

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE LIDERAZGO, LIDERAZGO ORGANIZACIONAL Y EMPODERAMIENTO, EN PERSONAL MÉDICO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Área de investigación: Administración de recursos humanos

María Teresa Reyes Chacón

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
México
tesareyes@gmail.com

Octubre 9, 10 y 11 de 2019

Ciudad Universitaria | Ciudad de México



RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE LIDERAZGO, LIDERAZGO ORGANIZACIONAL Y EMPODERAMIENTO, EN PERSONAL MÉDICO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Resumen

Los líderes en organizaciones de salud enfrentan constantemente situaciones de cambio, que requieren de una decisión o acción inmediata o mediata, por lo tanto, el estilo de liderazgo ejercido juega un papel protagónico para alcanzar la eficiencia y efectividad en los procesos involucrados, la propia estructura organizacional favorece o restringe el desarrollo del liderazgo. El objetivo de la presente investigación es: determinar la relación entre estilos de liderazgo, el liderazgo organizacional y empoderamiento en personal médico de atención primaria a la salud. Estudio correlacional donde se encuestaron a 48 médicos en trabajo activo, la evaluación incluye el liderazgo visto por uno mismo (MLQ), la perspectiva del liderazgo organizacional (ELO) y finalmente el nivel de empoderamiento. Los instrumentos utilizados fueron: La escala de liderazgo organizacional (ELO) de Egoavil, J. (2003), Cuestionario multifactor de Liderazgo forma 5X de Avolio y Bass (2004); el cuestionario de Empoderamiento de Spreitzer (1995). Resultados: participante se encuentran con promedio de 44.6 años de edad (D. E: 10.18), 56.3% (n= 27) son femeninos. La gran mayoría se encuentran casados 72.9% (n= 35). El Liderazgo transformacional es el estilo predominante en la percepción de los encuestados con 63% (n=29) donde la Influencia Idealizada (subfactor) es la que muestra mayor valoración con una media de 3.35; En la valoración de la percepción sobre el liderazgo organizacional, el estilo racional es el que predomina en la muestra con 51% de la población. El empoderamiento se encuentra en promedio mayor en mujeres con 56%; siendo el 20% para el nivel de empoderamiento medio bajo y el 80% para un nivel de empoderamiento medio alto.

Los estilos de liderazgo de los médicos en el sector de los servicios de salud está indudablemente influenciado por la misión y el contexto particular en que se desenvuelve la organización, sumándose la evolución propia de la institución, con todo, aún prevalecen valores un tanto centristas, y una cultura jerarquizada en la gran mayoría de organizaciones de salud; ello ha dificultado la discusión sobre la

necesidad de cambio hacia un liderazgo empoderado capaz de gestionar conocimiento y no solo estructuras.

Palabras clave: liderazgo, personal médico, empoderamiento.

Introducción

El estudio de las organizaciones de atención a la salud como entes complejos, cambiantes y volátiles desde aspectos humanos y técnicos, requiere un abordaje multidimensional, utilizando diferentes facetas es posible integrar las múltiples dimensiones que afectan a estas organizaciones y determinan su éxito y/o fracaso.

Los líderes en organizaciones de salud enfrentan constantemente situaciones de cambio, que requiere de una decisión o acción inmediata o mediata, por lo tanto, el estilo de liderazgo ejercido juega un papel protagónico para alcanzar eficiencia y efectividad en los procesos involucrados, la propia estructura organizacional favorece o restringe el desarrollo del liderazgo

Algunos estudios muestran que, por desconocimiento, falta de capacitación o inexperiencia, el liderazgo no se ejerce correctamente, generando decremento en el sentido de responsabilidad, confusión para ejecutar funciones y ausencia de autonomía para la toma de decisiones (Palomo, 2010; Gené Badia J, Contel Segura JC. 2001; Coleman A, Segar J, Checkland K, McDermott I, Harrison S, y Peckham S. 2015).

Antecedentes

El liderazgo ha sido parte de la historia del hombre desde sus inicios, como fenómeno organizacional se ha estudiado y definido intensamente desde mediados del siglo XX, generando múltiples definiciones y clasificaciones de acuerdo a la población y a la intensidad del estudio, Bass & Stogdill (1990) abordan una perspectiva diferente y lo definen como la interacción entre dos o más individuos en un grupo que implica una estructuración o reestructuración de la situación, las percepciones y expectativas de los miembros. Del mismo modo refieren que el liderazgo se manifiesta cuando un miembro del grupo modifica la motivación o las competencias de los demás integrantes, y además refieren que cualquier miembro del grupo es capaz de mostrar cierta cantidad de liderazgo (Bass y Stogdill, 1990).





Por su parte Yukl (2002) argumenta que el estado de confusión actual en el estudio del liderazgo puede ser consecuencia de la diversidad de abordajes empleados, los numerosos enfoques determinados por el área de estudio y con una deficiente integración teórica de los hallazgos. En este contexto las investigaciones, hacen referencia a las características del líder, sus conductas, poder e influencia o en factores situacionales, culminando únicamente en clasificaciones o descripciones. Bass y Avolio (1994), describen la teoría del liderazgo transformacional considerándolo un recurso aplicable a diferentes ámbitos. Puntualizan este tipo de liderazgo con base en los efectos del líder sobre los seguidores, caracterizados por cambios en la conciencia y percepción sobre la importancia y el valor de sus acciones sobre los resultados obtenidos tras realizar las tareas asignadas.

Este cambio en la conceptualización del liderazgo propuesta por Bass define estilos de liderazgo específicos relacionados al rendimiento y nivel de desarrollo de los integrantes del grupo desde niveles individual, grupal y/u organizacional, además promueve un cambio en los seguidores sobre valores, actitudes y creencias del grupo (West, Borrill, Dawson, Brodbeck, Shapiro y Hawward, 2003).

Actualmente, y después de una larga evolución sobre los diversos significados y conceptos de liderazgo, se ha transitado hacia el estudio de las conductas en los individuos cuando conducen a un grupo, es decir, hacia los factores que contribuyen a transformar el propio liderazgo y a compartir objetivos. De esta manera, el liderazgo transaccional/transformacional se ha convertido en una de las principales líneas de investigación en el estudio del liderazgo. Por lo anterior, y aunque no existe un consenso claro en la definición de las competencias y conductas necesarias para asumir el liderazgo transformacional, se pueden destacar las siguientes: ser competente, confiar en sí mismo, ser creativo, colaborador, empático y disfrutar de los éxitos (Eisenbeiss, Van Knippenberg y Boerner, 2008).

Empoderamiento

El fenómeno del empoderamiento no implica una acción directa de la organización o del líder sobre el colaborador, es resultado de la mezcla de expectativas individuales relacionadas con el sentido de significado, competencia, auto-determinación e impacto. El líder crea las condiciones para que el empoderamiento se manifieste a través del

compromiso, dedicación, auto-control, atención continua (Spreitzer y Quinn, 2001).



