier cost function approach. Health Econ. 2004; 13(12):1149-65.

125. Freire JM. El buen gobierno, ¿eslabón perdido en la calidad en el SNS español? Rev Calid Asist Organo Soc Esp Calid Asist. 2011; 26(4).

126. Koch H. Gestión Total de la Calidad en la Sanidad. Barcelona: SG; 1994.

127. Alvarez de Mon I. Innovacion efectiva: el reto del lider de hoy. Harv Deusto Bus Rev. 2006;(151):40.

128. Álvarez de Mon S, Carreras J. Desde la adversidad: liderazgo, cuestión de carácter. Madrid [etc.]: Prentice-Hall; 2003.

129. Límón E, Blay C, Ledesma A. Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria. Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria. 2015; 47(2):73-4.

130. Teixidor i Freixa M. Ya en el siglo XXI... Un nuevo liderazgo en ciencias de la salud. Rev Rol Enfermeria Barc. 2004; 27(01):70-2.

131. Hoyos PA, Cardona MA, Correa D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Investig Educ En Enferm Fac Enferm Univ Antioquia Medellín. 2008; 26(02):2008.

132. Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

133. Pla de Salut de Catalunya [Internet]. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012. Recuperat de: [www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut)

134. Palomo L. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit Suppl 1. 2012; 26:14-9.
135. Ortún Rubio V. Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.
136. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid [etc.]: Harcourt Brace; 1999.
137. Drucker PF. Management challenges for the 21st century. New York: Harper Business; 1999.
138. Gené Badia J, Contel Segura JC. Gestión en atención primaria: incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona [etc.]: Masson; 2001.
139. Canet Martorell R, Esteva Cantó M, García Pineda A, Gómez Nadal A, Miguélez Chamorro A, Tamborero Cao G. Autonomía clínica y de gestión: Percepción de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85(6):569-81.
140. Ledesma Castelltort A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit Suppl 1. 2012; 26:57-62.
141. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Catalán-Ramos A, Pujol-Ribera E, Sampietro-Colom L. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. Health Policy Amst Neth. 2008; 86(2-3):335-44.
142. Checkland K. Management in general practice: the challenge of the new General Medical Services contract. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2004; 54(507):734-9.
143. Blasco Morilla J, Terol Fernandez J, Cortes Martinez C. Analisis del liderazgo clinico del director de una unidad de gestion clinica. Todo Hosp Barc. 2008; 27(247):320-6.
144. Shortell SM. Remaking health care in America building organized delivery systems [Internet]. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2000. Recuperat de:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=41339>
145. Williams SJ. What skills do physician leaders need now and in the future? Physician Exec. 2001; 27(3).
146. Corma Canós F. Aplicaciones prácticas del modelo EFQM de excelencia en Pymes. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
147. Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2009.
148. Casajuana-Brunet J, Escaramis-Babiano G, Gené Badia J, Iglesias-Pérez B, Pasarín Rua MI, Pujol Ribera E, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. Gac Sanit. 2006; 20(3):209-19.
149. Buglioli M, Ortún Rubio V. Decisión clínica: cómo entenderla y mejorarla. Barcelona: Springer; 2001.
150. Sierles FS. How to do research with self-administered surveys. Acad Psychiatry. 2003; 27(2):104-13.

151. Coleman A, Segar J, Checkland K, McDermott I, Harrison S, Peckham S. Leadership for health commissioning in the new NHS: Exploring the early development of clinical commissioning groups in England. *J Health Organ Manag.* 2015; 29(1):75-91.
152. Jovell AJ, Sacristán J. El médico social: apuntes para una medicina humanista: cambio social y sanidad. Cànoves i Samalús [Barcelona]: Proteus; 2012.
153. Nash DB. Improving the doctor-manager relationship. Doctors and managers: mind the gap. *BMJ.* 2003; 326(7390):652-3.
154. Morrison J, Borrell C, Marí-Dell'Olmo M, Ruiz Cantero MT, Benach J, Fernández E, et al. Desigualdades de género en la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2000-2009). *Gac Sanit.* 2010; 24(4):334-8.
155. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de profesionales sanitarios colegiados. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE); 2015 maig p. 9. Recuperat de: [www.ine.es/prensa/prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/prensa.htm)
156. Eagly AH, Johnson BT. Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 1990; 108(2):233-56.
157. Moreira Martins CM, Gil Rodríguez F, E-libro C. Liderazgo transformacional y género en organizaciones militares [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 2010. Recuperat de: <http://site.ebrary.com/id/10450307>
158. Kellerman B, Rhode DL, O'Connor SD. Women and leadership: the state of play and strategies for change. San Francisco, CA: Jossey-Bass, a Wiley Imprint; 2007.
159. Cuadrado I, Molero F. Liderazgo transformacional y género: autoevaluaciones de directivos y directivas españoles [Internet]. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.* 2002. Recuperat de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317661002>
160. Rosener JB. Ways women lead. *Harv Bus Rev.* 1990; 68(6):119-25.
161. Pless NM. Women Leading a Responsible Global Business. En: Werhane P, Painter-Morland M, editors. *Leadership, Gender, and Organization* [Internet]. Springer Netherlands; 2011. p. 245-58. Recuperat de: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-481-9014-0\\_14](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-481-9014-0_14)
162. Werhane PH, Painter-Morland M. *Leadership, gender, and organization* [Internet]. Dordrecht; New York: Springer; 2011. Recuperat de: <http://site.ebrary.com/id/10466538>
163. Senge PM, Kaufer KH. Creating Change. To change, you must overcome impediments. *Exec Excell.* 2000; 17:4-5.
164. Weick KE. Making sense of the organization. Oxford, UK; Malden, MA: Blackwell Publishers; 2001.
165. Tomlinson J. Exploration of transformational and distributed leadership. *Nurs Manag Harrow Lond Engl* 1994. 2012; 19(4):30-4.
166. Chreim S, MacNaughton K. Leadership in Health Care Teams: Constellations Role Distribution and Leadership Practices. *Acad Manag Proc.* 2014; 2014(1):11415.
167. Maak T, Pless N. Responsible leadership. London; New York: Routledge; 2006.

168. Painter-Morland M, Bos R ten. Business ethics and continental philosophy. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press; 2011.
169. Burguete Ramos MD, Martínez Riera JR, Martín González G. Actitudes de género y estereotipos en enfermería. *Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades*. 2010; 14(28):39-48.
170. Alberdi Castell R, Zabala Blanco J. La ética del cuidado: Una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias. *Rev Rol Enfermería Barc*. 2006; 29(03):31-8.
171. Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clin Esp*. 2006; 16(05):268-74.
172. Vega Villa C, Zavala Villalón G. Adaptación del Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ Forma 5X Corta) de B. Bass y B. Avolio al contexto organizacional chileno. *Repos Académico - Univ Chile* [Internet]. 2004; Recuperat de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106405>
173. Le Moigne JL. *Les Epistémologies constructivistes*. Paris: Presses universitaires de France; 1995.
174. Lave J. Acquisition des savoirs et pratiques de groupe. *Sociol Sociétés*. 1991; 23(1):145.
175. Racine G. *La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux: le rapport entre l'expérience individuelle et collective*. Paris: Montréal: L'Harmattan; 2000.
176. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications; 1989.
177. Guba EG, editor. *The Paradigm dialog*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1990. 424 p.
178. Gendron S. L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la sante: vers une complementarite transformatrice. *Ruptures -Montr*. 1996;3(2):158-72.
179. Levy R. Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *RUPTURES -Montr-*. 1994; 1(1):92-100.
180. Dewey J. *Experience and education*. New York: Macmillan; 1938.
181. Benner PE. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley Pub. Co., Nursing Division; 1984. 307 p.
182. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000. 1065 p.
183. Casadó Marin L, Delgado-Hito P. Metodologia qualitativa aplicada a la recerca en salut i els cuidatges. En: Lleixà-Fortuño M, Montesó-Curtó P, editors. *Investigació en infermeria: teoria i pràctica*. Tarragona: Publicacions URV; 2015.
184. Heidegger M. *Being and time*. New York: Harper; 1962.
185. Delgado-Hito. Métodos de la investigación cualitativa. En: *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona; 2012. p. 97-106.

