



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Autopercepción de las personas responsables en los equipos sanitarios de Andalucía. Estudio cuantitativo y cualitativo



I. García-Romera^{a,*}, A. Danet^b y J.C. March-Cerdà^{a,b}

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b CIBER Epidemiología y Salud Pública, España

Recibido el 30 de septiembre de 2015; aceptado el 29 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 2 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Liderazgo;
Investigación
cualitativa;
Investigación
cuantitativa

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción y autovaloración de los y las responsables de equipos sanitarios de Andalucía sobre el liderazgo.

Material y métodos: Diseño exploratorio descriptivo mixto cuantitativo-cualitativo, llevado a cabo entre 2013 y 2015, usando un cuestionario de elaboración propia y una entrevista semi-estructurada. Emplazamiento: Andalucía. Participantes: total de responsables de las unidades de gestión clínica de atención primaria y de las unidades de pediatría, urgencias y medicina interna de las áreas de gestión sanitaria para el estudio cuantitativo. Muestreo intencional de 24 responsables para el estudio cualitativo. Análisis: estudio estadístico descriptivo y análisis bivariante de diferencias de medias. Análisis de contenido de entrevistas incluyendo: codificación, árbol de categorías y triangulación de resultados.

Resultados: La dimensión que mejor se autovaloraron fue el apoyo prestado a sus profesionales y la peor, la referente a la autodefinición como «buen/a líder». Esta última giró en torno a 3 dimensiones clave: honestidad y capacidad de ganarse la confianza del equipo, actitud comunicativa y cercana, y reconocimiento y refuerzo de los miembros del equipo. Se describieron estilos dispares de liderazgo. Las principales dificultades que condicionaron el ejercicio de liderazgo se relacionaron con las restricciones derivadas de la crisis económica y con la gestión de los conflictos personales.

Conclusiones: Las personas responsables describieron un estilo de liderazgo adaptado a las circunstancias, basado en el apoyo profesional y personal, que apuesta por la comunicación como elemento clave de cohesión y proyecto de equipo. Es necesario seguir estudiando la visión de los líderes, para conocer mejor sus experiencias, necesidades y expectativas.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inmaculada.garcia.easp@juntadeandalucia.es (I. García-Romera).

KEYWORDS

Leadership;
Quantitative
research;
Qualitative research

**Self-perception of health care team leaders in Andalusia.
A quantitative and qualitative study****Abstract**

Objective: To determine the perception and self-assessment on leadership among health care team leaders in Andalusia.

Material and methods: Design: Exploratory descriptive study using quantitative and qualitative methodology, developed between 2013 and 2015, using a questionnaire and semi-structured interviews. Place: Andalusia. Participants: All health managers from the Primary Care Management Units and Health Management Areas of the Departments of Paediatrics, Emergency and Internal Medicine, for the quantitative study. A purposive sample of 24 health managers was used for the qualitative study. Methods: Descriptive statistical study and bivariate analysis of comparison of means. Content analysis of the semi-structured interviews: Codification, category tree, and triangulation of results.

Results: The best self-assessment dimension relates to support, and the worst to considering oneself as a 'good leader'. The definition of a 'good leader' includes: Honesty, trust, and attitudes of good communication, closeness, appreciation, and reinforcement of the health team members. Different leadership styles were perceived. Main difficulties for leadership are related to the economic crisis and the management of personal conflicts.

Conclusions: Health managers describe an adaptive leadership style, based on personal and professional support, and using communication as the main cohesive element for the team project. More studies on leaders' perspectives are important, in order to better understand their experiences, needs and expectations.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La situación de cambio organizacional caracteriza la institución sanitaria y plantea retos de adaptación continua de los sistemas asistenciales. Los condicionantes económicos imponen cada vez mayores exigencias para la competitividad¹, conllevando nuevos desafíos organizacionales y de gestión. En este sentido, el liderazgo se considera como la habilidad de dirigir en beneficio de los objetivos de la organización², a la vez que de verter una mayor confianza, compromiso y sensación de pertenencia entre los profesionales sanitarios³.