La conceptualización realizada por Spreitzer sobre el empoderamiento psicológico es la que se utiliza con mayor frecuencia en investigaciones sobre empoderamiento definido como: “constructo motivacional manifestado en cuatro cogniciones: significado, competencia, auto-determinación e impacto”. Esta herramienta de evaluación propuesta por Spreitzer, tienen su base en los estudios de Thomas y Velthouse; y describe cuatro componentes cognitivos para el empoderamiento: (Meyerson y Kline, 2008):

- 1) Significado: evalúa el grado de adaptabilidad entre los valores y creencias de los colaboradores frente a los requerimientos organizacionales.
- 2) Competencia: refleja la confianza propia del individuo en su habilidad para realizar un buen trabajo y cumplir con las expectativas de la organización.
- 3) Autodeterminación: Refleja la sensación de control personal sobre el trabajo en las distintas circunstancias que atraviese el equipo.
- 4) Impacto: hace referencia al discernimiento por parte del colaborador al comprender que tiene la capacidad de influenciar decisiones importantes dentro del grupo de trabajo.

Estudios diversos muestran que este estilo de liderazgo favorece el trabajo en equipo, así como la aceptación y fomento de la innovación en las organizaciones que lleva hacia la mejora continua en los resultados. Por lo anterior, actualmente los directivos en instituciones de atención primaria a la salud requieren contar con un perfil de líder transformacional para calificar como efectivos, capaces de dirigir y preparados para el cambio (Manáruez Puche y Saturno Hernández, 1998; Chreim y MacNaughton, 2014; Gellis, 2001).

Camp et al (2011), proponen la siguiente definición para el liderazgo con enfoque en la práctica y enseñanza del tema de ciencias de la salud: “Liderazgo es un proceso mediante el cual un individuo ejerce influencia sobre un grupo de individuos para lograr un objetivo común” (Camp, Vilaseca, Benavent y Davins 2011).

Cada componente de esta definición tiene profundas implicaciones:



Proceso. El liderazgo no es un rasgo o atributo de una persona, una característica que resida en el líder, es un evento transaccional entre el líder y los seguidores. Existe un impacto bidireccional entre el líder y sus seguidores, en el que ambos tienen influencia en el otro (Sánchez-Mendiola, 2015).

Influencia. El liderazgo implica la influencia de una persona sobre otras.

Grupo. Para que el liderazgo se desarrolle debe existir un grupo de individuos, un líder solitario carece de sentido.

Objetivos comunes. Los esfuerzos de ambos (líder y seguidor) se enfocan en lograr un objetivo común de interés para la organización. El líder debe trabajar para que se beneficie el grupo, con énfasis en los seguidores más que en los grupos de poder. Esta es la esencia del liderazgo como un proceso transformacional.

La transformación de las organizaciones de atención primaria a la salud requiere estrategias efectivas que involucren al personal de salud para desarrollar líderes médicos capaces de superar la inercia de las burocracias profesionales tradicionales. (Wong y Cummings, 2007) en una serie de sistemas de salud subrayan estos problemas como importantes, por lo que se necesita adoptar un enfoque más sistemático y proactivo para desarrollar el liderazgo médico.

Con base en lo anterior, un enfoque colectivo y sistémico del liderazgo en organizaciones y sistemas de atención para la salud sugiere que aquellas iniciativas con tendencia al desarrollo de un liderazgo centrado en las capacidades y competencias individuales tendrán un impacto limitado. La implementación de estrategias para desarrollar el liderazgo médico deberán considerar una visión holística del sistema con un enfoque hacia la eficiencia del rendimiento en el sistema de atención de la salud. El crear puestos de liderazgo para personal médico en instituciones de salud no garantiza una dinámica de aprendizaje y mejora continua, es determinante el contexto en el cual el liderazgo se desarrolla al máximo, por ello es vital favorecer dicho entorno (Wong y Cummings, 2007). El liderazgo no se genera ni se ejerce de forma automática, resulta de la toma de decisiones voluntarias y de estrategias que lleven a enfrentar situaciones de riesgo y conflicto (Souba, 2007).





Para la presente investigación se tomará la definición anteriormente citada de liderazgo, sin embargo, es necesario resaltar que el tema es un fenómeno de presentación plural y diverso dependiendo del campo en el que se desarrolle (Northouse, 2015).

El liderazgo y el sistema de salud como organización

El proceso de cambio en la estructura del sistema de salud en México, representa el mayor desafío para la práctica de la medicina de primer nivel de atención, donde la incertidumbre es el común denominador. La propuesta que presenta la reforma al sector de salud y de seguridad social consiste en un catálogo de servicios y prestaciones reducidas no acorde a las necesidades de salud de la población que en últimos tiempos mantiene un constante incremento en la demanda las cuales se tornan más complejas en atención, por otro lado, la estrategia aplicada de manera inicial se ha focalizado al control de costos lo que ha impactado en la calidad de los servicios.

Entre los desafíos que enfrenta el sistema de Salud en México se encuentra la transición demográfica y la transición epidemiológica que afecta a un gran número de pacientes que demandan atención, así como el beneficio de las nuevas tecnologías y avances médicos, lo cual trae consigo un incremento en el gasto sanitario, que se enfrenta a un presupuesto limitado, que está llevando al sistema de salud a un escenario de vulnerabilidad y crisis (Bohmer, 2009).

Los estilos de liderazgo de los médicos en el sector de los servicios de salud está indudablemente influenciado por la misión y el contexto particular en que se desenvuelve la organización, sumándose la evolución propia de la institución, con todo, aún prevalecen valores un tanto centristas, y una cultura jerarquizada en la gran mayoría de organizaciones de salud; ello ha dificultado la discusión sobre la necesidad de cambio hacia un liderazgo empoderado capaz de gestionar conocimiento y no solo estructuras. En sistemas complejos no puede haber cabida a estilos puros de liderazgo, contextos habitualmente mezclados, se cruzan transversalmente por los distintos espacios; esta transversalidad otorga al liderazgo diversas perspectivas y lo lleva hacia una transdisciplinaridad, por lo que es susceptible de enfoques diversos (Solà, 2015).



Durante su desarrollo el sistema ha intentado diferentes modelos con la intención de mejorar los costos y la calidad (en general integran una combinación de entornos de asistencia y profesionales asistenciales apoyados por nuevas tecnologías y procesos). Ha resultado evidente que el éxito de la implementación obedece a dos elementos locales: equipos de atención efectivos y comprometidos y una adecuada gestión de las operaciones asistenciales (Bohmer, 2013).

Sin embargo, este conocimiento de la necesidad de desarrollar y favorecer un liderazgo clínico no ha aportado claridad en el quehacer específico del líder o en el camino a seguir para establecerlo (Curry, Spatz, Cherlin, Thompson, Berg, Ting HH, et al., 2011).

Este aceptado que procesos clínicos bien organizados generan resultados positivos y esta situación se propicia por un liderazgo clínico eficiente, ya que de este dependen la toma de decisiones con implicaciones económicas importantes. Los médicos prescriben, controlan o influyen la casi totalidad del gasto sanitario.

Liderazgo del médico en primer nivel de atención

Los profesionales de la salud realizan su práctica diaria asistencial y la toma de decisiones dentro de un marco de un conflicto difícilmente conciliable: el incremento en la demanda frente a recursos económicos cada vez más escasos. Por otra parte, los responsables de las administraciones sanitarias deben hacer frente a la incorporación de intervenciones e innovaciones tecnológicas de elevado costo, en un contexto de visibilidad incrementada, cuyo impacto más relevante es el incremento en listas de espera. En posición intermedia están aquellos profesionales con responsabilidad en la gestión, que encaran el reto de lograr un sistema más efectivo y eficiente con el objetivo adicional de mayor implicación y compromiso del personal de salud dentro de las organizaciones que logre proporcionar un máximo beneficio a los pacientes (Beckman, 2011).