186. Ray N. La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2005. p. 164-81.
187. Husserl E. The crisis of European sciences and transcendental phenomenology; an introduction to phenomenological philosophy. Evanston: Northwestern University Press; 1970.
188. Heidegger M, Fried G, Polt RFH. Introduction to metaphysics [Internet]. New Haven: Yale University Press; 2000. Recuperat de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=52970>
189. Heidegger M, Llinares Chover JB. Des de l'experiència del pensament: texto trilingue = Desde la experiencia del pensamiento. Barcelona: Ed. Península; 1986. 87 p.
190. Callejo Gallego J. El Grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel; 2001.
191. Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76(5):409-22.
192. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Pub. Co.; 1967.
193. Morse JM, Field PA. Qualitative Research Methods for Health Professionals. SAGE Publications; 1995. 272 p.
194. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000. 215 p.
195. Delgado-Hito P. Técnicas para la obtención de datos cualitativos. En: Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona; 2012.
196. Gutiérrez Brito J. Dinámica del grupo de discusión. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2008.
197. Miles MB, Huberman AM, Hlady Rispal M, Bonniol J-J. Analyse des données qualitatives. Bruxelles; [Paris]: De Boeck université; 2003.
198. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2012.
199. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76(5):423-36.
200. Morse JM, Bottorff JL. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa [Internet]. San Vicente del Raspeig: Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; 2005. Recuperat de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=318145>
201. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, Calif: Sage Publications; 1985. 416 p.

202. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders; 2005.
203. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000; 320(7226):50-2.
204. Bycio P, Hackett RD, Allen JS. Further assessments of Bass's (1985) conceptualization of transactional and transformational leadership. *J Appl Psychol*. 1995; 80(4):468-78.
205. Zafra EL, Morales JF. La función directiva en los centros docentes. Liderazgo transformacional y género. *Bol Psicol*. 1998 ;( 60):15-26.
206. Siddiqi MS, Centre for Civil Society (London School of Economics and Political Science). Who will bear the torch tomorrow? charismatic leadership and second line leaders in development NGOs. London School of Economics and Political Science, Centre for Civil Society; 2001.
207. Rodríguez-Gonzalo A, Muñoz-Lobo MJ, Marzo-Martínez A, Sánchez-Vicario F. Liderazgo en grupos de trabajo enfermeros. Percepciones. *Enferm Clínica*. 2009; 19(4):206-9.
208. Gellis ZD. Social work perceptions of transformational and transactional leadership in health care. *Soc Work Res*. 2001; 25(1):17-25.
209. Silva Peralta YF. Criterios de éxito y no-éxito de la formación en el área de recursos humanos. *Cuad Estud Empres Espana*. 2009; 19:129-51.
210. Maher KJ. Gender-Related Stereotypes of Transformational and Transactional Leadership. *Sex Roles*. 1997; 37(3-4):209-25.
211. Druskat VU. Gender and leadership style: Transformational and transactional leadership in the Roman Catholic Church. *Leadersh Q*. 1994; 5(2):99-119.
212. Ramos López MA. Mujeres y liderazgo: Una nueva forma de dirigir. Universitat de València; 2011. 221 p.
213. Bass BM, Avolio BJ. Shatter the glass ceiling: Women may make better managers. *Hum Resour Manage*. 1994; 33(4):549-60.
214. Bass BM, Avolio BJ, Atwater L. The Transformational and Transactional Leadership of Men and Women. *Appl Psychol*. 1996; 45(1):5-34.
215. Bass BM. Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *Eur J Work Organ Psychol*. 1999; 8(1):9-32.
216. Chhokar JS, Brodbeck FC, House RJ, Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness Research Program. Culture and leadership across the world the GLOBE book of in-depth studies of 25 societies [Internet]. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates; 2007. Recuperat de:  
<http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=321533>
217. Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2007; 15(5):508-21.
218. Schaubroeck J, Lam SSK, Cha SE. Embracing transformational leadership: Team values and the impact of leader behavior on team performance. *J Appl Psychol*. 2007; 92(4):1020-30.

219. Arnedo C.F. La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2009; 7(2):261-74.
220. Caldés Pinilla MJ, Cañellas Pons R, Corcoll Reixach J, Ramos Montserrat M, Sancho Viudes S, Vidal Thomàs C. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76(5):531-43.
221. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Comissió de Millora de la Qualitat. *Provant de sobreviure en la nostra cadira: manual de directologia aplicada.* Barcelona: SCMFIC, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2002.
222. El X congreso de médicos y biólogos de lengua catalana [Internet]. Recuperat de: <http://hdl.handle.net/10366/66133>
223. Davis AJ, Tschudin V, De Raeve L, De las Heras S. *Ética en enfermería: conceptos fundamentales de su enseñanza.* Madrid: Triacastela; 2009.
224. Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado Menguy F, Cabezas Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy.* 2007; 80(1):2-10.
225. Durán J, Jodar G, Pociello V, Parellada N, Martín A, Pradas J. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria.* 1999; 23(8):474-8.
226. Institut d'Estudis de la Salut. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Resum executiu.* Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2005.
227. Gené Badia J, P G de P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria.* 2004; 34(4):198-201.
228. Espelt Aluja P, Jodar Solà G, Cuxart Ainaud N, Balaguer Cerdà N, Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. *Aportació de la infermera a l'atenció primària de salut* [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2010. Recuperat de: [http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/professionals/inferm\\_aport.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/professionals/inferm_aport.pdf)
229. Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-Del-Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria.* 2009; 41(6):335-8.
230. Galimany Masclans J, Roca Roger M, Tresserras i Gaju R, García Viñets L, Escola Universitària d'Infermeria (Barcelona C. *Historia clínica electrònica de atención primaria de salud valoración de las enfermeras.* [Internet]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2014 [citado 2 octubre 2015]. Recuperat de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/133373>
231. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. *Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas.* *Gac Sanit.* 2003; 17(5):412-9.
232. Chiva R, Alegre J. Emotional intelligence and job satisfaction: the role of organizational learning capability. *Pers Rev.* 19 setembre 2008; 37(6):680-701.
233. Segura Benedicto A. La contribución de la salud pública a la mejora de la salud y a la reorientación de la sanidad. *Derecho Salud.* 2011; 22(1):189-95.

234. Trindade LDL, Amestoy SC, Muniz LA, Biolchi T, Pires DEP de, Backes VMS. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2011 [citad 6 octubre 2015]; 10(2). Recuperat de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122781>
235. McColl E, National Co-ordinating Centre for HTA (Great Britain). *Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients*. Alton: Core Research; 2001.
236. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, DiGuseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. En: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009. Recuperat de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.MR000008.pub4>
237. González AM. Comentarios a «Problemas originados por la no respuesta en investigación social: definición, control y tratamiento» de Vidal Díaz de Rada. *Metodol Encuestas*. 2002; 4(1):141 - .
238. Eisenbeiss SA, van Knippenberg D, Boerner S. Transformational leadership and team innovation: Integrating team climate principles. *J Appl Psychol*. 2008; 93(6):1438-46.

---

## ANEXOS

- Anexo 1.** Cuestionario Multifactorial de Liderazgo. Forma Líder (“Versión visto por uno mismo”)
- Anexo 2.** Correspondencia de estilo de liderazgo, conductas consecuencias con los ítems.
- Anexo 3.** Formulario electrónico para la recogida de variables secundarias
- Anexo 4.** Carta de presentación a los directores de la Región Sanitaria de Barcelona.
- Anexo 5.** Carta de presentación a la Dirección de Atención Primaria (Metropolitana Sur y Metropolitana Norte).
- Anexo 6.** Carta de presentación a los directores y adjuntos a dirección de equipos de Atención Primaria.
- Anexo 7.** Carta de recordatorio/ agradecimiento.
- Anexo 8.** Carta de solicitud de participación en los grupos de discusión.
- Anexo 9.** Guión de preguntas para los grupos de discusión
- Anexo 10** Consentimiento informado y cesión de derecho de imagen
- Anexo 11.** Aprobación del Comité de Ética del IDIAP Jordi Gol i Gurina.
- Anexo 12.** Artículo: Self-Perception of Leadership Styles in Primary Health Care (enviado, pendiente de revisión).



