

Diego Ayuso Murillo • Iván Herrera Peco

EL LIDERAZGO EN LOS ENTORNOS SANITARIOS

Formas de gestión



■ DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Diego Ayuso Murillo

Graduado en Enfermería. Licenciado en Psicología. Máster en Dirección y Administración de Empresas. Doctor en Derecho y Ciencias Sociales.

Iván Herrera Peco

Doctor en Ciencias. Investigador Universidad de Alcalá.

■ AUTORES

Diego Ayuso Murillo

Secretario General. Consejo General de Enfermería de España. Profesor UNED y Escuela Internacional de Ciencias de la Salud. Madrid.

Clara Camarero Bernabé

Licenciada en Documentación por la Universidad Carlos III de Madrid. Documentalista Senior. Madrid.

Ana Colomer Sánchez

Doctora en Comunicación. Investigadora Universidad Nebrija. Madrid.

Soledad Gallardo Bonet

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Gerente del Hospital Comarcal de Inca. Servei de Salut de les Illes Balears.

M^a Concepción García Escudero

Graduada en Enfermería y Licenciada en Humanidades. Supervisora de Área de Formación y Calidad Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Alberto González García

Enfermero CAULE-León. MBA. Licenciado en ADE. Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud. León.

Máximo A. González Jurado

Doctor en Enfermería y Medicina. Presidente del Consejo General de Enfermería de España. Madrid.

Iván Herrera Peco

Doctor en Ciencias. Investigador Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Rafael Jesús López Suárez

Vicesecretario General. Consejo General de Enfermería de España. Enfermero. Doctor por la Universidad Complutense de Madrid.

Joan Carles March Cerdá

Doctor en Medicina. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Investigador del CIBERESP y del ibs.Granada.

Concha Noriega Matanza

Doctora en Enfermería. Profesora Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Higinio Salgado Pacheco

Enfermero. Economista especialista en Economía Internacional. MBA. Director de eSalúdate.com. Coordinador del Centro de Salud de Montehermoso. Cáceres.

Mercedes Vacas Guerrero

Directora de Enfermería. Hospital Sant Joan de Déu. Palma de Mallorca.

Jorge Agustín Zapatero Ayuso

Doctor en Organización de la Actividad Física y el Deporte. Universidad de Alcalá de Henares. Profesor del Departamento de Expresión Musical y Corporal. Universidad Complutense de Madrid.

Presentación.....	XIII
1. Liderazgo Sanitario. <i>Diego Ayuso Murillo, Máximo A. González Jurado</i>	1
Introducción	1
La personalidad y el liderazgo	1
Tipos de liderazgo.....	3
Factores y componentes del líder	10
Liderazgo y dirección.....	13
Liderazgo y calidad asistencial.....	14
Liderazgo en entornos sanitarios	16
Medición del liderazgo.....	20
Resumen.....	23
Referencias bibliográficas	23
2. La creatividad como impulsora de las habilidades de liderazgo.	
<i>Ana Colomer Sánchez, Iván Herrera Peco</i>	27
Introducción	27
Dominios creativos en gestión sanitaria.....	29
Investigaciones sobre creatividad en el ámbito sanitario.....	32
Técnicas para mejorar el potencial creativo y las habilidades de liderazgo.....	35
Resumen.....	42
Referencias bibliográficas	43
3. Liderar y comunicar. <i>Joan Carles March Cerdá</i>	45
Introducción	45
Comunicación y equipo	46
Liderar 2.0	53
Comunicar con éxito	54
Resumen.....	58
Bibliografía	61

4. Motivación y liderazgo. <i>Alberto González García</i>.....	63
Introducción	63
Teorías de la motivación	67
Liderazgo y motivación.....	71
Motivación en el entorno sanitario	74
Gestión de la frustración.....	79
El <i>burnout</i> en el entorno sanitario	82
Entornos líquidos.....	83
Resumen.....	85
Referencias bibliográficas	86
5. Trabajo en equipo. <i>Soledad Gallardo Bonet</i>.....	89
Introducción	89
Realidades múltiples y dinámicas	90
Interacciones entre los miembros de un equipo.....	97
Equipo nuclear y equipo extendido.....	102
Resumen.....	105
Referencias bibliográficas	105
6. <i>Coaching</i> y desarrollo profesional. <i>Clara Camarero Bernabé</i>.	
<i>Iván Herrera Peco</i>	107
Introducción	107
El <i>coaching</i> en el mundo sanitario	108
El proceso de <i>coaching</i>	112
Aportaciones del <i>coaching</i> a los diferentes profesionales sanitarios	115
El futuro del <i>coaching</i> en la formación en Ciencias de la Salud.....	117
Resumen.....	118
Referencias bibliográficas	119
7. La dirección de recursos humanos por competencias.	
<i>Jorge Agustín Zapatero Ayuso</i>	121
Introducción	121
Breve aproximación histórica, McClelland como hito	121
“Competencia” y “desempeño competente”, del enfoque de rasgo al enfoque de comportamiento.....	122
La dirección de recursos humanos por competencias en el marco de la planificación estratégica de la organización	126
Hacia un nuevo marco formativo. La relación entre la formación profesional y el mundo laboral.....	136
La importancia del enfoque por competencias en la dirección y el liderazgo actual de recursos humanos	137
Resumen.....	139
Referencias bibliográficas	140

8. Entornos laborales positivos y seguros. <i>Rafael Jesús López Suárez</i>.....	143
Introducción	143
Conceptualización de entornos positivos para la práctica profesional.....	144
Líneas rojas para la seguridad de pacientes y profesionales.....	145
El impacto de los coeficientes mínimos profesional-paciente.....	146
Agresiones a profesionales sanitarios como elemento disruptor de los entornos laborales seguros.....	147
Errores de medicación y seguridad clínica	148
Liderazgo del gestor sanitario en materia de prevención de riesgos laborales.....	149
Formación de los gestores sanitarios en materia de seguridad y salud en el trabajo.....	150
Papel relevante del gestor sanitario en la notificación del accidente de trabajo.....	151
Liderazgo transformador de la prevención de riesgos laborales	153
Concienciación de directivos en prevención de riesgos laborales.....	156
La prevención de riesgos laborales, coadyuvante de la excelencia.....	158
Liderazgo en prevención y motivación en el trabajo	159
Responsabilidad penal del directivo sanitario en materia de prevención de riesgos laborales	160
Resumen.....	162
Referencias bibliográficas.....	163
9. Ética y humanización de la gestión. <i>Mercedes Vacas Guerrero</i>.....	165
Introducción	165
Conceptos fundamentales: ética y humanización.....	166
Enfoque de la atención humanista integral y centrada en la persona.....	172
La ética aplicada a la gestión	174
La gestión ética en el entorno sanitario	175
Desarrollo del liderazgo ético.....	177
Gestionar desde la perspectiva de la ética y la humanización	179
Resumen.....	182
Referencias bibliográficas.....	183
10. Innovaciones tecnológicas y liderazgo. <i>Higinio Salgado Pacheco</i>.....	185
Introducción	185
Cambio de paradigma	186
Sistemas sanitarios en peligro. ¿Qué deberían hacer los líderes? ¿La tecnología nos puede ayudar?.....	191
Liderazgo <i>versus</i> innovación tecnológica.....	194
Nuevos estilos de liderazgo respecto a las nuevas tecnologías	196

¿Cómo generar más innovación, desarrollo de nuestras organizaciones y que repercuta en resultados de salud de nuestros pacientes?	198
Tendencias clave a tener en cuenta en liderazgo	198
Desarrollar los estilos de liderazgo digital actuales	200
<i>Big data</i> y liderazgo en salud	201
Resumen	203
Bibliografía	204
11. Formación y liderazgo. M^a Concepción García Escudero	205
Introducción	205
Gestión en los servicios de enfermería	206
El futuro de la gestión de enfermería	206
Efectos del cambio y el liderazgo en enfermería	207
Liderazgo y administración	209
El modelo de carrera profesional. Apostar por el conocimiento	211
Formación en liderazgo	211
<i>Coaching</i> como estrategia para fortalecer el liderazgo	212
La formación basada en competencias	214
Globalización y educación	214
Resumen	217
Referencias bibliográficas	218
12. Investigación como elemento de liderazgo del gestor sanitario.	
<i>Iván Herrera Peco, Ana Colomer Sánchez, Concha Noriega Matanza</i>	221
Introducción	221
Investigación en el ámbito sanitario	222
¿En qué estructuras del sistema sanitario puede hacerse investigación?	223
¿Qué se puede entender como investigador en el entorno sanitario y quiénes pueden ser considerados investigadores?	225
Relación entre el gestor y la investigación	227
¿Por qué debería ser importante la investigación para un gestor?	229
¿Qué posibles funciones para potenciar la investigación deben tener los gestores sanitarios?	232
¿Qué papel puede tener el gestor sanitario en la investigación?	232
¿Cómo incluir la investigación dentro de las habilidades de liderazgo en el gestor sanitario?	233
Resumen	234
Referencias bibliográficas	235

PRESENTACIÓN

El presente libro surge gracias a la estrecha colaboración e interés de profesionales procedentes de diferentes disciplinas, como son la psicología, medicina, enfermería, biología, antropología o ciencias de la educación física, con una amplia experiencia asistencial, docente, investigadora y de gestión. Todo ello posibilita abordar con rigor y profundidad un tema tan apasionante como es el liderazgo en entornos sanitarios, el liderazgo en gestión y la propuesta de los elementos o habilidades que son esenciales para los profesionales que se dedican a la gestión sanitaria.

Fruto de estas inquietudes y del análisis de la situación actual, cada vez más cambiante, se requieren y demandan profesionales de gestión con competencias y habilidades diferentes a las que se requerían anteriormente. Se necesitan gestores adaptables, plásticos, que sepan desenvolverse en un ambiente donde cada vez más profesionales sanitarios y, no lo olvidemos, pacientes poseen mayor grado de exigencia y competencia, por lo que se requiere un avance en lo que serían las habilidades “clásicas” de gestión.

Esta situación es un estímulo que hace necesaria la obtención o desarrollo de nuevas habilidades o incluso el reenfoque de habilidades ya poseídas, pero que necesiten cambiar para adaptarse a la nueva realidad. Una realidad que lenta pero inexorablemente entra en el mundo de la sanidad y más concretamente en la gestión sanitaria; una realidad que demanda a profesionales más conectados, con competencias asociadas a la humanización de la gestión, con grandes dotes de comunicación, capaces de ejercer liderazgos inclusivos, con capacidad de generar motivación en los grupos de personas que lideren y, por supuesto, que no sean ajenos a la realidad de la investigación, desarrollo e innovación que se realiza en el seno de las organizaciones sociosanitarias.