Aun cuando es necesario centrar la atención a la salud en acciones preventivas y en atención primaria desde un enfoque integral y de educación para la salud. Es necesario que el médico identifique y/o atienda las necesidades de la comunidad (Cequier, y Ortiga, 2015).





Derivado de las necesidades de la población, en relación a la salud las políticas han cambiado hacia a la prevención y diagnóstico oportuno y modificación de conductas de riesgo en enfermedades crónicas que antaño se consideraban fuera del espectro de responsabilidad del médico de primer nivel, sin embargo en la actualidad el papel del médico es de coordinador de un equipo de salud multidimensional en la atención de estas enfermedades polifacéticas (March-Cerdà, Danet y García-Romera, 2015).

En busca de la efectividad, el líder optimiza recursos materiales y humanos del equipo en busca de mejores resultados con un costo menor, la efectividad se ha relacionado de manera positiva con los tipos de liderazgo transformacional y/o transaccional (Walumbwa, Avolio y Zhu, 2008).

El esfuerzo extra por parte de los seguidores se relaciona con la capacidad del líder en incrementar el deseo y la capacidad de los miembros del equipo para alcanzar la calidad y objetivos establecidos por la organización, este aspecto se relaciona de forma positiva con los tipos transformacionales y transaccionales y se apreciaron correlaciones negativas con el estilo laissez- faire (Hartog, Koopman, Muijen y Bast, 1997).

Con relación a la satisfacción, el líder responde a las expectativas y a las necesidades de desarrollo profesional y personal de los miembros del equipo; en este caso presenta una correlación muy alta con el liderazgo transformacional (Kahai, Jestire y Huang, 2013).

La evidencia ha mostrado una relación entre los estilos de liderazgo ejercido de forma adecuada o no, con ciertos aspectos del comportamiento organizacional (satisfacción, la capacidad de esfuerzo y la efectividad) por parte de los seguidores, así como la posible relación con el rendimiento y la productividad. Las organizaciones se han interesado en limitar el ausentismo y/o la rotación del personal que les genera un incremento en los costos e impacta en la competitividad (Cuadra Peralta y Veloso Besio, 2007).

En el área de la salud con factores múltiples que inciden sobre el sistema, las estrategias se enfocan en el control de costos a través de una detección y atención oportuna de enfermedades crónicas, además de limitarse a los padecimientos más comunes por grupo de edad,



desde una visión restringida y a través de un paquete de acciones de salud específicas y descontextualizadas de las necesidades y características de las comunidades (Varela-Rueda, Reyes-Morales, Albavera-Hernández, Díaz-López, Gómez-Dantés y García-Peña, 2016).

El abordar los efectos de los tipos de liderazgo dentro de los sistemas de salud y sus características peculiares requiere de un análisis descriptivo como analítico que lleven a profundizar sobre las dinámicas del liderazgo. La contrastación de las herramientas de evaluación podría ser de utilidad para complementar resultados, así como enfoques desde los cuales se miden. Los estudios realizados con el instrumento MLQ, han permitido encontrar más relaciones entre los estilos de liderazgo y más consecuencias, ya sean positivas o negativas sobre los empleados y las organizaciones. Por su parte, Wayne y Noe (1997) develan que las organizaciones pueden incrementar el compromiso organizacional, de la misma forma que fomentarlo o limitarlo, de acuerdo a la forma en la que se ejerza el liderazgo sobre los trabajadores y como estos lo perciban.

En conclusión, el liderazgo es la forma en que un líder alcanza los objetivos planteado, esto conlleva efectos en la organización y en el personal a su cargo, además de determinar qué tan eficiente es la organización. El estilo ejercido dependerá de la concepción propia del concepto de liderazgo y de las conductas que elige el líder como apropiadas, estos elementos definirán el estilo de liderazgo adoptado (Garden, 1990). En la presente investigación se utiliza el enfoque transformacional descrito inicialmente por Burns (1978,2003) que define tres estilos de liderazgo: el transaccional, el transformacional y el correctivo/evitador; complementado posteriormente por Bass.

En primer lugar, el liderazgo transaccional es donde el líder es una pieza crucial en el grupo o equipo y este acepta su liderazgo porque les beneficia de forma insustituible; este estilo puede ser benéfico, sin embargo, puede limitar el cambio y la innovación (Avolio y Bass, 1999).

Este estilo contiene factores de segundo orden que son los siguientes:





- 1) *Recompensa contingente*: el líder recompensa al seguidor para animar la aceptación de roles y el seguidor cumple el rol para obtener una recompensa.
- 2) *Dirección por excepción activa*: el líder estimula el esfuerzo del grupo para evitar el fracaso mediante el entrenamiento y la motivación, estableciendo estándares.
- 3) *Dirección por excepción pasiva*: el líder exige lo esencial para cumplir los objetivos y deben ser informados de errores antes de tomar decisiones (Hater Y Bass, 1988).

En segundo lugar, el liderazgo transformacional, Bass lo define como el tipo de liderazgo que incrementa el nivel de rendimiento y promueve el desarrollo de los miembros individuales del equipo y a la vez el del grupo y de la organización en su conjunto (Bass, 2000).

Los factores de segundo orden son los siguientes:

- 1) *Carisma inspiracional*: el líder es el modelo para el seguidor por lo tanto, muestra y establece estándares de conducta. El líder es respetado, admirando e imitado.
- 2) *Motivación inspiracional*: el líder busca conseguir cooperación y apoyo de los miembros a través de, inculcar orgullo de pertenecer al grupo, inspirar confianza y elevar el entusiasmo en las tareas.
- 3) *Estimulación intelectual*: el líder solicita, escucha y valora nuevas ideas y soluciones, sin enjuiciar las aportaciones ni criticar sus errores en público. El líder es flexible, creativo y de un nivel intelectual muy alto.
- 4) *Consideración individualizada*: el líder considera al individuo como persona y no sólo como empleado, se preocupa de que cada miembro del equipo este informado de lo que sucede en la organización, utiliza el cara a cara muy a menudo para la comunicación.
- 5) *Influencia conductual idealizada y atribuida*: El líder establece acciones que aumentan el compromiso y la participación de los miembros del equipo, utilizando la capacitación del seguidor hacia la acción, se centra en la confianza. (Bass y Avolio, 1987).

En tercer lugar, el liderazgo correctivo/ evitador donde el líder evita influenciar a los subordinados, eluden las responsabilidades ya que no

confían en sus habilidades para dirigir. No definen metas claras ni toman decisiones (Northouse, 2004)



Los factores de segundo orden son:

- a) *Dirección pasiva/evitadora*: El líder deja las cosas tal y como están únicamente interviene si se presentan complicaciones.
- b) *Laissez-faire*: líderes que evitan tomar decisiones y verse implicados en asuntos importantes.

Multifactor Leadership Questionary (MLQ)

El MQL ha sido por décadas un instrumento ampliamente utilizado en el área para valorar el liderazgo, se ha validado en diferentes idiomas entre ellos el español y aplicado al ámbito de la Atención Primaria, mostrando una adecuada fiabilidad y validez (Bass, 2000).

Una ventaja adicional del MLQ es que determina variables que evalúan las consecuencias del estilo de liderazgo en la organización, ya que incluye preguntas que miden como el líder facilita a través de sus conductas que se produzca la máxima efectividad, esfuerzo y satisfacción entre los empleados (Molero, Recio y Cuadrado, 2010).