Frente a un paradigma de dirección que pone el acento en la visibilidad y protagonismo, en la actualidad se apuesta por un líder capaz de liberar el talento y energía de los equipos, centrarse y ponerse al servicio de los demás⁴. En una reciente revisión bibliográfica, Cummings et al.⁵ pusieron de manifiesto cómo los estilos de liderazgo enfocados en las personas y las relaciones contribuyen a mejorar el rendimiento, entorno y productividad. En el ámbito nacional, autores como Hoyos et al.⁶ señalaron la necesidad de integrar las prácticas de liderazgo en un proceso de humanización de salud, caracterizado por incentivar la comunicación y resolución de conflictos, generar cambios en los comportamientos y actitudes, y promover el bienestar integral de profesionales y pacientes. En Atención Primaria, Morales y Molero⁷, y Alcázar et al.⁸ destacaron el liderazgo como condicionante básico del espíritu real del equipo, así como para conseguir el compromiso personal con los objetivos de la unidad sanitaria.

Apostando por la importancia de conocer también la autovaloración de los y las responsables en el ejercicio de sus funciones, Goleman⁹ estableció 6 «tipos ideales» que podrían caracterizar diferentes tipos de liderazgo: estilo autoritario, *coach*, conciliador, democrático, ejemplarizante y coercitivo.

Partiendo del peso del liderazgo en los sistemas sanitarios, y dentro del marco teórico de la sociología de las organizaciones, el objetivo general de este estudio fue conocer la percepción y autovaloración, así como las experiencias de los responsables de equipos sanitarios, con respecto al apoyo, refuerzo, información, participación, cuidado de las relaciones interprofesionales, traslado de funciones, organización de la unidad y percepción de «buen/a líder».

Material y métodos

Diseño exploratorio descriptivo mixto cuantitativo y cualitativo.

Participantes

La población del estudio cuantitativo fue el total de responsables de las unidades de gestión clínica de atención primaria y de las unidades de pediatría, urgencias y medicina interna de las áreas de gestión sanitaria constituidas antes de 2012 (471 responsables). El contacto se hizo a través de correo electrónico, presentando el objetivo del estudio y

Tabla 1 Resultados cuantitativos generales

Dimensiones	Válidos	Perdidos (%)	Media (± 5)	Desv. típ.
Apoya a los profesionales de su equipo	256	11,4	4,4	1,2
Mantiene informados a los profesionales de su unidad	256	11,4	4,3	1,2
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	255	11,8	4,3	1,1
Promueve la participación de las personas de su equipo	255	11,8	4,2	1,1
Refuerza a los miembros del equipo	256	11,4	4,2	1,2
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	255	11,8	4,0	1,2
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	252	12,8	3,9	1,1
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	255	11,8	3,7	1,3
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	255	11,8	3,6	1,1
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	220	23,9	3,2	1,4

facilitando un enlace para acceder al cuestionario. La aplicación se realizó entre noviembre y diciembre de 2013.

El estudio cualitativo se desarrolló entre febrero de 2014 y enero de 2015 con 24 responsables (3 por cada una de las provincias andaluzas), captados a través de un muestreo intencional, respetando heterogeneidad geográfica, sexo, medio rural o urbano, y años de experiencia como gestor en el mismo equipo. El contacto se realizó a través de sesiones formativas para directivos/as del Servicio Andaluz de Salud.

Recogida de datos

Se empleó un cuestionario de elaboración propia, previamente validado¹⁰, con 10 preguntas en escala Likert (-5 puntuación más baja, +5 puntuación más alta) sobre: apoyo, información, participación, traslado de funciones, refuerzo y reconocimiento, relaciones interprofesionales, organización y funcionamiento, y percepción de «buen/a líder».

Para las 24 entrevistas semiestructuradas se usó un guión que permitiera complementar el estudio cuantitativo, con los siguientes bloques: definición de buen/a líder, estilo de liderazgo autopercebido (según el modelo de Goleman)⁹, apoyo y refuerzo, información y comunicación, participación, dificultades y estrategias de afrontamiento. Tras conocer los objetivos y dar su consentimiento informado, las personas seleccionadas participaron en sesiones de una hora, que se grabaron en audio y se transcribieron literalmente.