### Anexo 1. Cuestionario Multifactorial de Liderazgo. Forma Líder (“Versión visto por uno mismo”)

Autores: Vega Villa C, Zavala Villalón G

Este cuestionario intenta describir su estilo de liderazgo, tal como Ud. lo percibe. Por favor, responda todos los ítems de este cuadernillo. **Si un ítem le resulta irrelevante o le parece que no está seguro o que no conoce su respuesta, no lo responda.**

En las siguientes páginas se presentan 82 afirmaciones descriptivas. Juzgue cuán frecuentemente cada afirmación se ajusta a Ud. La palabra “demás” puede significar sus pares, clientes, informantes directos, o supervisores, o todos ellos.

Use la siguiente escala de clasificación para sus respuestas, marcando la categoría correspondiente con una cruz o un círculo.

Nunca	Rara Vez	A Veces	A Menudo	Frecuentemente
0	1	2	3	4

1. Ayudo a los demás siempre que se esfuercen	0 1 2 3 4
2. Acostumbro a evaluar críticamente creencias y supuestos para ver si son apropiados	0 1 2 3 4
3. Trato de no interferir en los problemas, hasta que se vuelven serios	0 1 2 3 4
4. Trato de poner atención sobre las irregularidades, errores y desviaciones de los estándares requeridos	0 1 2 3 4
5. Me cuesta involucrarme cuando surge alguna situación relevante	0 1 2 3 4
6. Expreso mis valores y creencias más importantes	0 1 2 3 4
7. A veces estoy ausente cuando surgen problemas importantes	0 1 2 3 4
8. Cuando resuelvo problemas, trato de verlos de distintas formas	0 1 2 3 4
9. Trato de mostrar el futuro de modo optimista	0 1 2 3 4
10. Hago que los demás se sientan orgullosos de trabajar conmigo	0 1 2 3 4
11. Aclaro y especifico la responsabilidad de cada uno, para lograr los objetivos de desempeño	0 1 2 3 4
12. Me decido a actuar sólo cuando las cosas están	0 1 2 3 4

## Anexos

funcionando mal	
13. Tiendo a hablar con entusiasmo sobre las metas	0 1 2 3 4
14. Considero importante tener un objetivo claro en lo que se hace	0 1 2 3 4
15. Le dedico tiempo a enseñar y orientar	0 1 2 3 4
16. Dejo en claro lo que cada uno podría recibir, si se lograran las metas	0 1 2 3 4
17. Sostengo la firme creencia en que si algo no ha dejado de funcionar totalmente, no es necesario arreglarlo	0 1 2 3 4
18. Por el bienestar del grupo soy capaz de ir más allá de mis intereses	0 1 2 3 4
19. Trato a los demás como individuos y no sólo como miembros de un grupo	0 1 2 3 4
20. Señalo que los problemas deben llegar a ser crónicos antes de tomar acciones	0 1 2 3 4
21. Actúo de modo que me gano el respeto de los demás	0 1 2 3 4
22. Pongo toda mi atención en la búsqueda y manejo de errores, quejas y fallos	0 1 2 3 4
23. Tomo en consideración las consecuencias morales y éticas en las decisiones adoptadas	0 1 2 3 4
25. Realizo un seguimiento de todos los errores que se producen	0 1 2 3 4
25. Me muestro confiable y seguro	0 1 2 3 4
26. Construyo una visión motivante del futuro	0 1 2 3 4
27. Dirijo mi atención hacia fracasos o errores para alcanzar los estándares	0 1 2 3 4
28. Suele costarme tomar decisiones	0 1 2 3 4
29. Considero que cada persona tiene necesidades, habilidades y aspiraciones únicas	0 1 2 3 4
30. Ayudo a los demás a mirar los problemas desde distintos puntos de vista	0 1 2 3 4
31. Ayudo a los demás a desarrollar sus fortalezas	0 1 2 3 4
32. Sugiero a los demás nuevas formas de hacer su trabajo	0 1 2 3 4
33. Medito detenidamente la respuesta a asuntos urgentes, aunque esto implique demora	0 1 2 3 4
34. Enfatizo la importancia de tener una misión compartida	0 1 2 3 4
35. Expreso mi satisfacción cuando los demás cumplen con lo esperado	0 1 2 3 4
36. Expreso confianza en que se alcanzaran las meta	0 1 2 3 4
37. Soy efectivo/a en relacionar el trabajo de los demás con	0 1 2 3 4

sus necesidades	
38. Utilizo métodos de liderazgo que resultan satisfactorios para los miembros de mi grupo de trabajo	0 1 2 3 4
39. Soy capaz de llevar a los demás a hacer más de lo que esperaban hacer	0 1 2 3 4
40. Soy efectivo/a representando a los demás frente a los superiores	0 1 2 3 4
41. Puedo trabajar con los demás en forma satisfactoria	0 1 2 3 4
42. Aumento la motivación de los demás hacia el éxito	0 1 2 3 4
43. Soy efectivo/a en encontrar las necesidades de la organización	0 1 2 3 4
44. Motivo a los demás a trabajar más duro	0 1 2 3 4
45. Dirijo un grupo que es efectivo	0 1 2 3 4
46. Comparto los riesgos en las decisiones tomadas en el grupo de trabajo	0 1 2 3 4
47. Quienes trabajan conmigo tienen confianza en mis juicios y mis decisiones	0 1 2 3 4
48. Motivo a los demás a tener confianza en sí mismos	0 1 2 3 4
49. Evalúo las consecuencias de las decisiones adoptadas	0 1 2 3 4
50. Busco la manera de desarrollar las capacidades de los demás	0 1 2 3 4
51. Aclaro a cada uno lo que recibirá a cambio de su trabajo	0 1 2 3 4
52. Me concentro en detectar y corregir errores	0 1 2 3 4
53. Espero que las situaciones se vuelvan difíciles de resolver, para comenzar a actuar	0 1 2 3 4
54. Tiendo a no corregir errores ni fallos	0 1 2 3 4
55. Hago que los demás deseen poner más de su parte en el trabajo	0 1 2 3 4
56. El rendimiento productivo del grupo que dirijo es bien evaluado dentro de la organización	0 1 2 3 4
57. Intento mostrar coherencia entre lo que digo y hago	0 1 2 3 4
58. Intento ser un modelo a seguir para los demás	0 1 2 3 4
59. Ayudo a los demás a centrarse en metas que son alcanzables	0 1 2 3 4
60. Estimulo la tolerancia a las diferencias de opinión	0 1 2 3 4
61. Tiendo a comportarme de modo de poder guiar a mis subordinados	0 1 2 3 4
62. Me relaciono personalmente con cada uno de mis colaboradores	0 1 2 3 4

## Anexos

63. Cuando los demás logran los objetivos propuestos, les hago saber que lo han hecho bien	0 1 2 3 4
64. Me interesa corregir y solucionar los errores que se producen	0 1 2 3 4
65. En general no superviso el trabajo de los demás, salvo que surja un problema grave	0 1 2 3 4
66. Generalmente prefiero no tener que tomar decisiones	0 1 2 3 4
67. Me preocupo de aumentar el deseo de alcanzar las metas en los demás	0 1 2 3 4
68. Soy efectivo/a en buscar formas de motivar al grupo de trabajo	0 1 2 3 4
69. Expreso mi interés a los demás por lo valioso de sus aportes para resolver problemas	0 1 2 3 4
70. Los empleados manifiestan su satisfacción al trabajar conmigo	0 1 2 3 4
71. Me interesa conocer las necesidades que tiene el grupo de trabajo	0 1 2 3 4
72. Soy capaz de exponer a los demás los beneficios que para cada uno acarrea el alcanzar las metas organizacionales	0 1 2 3 4
73. Tiendo a estimular a los demás a expresar sus ideas y opiniones sobre el método de trabajo	0 1 2 3 4
74. Sé lo que necesita cada uno de los miembros del grupo	0 1 2 3 4
75. Tengo la creencia de que cada cual debe buscar su forma de hacer el trabajo	0 1 2 3 4
76. En general cumplo con las expectativas que tienen de mí mis subordinados	0 1 2 3 4
77. Informo permanentemente a los demás sobre las fortalezas que poseen	0 1 2 3 4
78. Creo que muchos problemas se resuelven solos, sin necesidad de intervenir	0 1 2 3 4
79. Logro contar con mi equipo cada vez que hay trabajo extra	0 1 2 3 4
80. Siento que quienes trabajan conmigo me escuchan con atención	0 1 2 3 4
81. Puedo construir metas que incluyan las necesidades de quienes trabajan conmigo	0 1 2 3 4
82. Los demás creen que es grato trabajar conmigo	0 1 2 3 4