El presente texto es el resultado de un proyecto originado por la certeza de que el foco sobre el que pivotaba la gestión, la sanitaria más concretamente, hace unos años ha cambiado y sigue haciéndolo. No olvidemos que la sociedad y sus necesidades son plásticas, están en constante cambio y las instituciones sanitarias deben poder adaptarse a esa realidad y no quedarse atrás.

Con respecto a la parte práctica, esta obra ha sido dividida en doce capítulos, que representan un resumen de algunas de las principales habilidades y competencias que deberían desarrollarse o adquirir el gestor sanitario en el entorno actual.

Se destaca el liderazgo, como habilidad y estrategia fundamental a desarrollar por el gestor sanitario para convertirse en un líder formal que posibilite desarrollar de una manera firme su actividad profesional, siendo referente para el resto del grupo y por supuesto de los profesionales que tiene a su cargo.

Se plantea la creatividad y la innovación, ambas facetas son importantes para poder desarrollarse como un gestor adaptable que pueda buscar soluciones diferentes a problemas comunes. Ya se sabe que no siempre lo que funcionó para un problema o situación determinada en un momento dado pueda funcionar en el siguiente.

Se expone la comunicación interna como habilidad profesional, resultando esencial para un gestor sanitario. Pero no nos referimos a su capacidad de hablar en público o de expresar de forma meridianamente clara sus ideas, sino de ser capaz de exponer con claridad lo que se desea. Un gestor tiene que ser capaz de superar las barreras de comunicación que puedan interponerse entre el emisor y los receptores. Es imprescindible convertirse en un comunicador efectivo y eficaz, que genera confianza.

Asimismo, un gestor sanitario necesita saber cómo motivar. Nos referimos a la capacidad de motivar con el ejemplo, de sacar lo mejor de cada miembro de su equipo y de conseguir que los profesionales se identifiquen con la organización. Algo que está muy ligado al Trabajo en equipo, algo esencial para toda organización y ni que decir tiene de su importancia en las organizaciones sanitarias. Un equipo no funciona si algún miembro de dicho equipo no presenta una implicación total. ¿Qué papel juega el gestor sanitario aquí? Pues actuar como el “pegamento” del equipo y conseguir animar, motivar y, en definitiva, su implicación.

El gestor también debe tener una parte importante de *coach* o mentor de los profesionales que conforman su equipo, debe saber escuchar, comprender sus problemas, necesidades y, en definitiva, saber leer entre líneas y actuar para conseguir que esas situaciones cambien y el profesional se encuentre de nuevo a gusto y motivado. Qué puede hacer para que esto ocurra, pues que el gestor sanitario sea consciente de cómo gestionar las competencias de los profesionales, saber en qué situaciones, lugares o actuaciones el profesional será más efectivo se sentirá más a gusto. Además, debe ser conocedor de cómo generar entornos laborales saludables y positivos para los profesionales, algo que conducirá a unas mejores relaciones entre profesionales y una mayor implicación con los objetivos de la organización.

Todo lo anterior conduce a algo tan sencillo como es la humanización de la gestión. En definitiva, podría sintetizarse de un modo sencillo, “trata a los demás como te gustaría ser tratado”.

Por supuesto hoy en día un gestor sanitario debe ser conocedor de que existen ciertas actividades esenciales que se abordan en una organización sanitaria y que deben potenciar y tenerlo como una prioridad. En este sentido, tanto la formación, como las actividades de investigación, desarrollo e innovación que desarrollan los profesionales sanitarios, constituyen un elemento clave de su actividad como líderes. Son dos pilares fundamentales para el sistema sanitario, para su desarrollo y avance, y que redundan en una mejor calidad en la prestación de servicios.

No podemos acabar la presentación de esta obra sin mostrar nuestro más sincero agradecimiento a aquellos que la han hecho posible: a los autores, que han mostrado una disposición y disponibilidad encomiable y digna de admiración, con sus aportaciones, basadas en su experiencia personal, sus conocimientos y sobre todo con sus propuestas para la mejora del liderazgo en el sistema sanitario.

Y aprovechamos para dar nuestro más sincero agradecimiento a todos aquellos que han decidido leer este libro, y que apuestan por un Liderazgo Global en la Gestión Sanitaria.

Esperamos que sea de gran utilidad.

Iván Herrera Peco
Diego Ayuso Murillo

LIDERAZGO SANITARIO

Diego Ayuso Murillo, Máximo A. González Jurado

■ INTRODUCCIÓN

“El sector sanitario, siempre tan cambiante, precisa de líderes que ayuden a navegar a través de las tormentas”¹.

El liderazgo se caracteriza por una serie de habilidades. No es cuestión de tener un título o un cargo, sino de influir sobre los demás para conseguir un resultado positivo. Los profesionales sanitarios tanto clínicos como gestores, deben asumir su responsabilidad en la solución de los retos que actualmente afronta la sanidad, y dar un paso adelante en los aspectos relacionados con el liderazgo.

Sin duda el liderazgo es una de las características principales a desarrollar e implementar en los profesionales sanitarios, sobre todo en el ámbito de la gestión, resultando imprescindible igualmente en el ámbito clínico.

Por tanto podemos hacernos varias preguntas importantes: ¿se mide el liderazgo en los profesionales de la salud en el ámbito clínico?, ¿en los procesos de selección para ocupar puestos de gestión sanitaria, el liderazgo se evalúa y se tiene en cuenta a la hora de elegir a los profesionales para puestos de gestión?, ¿los gestores de la salud son evaluados en liderazgo durante el desempeño de sus puestos de responsabilidad?, ¿se forma en liderazgo de forma sistematizada y se considera importante? En caso de medir el liderazgo, ¿cómo se mide?, ¿qué criterios se utilizan?, ¿son criterios públicos y objetivos?

A mi juicio todas las preguntas anteriores deberían responderse con un sí, pero la realidad que conozco me dice que tristemente es un no. En este capítulo vamos a abordar las claves del liderazgo.

■ LA PERSONALIDAD Y EL LIDERAZGO

Se observa que, en los años 30 del siglo pasado, y con mayor claridad a mitad del siglo XX, se promueve el interés científico sobre el análisis de los rasgos de personalidad, para determinar el perfil del líder. Se encuentran los primeros patrones de conducta que definen a una persona como líder². Se empieza a plantear que el ambiente donde ejerza el liderazgo y la motivación, puede afectar a su personalidad potenciándolo y así creando mejores líderes³.

Durante la última década del siglo XX ya se destacan rasgos de personalidad como: entusiasmo, moralidad, curiosidad y audacia⁴.

Drucker en 1990 destaca que el líder debe tener una personalidad comunicativa y autodisciplinada.

En el siglo XXI, se describe al líder como una persona creativa y que toma decisiones^{5,6,7}. Contreras⁸ encontró en sus estudios que la extraversión y la apertura (búsqueda y valoración activa de la experiencia, tolerancia y exploración de lo desconocido) motiva a correr riesgos, y estos rasgos se asocian con el liderazgo⁹, en contraposición de Morgeson y colaboradores¹⁰.

Según el International Council of Nursing, el liderazgo es esencial en la administración de enfermería, y comprende las actividades de instruir a otras personas y ser sus mentores, crear un entorno y condiciones para el perfeccionamiento constante y la calidad de los cuidados. Se reconoce que, en la formación de enfermeras gestoras, la preparación para el liderazgo es un elemento crítico, además de ser una importante prioridad para la enfermería en general¹¹.

La formación de enfermeras/os debe incluir el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan desarrollar estilos de liderazgo transformacional, en el ejercicio laboral, y así potenciar la función de gestión en el rol profesional¹².

Los gestores enfermeros ocupan puestos de responsabilidad dentro de las organizaciones sanitarias, desempeñando las funciones de dirigir, motivar y supervisar los diferentes equipos de trabajo, siguiendo los objetivos de la organización e influyendo en su comportamiento, ejerciendo por tanto el liderazgo formal dentro de la unidad o servicio de enfermería^{13,14,15,16,17}.

March, en su estudio con equipos sanitarios, muestra la necesidad de intervenir sobre los mecanismos de adaptación del estilo de liderazgo de equipo, como estrategia de mejora del clima emocional en el equipo. Plantea que es preciso incorporar cauces y aumentar las posibilidades de participación, otorgando un mayor protagonismo a los profesionales, favoreciendo la gestión compartida en los equipos de trabajo. En este marco, sería necesario también impulsar las habilidades motivacionales y cognitivas de liderazgo, encaminadas a un mejor reconocimiento del saber de los profesionales sanitarios dentro del equipo. Incorporar estas pautas al modelo de gestión organizacional en unidades de gestión clínica, contribuiría no solo a mejorar la calidad del clima emocional, sino que, además, conllevaría una mejor organización laboral, la participación activa, una comunicación positiva y un compromiso profesional de todos los miembros del equipo. Esto estaría relacionado con rasgos de conducta y personalidad en línea con la comunicación, escucha activa, empatía, reconocimiento, trabajo en equipo, motivación¹⁸.

Los gestores sanitarios deben poseer y desarrollar habilidades directivas para realizar una correcta gestión de las personas que dependen de ellos, entre las que destaca el liderazgo^{19,20,21,22}.

Las competencias que los directivos de la salud deben tener, según propone la Sociedad Española de Directivos de la Salud²³, son las siguientes (véase Figura 1.1).

Dentro de los perfiles que se piden a los candidatos para ocupar puestos de gestión y dentro de las competencias esperadas de un gestor sanitario siempre aparece el liderazgo²⁴.

Es por ello que consideramos muy relevante el identificar rasgos de personalidad asociados al liderazgo en los gestores sanitarios.



Figura 1.1. Competencias que deben poseer los directivos en el área de la salud según la Sociedad Española de Directivos de la Salud. Elaboración propia.

■ TIPOS DE LIDERAZGO

Una de las teorías más relevantes de liderazgo es la planteada por Hersey y Blanchard, que desarrollan la teoría del liderazgo situacional, basada en la idea de que el estilo de liderazgo más eficaz es aquel que mejor se adapte a los colaboradores en cada situación^{25,26}. Así, en algunos momentos y dependiendo de la madurez del equipo y de la organización podemos utilizar un estilo autoritario, persuasivo, participativo o delegador. Lo importante es aprender en qué circunstancias deben ser utilizados, y las fases por las que atraviesan los equipos y las personas. Se trata de dar a cada uno de los colaboradores lo que necesita (véase Figura 1.2).