Análisis de datos

Los datos cuantitativos se analizaron con el software SPSS 15.0, realizando: a) estudio estadístico descriptivo de las distintas dimensiones estudiadas, con medidas de posición y dispersión, segmentado en función de las variables de carácter sociodemográfico, y b) análisis bivalente de diferencia de medias (prueba t-Student o análisis de ANOVA) para evaluar las diferencias según sexo y según número de años en el equipo. En el estudio cuantitativo se comprobó la normalidad y homocedasticidad de los datos a través de un histograma de residuos y un gráfico de dispersión con residuos y predicciones en SPSS.

El análisis de contenido se realizó con el programa informático Nudist Vivo, hasta la saturación de la información, e

incluyó la codificación en categorías preestablecidas y emergentes, recodificación en árbol de categorías y triangulación de los resultados entre 2 personas del equipo investigador.

Resultados

En el estudio cuantitativo, del total de 471 cuestionarios enviados, se recogieron 256, lo que supuso una tasa de respuesta de 54,4%. El 51,6% de los responsables eran hombres, el 24,2% mujeres, y un 24,2% fueron datos perdidos. La media de antigüedad fue de 11,0 años (DT: 7,8), y la media de la experiencia como responsable fue de 6 años (DT: 4,9).

La dimensión mejor valorada fue la relativa al apoyo que prestan a sus profesionales, mientras que la que peor valoraron fue la autoconsideración como «buen/a líder» (tabla 1).

Aunque no existieron diferencias significativas en función del sexo, cabe destacar que, en todas las dimensiones, las mujeres ofrecieron una valoración ligeramente superior (tabla 2). La antigüedad en el equipo, así como la experiencia como responsable en el equipo, no generaron un impacto estadísticamente significativo sobre la valoración de las dimensiones de liderazgo (tablas 3 y 4).

Según las personas responsables de equipos, la definición de «buen/a líder» giró en torno a 3 dimensiones clave: a) honestidad y capacidad para ganarse la confianza del equipo, b) actitud comunicativa y cercana, y c) reconocimiento y refuerzo de los miembros del equipo.

«Buen líder significaría ganarme la confianza del equipo, que acudan a mí...» (AGS Sevilla Sur).

«Lo fundamental es ser honesto, no mentir» (AGS Sur Granada).

«Ceder el liderazgo informal, reconocer los méritos. Hay que conocer qué aptitudes y actitudes tienen tus profesionales» (DS Huelva Costa).

Para la consecución de estas dimensiones, una fórmula óptima que propusieron fue mantener una actitud ejemplarizante ante el resto de los miembros del equipo, y establecer una comunicación y relaciones interpersonales de calidad.

«El papel del líder es hacer cumplir los objetivos del equipo y trabajar yo misma para mi equipo, para que ellos estén a gusto» (DS Sevilla Norte).

Tabla 2 Valoración de las dimensiones de liderazgo en función del sexo

Dimensiones	Media		Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia	P
	Mujeres (n= 70)	Hombres (n= 130)			
Apoya a los profesionales de su equipo	4,5	4,4	0,104	(-0,240-0,448)	0,550
Mantiene informados a los profesionales de su unidad	4,3	4,3	0,01	(-0,354-0,373)	0,958
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	4,3	4,2	0,155	(-0,239-0,468)	0,522
Promueve la participación de las personas de su equipo	4,2	4,2	0,042	(-0,319-0,402)	0,820
Refuerza a los miembros del equipo	4,2	4,2	0,018	(-0,340-0,375)	0,921
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	3,9	3,9	-0,046	(-0,435-0,343)	0,814
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	4,0	3,8	0,157	(-0,197-0,511)	0,382
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	3,8	3,7	0,093	(-0,313-0,499)	0,652
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	3,6	3,5	0,028	(-0,317-0,373)	0,874
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	3,2	3,1	0,015	(-0,420-0,450)	0,945