Escala de liderazgo organizacional (ELO)

Por otro lado, la escala sobre liderazgo organizacional (ELO) elaborado por Egoavil, (2003) evalúa el comportamiento del líder dentro y fuera de la organización, determina en el líder características y particularidades de su conducta, dependiendo de los tipos de grupos en los cuales interactúa.

Esta escala delimita 6 estilos de liderazgo:

1. Generativo Punitivo, que presenta mayor preocupación por la producción de la organización mostrándose exigente y conservador, generando presión en el grupo y toma decisiones sin anunciarlas,
2. Generativo Nutritivo, donde el estilo es protector, orienta a sus colaboradores, tratando de convencer a sus colaboradores de aceptar sus decisiones, es un líder más tranquilo mientras comprueba los progresos del grupo,





3. Estilo Racional, en este el líder es considerado, amistoso en el ambiente laboral respetando las ideas del grupo, recibiendo ideas y sugerencias que contribuyan a la mejora de la organización,
4. Emotivo Libre, aquí el líder es natural y espontaneo aspirando a hacer un líder racional pero tiene cierta inseguridad sobre su éxito.
5. Emotivo dócil, presenta un alto grado de sumisión no teniendo la autoridad para tomar decisiones en la organización,
6. Emotivo indócil, donde el líder hace lo contrario a lo que dicen presenta cargas de resentimiento, celos, rencor y grados de rebeldía, en este caso el grupo solo funciona cuando hay presión y cuando él está presente (Egoavil, 2003).

La salud es un fundamento de la vida del hombre, por lo tanto, su cuidado es primordial, para ello, se han creado organizaciones que garanticen la prestación de servicios de salud oportunos, de calidad, sustentables y financieramente estables; a través de un trato amable, empático y profesional por parte del personal médico y paramédico. En México por décadas ha prevalecido el liderazgo autocrático; que ha dejado empleados insatisfechos y desmotivados que brindan servicios de baja calidad en ambientes laborales poco productivos y de alto costo. La complejidad del contexto obliga a las organizaciones de salud, a buscar estrategias para adaptarse a las nuevas demandas, con enfoque en los usuarios y sus necesidades, mediante el uso de herramientas y habilidades flexibles que faciliten la mejora continua desde el personal. El liderazgo forma parte del fundamento de éxito de toda empresa, como factor determinante y facilitador en la eficacia del recurso humano, en los procesos de gestión, además de la innovación, el cambio y el éxito para el cumplimiento de la misión organizacional.

El objetivo de la presente investigación es: determinar la relación entre estilos de liderazgo, el liderazgo organizacional y empoderamiento en personal médico de atención primaria a la salud.

Metodología

El diseño de investigación es un estudio correlacional, llevado a cabo en personal médico de atención primaria a la salud en una unidad médica familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua México. Se entregaron 60 encuestas de las cuales



solo se recabaron 53, se eliminaron 5 por estar incompletas, para fines de la investigación se utilizaron 48 encuestas a médicos en trabajo activo, la encuesta incluye 4 fases la primera sobre datos sociodemográficos generales, la segunda la visión del liderazgo desde uno mismo (MLQ), la tercera la perspectiva del liderazgo organizacional (ELO) y finalmente el nivel de empoderamiento.

Los instrumentos utilizados fueron: La escala de liderazgo organizacional (ELO) de Egoavil, J. (2003), con valor Alpha de 0.823, un instrumento que permite medir el potencial de liderazgo del personal responsable de equipos de trabajo dentro de una organización laboral. Escala de actitudes tipo Likert compuesto por 24 ítems con cinco alternativas de puntuación cada una, (¿Críticas lo que te rodea?"... Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre), con valor de 1 a 5 para cada respuesta.

Se identifica el estilo de liderazgo Organizacional (ELO) de acuerdo a la puntuación de los ítems:

No.	Estilo de liderazgo	ítem	Ejemplo de ítem por estilo
1	Generativo punitivo	1, 7, 13, 19	¿Te gusta amenazar?
2	Generativo nutritivo	2, 8, 14, 20	¿Te agrada aconsejar y orientar?
3	Racional	3, 9, 15, 21	¿Te preocupas por los demás?
4	Emotivo libre	4, 10, 16, 22	¿Te agrada ser entusiasta?
5	Emotivo dócil	5, 11, 17, 23	¿Originas conflictos sin querer?
6	Emotivo indócil	6, 12, 18, 24	¿Te gusta orientar a otros?

Fuente: elaboración propia.

Cuestionario multifactor de Liderazgo forma 5X de Avolio y Bass (2004) dicho instrumento adaptado por Vega y Zabala (2004). Compuesto por 82 ítems (que incluyen los 45 de origen y 37 nuevos, generados en dicho proceso de validación), estructurado jerárquicamente con tres variables de alto orden, que son: liderazgo transformacional, transaccional, y liderazgo correctivo/evitador. Las dos primeras están correlacionadas entre sí, mientras que la última es una variable independiente. La confiabilidad del instrumento es de 0.97.

Se identifican tres estilos de liderazgo (Cuestionario Multifactor de liderazgo) con factores de segundo orden propios que se identifican por ítems:

Estilo	Factores de segundo orden	ítem	Ejemplo
1 Transformacional	Estimulación intelectual,	2, 8, 30, 32	¿Te gusta orientar a otros?
	Influencia idealizada conductual,	10, 18, 21, 25,	Infundo orgullo en otros por estar asociados conmigo
	Motivación inspiracional,	9, 13, 26, 36	Me expreso con entusiasmo acerca de lo que se necesita lograr
2 Transaccional	Influencia idealizada atributiva,	6, 14, 23, 34	Especifico la importancia de tener un fuerte sentido de propósito
	Consideración individualizada	15, 19, 29, 31	Dedico tiempo a la enseñanza y al coaching (entrenamiento)
	Dirección por excepción pasiva,	4, 22, 24, 27	Concentro toda mi atención en hacer frente a los errores, quejas y fracasos
3 Correctivo/evitador	Recompensa contingente,	1, 11, 16, 35	Identifico en detalle quién es el responsable de lograr los objetivos de rendimiento
	Excepción activa	3, 12, 17, 20	Espero a que las cosas vayan mal antes de tomar medidas
4 Efectos del liderazgo	Laissez/Faire	5, 7, 28, 33	Me ausento cuando me necesitan
	Esfuerzo extra	39, 42, 44,	Logro que los demás hagan más de lo que esperaban hacer
	Efectividad	37, 40, 43, 45,	Soy eficaz representando a los demás ante autoridades superiores
	Satisfacción	38, 41	Trabajo con los demás de manera satisfactoria

Fuente: elaboración propia.

La escala considera otras variables relacionadas con las consecuencias organizacionales, como son: esfuerzo extra, efectividad, satisfacción con 5 ítems cada uno.