**Anexo 2. Correspondencia de estilo de liderazgo, conductas, consecuencias con los ítems**

<b>Conductas percibidas</b>	<b>Ítems</b>	<b>Estilos de liderazgo</b>
◇ Estimulación intelectual	2, 8, 30, 32, 49, 60, 69, 73	<b>Liderazgo transformacional</b>
◇ Influencia idealizada conductual	6, 14, 23, 34, 46, 57, 61, 71,	
◇ Motivación inspiracional	9, 13, 26, 36, 48, 59, 72, 81	
◇ Influencia idealizada atribuida	10, 18, 21, 25, 47, 58, 80	
◇ Consideración individualizada	15, 19, 29, 31, 50, 62, 74, 77	
◇ Recompensa contingente	1, 11, 16, 35, 51, 63	<b>Liderazgo transaccional</b>
◇ Dirección por excepción pasiva	3, 12, 17, 20, 53, 65	
◇ Dirección por excepción activa	4, 22, 24, 27, 52, 64	
◇ Dirección pasiva/evitadora	5, 7, 28	<b>Liderazgo correctivo/evitador (ausencia de liderazgo)</b>
◇ Laissez-faire	33, 54, 66, 75, 78	
<b>Consecuencias del liderazgo transformacional</b>		
◇ Satisfacción	38, 41, 70, 76, 82	
◇ Efectividad	37, 40, 43, 45, 56, 68	
◇ Esfuerzo extra	39, 42, 44, 55, 67, 79	



---

**Anexo 3. Formulario electrónico para la recogida de variables secundarias****Datos sociodemográficos**

es muy importante que conteste...

Nombre del equipo de Atención Primaria que dirige

Nombre de la organización a la que pertenece \*

Por favor, nos puede indicar su edad, en años ...?

.. y usted es? \*

- Hombre  
 Mujer

Profesión \*

- Médico/a  
 Enfermero/a

Otro:

Tipo de cargo \*

- Director/a  
 Adjunto/a a dirección  
 Responsable servicio  
 Coordinador  
 Otros

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo lleva asumiendo funciones de dirección?

- Menos de dos años  
 De dos a cinco años  
 Más de cinco años



#### **Anexo 4. Carta de presentació a los directores de la Región Sanitaria de Barcelona**

Benvolgut/da,

Em poso en contacte amb vosaltres per tal de presentar-vos un projecte sobre avaluació i estils de lideratge dels directius d'Atenció Primària de la Regió Sanitària de Barcelona, per mitjà d'un qüestionari específic amb l'objectiu d'avaluar l'autopercepció del propi estil de lideratge (Multifactor Leadership Questionnaire). Aquest projecte forma part de la tesi doctoral de la Sra. Glòria Jodar i Solà.

L'objectiu de l'estudi és identificar les conductes i estils del lideratge autopercebuts pels directius (directors i adjunts) dels Equips d'Atenció Primària i salut mental de la Regió Sanitària de Barcelona.

El *Multifactor Leadership Questionnaire* és un de los qüestionaris més utilitzats habitualment en el camp de la investigació del lideratge. Aquests estudi utilitzarà la versió validada en llengua Espanyola. Es necessita la màxima participació per tal d'assegurar la màxima qualitat dels resultats obtinguts.

La realització d'aquest estudi contribuirà a ampliar coneixements sobre les conductes i estils de lideratge i, alhora, determinar les estratègies necessàries per desenvolupar i promoure millores en els estils de lideratge i la seva efectivitat. Las evidències científiques mostren que l'estil de lideratge pot afavorir el treball en equip i l'acceptació de processos innovadors a les organitzacions.

Us adjunto la carta de presentació d'aquest projecte. Properament, la Sra. Glòria Jodar us facilitarà l'enllaç al qüestionari *on line* que podreu respondre fàcilment i amb total confidencialitat.

Agraint la vostra col·laboració, rebeu una cordial salutació,

Carme Esteve

Gerent de la Regió Sanitaria de Barcelona

Barcelona, novembre de 2012



## **Anexo 5. Carta de presentación a la Dirección de Atención Primaria (Metropolitana Sur y Metropolitana Norte)**

Benvolgudes i benvolguts,

Des de fa ja molt de temps, el tema del lideratge està produint una gran producció acadèmica i alhora divulgativa, transcendint més enllà d'organitzacions com la nostra, la comunitat, els moviments socials i el propi país, on vivim una situació de necessitat de nous lideratges. Això fa que estudiar els lideratges sigui susceptible de ser abordat des de molts punts de vista i aquest aspecte és el que el fa encara més interessant.

El meu propòsit és iniciar un projecte de tesi que reculli quins són els perfils de lideratges autopercebut pels professionals que ocupen càrrecs directius a l'Atenció Primària de Salut, mitjançant una enquesta validada en espanyol, per tal de descriure'ls i relacionar-los amb les possibles conseqüències positives pels professionals i per l'organització, pel que fa a la satisfacció, efectivitat i esforç extra en el treball.

La literatura al respecte és molt àmplia; recentment, el lideratge transformacional està essent molt estudiat, ja que s'ha observat que pot introduir canvis en els valors, les actituds i les habilitats de les persones dels equips.

En canvi, no hi ha estudis fets ni a Catalunya ni a la resta d'Espanya sobre estils de lideratge en general i tampoc en el marc de l'APS. Identificar les conductes i els estils de lideratge pot representar un primer pas per obrir una nova línia d'investigació a l'àmbit de l'AP.

Per aquest motiu, em poso en contacte amb vosaltres per sol·licitar-vos la col·laboració dels Directors i Adjunts a Direcció. L'enquesta s'enviarà per correu electrònic, a través d'un enllaç que també us adjunto a vosaltres.

Les dades seran confidencials i no podran identificar-se els participants.

## **Anexos**

---

Us facilito el meu correu electrònic i el meu telèfon per qualsevol consulta:  
[gloriajodarsola@gmail.com](mailto:gloriajodarsola@gmail.com) i 607074252

### **Enquesta estil de lideratge**

Ben cordialment,

Glòria Jodar i Solà

Programa de Doctorat en Ciències Infermeres UB

Barcelona, juny de 2013

## **Anexo 6. Carta de presentación a los directores y adjuntos a dirección de equipos de Atención Primaria**

Benvolgudes i benvolguts,

Des de fa ja molt de temps el tema del lideratge està produint una gran producció acadèmica i alhora divulgativa, transcendint més enllà d'organitzacions com la nostra, la comunitat, els moviments socials i el propi país, on vivim una situació de necessitat de nous lideratges. Això fa que estudiar els lideratges sigui susceptible de ser abordat des de molts punts de vista i aquest aspecte és el que el fa encara més interessant.

El meu propòsit és iniciar un projecte de tesi que reculli quins són els perfils de lideratges auto percebuts pels professionals que ocupen càrrecs directius a l'Atenció Primària de Salut, mitjançant una enquesta validada en espanyol, per tal de descriure'ls i relacionar-los amb les possibles conseqüències positives pels professionals i per l'organització, pel que fa a la satisfacció, efectivitat i esforç extra en el treball.

La literatura al respecte és molt àmplia; recentment, el lideratge transformacional està essent molt estudiat ja que s'ha observat que pot introduir canvis en els valors, actituds i habilitats de les persones dels equips. En canvi, no hi ha estudis fets ni a Catalunya ni a la resta d'Espanya sobre estils de lideratge en general i tampoc en el marc de la APS. Identificar les conductes i els estils de lideratge pot representar un primer pas per obrir una nova línia d'investigació a l'àmbit de l'AP.