Tabla 3 Valoración de las dimensiones de liderazgo en función de la antigüedad

Factor	Media (años en el equipo)		Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia	P
	Menor o igual a 10 años	Más de 10 años			
Apoya a los profesionales de su equipo	4,5	4,4	0,059	(-0,236-0,355)	0,692
Mantiene informados a los profesionales de su unidad	4,2	4,3	-0,066	(-0,381-0,248)	0,678
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	4,2	4,3	-0,140	(-0,447-0,166)	0,367
Promueve la participación de las personas de su equipo	4,2	4,3	-0,119	(-0,427-0,189)	0,449
Refuerza a los miembros del equipo	4,2	4,2	-0,025	(-0,340-0,290)	0,876
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	3,8	4,0	-0,215	(-0,550-0,120)	0,208
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	3,9	3,8	0,161	(-0,165-0,487)	0,331
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	3,7	3,7	-0,063	(-0,422-0,297)	0,732
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	3,6	3,5	0,038	(-0,283-0,359)	0,816
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	3,1	3,2	-0,114	(-0,505-0,278)	0,568

Tabla 4 Valoración de las dimensiones de liderazgo en función de la experiencia como líder del equipo

Factor	Media (años como responsable del equipo)			P
	Menor o igual a 7 (n = 153)	Entre 7 y 15 (n = 49)	16 o más (n = 17)	
Apoya a los profesionales de su equipo	4,4	4,4	4,4	0,896
Mantiene informados a los profesionales de su unidad	4,3	4,2	4,2	0,982
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	4,3	4,2	4,3	0,914
Promueve la participación de las personas de su equipo	4,2	4,2	4,3	0,838
Refuerza a los miembros del equipo	4,1	4,2	4,4	0,667
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	3,9	4,1	3,8	0,689
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	3,9	3,9	3,7	0,813
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	3,6	3,8	3,8	0,798
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	3,6	3,5	3,4	0,872
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	3,2	3,1	3,1	0,936

«(Un buen líder) es aquel que es un buen profesional en su campo, que da ejemplo y que tiene una buena comunicación» (AGS Norte de Huelva).

«Siento que personalmente me valoran. Trabajo día a día, codo con codo, como una compañera más» (DS Jaén).

Estilos de liderazgo autopercebido

Se describieron estilos de liderazgo dispares, desde actitudes y comportamientos más autoritarios, hasta posturas de mayor apoyo y comprensión, o de aumento de la participación y comunicación con sus profesionales. La [tabla 5](#) recoge los estilos de liderazgo autodescritos, basándose en la clasificación de Goleman⁹.

Apoyo y refuerzo

Los y las responsables de equipo consideraron que apoyaban a sus profesionales, tanto en el plano profesional como en el personal, y la mayoría afirmaron reforzar a sus equipos.

«Intento entender y apoyar, según las circunstancias personales. A menudo comentan sus problemas e intento darles tiempo. También estoy siempre disponible por si necesitan algo» (DS Poniente).

«Refuerzo positivamente a los profesionales a través de acciones como vídeos de la unidad, reuniones de equipo, empezar con lo positivo, hablar en plural, animar,

compartir la estrategia, trabajar el sentido de pertenencia del equipo» (DS Poniente).

Además, las personas participantes refirieron la necesidad de encontrar reciprocidad en sus equipos, como un elemento que reactiva sus actitudes de apoyo y refuerzo.

«Yo he tenido suerte con el equipo, cuento con su apoyo y siento que creen en mí» (Distrito Córdoba).

La comunicación y participación estuvieron entre las principales funciones de liderazgo y fueron garantes de una buena organización y funcionamiento del equipo. Por eso se defendió la estrategia del liderazgo participativo, integrando a los profesionales en el proceso de toma de decisiones.

«Yo quiero que las cosas funcionen, todo el mundo tiene que participar» (DS Sevilla).

«Para la participación cuento con los líderes y con los grupos de trabajo, tratando de tomar decisiones consensuadas» (AGS Osuna).