Para empoderamiento se utilizará el cuestionario de Empoderamiento de Spreitzer (1995); y cuenta con un coeficiente de alpha de 0.72 (Zoe, 2005), contiene 12 ítems los cuales miden 4 cogniciones: significado, competencia, autodeterminación e impacto, cada cognición se mide a través de 3 ítems respectivamente. Los ítems de estos cuestionarios de ambos cuestionarios están en escala Likert. Posteriormente se agrupan



los datos de todas las encuestas para clarificar el nivel general de empoderamiento existente por parte de los trabajadores y los niveles en que el líder de la organización aplica el estilo de liderazgo transaccional. La escala de empoderamiento mide 4 cogniciones:



Dimensiones de empoderamiento	de	Ítem	Ejemplo de ítem
1	Significado,	1, 9, 12	Tengo confianza en mi capacidad de hacer mi trabajo
2	Competencia,	2, 5, 10	Mis actividades laborales son personalmente significativas para mí
3	Auto-determinación,	7, 8, 3	Yo puedo decidir por mí mismo como hacer para realizar mi propio trabajo
4	Impacto,	4, 6, 11	Tengo significativa influencia sobre lo que sucede en mi departamento

Fuente: elaboración propia

Método de análisis de datos

Para el procesamiento estadístico de datos se codificaron y analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 22.0 en español. Para establecer la confiabilidad de la escala se aplicó el coeficiente de correlación Alpha de Cronbach. Se aplicó la técnica de bondad de ajuste de la muestra K-S para determinar el empleo de técnicas paramétricas o no paramétricas. En la descripción de la variable estudiada se utilizó la estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes. Para establecer la relación estadística entre las variables de estudio se utilizó la medida para métrica de correlación de Pearson.

Resultados

De un total de 48 médicos con encuestas viables de análisis, se encuentran con promedio de 44.6 años de edad (D. E: 10.18), en un rango de 28 a 63 años, de ellos 56.3% (n= 27) son femeninos y 43.8% (n= 21) son de género masculino. La gran mayoría se encuentran casados 72.9% (n= 35), 16.7 % (n= 8) son solteros y el resto divorciados o en unión libre. De acuerdo al nivel educativo 66.7% (n=32) cuentan con especialidad en medicina familiar y el 33.3 % (n=16) solo tiene estudios de licenciatura.

Los instrumentos utilizados para la evaluación cuentan con una fiabilidad por alfa de: Escala de Liderazgo Organizacional con alfa de

.77; para la escala Multifactor de Liderazgo: con alfa de alfa .93; finalmente el empoderamiento: con alfa de .80.



Tabla # 1. Análisis descriptivo de Liderazgo

Estilos de Liderazgo (MLQ)	Media	D.E	Mediana	Percentil 25	Percentil 50	Alfa	Frec.	%
Liderazgo transformacional	3.04	0.53	3.11	2.75	3.48	.80	30	62.50
Estimulación Intelectual	3.00	0.55	3	2.62	3.37	.27	2	4.17
Influencia Idealizada	3.32	0.61	3.25	2.90	3.71	.51	13	27.08
Motivación Inspiracional	3.11	0.67	3.25	2.75	3.5	.76	5	10.42
Influencia idealizada atributiva	2.66	0.50	2.75	2.25	3	.51	1	2.08
Consideración individualizada	3.09	0.68	3.06	2.62	3.59	.49	9	18.75
Liderazgo Transaccional	2.47	0.51	2.47	2.11	2.77	.71	15	31.50
Recompensa contingente	3.26	0.63	3.17	2.83	3.66	.75	15	31.50
Dirección por excepción pasiva	1.40	0.82	1.42	0.70	1.83	.58	0	0
Dirección por excepción activa	2.75	0.71	2.83	2.33	3.16	.58	0	0
Liderazgo Correctivo	1.46	0.59	1.50	1	1.75	.67	3	6.25
Dirección pasiva/evitadora	1.30	0.80	1.33	0.75	1.91	.58	3	6.25
Laissez-faire	1.55	0.64	1.4	1	2	.27	0	0
CONSECUENCIA ORGANIZACIONAL								
Satisfacción	3.13	0.82	3.1	2.45	3.6	.71	4	8.33
Efectividad	2.93	0.83	3	2.33	2.33	.48	17	35.42
Esfuerzo extra	2.90	0.72	3	2.5	2.33	.82	27	56.25
DIMENSIONES DEL EMPODERAMIENTO								
Competencia	11.33	1.00	12.00	11	12	.57	20	41.67
Significado	11.17	1.17	12.00	10	12	.44	13	27.08
Autodeterminación	9.75	2.51	10.00	9	12	.83	11	22.92
Impacto	8.65	2.04	9.00	7	10	.58	4	8.33
Liderazgo Organizacional (ELO)								
Evaluación Punitivo Generativo	2.48	.714	3.00			.25	2	4.17
Evaluación Nutritivo Generativo	4.35	.758	5.00			.74	9	18.75
Evaluación Racional	4.54	.651	5.00			.53	25	52.08
Evaluación Emotivo Libre	4.56	.681	5.00			.64	10	20.83
Evaluación Emotivo Dócil	1.69	.854	1.00			.44	1	2.08
Evaluación Emotivo Indócil	2.75	.758	3.00			.58	1	2.08

Fuente: Elaboración propia base de datos de encuestas. *Desviación Estándar (D.E); Transformacional (Transf); Transaccional (Trans); Generativo Punitivo (GP); Generativo Nutritivo (GN); Evaluación Racional (R); Emotivo Dócil (ED); Emotivo Indócil (EI); Frecuencia (Frec.); Porcentaje (%).



En la evaluación del liderazgo multifactor de Bass y Avolio (1994) se aplica la versión de visión de sí mismo donde el Liderazgo transformacional es el predominante en la percepción de los encuestados con 62.5% (n=30) para el liderazgo transaccional la percepción es en el 31.25% (n= 15) de la muestra y finalmente el liderazgo correctivo se percibe en 6.25 % (n=3) de los participantes. Los valores de las variables secundarias de cada estilo se exponen en la tabla # 2, donde para el liderazgo transformacional la Influencia Idealizada es la que muestra mayor valoración con una media de 3.35 (27.08%; n=13); de las sub variables de la encuesta destaca que el esfuerzo extra es de mayor representatividad con una media de 3.13 y un porcentaje de 56.25% (n= 27).



Tabla # 2. Descripción de estilos de liderazgo por género.

Género	%	Escala Multifactor de Liderazgo (visto por sí mismo)			Evaluación de Liderazgo Organizacional				
		Transf	Trans	Correctivo	GP	GN	R	EL	ED
Masculino	43.8	23%	17%	4%	0	15%	21%	6%	2%
Femenino	56.3	38%	17%	2%	4%	4%	31%	17%	2%

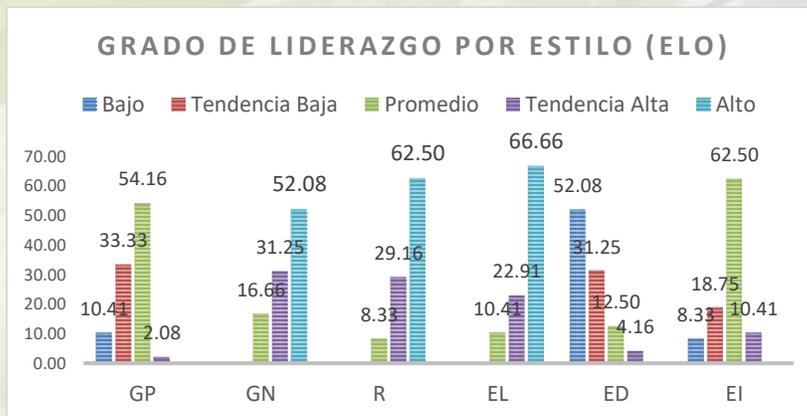
Fuente: Elaboración propia. Análisis de encuestas. *Transformacional (Transf); Transaccional (Trans); Generativo Punitivo (GP); Generativo Nutritivo (GN); Evaluación Racional (R); Emotivo Dócil (ED); Emotivo Indócil (EI)

La valoración del personal sobre el liderazgo organizacional se muestra en la tabla # 2 el estilo Generativo punitivo y el estilo Emotivo no dócil son los más bajos con 4% de la percepción para cada uno; el estilo racional es el que predomina en la muestra con 51% de la percepción. Dentro de los estilos de liderazgo del liderazgo organizacional la ponderación para cada uno destaca que el estilo emotivo Libre el 66% lo valoraron alto, para el Generativo Nutritivo alcanzo el 62.5% en valoración alta, como se muestra en la gráfica # 1.