Per aquest motiu, em poso en contacte amb vosaltres per sol·licitar-vos la vostra col·laboració responent l'enquesta, de forma àgil i confidencial, que em permetrà portar a terme aquest estudi i presentar els resultats. Us facilito l'enllaç a l'enquesta en la qual haureu de respondre una sèrie de preguntes per avaluar la vostra auto-percepció en relació al vostre estil de lideratge.

## **Anexos**

---

Les dades seran confidencials i no podran identificar els participants un cop obtinguts els resultats. La resposta a l'enquesta substitueix el consentiment informat, donant per fet que la seva resposta implica el consentiment.

Les dades de contacte per si creieu oportú fer qualsevol consulta són [gloriajodarsola@gmail.com](mailto:gloriajodarsola@gmail.com) i el telèfon de contacte. 607074252

### **Enquesta estil de lideratge**

Ben cordialment,

Glòria Jodar i Solà

Programa de Doctorat de Ciències Infermeres UB

---

## Anexo 7. Carta de recordatorio/ agradecimiento

---

*Projecte sobre avaluació dels estils de lideratge dels directius d'AP*



**Moltes gràcies per la vostra participació.**

**Les vostres respostes són imprescindibles per impulsar els estudis sobre el lideratge a l'Atenció Primària.**

Fa 3 setmanes us vaig demanar la vostra participació en el *Multifactor Leadership Questionnaire*, un dels qüestionaris més utilitzats en el camp de la recerca sobre lideratge. Us agraeixo la vostra col·laboració i alhora demano que hi participeu si no l'heu respòs, doncs la percepció dels directius és determinant per fer visible els líders de l'Atenció Primària.



**Anexo 8. Carta de solicitud de participación en los grupos de discusión**

Benvolgudes/ts,

Em poso en contacte amb vosaltres per tal de presentar-vos i demanar-vos la vostra col·laboració com infermeres d'AP en un projecte de recerca amb metodologia mixta que forma part de la meva tesi doctoral sobre avaluació i estils de lideratge dels directius d'Atenció Primària de la Regió Sanitària de Barcelona.

La primera part del projecte va consistir en la realització d'un estudi quantitatiu descriptiu per mitjà d'un qüestionari específic amb l'objectiu d'avaluar l'autopercepció del propi estil de lideratge (*Multifactor Leadership Questionnaire*). Els resultats d'aquesta primera part estan en fase de publicació.

La segona part de l'estudi utilitza una metodologia qualitativa de tipus fenomenològic. Consisteix en formar grups de discussió d'infermeres i metges assistencials, per tal d'aprofundir sobre la percepció dels professionals d'AP respecte els estils de lideratge dels seus directius: Director d' EAP/ Adjunt a la direcció.

La realització d'aquesta segona part de l'estudi pot contribuir a ampliar coneixements sobre les conductes i estils de lideratge i, alhora, ajudar en les estratègies necessàries per desenvolupar i promoure millores en els estils de lideratge i la seva efectivitat. Les evidències científiques mostren que l'estil de lideratge pot afavorir el treball en equip i l'acceptació de processos innovadors a les organitzacions. La literatura al respecte és molt àmplia; recentment, el lideratge transformacional està essent molt estudiat, ja que s'ha observat que pot introduir canvis en els valors, les actituds i les habilitats de les persones dels equips.

En canvi, no hi ha estudis fets ni a Catalunya ni a la resta d'Espanya sobre estils de lideratge en el marc de l'APS. En aquest sentit, identificar les

conductes i els estils de lideratge pot representar un primer pas per obrir una nova línia d'investigació a l'àmbit de l'AP.

Per tot això la vostra participació en l'estudi és molt important ja que com professionals de l'AP sou els únics capaços d'informar de les conductes i estils de lideratge a partir de la vostra pròpia experiència. La vostra implicació consistirà en participar en un grup de discussió format per 7-8 infermeres assistencials i la durada prevista serà d' unes 2 hores.

La sessió es realitzarà a:

UNITAT DE SUPORT A LA RECERCA de Barcelona Ciutat (IDIAP-JORDI GOL), situada a Carrer Sardanya núm. 375, principal.

El proper dia 25 de Febrer del 2015 de 12,30 a 15

Es podrà certificar la vostra assistència. I per descomptat, rebreu els resultats dels grups de discussió. Si teniu qualsevol dubte relacionat amb el projecte i la vostra participació, podeu trucar al següent número de telèfon 607074252, o bé enviar-me un correu electrònic a aquesta adreça: gloria.jodar@gmail.com

Agraint la vostra col·laboració, rebeu una cordial salutació,

Glòria Jodar i Solà

Programa de doctorat en Ciències Infermeres UB

## **Anexo 9. Guión de preguntas para los grupos de discusión**

### **Preguntes grups de discussió**

#### **Preguntes generals:**

**Podries descriure amb les teves pròpies paraules els diferents estils i conductes de lideratge que identifiqués en el teu entorn assistencial?**

#### **Preguntes focalitzades:**

1. Quina és la teva experiència viscuda en relació als diferents estils i conductes de lideratge?
2. Com creus que pot afectar l'estil de lideratge sobre la activitat diària? I sobre l'organització?
3. Com creus que pot afectar l'estil de lideratge sobre els resultats en la teva feina?
4. Creus que l'estil i conductes de lideratge pot influir en la motivació i la satisfacció a la feina?
5. Creus que els directors són els líders del teu equip?
6. Creus que els teus líders faciliten el teu desenvolupament i creixement professional? (potencien els canvis i les innovacions, et fan participar de les preses de decisions i l'organització de les activitats, faciliten la formació continuada, potencien l'expressió lliure d'idees i propostes)
7. Faciliten que puguis realitzar formació continuada
8. Potencien canvis i innovacions
9. T'informen dels objectius a realitzar, els seus resultats i els del Equip?
10. És coherent entre allò que diu i allò que fa?



---

## Anexo 10. Consentimiento informado y cesión de derechos de imagen

### GRUP EMERGENT DE RECERCA EN CURES DE SALUT



### CONSENTIMENT INFORMAT I CESSIÓ DE DRETS DE VEU I D'IMATGE

#### Título del estudio

#### Avaluació del perfil de lideratge en atenció primària

#### Implicació de la seva participació

Aquesta investigació implica la seva participació en un grup focal que tindrà una durada aproximada de entre 90 i 120 minuts.

#### Selecció dels/de les participants

L'hem convidat a participar perquè compartint la seva experiència professional pot contribuir a millorar la comprensió i coneixement de la influencia que té l'estil de lideratge en la satisfacció del professionals

#### Participació voluntària

La seva participació és completament voluntària i la pot deixar en qualsevol moment, encara que hagi signat aquest consentiment i s'estigui en ple procés d'investigació.

#### Procediments

El grup focal comptarà amb la participació d'entre 8-9 professionals d'atenció primària i el moderarà na Pilar Delgado i l'observaran dos membres de l'equip investigador del projecte. M. Antònia Campo i Glòria Jodar. Tractarem de facilitar que tots/es tingueu oportunitat de parlar, de sentir-vos còmodes i de respondre les preguntes de la investigació.

El grup focal es gravarà en vídeo i àudio i la gravació s'emmagatzemarà en un arxiu codificat, que no permeti la identificació dels/de les participants. La informació obtinguda és confidencial, i només, vostè i l'equip investigador tindran accés a les gravacions, que seran eliminades al cap d'un any.

### **Confidencialitat**

L'equip investigador es compromet a utilitzar les vostres dades únicament per aquesta investigació i a fer tot el procés (recollida de dades, anàlisi i elaboració dels resultats) de forma confidencial i anònima.

### **Difusió de resultats**

Tots els participants rebreu un resum de les entrevistes en les que haguen participat i dels resultats d'aquesta investigació abans de la seva difusió a les revistes científiques.