«Para fomentar la participación se deben recoger las opiniones, hacer que los objetivos de cada uno sean del equipo, porque si la idea sale del equipo, es más duradera» (DS Sevilla Norte).

Sin embargo, a menudo, los y las líderes describieron dificultades para promover la participación profesional, debido al marco de relaciones que mantienen con sus propios superiores.

Tabla 5 Estilos de liderazgo autopercebido, clasificados según el modelo de Goleman

Estilos del liderazgo	Experiencias
Estilo autoritario	«Mi estilo es más directivo, pero intento ser más comunicativo y adaptativo. Intento corregir mi estilo autoritario, pero con las personas que no quieren hay que ser directivo, decirle qué y cómo hacer las cosas y después, ¡supervisar!» (DS Huelva Costa)
Estilo <i>coach</i>	«Para mí la clave está en saber coordinar los esfuerzos, las acciones y las voluntades ajenas y propias. Mostrar interés por ellos, con disponibilidad y cercanía» (DS Córdoba). «Hablar con ellos... No pasar de nadie. Ofrecer ayuda, conocer las metas de cada uno, identificar los motivos de cada uno e intentar ser facilitadora» (DS Sevilla Norte)
Estilo conciliador	«Mi estilo es negociador, poco autoritario, adaptativo, cercano, informal, con humor, preguntándoles mucho cómo están, qué necesitan... Y no riño, hago refuerzo positivo» (DS Sevilla Norte). «Escucho, me adapto a sus problemas, a veces de más. Intento premiar a nivel grupal y castigo en privado» (DS Poniente).
Estilo democrático	«Para mí es importante ser afectiva y cariñosa, y reforzar la comunicación» (DS Almería) «Mi estilo es participativo, hablo mucho con la gente, escucho a cada uno en privado...» (DS Sevilla). «Creo que mi estilo es cercano, intento delegar en otras personas todo lo que puedo, así fomentar la participación y tener un liderazgo adaptativo» (AGS Sevilla Sur). «Saben que las decisiones que se toman en el equipo no son personales» (AGS Sur Granada)
Estilo ejemplarizante	«Trabajo a diario como una más, predico con el ejemplo» (DS Jaén). «A mí el liderazgo no me preocupa... tengo que ser como soy, lo importante es que me vean como buena profesional y compañera. Y como trabajo como médica, esto me permite estar mano a mano con ellos» (DS Sevilla)
Estilo coercitivo	—

«En los momentos actuales resulta difícil la participación, ya que la mayoría de las cosas vienen de arriba-abajo» (DS Córdoba).

Los temas relacionados con la gestión interna del equipo, objetivos y funciones profesionales concentraban la mayor parte del flujo comunicacional, y las personas responsables dirigían sus esfuerzos hacia un mayor consenso y fomento de la participación de sus profesionales en torno a estos temas.

«Los profesionales de mi equipo conocen sus objetivos y funciones porque les informo periódicamente de cómo van y de cómo mejorar» (DS Poniente).

«La definición de los objetivos específicos se realiza de manera participativa. La mayoría de las decisiones que se toman en el equipo son compartidas» (DS Córdoba Sur).

La práctica más habitual para asegurar la comunicación fluida se realizaba a través del uso simultáneo de diferentes canales de comunicación (grupales, individuales, formales, informales) y apelando a las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Las reuniones interprofesionales aparecieron como principal vía de comunicación y participación.

«Prefiero una comunicación «natural», intento combinar la grupal y la individual, y la verbal y escrita» (AGS Osuna).

«Por correo electrónico nos comunicamos bien, tenemos un blog y también WhatsApp» (AGS Norte de Málaga).

«Fomento la participación, fundamentalmente, a través de las reuniones de equipo» (DS Córdoba).

Dificultades y afrontamientos en el ejercicio del liderazgo (tabla 6)

Las dificultades para el ejercicio de liderazgo se relacionaron con las restricciones impuestas por la crisis económica y con la gestión de los conflictos personales (tabla 6).