	ESTILO PARTICIPATIVO	ESTILO PERSUASIVO
+ CONDUCTA DE RELACIÓN -	E3 = Alta relación y baja tarea	E2 = Alta tarea y alta relación
	E4 = Baja relación y baja tarea	E1 = Alta tarea y baja relación
	DELEGAR	DAR ÓRDENES
	- CONDUCTA DE TAREAS +	

Figura 1.2. Variaciones de estilos de liderazgo según la Teoría Situacional de Hersey y Blanchard. Elaboración propia.

El liderazgo situacional se basa en dos variables, la cantidad de dirección (conducta de tarea) y la cantidad de apoyo socioemocional (conducta de relación) que el directivo debe proporcionar a sus colaboradores para lograr los objetivos de la organización, teniendo en cuenta el nivel de madurez profesional y psicológica de aquellos y las características específicas de cada situación: tipo de funciones y tareas a realizar, complejidad del problema a resolver, grado de dificultad de los objetivos a alcanzar, cultura empresarial, normas y políticas de la empresa, expectativas de la dirección y de los trabajadores, características personales y profesionales de los responsables, compañeros y colaboradores, y diversos factores del entorno que influyen en la organización.

Los comportamientos de un líder caracterizan a los cuatro estilos básicos de dirección, teniendo en cuenta el mayor o menor énfasis que debe poner en las dos variables: conducta de tarea y conducta de relación, para ser congruente con el nivel de madurez del colaborador²⁷:

- **Estilo E1.** Dar órdenes. Alta conducta de tarea y baja conducta de relación. El colaborador tiene un bajo nivel de madurez psicológica y un bajo nivel de madurez profesional. Son profesionales poco maduros y noveles, que necesitan un tutelaje tanto técnico como personal. El líder toma las decisiones.
- **Estilo E2.** Persuadir. Alta conducta de tarea y alta conducta de relación. El colaborador tiene un moderado nivel de madurez psicológica, y un moderado nivel creciente de madurez profesional. Son profesionales a los que hay que convencer para que participen, animándoles y orientándoles en su aprendizaje y en la toma de decisiones. El líder toma la decisión y explica.
- **Estilo E3.** Hacer participar. Alta conducta de relación y baja conducta de tarea. El colaborador tiene un nivel de madurez psicológica moderadamente alto, y un alto nivel de madurez profesional. Son profesionales muy formados y cualificados, pero hay que animarles a que tengan iniciativas y pongan en marcha proyectos e ideas de forma autónoma. El líder y subordinados toman las decisiones.
- **Estilo E4.** Delegar. Baja conducta de relación y baja conducta de tarea. El colaborador tiene muy alto nivel de madurez psicológica y muy alto nivel de madurez profesional, mucha experiencia laboral. Son profesionales totalmente autónomos, de máxima confianza, con competencias y experiencia sobrada. Los seguidores del líder toman las decisiones.

El modelo de liderazgo situacional proporciona al directivo una excelente herramienta no solo para la dirección eficaz, sino también para el desarrollo de sus colaboradores. En la actualidad, los modelos más útiles y aplicables para la dirección de personas utilizados en el mundo empresarial han surgido a raíz de las investigaciones de Hersey y Blanchard, que defienden que no existe un único estilo de liderazgo efectivo para cualquier finalidad, sino que la clave está en adaptar el estilo de liderazgo a cada momento y situación y las necesidades de cada miembro del equipo²⁵.

Los jefes que realmente son capaces de influenciar el comportamiento de sus equipos son aquellos que adaptan su comportamiento para satisfacer las demandas de cada situación particular.

Si un líder quiere mejorar el nivel de madurez de un colaborador para que este asuma una responsabilidad significativamente mayor, lo mejor que puede hacer es reducir la conducta de tarea y aumentar la conducta de relación.

La conducta de relación explica todas las dimensiones de clima psicológico en una organización, y además siempre lo hace en una proporción superior a la proporción explicada por la conducta de tarea. Cuando el subordinado describe en su jefe conductas de relación, la percepción de las dimensiones de Implicación, Cohesión, Apoyo, Autonomía, Organización, Claridad, Innovación y Comodidad se incrementan; por el contrario, la percepción en la dimensión de Presión y de Control disminuye. Por lo tanto, la conducta de relación, no solo favorece la percepción de mejor clima sino además disminuye la percepción de Presión y Control en el trabajo. En cuanto a la situación en la que los subordinados describen en sus jefes conductas de tarea, aquellos incrementan su percepción en las dimensiones de Implicación, Cohesión, Apoyo, Autonomía, Presión, Claridad, Control e Innovación. En este caso todas las dimensiones explicadas se incrementan²⁸.

Sin embargo, no solo se trata de aplicar correctamente el liderazgo situacional, sino que también hay una serie de aspectos que funcionan siempre en cualquier tipo de liderazgo y que ningún líder debería olvidar²⁹:

- *Autenticidad*: no basta con elegir un estilo de liderazgo como expresión natural de nuestra relación y abordaje de las acciones a desarrollar, sino que este debe ser coherente con lo que pensamos, decimos y hacemos. Para ello no debe entrar en contradicción con nuestros valores, creencias y actitudes. La autenticidad se relaciona íntimamente con la honestidad, que es una actitud que casi todos reclamamos a los demás, pero que no todos estamos dispuestos a practicarla siempre y hasta las últimas consecuencias.
- *Invertir la pirámide*: a medida que se asciende en la estructura jerárquica, se produce un hecho curioso: somos más observados que observadores, por lo que nuestras acciones repercuten en los demás como modelos a seguir tanto positiva como negativamente. La actitud de un líder es de servicio y desarrollo de sus colaboradores. El espacio natural del líder debe ser la base de la pirámide de la organización para que se pueda dar ese flujo natural de abajo hacia arriba, situando al paciente/cliente en el vértice superior de la organización; de esta manera se genera una cultura de servicio. Un jefe enfocado en desarrollar a sus subordinados genera un ambiente de confianza bajo el que se abren espacios para la comunicación efectiva. De esta forma aumentan las posibilidades de establecer diálogos productivos. En este ambiente, es posible hablar de los errores sin temor, con la finalidad de corregir y generar aprendizaje para el futuro; las ideas innovadoras surgen de cualquier nivel de la organización; la retroalimentación se vuelve más sincera y asertiva; se exige el cumplimiento de acuerdos a cualquier per-

sona y se cuenta con una dinámica humana de crecimiento, innovación y servicio.

Esto no supone la pérdida de autoridad o que siempre se hará lo que deseen los subordinados. El servicio no excluye la autoridad; por el contrario, la legítima. Un líder de servicio obtiene el apoyo de su gente no porque tiene un puesto, sino porque su actitud es digna de ser seguida.

- *Saber estar*: levantarse de la mesa e ir donde están ellos, dejarse ver en cualquier circunstancia. Preguntar, preguntar y preguntar. Escuchar las ideas, opiniones y tomar decisiones; ser tolerante con las ideas y riguroso a la hora de ejecutar las decisiones tomadas.
- *Ser humilde y seguir aprendiendo*: nada mejor para el aprendizaje que la humildad que nos permite escuchar a los demás, nos aporta equilibrio, pone a los equipos por delante de las personas, evita las miradas por encima del hombro a los colaboradores y clientes. Nos permite reconocer nuestros errores y las dificultades. La arrogancia nos impide hacer las preguntas oportunas y buscar la orientación esclarecedora.
- *Trabajar el triángulo inferior*: un trabajo técnico exige muchos conocimientos, determinadas capacidades y algunas habilidades. A medida que asumimos mayor responsabilidad sobre la dirección de los equipos, se requieren más habilidades que conocimientos.

Aun así, nos resulta difícil salir del esquema técnico, aferrándonos a los conocimientos y situándonos en el triángulo superior, es decir, asumimos el liderazgo como un comportamiento técnico y nos basamos en lo aprendido en los cursos de formación, en la universidad.

Sin embargo, para trabajar la parte inferior se requieren más habilidades que capacidades y conocimientos, y así entendemos que trabajar en cooperación amplía las posibilidades de hacer un buen trabajo. Si nos fijamos en las coincidencias podemos trabajar las sinergias. El liderazgo se presenta como una habilidad personal no aprendida, sino sentida.

Y por último, que la democracia es algo más que un sistema; es una cultura en la que deben ser respetadas todas las opiniones y prever las consecuencias de las decisiones para orientarlas hacia el bien común, hacia la consecución de objetivos y a que los resultados lo sean, como consecuencia del esfuerzo de todos (véase Figura 1.3).

- *Comprometerse* es hacer propia una idea, una causa, un proyecto, y estar dispuesto a dar lo mejor de nosotros mismos para que salga adelante y se desarrolle. El compromiso nos lleva a profundizar en nuestros conocimientos y a analizar nuestras experiencias, para extraer las enseñanzas que nos permitan contribuir más y mejor con aquello que estamos comprometidos. Poner pasión en lo que se hace y mostrar una actitud comprometida, convence y motiva a nuestro alrededor.
- *Liderar desde las distancias cortas*: es necesario conectar con las personas más allá del propio mensaje, por ello es preciso un estilo determinado de relacionarse y comunicarse con otras personas. Se trata de compartir algo

motivador y que impulse a la acción, y esto no es posible desde un despacho, ni con grandes discursos o frases hechas. Se trata de compartir cosas, superar obstáculos, celebrar triunfos, aclarar expectativas, pero, sobre todo, exige interactuar y dedicar tiempo al equipo.

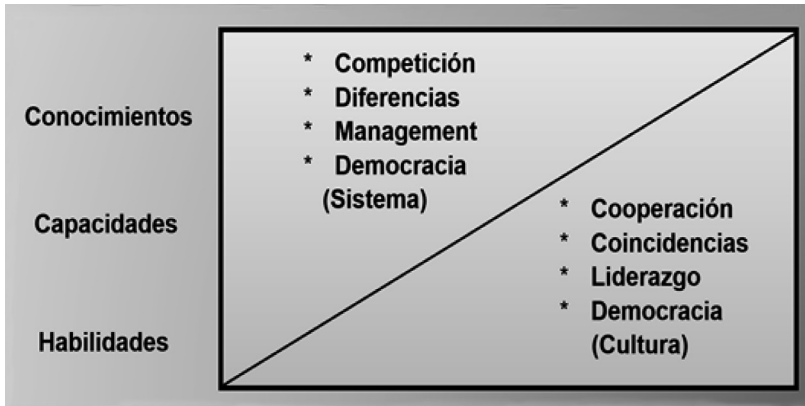


Figura 1.3. Detalle de los conocimientos que un buen líder no debe descuidar, en concreto se centra en el trabajo de las capacidades o habilidades definidas en el triángulo inferior (Moraleda, 2012, página 268).