### **Persona de contacte per si té dubtes sobre l'estudi:**

Per a qualsevol dubte o pregunta sobre el projecte, pot contactar amb la coordinadora dels grups focals: Glòria Jodar i Solà

**Tel.** 607074252

**e-mail:** gloria.jodar@gmail.com

## Anexo 11. Aprobación del Comité de Ética del IDIAP Jordi Gol i Gurina



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

#### **CERTIFICA:**

Que aquest Comitè en la reunió del dia 27/05/2015, ha avaluat el projecte **Avaluació del perfil de lideratge directiu en Atenció Primària** amb el codi **P15/050** presentat per l'investigador/a **Glòria Jodar Solà**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 04/06/2015



**Anexo 12. Artículo: Self-perception of Leadership styles in Primary Health Care (enviado, pendiente de revisión)**

Autores: Jodar Solà G, Gené Badia J, Delgado Hito P, Del Val García JL, Real Gatus J, Parellada Esquiús N, Campo Osaba MA

**INTRODUCTION**

The concept of leadership has been studied in various disciplines and from different theoretical approaches. It is a dynamic concept that evolves over time. For this reason, scientific literature has defined leadership in different ways. In general, it is defined as a multidimensional process, involving a position of influence within a group, in a setting which seeks to achieve objectives that reflect a common vision [1, 2].

There are few studies in our field on managers' self-perception of their leadership style. There are no pure styles, but one or another style is generally favoured to a greater or lesser degree.

In the primary health care (PHC) setting, managers' leadership style is defined as a set of attitudes, behaviours, beliefs and values. This is undoubtedly influenced by the task, values, and context of management, in addition to the evolution of the health system itself [3]: most health institutions of the country still have hospital-centred values and a hierarchical culture in which economic incentives depend on best performance (*pay for performance*). Thus, a discussion about the need for transforming leaders in the clinical setting is required [4, 5].

Factors related to leadership style are divided between those focused on the leader and those focused on the context in which the leader performs. For example, leadership can be considered as simply an attribute of a person's innate characteristics and his/her position in the hierarchy, or else it can be

thought as a function distributed amongst various professionals in a group [6]. Self-perception of leadership style can also be determined by a subject's values, job satisfaction, gender, profession and management experience [7]. However, effective leadership is defined as that which tends to cause innovations [8, 9] and deep changes within the organization [10, 11].

Scientific literature identifies and evaluates various leadership styles [12]. Traditionally, the most frequently studied form has been transactional leadership (TRL), although in recent years, transformational leadership (TFL) has been the style more frequently encountered in the literature, since it comprises the expectations and objectives of professionals, not only in their exchanges, but in their expectations for changing values, attitudes and beliefs within the group or team [13]. Indeed, this is precisely the style that we think should be introduced in organizations which base their healthcare models on interdisciplinarity and teamwork, focusing on people's needs. Professionals with clinical experience and a comprehensive knowledge of PHC are the very factors that may ensure TFL, while carrying out all those services necessary to meet the needs and new health situations of the population [14]. While there is no clear consensus on the skills and behaviours needed to take on TFL, they include the following: competency, self-confidence, creativity, collaboration, empathy, and the ability to enjoy success. Various studies show that this style encourages teamwork and the acceptance and use of innovation by organizations, resulting in continuously improving results. That is why nowadays, PHC managers with a TFL profile are a model of effective leaders prepared for change [15].

Recent studies suggest that effective leadership translates into positive results for the health system as a whole, but especially for professionals, and has a direct beneficial impact on patients [16]. Certain leadership styles have been associated with a better quality of life, as perceived by health professionals, and retention of excellent professionals increases [17]. Effective leadership strengthens professional autonomy and clinical management, allowing changes in managerial actions so they are more focused on the needs of patients and communities, and less directed towards responding to the needs of obsolete hierarchical–administrative systems.

Thus, the objectives of this study were: **(I)** to describe and learn about the self-perception of behaviours and leadership styles among PHC managers; **(II)** to determine the influence of the leadership style on job satisfaction, efficiency, and willingness to work in a team; and **(III)** to determine the relationship between age, gender, profession, type of manager (Team Manager or Deputy Manager), years of management experience, and the type of organization.

## **METHODOLOGY**

### **Study design**

Cross-sectional observational study.

### **Study scope**

The study was conducted among the 133 primary care teams in the Barcelona Health Area, with a total of 258 managers.

Eighty-five percent (85%) of these teams work for the *Institut Català de la Salut* (ICS), which is a public organization where professionals are employed as

public servants. Other teams also participated in the study, namely Associative Entities (AE). These are professional healthcare societies that follow the entity-relationship model set down by Spanish Decree 309/97, which specifies the requirements for the accreditation of associative entities for the management of healthcare centres.

### **Target population and sample size**

The population eligible for the study were professionals who were Team Managers (who administer and coordinate the team) or Deputy Managers (who give support to the Team Managers). The sample included all the eligible population (N = 258).

Catalonian health system has management teams, consisting of doctors and nurses in the positions of Team Manager and Deputy Manager. Potential study participants were identified using the management electronic database for the Barcelona Health Area that stores information about the total number of professionals and managers identified, classified by category, title and workplace. The selection was carried out by members of the human resources unit and the Area or Sector Manager (executive director of the Barcelona Health Region).

### **Study variables**

#### **Primary variable:**

The primary study variable was behavioural and leadership styles. The Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) developed by Bass and Avolio [18]

and validated in Spanish by Vega Villa and Zavala Villalón [19] was used for this purpose. It is a multi-dimensional instrument that assesses how managers perceive themselves with regard to a leadership style.

This study used the abovementioned Spanish validated version of leadership self-perception. It is a self-administered questionnaire consisting of 82 items which assess the presence or absence of various leadership styles using a Likert-type scale with five points for each item (0 = never; 1 = rarely; 2 = sometimes, 3 = often; 4 = frequently) [20].

On the basis of the MLQ factorial structure, the items are grouped into three first order variables (transformational, transactional and laissez-faire) and ten second order variables, which discriminate the different leader behaviours:

- Transformational leadership (TFL) comprises five factors: Charisma/Inspirational, Inspirational motivation, Intellectual motivation, Individualized consideration, and Behavioural and/or Attributed influence.
- Transactional leadership (TRL) comprises three factors: Contingent reward, Passive management by exception, and Active management by exception
- Corrective avoidant leadership (CAL) comprises two factors: Laissez-faire and Passive management by exception.

In addition, the questionnaire includes variables which evaluate the organizational outcomes associated leadership styles: Extra effort (achievement motivation), Efficiency (ability to lead) and Satisfaction (good work atmosphere).

**Secondary variables:**

The secondary variables were profession, age, gender, management experience, and type of organization.

### **Data collection**

Before the study started, we informed the authors of the questionnaire about our intentions and got their consent to use it. During June 2013, a personalized letter was sent to each of the 133 teams explaining the aim of the study and the importance of their participation to obtain a specific number of answers to validate the study. The letter also indicated that data confidentiality would be guaranteed and described the way this data would be used, highlighting the impossibility of identifying participants once the results were obtained.

A second letter was sent by e-mail once each manager gave their agreement to participate in the study. The e-mail included a personalized letter, signed by the principal investigator, and the questionnaire for data collection (MLQ and the fields required for the collection of secondary endpoints) was attached.

In order to achieve an acceptable response rate of at least 60%, 7-10 days after sending the documentation for the first time, an online postcard designed *ad hoc* was also sent thanking all managers for their participation and reminding them of the importance of their response in obtaining valid results for the study. Two or three weeks later, another letter was sent with special emphasis on the importance of their participation [21]. Data collection was performed between June and September 2013.

### **Data analysis**

The database was reviewed, missing or abnormal values (out of range) were explored and valid information from the data obtained from the questionnaires was retrieved. To describe quantitative data, mean and standard deviation were used if data distribution was normal; otherwise, the median and interquartile range were used. Categorical results were analyzed using percentages and absolute frequencies. Estimates were reported with 95% confidence intervals. To determine the association between leadership behaviour and styles with their positive outcomes, as well as with individual characteristics of the participants, the Chi-square test was used for categorical variables and Student's T-test, variance analysis or its nonparametric equivalent were used for quantitative variables.

Correlation between first-order and second-order variables and the factors related to organizational outcomes were analyzed.

Logistic regression models were constructed to determine the relationship of the collected variables, using the managerial position as the dependent variable. Variable selection criteria for the estimation of models used a forward stepwise technique with an input of  $p < 0.05$  and an output of  $p > 0.10$ .

Cronbach's alpha was used to describe the reliability of the questionnaire.