Gráfica # 1. Grado de estilos de liderazgo organizacional.



Fuente: elaboración personal. * Generativo Punitivo (GP); Generativo Nutritivo (GN); Evaluación Racional (R); Emotivo Dócil (ED); Emotivo Indócil (EI)

Tabla # 3. Descripción de empoderamiento y consecuencias organizacionales por Género.

Género	%	Evaluación del Empoderamiento		Consecuencias Organizacionales del Liderazgo (MLQ)		
		Medio Bajo	Medio Alto	Satisfacción	Efectividad	Esfuerzo Extra
Masculino	43.8	4%	40%	21%	15%	8%
Femenino	56.3	16%	40%	33%	10%	13%

Fuente: Elaboración propia análisis de encuestas.*MLQ: Multifactor Leadership Questionnaire

En relación al género el nivel de empoderamiento promedio fue de 20% para un nivel de empoderamiento medio bajo y el 80% para un nivel de empoderamiento medio alto, sin embargo, el género femenino presenta una mayor tendencia al empoderamiento medio bajo en contraste con el masculino que es un empoderamiento medio alto, se muestra en la tabla # 3. Por el contrario las consecuencias de los estilos de liderazgo por género el esfuerzo extra es el que más se manifiesta con un porcentaje de 54%, siendo mayor en el género femenino, la efectividad se observa en un 25% con ligero predominio del género masculino, a diferencia del empoderamiento la satisfacción en las tareas realizadas se manifiesta con mayor frecuencia en las mujeres.

En la muestra hay dependencia entre el estado civil y el liderazgo generativo punitivo con una chi cuadrada de 24.731, con gl: 9 y valor



de p de .003, por lo que es determinante para los individuos un estado civil específico, que favorezca el ejercicio de este estilo de liderazgo.



Correlaciones

En la Tabla # 4 se muestra una correlación fuerte y significativa entre la escala de liderazgo organizacional y la escala Multifactor de liderazgo (con sus Factores de primer y segundo orden y efectos) así como con las evaluaciones del empoderamiento, con las variables sociodemográficas.

Tabla # 4. Correlaciones

Variables relacionadas	r = (correlación de Pearson)	Significancia
Evaluación de empoderamiento y Edad	.403**	.004
Liderazgo Generativo Punitivo y Estado Civil	.314*	.030
Liderazgo Generativo Nutritivo y Liderazgo Racional	.552**	.000
Liderazgo Generativo Nutritivo y Liderazgo Emotivo Libre	.595**	.000
Liderazgo Generativo Nutritivo y Liderazgo Emotivo Indócil	.417**	.003
Liderazgo Racional y Liderazgo Emotivo Libre	.450**	.001
Liderazgo Racional y Edad	.285*	.049
Liderazgo Emotivo Indócil y Nivel Educativo	-.295*	.042

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

ELO: Escala de Liderazgo Organizacional

Fuente: Análisis de datos (SPSS)

Las variables asociadas corresponden a las tres diferentes encuestas aplicadas encontrando que la edad se relaciona tanto con el nivel de empoderamiento con .403 y p de 0.004, la relación positiva implica que a mayor edad del individuo su empoderamiento es igualmente mayor; y el liderazgo racional (ELO) con .285 con p de .049, por lo que al incremento de la edad se incrementa el ejercicio de un liderazgo racional con fundamento en la reflexión; El Liderazgo Generativo Punitivo muestra una relación positiva con el estado civil con valor de .314 con valor de p de .030, que implica el estado civil es determinante del empoderamiento por lo que se podría considerar que aquellos individuos que tienen mayores compromisos generan mayor empoderamiento; por su parte el liderazgo generativo Nutritivo también presenta una relación positiva con el liderazgo racional con .552 y p de .000, los estilos de liderazgo que comparten fundamentos como los toques humanísticos muestran dicha relación; con liderazgo emotivo libre con .595 con p de .000; y con liderazgo emotivo indócil con valor de .450 y p de .001; de las variables sociodemográficas el nivel educativo muestra una asociación negativa con el liderazgo

emotivo indócil con valor de $-.295$ y significancia de $.042$, lo que infiere que a mayor nivel educativo o especialización el ejercicio del liderazgo indócil será menor, debido al mayor conocimiento y a la visión amplia y reflexiva.



Tabla # 5: Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Ítem ELO	K-S	p	Ítem MLQ	K-S	p	Ítem MLQ	K-S	p	Ítem MLQ	K-S	p
ELO1	0.175	.001 ^c	L1	0.249	.000 ^c	L28	0.218	.000 ^c	L55	0.286	.000 ^c
ELO2	0.227	.000 ^c	L2	0.144	.015 ^c	L29	0.43	.000 ^c	L56	0.261	.000 ^c
ELO3	0.248	.000 ^c	L3	0.188	.000 ^c	L30	0.288	.000 ^c	L57	0.339	.000 ^c
ELO4	0.228	.000 ^c	L4	0.28	.000 ^c	L31	0.231	.000 ^c	L58	0.211	.000 ^c
ELO5	0.237	.000 ^c	L5	0.2	.000 ^c	L32	0.271	.000 ^c	L59	0.221	.000 ^c
ELO6	0.208	.000 ^c	L6	0.262	.000 ^c	L33	0.254	.000 ^c	L60	0.256	.000 ^c
ELO7	0.387	.000 ^c	L7	0.254	.000 ^c	L34	0.298	.000 ^c	L61	0.28	.000 ^c
ELO8	0.21	.000 ^c	L8	0.268	.000 ^c	L35	0.374	.000 ^c	L62	0.242	.000 ^c
ELO9	0.223	.000 ^c	L9	0.362	.000 ^c	L36	0.339	.000 ^c	L63	0.324	.000 ^c
ELO10	0.255	.000 ^c	L10	0.244	.000 ^c	L37	0.313	.000 ^c	L64	0.302	.000 ^c
ELO11	0.256	.000 ^c	L11	0.27	.000 ^c	L38	0.308	.000 ^c	L65	0.221	.000 ^c
ELO16	0.229	.000 ^c	L12	0.216	.000 ^c	L39	0.292	.000 ^c	L66	0.306	.000 ^c
ELO12	0.264	.000 ^c	L13	0.23	.000 ^c	L40	0.267	.000 ^c	L67	0.221	.000 ^c
ELO13	0.183	.000 ^c	L14	0.397	.000 ^c	L41	0.304	.000 ^c	L68	0.281	.000 ^c
ELO14	0.228	.000 ^c	L15	0.255	.000 ^c	L42	0.227	.000 ^c	L69	0.3	.000 ^c
ELO15	0.273	.000 ^c	L16	0.254	.000 ^c	L43	0.221	.000 ^c	L70	0.287	.000 ^c
ELO17	0.255	.000 ^c	L17	0.221	.000 ^c	L44	0.207	.000 ^c	L71	0.311	.000 ^c
ELO18	0.252	.000 ^c	L18	0.212	.000 ^c	L45	0.205	.000 ^c	L72	0.299	.000 ^c
ELO19	0.154	.006 ^c	L19	0.363	.000 ^c	L46	0.264	.000 ^c	L73	0.27	.000 ^c
ELO20	0.253	.000 ^c	L20	0.304	.000 ^c	L47	0.247	.000 ^c	L74	0.248	.000 ^c
ELO21	0.315	.000 ^c	L21	0.232	.000 ^c	L48	0.28	.000 ^c	L75	0.207	.000 ^c
ELO22	0.292	.000 ^c	L22	0.28	.000 ^c	L49	0.28	.000 ^c	L76	0.209	.000 ^c
ELO23	0.191	.000 ^c	L23	0.328	.000 ^c	L50	0.259	.000 ^c	L77	0.222	.000 ^c
ELO24	0.23	.000 ^c	L24	0.268	.000 ^c	L51	0.229	.000 ^c	L78	0.254	.000 ^c
			L25	0.308	.000 ^c	L52	0.191	.000 ^c	L79	0.272	.000 ^c