Las cosas no son como son, son como somos. El mundo lo vemos en función de cómo lo percibimos, lo comprendemos o lo interpretamos. A menudo nos damos cuenta de que nuestra realidad apenas se parece a la de los demás. Este punto de vista nos permite una apertura en nuestra forma de pensar, al considerar que no hay verdades absolutas, que la relación con nuestros colaboradores es un intercambio que nos ayuda a crecer juntos y que pequeños cambios en nuestra forma de pensar, pueden producir una gran transformación en nuestras organizaciones.

La utilización del liderazgo es un proceso continuo, en el que se utilizan diferentes estilos de conducta y que de alguna manera pueden ser clasificados en formas diferenciadas. Kurt Lewin en 1939 identificó tres estilos o tipos de liderazgo: el autocrático, democrático y liberal³⁰; y Richard Shell³¹ postuló cuatro estilos básicos sobre liderazgo: autocrático, participativo, democrático y liberal (véase Figura 1.4):

- *Autocrático*: está representado por conductas directivas en las que las decisiones se transmiten cuando ya están tomadas. Las técnicas y los procedimientos de la actividad de dirección están determinados por el líder, que orienta las tareas empleando su poder personal de forma autoritaria. Puede anular la creatividad y la innovación. Este estilo puede ser de gran eficacia en situaciones de crisis.
- *Participativo*: el jefe presenta al grupo el análisis de la situación, con valoración de alternativas sobre las que pide opinión. La influencia y libertad del grupo es más amplia pero la decisión sigue siendo en exclusiva del que dirige.

- *Democrático*: representa un avance en el reparto de influencia del grupo, estableciendo una relación de orientación de la persona hacia la toma de decisión en el grupo con quien se comparte las responsabilidades. El consenso es una de las claves esenciales que lo caracteriza. El reto del grupo es compartir perfiles profesionales diferentes para enriquecerlo, en donde el equilibrio y la cohesión van a ser estrategias necesarias, para favorecer la resolución de los problemas que afectan al equipo.
- *Liberal*: promueve la libertad completa del grupo. El líder participa en minoría siendo el grupo quien formula las decisiones. El líder ha de ser permisivo para alentar la libertad del grupo, pero si este no es maduro puede caer en la ineficacia. Este estilo tiene grandes ventajas con prestadores de servicios independientes que trabajan en conjunto para un mismo fin.

La flexibilidad es un elemento importante para la efectividad del trabajo del grupo. Es por lo tanto esencial el conocimiento de su capacidad y disposición, antes de examinar y elegir un estilo de liderazgo. Por tanto, una premisa fundamental es potenciar las conductas de relación con el equipo, conocer, escuchar y comunicarse con él de una forma activa, con el objetivo de alcanzar el máximo conocimiento posible en el ámbito laboral de cada uno de los colaboradores que forman parte de nuestro equipo.



Figura 1.4. Estilos de liderazgo propuestos por Richard Shell³¹. Elaboración propia.

En liderazgo destacan otros autores como Bernard Bass³² y Dunham & Klafehn³³, que amplían el concepto de liderazgo identificando dos tipos de líderes:

- *Transaccional*: es el que desempeña un papel de atención que se enfoca en las actividades cotidianas. Fija las metas en función de lo que se puede esperar de las personas que dirige. Suele evitar riesgos, es cuidadoso con los límites de tiempo, favorece el mantenimiento del control y atribuye las actividades según las mejoras obtenidas.

- *Transformador*: es el que motiva a sus seguidores para alcanzar las metas a partir de su potencial integral, ofreciendo una razón y sentido a la dirección del grupo. Los líderes transformadores utilizan el carisma, la consideración individualizada y la estimulación intelectual, para producir un esfuerzo mayor asentado en la efectividad y la satisfacción de las personas y el grupo que lidera. El liderazgo transformador realiza la transformación de los empleados, delegando responsabilidades, tomando iniciativas, transmitiendo espíritu de equipo y cooperación, y planteando resolución de conflictos.

El concepto de liderazgo transformacional fue originado e introducido por el experto en liderazgo James MacGregor Burns³⁴. Este lo definió como el tipo de liderazgo ostentado por aquellos individuos con una fuerte visión y personalidad, gracias a la cual son capaces de cambiar las expectativas, percepciones y motivaciones, así como liderar el cambio dentro de una organización. Asimismo, determinó que tal tipología de liderazgo era observable “cuando los líderes y seguidores trabajan juntos para avanzar a un nivel superior de moral y motivación”. Posteriormente fue el investigador Bernard M. Bass quién desarrolló el concepto original, elaborando la Teoría del Liderazgo Transformacional de Bass. Este considera que el liderazgo transformacional se define en función del impacto que tiene sobre los seguidores, ya que dichos líderes se ganan la confianza, respeto y admiración de los mismos³⁵.

Pero probablemente, la mayor aportación de Bass al estudio del liderazgo transformacional sea la determinación de los cuatro componentes que diferencian dicho tipo de liderazgo. Estas características son:

- *Estimulación intelectual*: el líder transformacional no se limita a desafiar el *statu quo* dentro de una organización, sino que fomenta de forma intensiva la creatividad entre sus seguidores, alentándolos a explorar nuevas formas de hacer las cosas y nuevas oportunidades, en beneficio de la empresa.
- *Consideración individualizada*: el liderazgo transformacional implica a su vez mantener líneas de comunicación abiertas con los seguidores, tanto de forma individual como colectiva. De este modo se asegura que se compartan nuevas ideas, pudiendo surgir así productos o innovaciones que, de lo contrario, hubieran quedado sin desarrollar. A su vez, estos mismos canales de comunicación permiten a los líderes un reconocimiento directo a sus seguidores, motivándolos y fomentando la proactividad.
- *Inspiración y motivación*: gracias a su visión clara, los líderes transformacionales tienen la capacidad de articular a sus seguidores. De ese modo, logran transmitir su motivación y pasión, lo que conduce a empleados con mayor proactividad y comprometidos con la organización.
- *Influencia idealizada*: el líder transformacional se erige como un modelo para sus seguidores. Estos quieren emularlo como consecuencia de la confianza y respeto que tienen depositados en él. Es gracias a esto que pueden surgir nuevos líderes transformacionales dentro de la organización ya que

el liderazgo es una capacidad que, aunque en ocasiones es innata, puede desarrollarse y ser entrenada.

El liderazgo transformacional es aquel que mayores beneficios reporta a las organizaciones cuyos objetivos sean fomentar la creatividad y la innovación entre sus empleados para lograr mejorar o mantener su posición competitiva³⁶. Warren Bennis³⁷ es uno de los autores del desarrollo organizativo, y destaca cuatro funciones de la gestión del líder:

- Gestión de la atención: debe saber atraer la atención de todos los miembros del equipo.
- Gestión del significado: ha de saber decodificar señales, para dar significado a las nuevas señales y fórmulas que guiarán el proceso de cambio.
- Gestión de la confianza: los que le siguen han de confiar en él.
- Gestión de sí mismo: el cambio genera desconfianza, tensiones, emociones, tiende a la desestabilización. El líder ha de mantenerse emocionalmente equilibrado y dosificar su gasto de energía.

Gerald A. Michaelson, en su libro *Sun Tzu para directivos*, plantea que un mal líder se aferra a las rutinas, rechaza o ignora nuevas informaciones, subestima al adversario o a los colaboradores y prefiere los ataques frontales. En cambio, el buen líder es un gran especialista formado en su campo y además sabe tratar a las personas. El líder debe transmitir emociones, pues sin ellas es mucho más difícil movilizar y motivar a las personas. El líder debe buscar los talentos de su equipo, entendiendo que el talento es encontrar aquello con lo que disfrutamos y no nos cuesta hacer³⁸.

■ FACTORES Y COMPONENTES DEL LÍDER

Un líder debe ser persuasivo, para lograr que su equipo colabore en el logro de un fin o meta que él se había propuesto. A la vez de tener la persuasión, debe tener paciencia para poder aceptar sugerencias o modificaciones a las ideas que presente, debe saber en qué momento presentar sus ideas para que tengan el impacto que él esperaba³⁹.

Goleman destaca fundamentalmente que del líder se espera que realice muchas tareas, pero el principal trabajo es dar resultados⁴⁰.

Fiedler planteó un modelo de liderazgo en el que incluyó la contribución de las teorías basadas tanto en los rasgos, como en las teorías conductuales, y agregó una nueva variable: la situación⁴¹. Para este autor, la eficacia de los distintos estilos de liderazgo va a depender de que la situación sea favorable y esta situación de favor va a estar determinada por los siguientes elementos⁴²:

- Las relaciones del líder con los miembros del grupo. Esta variable probablemente es la que determina en mayor medida la influencia del líder.

- El grado de estructuración de la tarea que debe realizar el grupo. Esta variable ocuparía una segunda posición en importancia.
- El poder y la autoridad del líder en el grupo, que está ligado con el cargo del líder y su posibilidad de administrar recompensas y castigos.

House y Mitchell establecieron que el comportamiento del líder consistiría en facilitar el desarrollo de los subordinados para que estos alcanzaran sus propias metas individuales⁴³. En todo caso, el líder debe hacer coincidir esas metas personales de los subordinados con las metas de la propia organización. En el caso de que no estuvieran claras las tareas a realizar para la consecución de los objetivos, la misión del líder sería la de facilitar la ruta o el camino para conseguir las metas⁴⁴. Todo esto es claramente aplicable a los gestores en los entornos sanitarios en todos los niveles de la organización, como gestores clave en el manejo de equipos y grupos, siendo fundamental dentro de sus competencias el poder alinear los objetivos de la organización sanitaria con los objetivos a alcanzar por parte de cada miembro del equipo profesional.

Se han identificado algunos constructos psicológicos que constituyen las bases del liderazgo constructivo. Los componentes que hacen referencia al individuo son: autoconcepto, balance entre el interés propio y el de otros, autoconciencia de sus pensamientos, intuiciones y emociones, sentido de seguridad, tolerancia al riesgo, autonomía, toma de decisiones, capacidad de observar el todo y sus partes, constancia, confiabilidad, necesidad de logro y poder (no para dominar) e integridad. Otros componentes de su propuesta aluden a las relaciones interpersonales que establece el líder con sus seguidores caracterizadas principalmente por: confianza en los demás, empatía, equidad, honestidad, generosidad y cooperación. Además, señala los componentes que estarían relacionados con la forma en que el trabajador asume su trabajo, como la conciencia por un trabajo ético, manejo adecuado del conflicto, comunicación y capacidad de dirección y vitalidad⁴⁵.