The degree of statistical significance accepted for all tests was  $p \leq 0.05$ . All statistical analyses were performed using the SPSS 17.0 software for Windows.

### **Ethical aspects**

Data confidentiality was ensured by the anonymity of the responses. To obtain and use the data needed for sample selection, a confidentiality agreement was signed. Participants were informed in a letter from the Manager of the Health

Region and a letter from the principal investigator about the study, its voluntary nature and data confidentiality. The study followed international recommendations on ethics and biomedical research in human beings, published in *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* of the *Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)* [22] and the Good Clinical Practice in Research Guidelines of Barcelona University (BU) [23].

## **RESULTS**

A total of 140 responses were obtained, which means a response rate of 54.26%. Eighty-five percent (85%) of the surveyed managers were PHC professionals of the ICS and the remaining 15% belonged to Associative Entities (Ref Decree) or health consortia. Most participants were nurses (86/140; 61.4%) and the predominant gender was female (105/140; 75%). Regarding work category, Team Managers were mainly physicians (45/63; 71%) and females (39/63; 61.9%). The average age of the entire sample was 49 years; the average age of the Deputy Managers was 50.5 while that of Team Managers was 47.5. With regard to the period of time of occupying leadership roles, most participants had been in their respective position for more than five years. Characteristics of respondents are shown in Table 1.

The results obtained by applying the Cronbach's alpha coefficient show that the instrument used was highly reliable ( $\alpha=0.924$ ) on all 82 items, proving its homogeneity.

**First-order and second-order variables** (Table 2)

In general, managers see their leadership as equally transactional and transformational (mean: 3.30). TRL was the most self-scored first-order variable obtained from nurses, who reported an average of 3.38, significantly higher than that of physicians ( $p < 0.003$ ).

Focusing on TRL dimension, there was a significant difference between men and women ( $p < 0.015$ ) with lower scores in men than in women. Among the second-order variables, contingent reward was highly scored by physicians and nurses alike, with no statistically significant differences.

Items related to both TRL and TFL showed higher mean scores in nurses than in physicians, but differences were not statistically significant.

The score for first-order TFL variable was 3.34 for nurses and 3.24 for physicians; all second-order dimensions (Charisma/Inspirational, Inspirational motivation, Intellectual motivation, Individualized consideration, and Behavioural and/or Attributed influence.) were scored higher in nurses than physicians, with significant differences in individualized consideration ( $p < 0.001$ ) and behavioural influence ( $p < 0.021$ ).

Women scored higher in all items of TFL, but differences were not statistically significant.

There were no significant differences between Team Managers and Deputy Managers, except in self-rated TRL (deputies scored slightly higher than managers).

Second-order variables, laissez-faire and passive management by exception, within the first-order variable corrective/avoidance leadership were the least scored, with a significant difference in passive management by exception in men ( $p < 0.024$ ).

Significant differences between variables and years in the position or between variables and the type of organization are not observed although all scores are higher in the ICS teams.

Table 3 shows the correlations (Pearson's correlation coefficients:  $r$ ) between first-order and second-order variables, as well as between organizational outcomes (satisfaction, efficiency and extra effort) and leadership styles.

TFL showed a high correlation with inspirational charisma ( $r=0.977$ ) and TRL with individualized consideration ( $r=0.931$ ).

Both TRL and TFL correlated highly with efficiency ( $r=0.724$  and  $r=0.710$  respectively). On the other hand, satisfaction showed mean correlations with almost all factors except corrective/avoidance leadership.

A logistic regression model was constructed to study the relationship between the position (Team Manager or Deputy Manager) and the various independent variables: years in the position, gender, profession (nurse or physician), organization (ICS or non ICS) and all the leadership styles.

As for the influence of all study variables on the probability of being a Team Manager or Deputy Manager, the only variable with a significant statistical relationship was the profession of physician. The odds ratio (OR) of a physician being Deputy Manager was 0.04 (95% CI: 0.01 – 0.12;  $p<0.001$ ), thus a relationship between being a physician and having a managerial position is observed.

## **DISCUSSION**

The factorial structure of the MLQ obtained in this study is partly similar to that presented by Bass and Avolio [18], in which a clear distinction was found

between TFL and TRL styles, especially laissez-faire. However, as already confirmed by the authors of the instrument and the numerous authors who have used the MLQ in their studies [24], small differences can be identified that may be due to cultural differences, environment and employment context.

It should be noted that the MLQ questionnaire has been used mainly in the format that assesses managers from the point of view of other professionals. However, in this study, we aimed to evaluate the self-perception that managers have of their own leadership style, which may also explain differences with other authors.

Study results have some similarities with those obtained by Morales and Molero, who also observed a predominance of TFL compared to TRL, although in their case, the MLQ was completed by professionals and not by managers [25]. Likewise, Ana Rodríguez Gonzalo studied leadership in the hospital setting, using the MLQ, and identified both styles with a clear predominance of TFL [26].

In general, most managers, regardless of their gender, give themselves high scores in the socially desirable factors (TFL and TRL) and low scores on the least valued factors (e.g. laissez-faire).

This tendency to self-praise is also confirmed by observing the perceptions of efficiency, extra effort and satisfaction expressed by managers, especially when they are nurses.

With regard to the main objective of the study (to determine self-perceived leadership style and behaviour of PHC managers), we can state that, taken as a whole, managers see themselves to having a transactional style; this observation is clearly significant in female nurse managers. It is worth

mentioning that in the “contingent reward” factor, female managers also give themselves higher scores than men, which may reflect a greater tendency towards maintaining the status quo of the team.

The “contingent reward” factor involves using psychological rewards, such as acknowledgement of a job well done. Since female managers are more likely oriented to the development of their professionals and to taking care of their personal and professional growth, this could explain their greater acknowledgement of the teams they lead, and consequently, their higher self-assessment in this domain than in men.

On the other hand and as mentioned above, leaders’ self-assessment probably reflects not only their own behaviour, but also the stereotype that exists in our society about leadership.

It should also be mentioned that, in general, nurse managers score themselves as significantly more transformational in “individualized consideration” and “idealized influence - attributes”. If we take into account that there is a greater number of female nurses, this result shows great similarities with those obtained by Molero and Isabel Cuadrado [27], in which women in general were more transformational, although not significantly.

In relation to gender, it is also noted that women perceive themselves significantly more transactional than men (3.35 vs 3.18), as well as more transformational, although differences in the score are smaller (3.32 and 3.24, respectively). These results are in line with those obtained by authors such as Bass and Avolio [28], Bass and cols. [29], but they are contradicted by other studies, such as the one conducted by Druskat [30].

Finally, with respect to the laissez-faire factor, like Bass [31], we found that women tend to have less passive leadership behaviours than men, although differences are on the verge of significance (1.24 vs. 0.99).

Variables such as age, type of organization, and years in the position do not have too much effect on leadership styles in general. Only in the Catalanian Health Institute teams did we see higher scores in both transactional and transformational styles.

Regarding correlations, the study also found high correlations between TFL and satisfaction and efficiency scores. There is, however, an important difference between men and women and being a physician or a nurse: for nurses, the TFL is more related to subordinate efficiency rather than satisfaction, while the opposite happens in the case of physicians. A possible interpretation of this result would be that since fewer nurses are traditionally Team Managers than physicians, they think that a good leadership style (transformational) increases efficiency, resulting in satisfaction of professionals.

The opposite happens with physicians, since they take for granted their team efficiency and consider that TFL increases satisfaction.

In general, we can see a management culture that is less transformational than we thought, although both styles are present in the managers' self-perception. There is still a direct relationship between Team manager and physician ( $p < 0.001$ ) and the Deputy Manager is almost always a nurse. Therefore, profession could determine a person's access to the position of manager. In this regard, determining the reasons for the access of fewer nurses to the position of Team Manager and how to favour equal opportunities, especially if

management training opportunities are equal or similar, are factors that need further study.

More studies in which the views of professionals regarding the leadership styles of their managers are required to answer how they perceive their leaders and the impact these leaders have on their daily lives.

### **STUDY LIMITATIONS**

The main limitation of the study consisted of a relatively low response rate to the self-administered questionnaires sent by e-mail. Strategies implemented to improve this rate were: prior notification, personalized letters, prepaid reply envelopes [20, 21, 32].