L26	0.325	.000°	L53	0.299	.000°	L80	0.234	.000°
L27	0.244	.000°	L54	0.272	.000°	L81	0.276	.000°

a. La distribución de prueba es normal.
(MLQ) Cuestionario multifactor de liderazgo

b. Se calcula a partir de datos.
(ELO) Escala de Liderazgo Organizacional

c. Corrección de significación de Lilliefors.
(K-S) Kolmogorov-Smirnov

En la tabla # 5 muestra resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov que muestra que los datos son normales por lo tanto los estadísticos debe ser paramétricos.

Discusión

En la actualidad los médicos aun en una posición administrativa desempeñan la medicina únicamente desde una perspectiva clínica, con ausencia de habilidades y herramientas de liderazgo que contribuyan a desempeñar con eficacia su quehacer. Los cambios socio-económicos del siglo XXI, han transformado la atención en los diferentes servicios de salud enfocados hacia una economía de la salud como respuesta a la necesidad de frenar costos en la atención médica, integrando al quehacer médicos conceptos como productividad, costo-beneficio, desempeño y cambio del paradigma medico social por el administrativo, es por ello que el medico/directivo deberá ejercer no solo un liderazgo transformador además debe contar con alto nivel de empoderamiento que lo hagan efectivo en sus decisiones (Castañeda-Sánchez, 2015; Nieuwboer, van der Sande, van der Marck, et al., 2019). La presente investigación muestra que los médicos tienen la mayoría un liderazgo transformacional y un bajo empoderamiento, los subfactores evaluados son predominantemente racional lo que implica que no se realiza una reflexión holística, además se encontró que el liderazgo se correlaciona con factores sociodemográficos como el género y el estado civil.

Los elementos básicos para alcanzar la conjunción entre el quehacer médico y el administrativo son el conocimiento técnico-práctico clínico y la habilidad de reconocer áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención sumado a la creación, establecimiento y fortalecimiento de una cultura organizativa económicamente eficiente. Por ello, los elementos técnicos (médicos y enfermeras) que tomen el papel de líder requieren de habilidades, conocimiento y compromiso que les dé la perspectiva adecuada al momento de valorar los servicios y planear estrategias (Coleman, Segar, Checkland, McDermott, Harrison y



Peckham, 2015). Los resultados del presente estudio muestran que aun cuando el liderazgo ejercido por los médicos es transformacional su empoderamiento es medio (ya sea bajo o alto) no lo suficiente a trascender las barreras de lo individual hacia lo grupal, sin embargo, el liderazgo organizacional percibido es racional no es innovador permanece en la reflexión. Lo que concuerda con los hallazgos y limitaciones de Pihlainen, Kivinen, y Lammintakanen. (2016).

Se ha hablado demostrado las ventajas de estrategias administrativas aplicadas en los servicios de salud, sin embargo, la comunidad médico-administrativa no ha dado importancia debida a dicha evidencia, los estilos de liderazgo en personal médico no se han estudiado mucho, por lo persiste una brecha de entendimiento aun cuando el estilo coercitivo puede derivar del alto nivel de exigencia del gremio (Hillen, Pfaff, y Hammer, 2017; Pihlainen, Kivinen, y Lammintakanen, 2016).

La ciencia médica data de miles de años, la formación no incluye fundamentos administrativos, lo que se refleja en la persistencia de elementos como la satisfacción, efectividad, competencia y significado, derivan del empoderamiento fundamentado en bases médicas. Por lo anterior, para mejorar la prestación de los servicios la formación de estudiantes y especialistas deberán incluir principios de administración que regulen la práctica médica y la habilidad para forjar relaciones y formación de equipos asertivos entre grupos de trabajo. (Morales-Ruíz, 2009; Clay-Williams, Ludlow, Testa, Li, y Braithwaite, 2017).

Lograr la efectividad para los servicios médicos mediante la búsqueda de una relación entre elementos administrativos, herramientas de gestión y el aprendizaje. Sin embargo, el hallazgo de un liderazgo transformacional que el personal de salud manifiesta mediante diferente sud-estilo de acuerdo a sus ambiciones y/o visiones limitadas, se ocasiona en una carencia de formación en administración. Las situaciones actuales del sistema, así como la persistencia de limitaciones en torno al género, estado civil, grado académico obstaculizan el desarrollo de líderes médicos eficientes y flexibles lo que repercute en la calidad de atención y servicios que se brindan (Castañeda-Sánchez, 2015; Abdelhafiz, Alloubani, y Almatari, 2016); lo cual concuerda con los hallazgos de esta investigación.



Conclusión

El ejercicio de un liderazgo efectivo, con bases en la transformación constante, empoderamiento, requiere del desarrollo de habilidades por parte del líder, esto puede ser la clave para acortar la brecha entre las decisiones clínicas y las administrativas: enfocados a los usuarios mediante servicios eficientes en recursos y calidad; y a la administración a través de compromiso, aprendizaje e innovación constante (Nieuwboer, van der Sande, van der Marck, et al., 2019).

La carente formación administrativa del personal médico impacta en desarrollo de habilidades directivas con base en el liderazgo, los hallazgos de la presente investigación revelan que aun cuando el liderazgo percibido por el personal médico es del estilo transformacional en la mayoría esto no es suficiente para generar conciencia en los empleados sobre la necesidad de cambio e innovación de proceso, el otorgar puestos de poder e imponer liderazgo a personal no capacitado o pretender que se lleven a cabo acciones de cambio masivas y perdurables, sin fundamentarse en conocimiento y habilidad del personal es vano e improductivo por lo menos (Hillen, Pfaff, y Hammer, 2017). Una reforma en la formación de personal médico encaminada hacia desempeñar un mejor papel en los servicios asistenciales, demanda la integración de habilidades, herramientas y conocimientos médicos y administrativos por igual, al quehacer cotidiano del personal de salud desde los niveles operativos hacia los gerenciales (Kumar, y Khiljee, 2016).