Para Serrano Orellana y Portalanza, el líder es quien logra que las organizaciones obtengan los resultados esperados, a través de la creación de oportunidades que permitan transformar el contexto. Un líder eficaz es transformador, soportando su comportamiento en valores orientados hacia el bien común. El líder será capaz de fomentar el crecimiento personal y desarrollar habilidades y competencias en los miembros y equipos de la organización, teniendo un impacto muy positivo en el clima laboral. Si el líder no logra que sus seguidores trabajen con entusiasmo y disposición para el logro de sus metas, sencillamente no está siendo eficaz⁴⁶.

En el estudio de Danet se confirma que el tipo de liderazgo ejercido es uno de los principales factores condicionantes del clima emocional. En la situación de crisis actual en el sector sanitario, se pone de manifiesto la necesidad de un liderazgo orientador, que dote de una nueva visión a largo plazo y en el que la dirección del hospital (líderes), ofrezca pautas claras de actuación para el personal, con una motivación más directa y activa por parte de sus responsables, siendo también rele-

vante el liderazgo afiliativo y participativo, mediante estrategias de comunicación y consenso en reuniones multidisciplinarias que potencien el trabajo en equipo, el compromiso y la participación de todos⁴⁷.

Dada la complejidad del fenómeno del liderazgo y la influencia entre variables de diversa índole, que complejizan el comportamiento organizacional, se hace necesario realizar abordajes más amplios, integrados e integrales, que permitan comprender cómo las distintas variables estudiadas se relacionan o se influyen unas a otras. Con base en ello, se pueden generar estrategias de intervención a favor de un liderazgo más efectivo, orientado hacia el bienestar de los individuos y la productividad de la organización⁸.

Vacas Guerrero plantea el liderazgo ético, exponiendo que la supervisora de enfermería coordina personas que cuidan personas, y el liderazgo ético tiene que ver con las personas⁴⁸. Con personas que se preocupan de su propio desarrollo como ser humano y el de sus colaboradores. Los gestores sanitarios que se esfuerzan en el día a día en el desarrollo de este modelo ético de influencia se ganan la confianza de sus colaboradores.

El liderazgo es la inspiración para obtener las respuestas deseadas y conseguir que los demás realicen su trabajo eficientemente. Los líderes están orientados al futuro, se sienten desafiados por el cambio y son capaces de planificar estrategias para aprovechar el potencial humano⁴⁹. Como consecuencia, el liderazgo debe crear una cultura en la organización, donde el cambio plantee la posibilidad de crecimiento y desarrollo de los profesionales⁵⁰, logrando a su vez incrementar los niveles de satisfacción del personal y el aumento de la calidad de la asistencia sanitaria⁵¹.

Los líderes deben contar con la confianza de sus trabajadores para un liderazgo efectivo; por ello deben ser objetivos y justos, confiar y generar confianza, ser consecuentes, transparentes con la información y sinceros. Así, los valores universales vinculados con el liderazgo son la coherencia y, en segundo lugar, la honestidad. La conducta ética o la integridad del líder y, en menor medida, la benevolencia, promueven la confianza en el mismo⁵⁰.

Para Hernández Santana, el liderazgo es una habilidad esencial en la vida profesional de la enfermera, pues le capacita para comunicarse de forma efectiva, ser capaz de señalar soluciones para los conflictos y tener iniciativa en la toma de decisiones, atributos que garantizan un desempeño satisfactorio en su trabajo, lo que demuestra la estrecha relación entre liderazgo y enfermería. Para esta autora se vislumbra la tendencia hacia un liderazgo participativo, con enfoque en la comunicación, como forma de alcanzar mejores resultados en salud y superar desafíos. Las instituciones que poseen un liderazgo sólido contribuyen al aumento de la creación de vínculos, menos conflictos y mayor compromiso de las personas en el proceso de trabajo⁵².

En el estudio de Soto, en las enfermeras gestoras destaca en liderazgo el dominio personal, efectividad interpersonal, gestión financiera y de recursos humanos, concluyendo que las habilidades de gestión y liderazgo se deben basar en conocimientos sólidos y en la experiencia. Asimismo, la concepción de gestión y lideraz-

go ocupa un lugar complementario al rol de cuidado que tiene la/el enfermera/o. El liderazgo transformacional y relacional son necesarios para mejorar la satisfacción de las/os enfermeras/os¹².

■ LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

El liderazgo hace referencia a actitudes y valores relacionados con el talante personal y su influencia en las personas, que las capacita para gestionar la cultura y los valores de la empresa y de los grupos profesionales que la constituyen, teniendo en cuenta las relaciones de poder y los afectos, así como las tendencias y los intereses del grupo.

La dirección, por su parte, gestiona la misión de la empresa desde los profesionales y empleados, y tiene en cuenta las metas y objetivos de la organización para conseguir unos fines predeterminados. La dirección ocupa el ámbito del cumplimiento y el liderazgo los aspectos de las relaciones humanas, debiendo estar ambos interrelacionados para el logro de las metas deseadas.

Las direcciones en los hospitales son las estructuras donde se desarrolla el liderazgo formal, que garantiza el poder incorporar las demandas profesionales que surgen de la evolución disciplinar y de los propios requerimientos sociales respecto de una atención de cuidados para la salud y el bienestar de las personas. Pero la estructura formal del liderazgo no cumple su fin si no es a partir del ejercicio del mismo, asentado en el reconocimiento social que surge de dos fuentes esenciales, por un lado, de la capacidad de resolución de los problemas reales del cuidado y atención sanitaria que demandan las personas, y por otro lado, de la aportación de conocimiento científico al saber universal como resultado de la investigación.

Para Chopra todo líder tiene unas características comunes: el poseer buenos conocimientos en su disciplina, la capacidad para motivar, la confianza, la comunicación, el entusiasmo, la visión global de las situaciones, el valor y la capacidad para tomar decisiones que incluyen riesgos. Estas características son coincidentes con las que debe tener un buen directivo⁵³.

Vela Valle, en su estudio sobre el perfil de competencias y liderazgo en gestión, concluye que existen grandes expectativas por parte de los profesionales enfermeros hacia sus gestores sobre liderazgo, quedando patente en el enunciado “La supervisora/coordinadora debe ser una buena gestora y líder”, y en su estudio obtienen que se trata de la más prioritaria competencia reconocida en la dirección enfermera, esto es extrapolable al resto de las direcciones y a las gerencias en gestión sanitaria⁵⁴, destacando el liderazgo como un aspecto organizativo, que influye en el entorno de la práctica profesional enfermera. La capacidad, liderazgo y apoyo a los profesionales asistenciales y clínicos, por parte de los gestores sanitarios, se percibe fundamentalmente a partir del papel comprensivo de los responsables y directivos, y de sus tareas de asesoramiento y apoyo⁵⁵.

El líder debe crear un ambiente positivo, donde el grupo conozca su misión y tenga depositada la confianza en el logro de las metas, ya que las características

propias del líder pueden también generar un ambiente de competitividad, donde se cierre la comunicación generando desconfianza.

Siempre que un directivo intenta llevar a cabo una tarea, o conseguir un objetivo a través del esfuerzo de las personas que componen un equipo, está intentando ejercer una influencia sobre el comportamiento de los miembros de su equipo. La capacidad de influenciar el comportamiento de una persona o un grupo, es lo que se conoce como liderazgo. Debemos promover el cambio, modificando el estilo de dirección de los responsables de los distintos servicios para lograr el liderazgo; el estilo de dirección autoritario está obsoleto y es desmotivador en las organizaciones sanitarias.

Los líderes deben definir una cultura de equipo, valorando más los aspectos colectivos del grupo que los individuales, gestionando y optimizando el propio tiempo, buscando oportunidades desde el trabajo en equipo, ofreciendo y aceptando disculpas, reconociendo errores, siendo dinamizadores del equipo de dirección y de los respectivos equipos, y actuando como integradores y dinamizadores de calidad de estos al hacerlos participar en todas las propuestas de mejora.

■ LIDERAZGO Y CALIDAD ASISTENCIAL

Los modelos de calidad asistencial utilizados ampliamente en nuestro país incorporan el liderazgo como un criterio fundamental a desarrollar en las organizaciones sanitarias para alcanzar la calidad en la prestación asistencial al paciente y familias. De este modo el modelo de excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), que es el más utilizado en las organizaciones sanitarias en España (véase Figura 1.5), tiene como primer criterio el liderazgo, sin duda el liderazgo en toda organización, y como no, en las sanitarias, que se tiene que ejercer fundamentalmente por los responsables de la organización, en nuestro caso todos los profesionales con puestos de responsabilidad tanto el ámbito de la dirección médica como en el de la dirección de enfermería (equipo directivo, jefes de servicio, supervisores, etc.)⁵⁶.

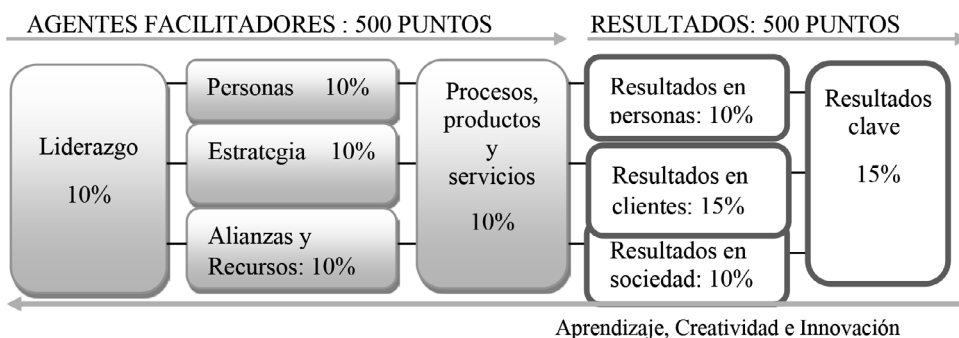


Figura 1.5. Modelo EFQM de Excelencia 2013. Elaboración propia.

El modelo EFQM define el liderazgo en la forma en que los directivos y mandos intermedios desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, implicándose personalmente para conseguir que el sistema de gestión de la organización se desarrolle e implante.

El principal factor para determinar el éxito o el fracaso de un proyecto es la percepción que el personal tiene del compromiso de la dirección, cómo asume la responsabilidad cada uno de los integrantes que ocupan los puestos que forman la cadena de mando. Pero también se valora cómo la ejercen sobre aquellos que están bajo su responsabilidad.

El *subcriterio 1b* plantea que los directivos y mandos intermedios de la organización se implican personalmente con clientes, colaboradores y representantes de la sociedad en actividades de mejora continua.