La crisis tiene, según las personas participantes, un impacto negativo en las condiciones laborales y la motivación de los/as profesionales, dificulta la comunicación y demanda un esfuerzo adicional por parte de los y las responsables, para minimizar sus consecuencias en el día a día de los equipos.

Ante los conflictos internos que surgen en los equipos, los/as responsables describieron sus limitaciones personales para gestionar los conflictos, así como las actitudes y comportamientos «difíciles» de algunos/as profesionales. Las estrategias y formas de afrontamiento fueron diversas: resolución inmediata por parte del/de la responsable, resolución en el seno del equipo, abordaje de manera individualizada, dejar pasar un tiempo antes de intervenir o poner en marcha acciones correctivas.

Discusión

Los y las responsables de equipos sanitarios describen un estilo de liderazgo adaptado a las circunstancias, basado en el apoyo —profesional y personal— a sus profesionales y que apuesta por la comunicación, como elemento determinante en la implicación con el proyecto y en la cohesión del equipo.

La principal limitación del estudio cuantitativo son los casos perdidos, posiblemente relacionados con la

Tabla 6 Dificultades y estrategias de afrontamiento

Dificultades	Estrategias de afrontamiento
<i>Relacionadas con la crisis económica</i>	
«Hay muchos conflictos, por las restricciones y la crisis»	«Lo que hago es aguantar y comprender. Yo misma tengo problemas, porque soy interina. Así que les muestro mi apoyo y les digo lo que hay...» (DS Sevilla)
«Tenemos muchos objetivos que cumplir, hay carga asistencial, algunos tienen contratos no indefinidos. Y eso genera sufrimiento»	«Hay que priorizar las actividades que hacer en consenso con ellos» (DS Poniente)
«Se me rebotaron los profesionales cuando aumentaron la jornada laboral. (...) ven su bolsillo afectado, pero debemos ahorrar y trabajamos 10 horas sin cobrar»	«Yo intento buscar pequeñas soluciones para que cada uno esté contento» (AGS Norte de Málaga)
«Son momentos en los que los niveles de ilusión están muy bajos. Hay profesionales que cumplen con su expediente y no van más allá. Tienen la sensación de que sus expectativas no se han visto cumplidas»	«Para mí la comunicación es una obsesión y suelo utilizar varios canales» (DS Córdoba)
«La comunicación a veces es difícil porque ellos no abren el mail, por falta de tiempo»	«Entonces no solo uso el correo electrónico, sino que imprimo la información que necesito pasarles y se la doy en mano» (DS Sevilla Norte)
<i>Relacionadas con conflictos internos</i>	
«Se dan situaciones de conflicto muy variadas»	«Primero, opto por un vaciado emocional, escucho a los implicados, que suele tener un efecto muy positivo. Segundo, trato de integrar a los profesionales que se pueden considerar "más difíciles"» (DS Poniente)
«En situaciones de conflicto...»	«... trato los conflictos de manera particular, identificando dónde puede estar el motivo. Me gusta tratarlos de manera individualizada y pensar antes de actuar» (DS Córdoba)
«En situaciones de conflicto...»	«... con paciencia y con tiempo, a veces es mejor esperar un poco... intento ser prudente» (AGS Norte de Huelva)
«Siempre hay "personas" que polemizan, chinchán a los demás, critican...»	«Los conflictos los resuelvo hablando con ellos, apagando pequeños fuegos antes de que se haga un incendio grande» (AGS Sevilla Sur)
«Se han producido nuevas incorporaciones "tóxicas", es decir, profesionales difíciles que venían de otra unidad y que no facilitan el trabajo»	«Suelo escuchar a todas las partes y no suelo actuar en el momento. Estudio lo que ha pasado realmente para actuar de mediador» (Costa del Sol)
«En situaciones de conflicto, por ejemplo en la negociación interna de funciones, cambiar las conductas de las personas es lo más difícil»	«Por eso es importante formar a los profesionales en sus roles, en la calidad asistencial, en qué se espera de ellos» (DS Huelva Costa)

aplicación del cuestionario on-line. Por otra parte, la metodología cualitativa basada en un muestreo intencional puede condicionar los resultados. Pese a los beneficios que aportaría realizar este trabajo también en otros ámbitos sanitarios, y ampliar la muestra a todas las unidades de gestión clínica a nivel andaluz, consideramos que la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa tiene la ventaja de ofrecer una visión completa sobre el tema de estudio¹¹.