Although we cannot know the characteristics of the people who did not answer or did not answer correctly, given the anonymity of the survey, the similarities between the socio-demographic characteristics of study subjects and those of the expected population of primary care managers in our setting allow us to be reasonably confident of the validity of the results obtained.

The vast majority of the responses to items included in the MLQ questionnaire may have been strongly influenced by the principle of social desirability (as it was expected), although this impact should be reduced by the anonymous nature of the questionnaire. The length of the questionnaire may condition the response rate (response exhaustion, lack of time) [33].

### **CONCLUSIONS**

Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) is one of the most widely used tools to measure leadership as people perceive it. The questionnaire is

supported by a solid theoretical and empirical basis and by its extensive application, both internationally and nationally, in measuring leadership styles and behaviors.

Describing how PHC managers (Team and Deputy Managers) perceive their own leadership style offers us updated information in the primary health care setting. The results have exposed a scenario in which two leadership styles coexist, although TRL seems to be the predominant one, as discussed in the study hypothesis. This could be due to the traditional management strategy to praise and economically reward, based on instruments such as management by objectives, established more than 10 years ago in the majority of organizations of our health care model.

If we take into account that the transformational styles are characterized as generators of self-confidence, they should match the perception of support, guidance and training by the health care professionals. Therefore, more studies exploring the vision of professionals should be conducted.

In today's dynamic environment in which populations are constantly changing, transformational leaders would represent a key factor for better achievement of goals and health outcomes.

**REFERENCES**

- [1] Sauquet A, Escola Superior d'Administració i Direcció d'Empreses. Pensar el lideratge, organitzar i liderar: el què, el com i el quan. Barcelona: Càtedra Lideratges i Governança Democràtica; 2008.
- [2] Barrett L, Plotnikoff RC, Raine K, Anderson D. Development of measures of organizational leadership for health promotion. *Health Educ Behav*. 2005;32(2):195-207.
- [3] Taylor R, Martindale S. Clinical leadership in primary care *Prim Health Care*. 2013;23(5):32-7.
- [4] Gené Badía J, Contel Segura JC, Jodar G. [Yes, we can]. *Aten Primaria*. 2009;41(4):181-3.
- [5] Davidson PM, Elliott D, Daly J. Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *J Nurs Manag*. 2006;14(3):180-7.
- [6] Cummings G, Lee H, Macgregor T, Davey M, Wong C, Paul L, et al. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(4):240-8.
- [7] Aguilar-Luzón MC, Calvo -Salguero A, García-Hita MÁ. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública Méx*. 2007;49(6):401-7.
- [8] Sellgren S, Ekvall G, Tomson G. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *J Nurs Manag*. 2006;14(5):348-55.
- [9] Eisenbeiss SA, van Knippenberg D, Boerner S. Transformational leadership and team innovation: integrating team climate principles. *J Appl Psychol*. 2008;93(6):1438-46.

- [10] Drath WH. The deep blue sea : rethinking the source of leadership. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
- [11] Mahoney J. Leadership skills for the 21st century. *J Nurs Manag.* 2001;9(5):269-71.
- [12] Cuadrado I. Cuestiones teóricas y datos preliminares sobre tres estilos de liderazgo. *Rev Psicol Soc.* 2001;16(2):131-55.
- [13] West MA, Borrill CS, Dawson JF, Brodbeck F, Shapiro DA, Haward B. Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadersh Q.* 2003;14(4-5):393-410.
- [14] Schaubroeck J, Lam SS, Cha SE. Embracing transformational leadership: team values and the impact of leader behavior on team performance. *J Appl Psychol.* 2007;92(4):1020-30.
- [15] Menarguez Puche JF, Saturno Hernández PJ. [Characteristics of the leadership of health center coordinators in the autonomous community of Murcia]. *Aten Primaria.* 1998;22(10):636-41.
- [16] Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2007;15(5):508-21.
- [17] 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.* 2009;46(9):1236-44.
- [18] Avolio BJ, Bass BM, Jung DI. Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *J Occup Organ Psychol.* 1999;72(4):441-62.

[19] Vega Villa C, Zavala Villalón G. Adaptación del cuestionario multifactorial de liderazgo (MLQ forma 5X corta) de B. Bass y B. Avolio al contexto organizacional chileno 2004; Available from:

[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/vega\\_c/sources/vega\\_c.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/vega_c/sources/vega_c.pdf).

[20] Kanste O, Miettunen J, Kyngas H. Psychometric properties of the Multifactor Leadership Questionnaire among nurses. J Adv Nurs. 2007;57(2):201-12.

[21] Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, Diguiseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):MR000008.

[22] International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization; 2002.

[23] Universitat de Barcelona. Agència de Polítiques i de Qualitat. Código de buenas prácticas en investigación. Barcelona: Agència de Polítiques i de Qualitat UB; 2010. Available from:  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/28543/1/codibonespractiques\\_spa.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/28543/1/codibonespractiques_spa.pdf).

[24] Bycio P, Hackett RD, Allen JS. Further assessments of Bass's (1985) conceptualization of transactional and transformational leadership. J Appl Psychol. 1995;80(4):468-78.

[25] Morales JF, Molero F. El liderazgo en los equipos de atención primaria. Cuad Gest. 1995;1(2):83-91.

- [26] Rodríguez-Gonzalo A, Muñoz-Lobo MJ, Marzo-Martínez A, Sánchez-Vicario F. [Leadership in nursing working groups. Perceptions]. *Enferm Clin*. 2009;19(4):206-9.
- [27] Cuadrado I, Molero F. Liderazgo transformacional y género: autoevaluaciones de directivos y directivas españoles. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2002;18(1):39-55. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317661002>.
- [28] Bass BM, Avolio BJ. Shatter the glass ceiling: Women may make better managers. *Hum Resour Manage*. 1994;33(4):549-60.
- [29] Bass BM, Avolio BJ, Atwater L. The transformational and transactional leadership of men and women. *Appl Psychol*. 1996;45(1):5-34.
- [30] Druskat VU. Gender and leadership style: Transformational and transactional leadership in the Roman Catholic Church. *Leadersh Q*. 1994;5(2):99-119.
- [31] Bass BM. Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *Eur J Work Organ Psychol*. 1999;8(1):9-32.
- [32] McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technol Assess*. 2001;5(31):1-256. Available from: [http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/64833/FullReport-hta5310.pdf](http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0006/64833/FullReport-hta5310.pdf).
- [33] Sierles FS. How to do research with self-administered surveys. *Acad Psychiatry*. 2003;27(2):104-13.



**BMC**  
Health Services Research



Editorial  
Manager

Role: Author ▼ Username: gloria.jodar

[HOME](#) • [LOGOUT](#) • [HELP](#) • [REGISTER](#) • [UPDATE MY INFORMATION](#) • [JOURNAL OVERVIEW](#)

[MANAGE MY ACCOUNT](#) • [CONTACT US](#) • [SUBMIT MANUSCRIPT](#) • [INSTRUCTIONS FOR AUTHORS](#)

**Submissions Being Processed for Author Gloria Jodar Solo**

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 ▼ results per page.

Action ▲ ▼	Manuscript Number	Title ▲ ▼	Initial Date Submitted ▲ ▼	Status Date ▲ ▼	Current Status ▲ ▼
<a href="#">Action Links</a>		SELF-PERCEPTION OF LEADERSHIP STYLES IN PRIMARY HEALTH CARE	07 Oct 2015	07 Oct 2015	New Submission

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 ▼ results per page.

[<< Author Main Menu](#)

Dear Ms Jodar Sola,

We are pleased to inform you that your submission entitled: "SELF-PERCEPTION OF LEADERSHIP STYLES IN PRIMARY HEALTH CARE" has been assigned to the Editor(s).

The manuscript id is: BHSR-D-15-00465  
Please refer to this number in any future correspondence.

You may track the status of your submission via: <http://bhsr.edmgr.com/>

If you have forgotten your username or password please use the "Send Username/Password" link to get your login information. For security reasons, your password will be reset.

Thank you for your submission to BMC Health Services Research.

Best wishes,

Editorial Office  
BMC Health Services Research  
<http://www.biomedcentral.com/bmchealthservres>