En este subcriterio los directivos y responsables del ámbito clínico deben establecer alianzas y conseguir actividades de mejora conjunta con:

- Clientes: pacientes, familiares, departamentos de sanidad, compradores de servicios, asociaciones de usuarios, servicios de salud, etc.
- Proveedores: farmacia, material sanitario, tecnología, voluntariado, etc.
- Otras organizaciones externas: asociaciones profesionales y científicas, colegios, otros centros sanitarios y servicios, representantes de la sociedad, universidades, centros de formación sanitarios, etc.

El *subcriterio 1c* establece que los líderes de la organización motivan, apoyan y reconocen a las personas que trabajan en ella.

Para conseguir lo anterior los directivos médicos y de enfermería deben abordar lo siguiente:

- Involucrarse y participar en actividades de comunicación (planes, objetivos, estrategias, objetivos clínicos, resultados, etc.)
- Ser accesibles, escuchar y responder activamente a las personas que trabajan en la organización.
- Estimular y apoyar a las personas de la organización para hacer realidad sus planes, objetivos y metas, aportando formación, el apoyo de la organización y los recursos necesarios (económicos, de tiempo, de apoyo metodológicos).
- Reconocer oportuna y adecuadamente a las personas y equipos que se esfuerzan en mejorar, en todos los niveles de la organización.

El modelo de calidad de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) también incorpora, dentro de las funciones centradas en la organización, la necesidad de establecer el gobierno, el liderazgo y la dirección⁵⁷.

Y en los principios de la gestión de la calidad según las Normas ISO 9001, aparece en segundo lugar el liderazgo, planteando que los líderes establecen la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización⁵⁸.

■ LIDERAZGO EN ENTORNOS SANITARIOS

El liderazgo es clave en el ámbito de la gestión sanitaria, pero también es fundamental en el ámbito asistencial y clínico. Schwartz y Pogge consideran que la mayoría de los médicos poseen “madera” de líderes, pero carecen de habilidades técnicas necesarias para ello. Estas habilidades son la planificación estratégica y táctica, la comunicación convincente, la negociación, la toma de decisiones financieras, la creación de equipos y la resolución de conflictos. Para estos autores, estas habilidades requieren de un entrenamiento sistemático, que debería incluir sesiones didácticas y experiencias clínicas, centradas en la amplia gama de intervenciones utilizadas en los sistemas públicos y en las habilidades administrativas necesarias para ocupar cargos de liderazgo. Los ejecutivos sanitarios deben ser los encargados de identificar a aquellos médicos que tengan capacidad de liderazgo y conseguir, de acuerdo con ellos, que se conviertan en líderes preparados⁵⁹.

Wright, Smith y Jackson definieron los principios básicos que deben iluminar el liderazgo en la gestión clínica. Un aspecto esencial, sobre todo para la mejora de la calidad, es el trabajo en equipo y la colaboración multidisciplinar. También se necesita desarrollar y mantener las habilidades directivas de personas clave, resultando más operativo que un grupo de personas comparta las responsabilidades en cada departamento, en vez de recaer en un solo individuo. Se debe reconocer y recompensar las contribuciones⁶⁰.

La eficacia de los gestores sanitarios dependerá de una serie de competencias encaminadas a gestionar las distintas relaciones dentro y fuera de la organización: el liderazgo, las técnicas de gestión, conocimientos sobre el sector sanitario y habilidades para administrar el día a día en la organización. Respecto al liderazgo, como competencia, este incluye el aprendizaje de aspectos relativos a la eficacia como ejecutivo, el desarrollo de una visión compartida por las personas que componen la organización, el aprender a poner en cuestión nuestros propios esquemas mentales para estar receptivos a las distintas apreciaciones sobre un sistema, fomentar la formación de los equipos que componen la organización y usar la teoría de los sistemas para entender la organización como un todo. Respecto a las habilidades, entre ellas se pueden incluir: la contabilidad de costes, las finanzas, la gestión por procesos, la economía sanitaria, la ética, el marketing, la psicología de las organizaciones, los sistemas de información, los análisis cuantitativos, la planificación estratégica y la política sanitaria.

Los líderes deben conseguir mover a los grupos de personas en la misma dirección, en tiempos de incertidumbre. Los buenos líderes son quienes mediante

conversaciones delicadas transmiten moral e informan de la situación. Deben afrontar con creatividad la solución de conflictos interpersonales y deben ser capaces de ver las cosas tal y como son y no tal y como ellos quisieran que fueran. Los líderes que triunfan son generalmente personas optimistas que sintonizan con sus colaboradores⁶¹. Un liderazgo efectivo servirá para reducir las resistencias psicológicas al cambio y las nuevas tecnologías, allanando el camino de forma importante⁶².

Los médicos y profesionales sanitarios, en su actuación profesional, están aplicando todo su saber, cuidado y atención, para contribuir a la mejora de la salud del paciente, para entrenarle a cuidar su salud y para gestionar mejor su enfermedad. En las organizaciones sanitarias, el directivo tiene que saber escuchar y valorar a los profesionales, tiene que contar con su opinión. La labor del líder sanitario es ayudar a que el encuentro entre profesional y paciente se dé en las mejores condiciones. El líder sanitario es un “facilitador”, como un director de orquesta que trata de sacar la mejor capacidad de los profesionales, haciendo que se encuentren a gusto, que se sientan orgullosos de su trabajo y de la organización en la que trabajan, que quieran superarse cada día. El gestor sanitario es la “grasa” que se aplica al engranaje de la maquinaria sanitaria para que todo funcione sin disfunciones, sin fricciones y se alcance el mejor funcionamiento de la organización, unidad o servicio del que es responsable. El líder sanitario tiene que ser humilde, tiene que acompañar ese esfuerzo y reconocerlo, tiene que saber dar las gracias⁶³.

La Academia de Liderazgo del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido publicó en 2013 un modelo de liderazgo cuyo objetivo es ayudar a los profesionales, tengan o no responsabilidades formales directivas, que trabajan en el sector sanitario a convertirse en mejores líderes. Describe las funciones de los líderes y lo que hay que hacer para potenciar el desarrollo de los mismos. Parte de la premisa de que independientemente de que se trabaje en contacto directo con los pacientes o no, lo que hacemos y cómo nos comportamos afectará a las experiencias de los pacientes y usuarios de los servicios, la calidad de la asistencia ofrecida y la reputación de nuestra organización.

El efecto de un liderazgo positivo que enfatiza el cuidado de los profesionales que trabajan en la organización y la alta calidad de los servicios, se sintetiza en los siguientes aspectos:

- Profesionales satisfechos, leales, productivos y comprometidos.
- Asistencia de alta calidad y compasiva.
- Servicios asistenciales valorados positivamente y satisfacción del paciente.
- Organizaciones sanitarias exitosas y con servicios altamente considerados.
- El modelo está compuesto por nueve dimensiones que tienen cuatro niveles cada una, que son: esencial, competente, fuerte y ejemplar. Las dimensiones son las siguientes (véase Figura 1.6):

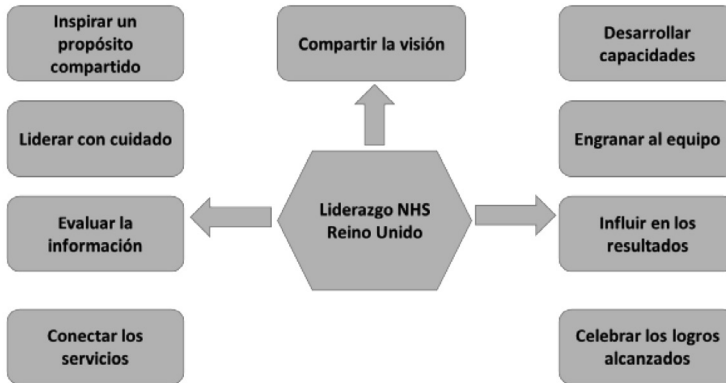


Figura 1.6. Modelo de liderazgo de la Academia de Liderazgo del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. Elaboración propia.

I.- Inspirar un propósito compartido

Los líderes deben fomentar la creación de un propósito compartido en los profesionales independientemente de su rol en la organización, inspirándoles para que crean en la importancia de los valores comunes para que los pacientes, sus familiares y la comunidad se puedan beneficiar de los servicios que se les presta.

II.- Liderar con cuidado

Los líderes deben comprender las emociones subyacentes que afectan a sus equipos y deben preocuparse por sus integrantes individualmente, ayudándoles a superar sentimientos que les inquieten para que puedan centrar su energía en prestar un servicio de excelencia a los pacientes.

III.- Evaluar la información

Su importancia radica en que los líderes deben estar abiertos y mantener una actitud alerta ante la información, investigando qué está ocurriendo en el momento actual para que puedan pensar y decidir de manera informada cómo desarrollar propuestas de mejora.

IV.- Conectar los servicios

Esta dimensión es importante porque los líderes deben conocer y entender cómo se hacen las cosas en distintas organizaciones y equipos y ser conscientes de las implicaciones de las diferentes estructuras, metas, valores y culturas para ser capaces de establecer relaciones, compartir riesgos y colaborar eficazmente.

V. Compartir la visión

La visión de la organización y la empresa expresan creencias y referencias internas, constituyendo el eje central alrededor del cual giran los elementos esenciales, transformándose en hábitos de conducta profesional. Por tanto, la visión de la or-

ganización sanitaria tiene que ser clara, conocida, compartida y trasladada en todas las actuaciones profesionales.

VI. Desarrollar la capacidad

El líder realiza una labor de *coach*. El *coach* no es más que un líder que se preocupa por planear el crecimiento personal y profesional de cada una de las personas del equipo y del suyo propio. Debe poseer una visión inspiradora, ganadora y trascendente, y mediante el ejemplo, la disciplina, la responsabilidad y el compromiso, orienta al equipo en el caminar hacia esa visión convirtiéndola en realidad. Es un líder que promueve la unidad del equipo, sin preferencias individuales, y consolida la relación dentro del equipo para potencializar la suma de los talentos individuales.

VII. Engranar al equipo

El líder realiza fundamentalmente una labor de engranaje del equipo, facilita el trabajo realizado por todos los colaboradores. En un símil con una máquina, “daría la grasa” para que toda la maquinaria funcione con fluidez y sin disfunciones. Detecta dificultades y actúa rápidamente para que no obstruya el funcionamiento normal de las organizaciones sanitarias.

VIII. Influir en los resultados

El líder influye claramente en el equipo, para alcanzar los objetivos clave de la organización, determina los flujos, circuitos y procesos, facilitando el conseguir los mejores resultados, que, en el entorno sanitario, sería alcanzar la mayor satisfacción de los pacientes y familiares.