El estudio descriptivo de la población participante refleja una participación superior de los hombres en comparación con las mujeres. Sin embargo, en el análisis de los resultados no se han observado diferencias significativas en las respuestas según sexo, antigüedad, o años como responsable. Un análisis de género de las variables recogidas podría revelar una menor participación y visibilidad social de las mujeres, incluso entre los mandos directivos, tanto en ámbitos laborales como políticos¹², lo que se ha venido explicando, desde

las teorías de género, a través de la metáfora del techo de cristal^{13,14}.

Uno de los aspectos más destacados de nuestro estudio cuantitativo revela que los/as responsables consideran ofrecer apoyo a sus profesionales, lo que según la bibliografía disponible permitiría establecer buenos ambientes laborales^{15,16}, orientar y dar confianza para un mejor desarrollo de las actividades. En la parte cualitativa, los discursos sitúan el apoyo, tanto en el plano personal como profesional, a partir de una actitud explícita de refuerzo y, por otra parte, a través de una demanda de reciprocidad. Esta lógica dicotómica podría responder a la necesidad de prevenir el aislamiento personal¹⁷ y desarrollar las habilidades relacionales del personal directivo¹⁸.

En la descripción de un/a «buen/a líder», se pone en valor la importancia de compatibilizar acciones relacionadas con el trabajo y las personas, desde una dinámica participativa,

promoviendo la comunicación efectiva, trabajo en equipo y gestión por valores¹⁹. Esta dinámica se concreta en acciones específicas identificadas por las personas responsables, encaminadas a una mayor responsabilidad y compromiso de los/as profesionales⁸. Por otra parte, asegurar una comunicación fluida y bidireccional aparece como un elemento de cohesión para el equipo, determinante tanto para el cuidado de las relaciones interprofesionales como para la toma de decisiones compartidas. Otras cuestiones identificadas por las personas entrevistadas tienen que ver con garantizar una buena comunicación interna, cuidar el clima emocional del equipo, mostrar una actitud de compañerismo, adaptarse a las circunstancias, orientar la actividad hacia los objetivos y motivar al equipo.

Por tanto, la capacidad de promover la participación, cohesión y comunicación interpersonal dentro de los equipos surge como principal pilar del liderazgo óptimo. Según Ruiz López y Carrasco González²⁰, son precisamente estos elementos los que aseguran la eficacia de los equipos, a la vez que promueven los principios de justicia y equidad.

A pesar de que se observa un consenso entre las personas participantes con respecto a las características y actuaciones de un/a «buen/a líder», en la práctica se describen actitudes y comportamientos que indican estilos muy variados de liderazgo. Siguiendo el modelo de Goleman⁹, todos los estilos de liderazgo están representados entre nuestros responsables, a excepción del estilo coercitivo. Aunque Goleman⁹ describe tipos ideales de liderazgo (en sentido weberiano), y en nuestro estudio se identifican una mayoría de estilos mixtos (combinación de varios tipos de liderazgo), la autodescripción de los liderazgos ejercidos indica la variedad de estrategias relacionales, comunicacionales y directivas presentes a nivel del sector sanitario. Así mismo, la heterogeneidad de estilos podría ser un firme indicador de la adaptabilidad de los/as líderes a sus equipos.

Paradójicamente, cuando se les pide que se autovaloren como «buen/a líder», la mayoría de los encuestados se puntúan peor que en el resto de variables medidas. Los resultados cualitativos ofrecen una explicación de esta autovaloración crítica, de acuerdo con el contexto de crisis económica. Las deficiencias infraestructurales y las restricciones de recursos y personal aparecen como principal limitación en el ejercicio del liderazgo. Una segunda dificultad se relaciona con la gestión de los conflictos personales, propiciados tanto por algunos profesionales tóxicos, como por la falta de habilidades de los/as responsables para hacerles frente. En este sentido, Aguilar et al.¹⁸ señalan la importancia de promover valores como el universalismo, logro y autodirección, mientras que otros autores abogan en mayor medida por los beneficios de una dinámica participativa, que promueva la responsabilidad, integridad y compromiso de todos los miembros del equipo¹⁹.