IX. Celebrar los logros alcanzados

Los líderes celebran y ponen en valor los logros alcanzados por el equipo, reconocen y felicitan a los profesionales por el trabajo bien hecho, estimulan y refuerzan cuando los resultados son positivos; todo ello motiva para seguir alcanzando nuevos retos.

Lyons⁶⁴ señala las siguientes claves para el éxito en el liderazgo en el sector sanitario:

- Confianza entre los profesionales asistenciales y de estos con los gestores y directivos.
- Actitud y cultura positivas por parte del equipo clínico.
- Liderazgo efectivo del equipo asistencial, médico y enfermería.
- Centralidad del paciente.
- Fomento del trabajo en equipo.
- Rendir cuentas adecuadamente ante los accionistas u órganos de gobierno y dirección.

El trabajo del líder consiste en conseguir que el equipo asistencial se sienta accionista de su organización sanitaria y representarles ante los altos niveles en la toma de decisiones asistenciales y financieras.

Los directivos económicos sanitarios consideran la capacidad de comunicarse con claridad y el pensamiento estratégico como sus facetas más importantes, como líderes⁶⁵.

Hudak identificó una serie de capacidades de gestión que debían poseer los ejecutivos sanitarios para optimizar su rendimiento. Estas capacidades eran el liderazgo, la gestión de recursos económicos y la relación interpersonal⁶⁶. Mycek destaca la importancia de la intuición en los líderes en el momento de tomar decisiones difíciles. El desarrollo de la intuición ha sido parte de programas de formación para directivos⁶⁷.

Por su parte, Collins destaca entre las características que debe reunir un líder efectivo, la humildad, la voluntad, la capacidad de resolución y una tendencia a apoyar a los demás mientras se culpa uno a sí mismo. Es lo que denomina liderazgo basado en la humildad⁶⁸.

■ MEDICIÓN DEL LIDERAZGO

Existen distintos instrumentos útiles para medir el liderazgo, como pueden ser el Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ) de Bass y Avolio⁶⁹ o el cuestionario de personalidad 16 PF-5 de Cattell⁷⁰.

Ponemos a modo de ejemplo de medición de liderazgo, el caso experimental de medición de liderazgo empleado en la tesis doctoral por Ayuso Murillo²⁴, con una muestra de enfermeras gestoras y asistenciales del Servicio Madrileño de Salud. En este trabajo se utilizó como instrumento útil para medir el liderazgo el cuestionario de personalidad 16PF-5, que es una prueba estructurada como instrumento para la medida y comprensión de la personalidad. El 16PF-5 mide 16 factores básicos que están identificados de la siguiente manera: A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, Q1, Q2, Q3 y Q4, con cinco factores de segundo orden o dimensiones globales (véase Tabla 1.1).

Tabla 1.1. Correspondencia entre los identificadores utilizados en el presente trabajo y los factores primarios y globales usados en el cuestionario 16PF-5. Elaboración propia.

Factores Primarios			
A	Afabilidad	L	Vigilancia
B	Razonamiento	M	Abstracción
C	Estabilidad	N	Privacidad
E	Dominancia	O	Aprensión
F	Animación	Q1	Apertura al cambio
G	Atención a las normas	Q2	Autosuficiencia
H	Atrevimiento	Q3	Perfeccionismo
I	Sensibilidad	Q4	Tensión
Factores Globales			
Ext	Extroversión	Ans	Ansiedad
Dur	Dureza	Ind	Independencia
AuC	Autocontrol		

En cuanto al potencial de liderazgo, se seleccionan los siguientes factores que lo definen y que han sido descritos previamente por Cattell y Stice⁷¹, y posteriormente por Russell⁷². Atendiendo a lo expuesto por estos autores, puede plantearse que el potencial de liderazgo se caracteriza por los siguientes factores: Centrado en soluciones (M-), Animación (F+), Atrevimiento (H+), Dominancia (E+), Estabilidad (C+), Extraversión (Ext+), Perfeccionismo (Q3+), Razonamiento (B+), Utilitario y objetivo (I-), Orientación al grupo (Q2-) y baja Tensión (Q4-).

Hay que tener en cuenta que cuando el factor aparece como +, se espera que el valor obtenido en la población de estudio sea superior a la media poblacional (5,5 puntos) para poder asociar ese factor al Liderazgo, y si aparece como -, se espera que el valor obtenido en la muestra de estudio en ese factor sea inferior a la media poblacional, para igualmente asociarlo con el liderazgo. Las puntuaciones directas del 16PF-5 se transforman en una escala típica de 10 puntos denominados decápitos, con una media en el decápito 5,5 para la media poblacional española y una desviación típica de 2 decápitos.

Resultados obtenidos en capacidad de liderazgo

En el grupo de enfermeros gestores aparece correlación con el rasgo de personalidad de Liderazgo, puntuando por encima de la media poblacional, en los factores Razonamiento y Dominancia, mientras que el grupo de enfermeros asistenciales aparece correlación con liderazgo en los factores Razonamiento y Extraversión (véase Tabla 1.2).

Tabla 1.2. Detalle de factores primarios y globales que definen la capacidad de liderazgo. En las columnas de profesionales (Enfermeros gestores, Enfermeros asistenciales). (+): indica que el valor medio del factor está por encima del valor medio de la población española. (-): indica que el valor medio del factor no supera el valor medio de la población española. En blanco los factores que correlacionan con liderazgo obtenidos en el estudio. Elaboración propia.

	Enfermeros gestores	Enfermeros asistenciales
Razonamiento (+)	+	+
Estabilidad (+)	-	-
Dominancia (+)	+	-
Animación (+)	=	-
Atrevimiento (+)	-	-
Sensibilidad (-)	+	+
Abstracción (-)	+	=
Autosuficiencia (-)	+	+
Perfeccionismo (+)	-	-
Tensión (-)	+	+
Extraversión (+)	-	+

Discusiones de los resultados obtenidos en la medición de liderazgo

De los resultados obtenidos relacionados con el liderazgo, destacamos que en enfermeras asistenciales obtenemos solo dos rasgos o factores por encima de la media poblacional, que son razonamiento y extraversión. Y nueve rasgos que no correlacionan con liderazgo, que son: estabilidad, animación, dominancia, atrevimiento, ser utilitario y objetivo, estar centrado en soluciones, la orientación al grupo, el perfeccionismo y la baja tensión. Analizando los resultados obtenidos en las enfermeras gestoras relacionados con el liderazgo aparecen dos rasgos o factores por encima de la media poblacional, que son el razonamiento y la dominancia. Y nueve rasgos que no correlacionan con liderazgo, que son: estabilidad, animación, atrevimiento, ser utilitario y objetivo, estar centrado en las soluciones, la orientación al grupo, el perfeccionismo, la baja tensión y la extraversión.

Por tanto, los gestores enfermeros poseen la misma capacidad de liderazgo, que los enfermeros asistenciales, siendo la correlación negativa con liderazgo, es decir no encontramos rasgos de personalidad asociados a liderazgo en nuestra población de estudio.

Esto puede estar relacionado, con los sistemas de selección utilizados en la actualidad, para puestos de gestión enfermera en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), que no utiliza procedimientos ni instrumentos objetivos en la selección de los puestos que han sido motivo de estudio: directores de enfermería, subdirectores de enfermería, supervisores de área o de unidad, utilizando sistemas de selección que se basan en la intuición o en otro tipo de interés, diferentes al de buscar perfiles de liderazgo en los puestos gestores con instrumentos validados.

Otra posible explicación podría estar relacionada con un déficit de formación y posibilidad de desarrollo del liderazgo, por parte tanto de las enfermeras asistenciales como gestoras en el SERMAS.

Day y Peiró, han proporcionado una revisión útil sobre el desarrollo del liderazgo y, entre las prácticas específicas revisadas, plantean la retroalimentación de 360°, el entrenamiento ejecutivo, el desempeño del rol de mentor (*mentoring*) y la creación de redes de contactos (*networking*). Consideramos muy relevante incorporar estas prácticas a las organizaciones sanitarias^{73,74}.

Potenciar los conocimientos y el aprendizaje a través de una continua formación de los trabajadores e incrementar el compromiso para mejorar el desempeño y la retención, es una tarea prioritaria de las organizaciones sanitarias y de los gestores responsables⁷⁵.

Por tanto, al igual que Pérez García, se considera necesario reforzar el perfil de liderazgo, tanto en enfermeras gestoras como asistenciales, potenciando la formación específica y planteando estrategias que den la relevancia que realmente tiene el liderazgo en la profesión enfermera. Consideramos fundamental el emplear instrumentos validados que permitan la selección de profesionales gestores identificando el liderazgo de forma objetiva.

■ RESUMEN

El liderazgo es un pilar clave para el avance de las profesiones sanitarias. Para algunos es innato, para la mayoría el liderazgo es una habilidad que hay que desarrollar en el ejercicio de la profesión y ponerlo en práctica diariamente.

El liderazgo entronca directamente con los rasgos de personalidad, por eso es fundamental conocer los factores de personalidad asociados al mismo y potenciarlos.

Existen diferentes teorías y tipos de liderazgo, los más destacados son la teoría del liderazgo transformacional y la teoría del liderazgo situacional.

Los factores y componentes del liderazgo son muy variados el conocimiento de ellos aportará valor en el desarrollo del mismo.

El liderazgo está asociado claramente a las tareas de dirección y gestión. El avance de la gestión de la calidad total en las organizaciones sanitarias, exige como elemento fundamental el desarrollo del liderazgo y así aparece contemplado en todos los modelos de calidad.

Se plantea como ejemplo a la Academia de Liderazgo del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, que publicó en 2013 un modelo de liderazgo cuyo objetivo es ayudar a los profesionales que trabajan en el sector sanitario, tengan o no responsabilidades formales directivas, a convertirse en mejores líderes.

Se resalta el protagonismo de la medición del liderazgo. Hay que medirlo, y su medición debe plantear estrategias de cambio en los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar de forma continua, aportando valor a la sanidad en su conjunto y en la atención de pacientes y familiares como objetivo fundamental.

Finalizamos el capítulo con palabras de Javier Sada, experto en liderazgo, que nos posiciona claramente en lo que es un líder: “La valía de un líder se mide por su capacidad de servicio a los demás”.

■ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byram DA. Leadership: a skill, not a role. *AACN Clin Issues*. 2000; 11(3): 463-9.
2. Stogdill R. Personal Factors Associated with Leadership: A survey of the Literature. *The Journal of Psychology*. 1948; 25: 35-71.
3. Mejía ML. *Fundamentos teóricos sobre el concepto de liderazgo*. Serie documentos. Borradores de investigación. Bogotá, Colombia. Centro editorial Universidad del Rosario. 2000.
4. Bennis W. *On Becoming a Leader*. London. Hutchinson. 1989.
5. Malouff JM, Thorsteinsson EB, & Schutte NS. The Five-factor Model of Personality and Smoking: A Meta-analysis. *Journal of Drug Education*. 2006; 36: 47-58.
6. Nicholson NM, Fenton-O’Creevy M, Soane E & Willman P. Personality and Domain-Specific Risk Taking. *Journal of Risk Research*. 2005; 8(2) :157-176.
7. Weber E, Blais A, & Betz NE. A Domain specific Risk-attitude Scale: Measuring Risk Perceptions and Risk Behaviors. *Journal of Behavioral Decision Making*. 2002; 15: 263-290.
8. Contreras F. Liderazgo: perspectiva de desarrollo e investigación. *International Journal of Psychological Research*. 2008 ; 1(2): 64-72.

9. Ones DS, Dilchert S, Viswesvaran C & Judge TA. Support of personality assessment in organizational settings. *Personnel Psychology*. 2007; 60 (4): 995-1027.
10. Morgeson FP, Campion MA, Dipboye RL, Hollenbeck JR, Murphy K, & Schmitt N. Reconsidering the use of personality tests in personnel selection contexts. *Personnel Psychology*. 2007; 60(3): 683-729.
11. International Council of Nursing (CIE). *Declaración de posición del CIE: Gestión de los servicios de enfermería y atención de Salud* [Internet]. Ginebra: CIE. 2000 ; Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Gestion_servicios_enfermeria_atencion_salud-Sp.pdf
12. Soto Fuentes P, Reynaldos Grandón K, Martínez Santana D & Jerez Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*. 2014; 14(1): 79-99.
13. Kosinska M. The position of a leader nurse. *Journal of Nursing Management*. 2003; 11: 69-72.
14. Stina S, Göran E & Göran T. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*. 2006;14 :348-355.
15. Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Marzo Martínez A. & Sánchez Vicario F. Liderazgo en grupo de trabajo enfermero. Percepciones. *Enferm Clin*. 2009; (4): 206-209.
16. De Lima Trindate L, Coelho Amestoy S, Adyles Muniz L, Biol Chi T, Pires de Pires DE & Shubert Backer VM. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería Global*. 2011; 10 (22): 25-28.
17. Guerrero Nuñez S & Cid Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015; 15 (1): 129-140.
18. March Cerdá JC, Danet A & García Romera I. Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index Enferm*. 2015; 24 (1-2): 15-28.
19. Vilariño Paz MS, Casal Osorio MP, Nuñez Magdalena MA, Fernández Doallo MR, Pena Meilán MC & Ropero Mengíbar C. Motivación y liderazgo en enfermería. *Rev Rol Enf*. 1999; 22(1): 55-63.
20. Schebella Souto de Moura GM, Müller de Magalhaes AM, Dall´agnoli CM, Cavalcanti Juchem B & Dos Santos Marona D. Liderazgo en enfermería: análisis del proceso de elección de jefes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18 (6): 1099-1106.
21. Yáñez Gallardo RJ & Valenzuela Suazo S. Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo en enfermería en un hospital de alta complejidad. *Aquichan*. 2013;13 (2): 186-196.
22. Pazetto Balsanelli A & Kowal Olm Cunha IC. Liderazgo en enfermeras en las unidades de cuidados intensivos y su relación con el entorno laboral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23 (1): 106-113.
23. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). La profesionalización de los directivos de la salud. 2013. En: directivos. publicacionmedica.com /.../ SEDISA_superdefinitivo_profesion...
24. Ayuso Murillo D. *Rasgos de personalidad, liderazgo y resistencia al estrés en enfermeros gestores y asistenciales en los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid*. Tesis Doctoral. UNED. Madrid. 2016.
25. Hersey P & Blanchard KH. *Leadership and the One Minute Manager*. William Morrow. 1999.
26. Hersey P & Blanchard K. *Management of organizational behavior. Utilizing human resources*. Prentice-Hall. USA. 1984.

27. Blanchard K & Zigarmi M. *Ejecutivo al minuto. Cómo aumentar la eficacia por medio del liderazgo situacional*. Madrid: Ediciones Grijalbo. 1986.
28. García García I. *La formación del clima psicológico y su relación con los estilos de liderazgo*. (Tesis Inédita). Universidad de Granada. 2006.
29. Moraleda Aldea S. Desarrollo de personas en la organización. En: Ayuso Murillo D & Grande Sellera RF. *La apertura de un hospital*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 2012.
30. Garrido A & Álvaro J L. Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas. *Interamerican Journal of Psychology*. 2005; 39 (1): 18-16.
31. Shell LR. *Management of Professionals*. 2da Ed. Cincinnati (USA): Marcel Dekker, Inc., Chap. 9, Leading Professional. 2002.
32. Bass BM. *Stogdill's Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York. Free Press. 1981.
33. Dunham J.& Klafehn KA. Transformational leadership and the Nurse executive. *J Nurs Adm*. 1990; 20 (4), 28-34.
34. McGregor Burns J. *Transforming Leadership*. Grove Press. New York. 2003.
35. Bass BM, Avolio BJ, Jung DI. Predicting unit performance by assessing transformational and transaccional leadership. *Journal of Applied Psychology*. 2003; 88(2), 207-218.
36. Bass BM. *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press. New York. 1985.
37. Bennis W. En: García S, Dolan S. *Dirección por valores*. Madrid: Mc Graw Hill. 1997.
38. Michaelson GA. Sun Tzu - The Art of War for Managers: 50 Strategic Rules Updated for Today's Business. *Paperback*. 2010.
39. Conger JA. The necessary art of persuasion. *Harvard Business Review*. 1998; 76; 3, 84-95.
40. Goleman D. Leadership that gets results. *Harvard Business Review*. 2000;78; 2, 78-90.
41. Fiedler FE. *A theory of leadership effectiveness*. New York. MacGraw-Hill. 1967.
42. Fiedler FE & Chemers MM. *Liderazgo y Administración Efectiva*. México: Trillas. 1985.
43. House RJ & Mitchel TR. Path goal theory of leadership. *Journal of Contemporary Business*. 1974: 81-98.
44. Peiró JM, González-Romá V & Ramos J. Psychological climate and employees' work experiences. 2nd European Congress of Psychology, 8-12 July, Budapest, Hungary. 1991.
45. Bacon T. Balanced Leaders. Balance affects effectiveness. *Leadership Excellence*. 2008. 11.
46. Serrano Orellana BJ & Portalanza A. Influencia del liderazgo sobre el clima organizacional. *Suma Neg*. 2014; 5 (11): 117-125.
47. Danet A, March JC & García Romera I. Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(3): 546-558.
48. Vacas Guerrero M. La dimensión ética del liderazgo en la dirección de los cuidados. *Tesela [Rev Tesela]*. 2009; 5.
49. Marriner Tomey A. *Guía de gestión y dirección de enfermería*. 8ª ed. Barcelona. Elsevier Science. Mosby. 2009.
50. Cabanes Durán C, Esteve Ortega M, Creus Virgili M, Esteve Reig J, García Mantas A & Juando Prats C. Liderazgo clínico. *Tesela [Rev Tesela]* [internet]; 200; 6.
51. Peya Gascons M. Satisfacción laboral: una breve revisión bibliográfica. *Nursing*.2008; 26 (2), 62-65.
52. Hernández Santana A, Quevedo Elvira D, Hernández Santana NM, Hernández Santana JM & Moreno Rodríguez C. Influencia del liderazgo en equipos de enfermería: Confianza. *Tesela [Rev Tesela]*; 2014;16.
53. Chopra D. *El alma del liderazgo*. Madrid. Editorial Aguilar. 2012.

54. Vela Valle L & Hijós Larráz LA. Estudio sobre el perfil de competencias y liderazgo de las enfermeras gestoras. *Tesela* [Rev Tesela]; 2015; 17.
55. De Pedro Gómez J, Morales Asensio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G & Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm*. 2009; 12(7): 65-73.
56. Ayuso Murillo D. *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2007.
57. Ayuso Murillo D & De Andrés Gimeno B. *La gestión de la calidad de cuidados en enfermería. Seguridad del paciente*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2015.
58. Normas ISO 9001. (2016) www.normas9000.com/que-es-iso-9000.html
59. Schwartz RW, Pogge C. Physician leadership: essential skills in a changing environment. *Am J Surg*. 2000; 180(3):187-192.
60. Wright J, Smith ML, Jackson DR. Clinical governance: principles into practice. *J Manag Med*. 1999; 13 (6): 457-65.
61. Bottles K. The good leader. *Physician Exe*. 2001; 27(2): 74- 82.
62. Lorenzi NN, Riley RT. Managing change: an overview. *J Am Med Inform Assoc*. 2000; 7 (2):116-124.
63. Lamata F. *Liderazgo y gestión sanitaria*. 2013. www.gestiondeenfermeria.com.
64. Lyons MF. Common denominators of success. *Physician Exec* 2001; 27(2): 84-5.
65. Kowalski RB, Campbell MW. Leadership skills help financial managers achieve career success. *Healthc Financ manage*. 2000; 54(4): 50-52.
66. Hudak RP, Brooke PP, Finstuen K. Identifying management competencies for health care executives: review of a series of Delphi studies. *J Health Adm Educ*. 2000; 18 (2): 213-243.
67. Mycek S. Limitless possibilities. Leaders who cultivate their intuition see a brave new world. *Trustee* 1999; 52 (9): 8-13.
68. Collins J. Level 5 leadership. The triumph of humility and fierce resolve. *Harv Bus Rev*. 2001; 79 (1): 66-76.
69. Bass BM, Avolio BJ. *Multifactor Leadership Questionnaire (Form 5x-Short)* Reproduced by permission Commercial form MLQ 5 copyrighted. Mind Garden. 1995.
70. Cattell RB. *Manual for the 16 PF (Sixteen Personality Factors)*. Illinois. Institute for Personality and Ability Testing). 1972.
71. Cattell RB. & Stice GF. Four formulae for selecting leaders on the basis of personality. *Human Relations*, 1954; 7 (4), 493-507.
72. Russell MT & Karol DL. *16PF-5 Cuestionario factorial de personalidad. Manual*. Tea Ediciones. Madrid. 2013.
73. Day DV. Leadership development: A review in context. *Leadership Quarterly*. 2001; 11 (4): 581-613.
74. Peiró JM & Rodríguez I. Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29 (1): 68-82.
75. Pérez García R. Estado del bienestar, salud y carrera profesional: la carrera profesional como herramienta para mejorar las prestaciones y servicios en entorno de crisis. Comunitania. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. 2012; 4: 157-182.