Es preciso seguir profundizando en el estudio de liderazgo de los/as responsables de equipos de salud, con el objetivo de conocer mejor sus experiencias, necesidades y expectativas. Esta información permitirá diseñar acciones dirigidas a mejorar las habilidades de gestión de las personas y a ofrecer herramientas que faciliten el trabajo con sus equipos en situaciones difíciles.

Financiación

Servicio Andaluz de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los y las responsables de las UGC por su colaboración y apoyo en este estudio.

A Silvia Toro Cárdenas, profesional de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por su aportación en el análisis estadístico de los datos.

Bibliografía

1. Teixidor i Freixa M. Ya en el siglo XXI... un nuevo liderazgo en ciencias de la salud. *ROL Enf.* 2004;27:70-2.
2. Hesselbein F, Cohen P, editores. De líder a líder. Los mejores artículos de la revista de la Fundación Drucker. Buenos Aires: Granica; 2001.
3. Linley PA, Joseph S, Seligman MEP. *Positive psychology in practice*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
4. Álvarez de Mon S. Liderazgo y dirección de personas: el liderazgo invisible, clave para la sanidad. En: Rosenmöller M, Ribera J, Gutiérrez Fuentes JA, editors. *Gestión en el sector de la salud*, 2. Madrid: Fundación Lilly; 2006. p. 355-74.
5. Cummings CG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47:363-85.
6. Hoyos PA, Cardona MA, Correa D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Invest Educ Enferm.* 2008;2:218-25.
7. Morales JF, Molero F. El liderazgo en los equipos de atención primaria. *Cuad Gest Prof Aten Prim.* 1995;1:83-91.
8. Alcázar F, Otero A, Iglesias F. La figura del coordinador vista por los profesionales del equipo de atención primaria. *Cuad Gest Prof Aten Prim.* 1996;2:11-8.
9. Goleman D. *Liderazgo. El poder de la inteligencia emocional*. Barcelona: Ediciones B; 2013.
10. March-Cerdà J, Danet A, García-Romera I. Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index Enferm.* 2015;24:15-9.
11. March Cerdà JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit.* 1999;13:312-9.
12. Europa Press. Estudio de la Universidad de Sevilla concluye que las mujeres tienen escasa participación en procesos de transferencia de conocimiento. Sevilla, 6 marzo 2015 [consultado 15 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-estudio-us-concluye-mujeres-tienen-escasa-participacion-procesos-transferencia-conocimiento-20150306184543.html>
13. Cuadrado MI, Molero F, Navas M. *Mujeres y liderazgo: claves psicosociales del techo de cristal*. Madrid: Sanz y Torres; 2006.
14. Barberá E, Ramos A. Liderazgo y discriminación de género. *Rev Psicol Gener Apli.* 2004;57:147-60.

15. Cantera FJ, Yáñez JL. Aportaciones del liderazgo positivo (I). Las vitaminas en el trabajo: el bienestar psicológico para retener el talento. *Cap Hum*. 2008;221:40–8.
16. Menárguez J, Saturno P. Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la comunidad autónoma de Murcia. *Aten Primaria*. 1998;22:636–41.
17. Goetz K, Beutel S, Mahler C, Trierweiler-Hauke B, Mueller G. Comportamiento relacionado con el trabajo y patrones de experiencia de enfermeras. *INR*. 2012;59:96–102.
18. Aguilar MC, Calvo A, García MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública Méx*. 2007;49:401–7.
19. Jiménez GA. Concepciones acerca del liderazgo en enfermería. *Enfermería Glob*. 2006:9.
20. Ruiz P, Carrasco I. Liderazgo en la seguridad del paciente. *Rev Calid Asist*. 2010;25:55–7.