La medicina se ha especializado intensamente llevando al personal hacia una visión limitada de los problemas y su impacto sobre el conjunto, una visión holística del contexto en búsqueda de objetivos comunes, aplicando estrategias de éxito desde la administración que lleve al desarrollo de liderazgo "requerido" de acuerdo a la situación, además de trabajar para logra competencias o cumplir con los estándares de liderazgo que sea capaz de alinear objetivos de mejora desde los niveles estratégico y operativo de la organización. La implementación de un cambio hacia el desarrollo de competencias y habilidades en los líderes médicos les permitirán trabajar colaborativamente con otras profesiones (administrativas) desde un paradigma de gerencia y gestión, podría mejorar el rendimiento en las organizaciones sanitarias (Baker et al., 2008; Williams, Wood, y Ibram, 2015).



Referencias



Abdelhafiz, I. M., Alloubani, A. M. D., y Almatari, M. (2016). Impact of leadership styles adopted by head nurses on job satisfaction: a comparative study between governmental and private hospitals in Jordan. *Journal of nursing management*, 24(3), 384-392.

Avolio B.J., Bass B.M. y Jung D.I. (1990). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *J Occup Organ Psychol.* 72(4):441-62.

Baker, G. R., y Denis, J. L. (2011). Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership. *Public Money & Management*, 31(5), 355-362.

Bass, B. M., y Stogdill, R. M. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications.* Simon and Schuster.

Bass B.M., y Avolio B.J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Bass B.M. y Avolio B.J. (1997). *Full range leadership development: manual for the multifactor leadership questionnaire.* Palo Alto, Calif.: Mind Garden; 1997.

Bass B. (2000). *MLQ, Multifactor Leadership Questionnaire sampler set: technical report, leader form, rater form, and scoring key from 5x-short.* Redwood City CA. Mind Garden.

Betanzos-Díaz, N. y Paz-Rodríguez, F. (2011). Compromiso organizacional en profesionales de la salud. Revisión bibliográfica. *Revista de enfermería del instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(1), 35-41.

Beckman H.B. (2011). Lost in translation: physicians' struggle with cost-reduction programs. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 430-3.

Bohmer R.M. (2009). *Designing care: aligning the nature and management of health care.* Boston: Harvard Business School Publishing; 1.



Bohmer R.M.J. (2013). Leading clinicians and clinicians leading. *N Engl J Med.* 368: 1468-70.

Burns J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.

Burns J.M. (2003). *Transforming leadership: a new pursuit of happiness*. New York: Atlantic Monthly Press.

Castañeda-Sánchez, O. (2015). El papel del liderazgo en la gestión médica. *Atención Familiar*, 22(1), 1.

Cequier, Á., y Ortiga, B. (2015). Niveles de gestión clínica. *Revista Española de Cardiología*, 68(06), 465-468.

Chreim S, MacNaughton K. (2014). Leadership in Health Care Teams: Constellations Role Distribution and Leadership Practices. *Acad Manag Proc.* 2014(1):11415.

Clay-Williams, R., Ludlow, K., Testa, L., Li, Z., y Braithwaite, J. (2017). Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ open*, 7(9), e014474.

Coleman A, Segar J, Checkland K, McDermott I, Harrison S. y Peckham S. (2015). Leadership for health commissioning in the new NHS: Exploring the early development of clinical commissioning groups in England. *J Health Organ Manag.* 29(1): 75-91.

Curry L.A., Spatz E, Cherlin E, Thompson J.W, Berg D. y Ting HH, et al. (2011). What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? *Ann Intern Med.* 2011; 154:384-90.

Cuadra Peralta A. y Veloso Besio C. (2007). Liderazgo, Clima y Satisfacción Laboral en las Organizaciones. *Univers Talca.* 22(2): 40-56.

Egoavil, J. (2003). *Manual de la escala de liderazgo organizacional (ELO)*. Lima; Asesoría y consultoría de personal

Eisenbeiss S.A., Van Knippenberg D. y Boerner S. (2008). Transformational leadership and team innovation: Integrating team climate principles. *J Appl Psychol.* 93(6): 1438-46.



Gardner JW. (1990). On leadership. New York: Free Press.

Gellis Z.D. (2001). Social work perceptions of transformational and transactional leadership in health care. *Soc Work Res.* 25(1):17-25.

Gené Badia J, Contel Segura JC. (2001). Gestión en atención primaria: incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona [etc.]: Masson; 2001. Williams SJ. What skills do physician leaders need now and in the future? *Physician Exec.* 27(3).

González Blasco P. (2004). Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Arch Med Fam;* 6(2):313.

Hater J.J. y Bass B.M. (1988). Superiors' evaluations and subordinates' perceptions of transformational and transactional leadership. *J Appl Psychol.* 73(4):695-702.

Hartog D.Nn den, Koopman P.L., Muijen J. van, Bast B. (1997). *Inspirerend leiderschap in organisaties.* Schoonhoven: Academic Service, economie en bedrijfskunde; Avolio BJ. Leadership development: building the vital forces in organizations. Ondon: Sage Publications; 2000.

Hillen, H., Pfaff, H., y Hammer, A. (2017). The association between transformational leadership in German hospitals and the frequency of events reported as perceived by medical directors. *Journal of Risk Research,* 20(4), 499-515.

Kahai S, Jestire R. y Huang R. (2013). Effects of Transformational and Transactional Leadership on Cognitive Effort and Outcomes during Collaborative Learning within a Virtual World. *Br J Educ Technol.* 2013; 44(6): 969-85.

Kumar, R. D., y Khiljee, N. (2016). Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine,* 17(1), 63-65.

Manáruez Puche J.F. y Saturno Hernández P.J. (1998). Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Atención Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria.* 22(10): 636-41.





March-Cerdà, J. C., Danet, A. y García-Romera, I. (2015). Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 15-19.

Meyerson, S. y Kline, T. (2008). Psychological and environmental empowerment: Antecedents and consequences. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(5), 444-460.

Morales-Ruíz JC. (2009). Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educación Médica*; 12(2):73-82.

Molero F.M., Recio P.R. y Cuadrado M.I.C. (2010). Liderazgo Transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la escritura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) en una muestra española. *Psicothema*. 22(3): 495-501.

Nieuwboer, M. S., van der Sande, R., van der Marck, M. A., Olde Rikkert, M. G., y Perry, M. (2019). Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *European Journal of General Practice*, 25(1), 7-18.

Northouse P.G., (2004). *Leadership: theory and practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Northouse P., (2015). *Leadership. Theory and practice (7ª)*, Sage Publications, Thousand Oaks CA

Palomo, M. (2010). *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo (6ta ed.)*. Madrid: ESIC Editorial.

Peiró J.M. y Rodríguez I. (2008), *Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional*. *Papeles del Psicólogo*. 29(1):68-82.

Pihlainen, V., Kivinen, T., y Lammintakanen, J. (2016). Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services*, 29(1), 95-110.

Sánchez-Mendiola, M. (2015). Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? *Investigación en educación médica*, 4(14), 99-107.

Souba, W. W. (2007). The leadership dilemma. *Journal of Surgical Research*, 138(1), 1-9.



Spreitzer, G. y Quinn, R. (2001). A company of leaders: five disciplines for unleashing the power in your workplace. San Francisco: University of Michigan Business School management series.

Varela-Rueda, C. E., Reyes-Morales, H., Albavera-Hernández, C., Díaz-López, H. O., Gómez-Dantés, H., y García-Peña, C. (2016). La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gaceta Médica de México*, 152(1), 135-140.

Vega, C. y Zavala, G. (2004). Adaptación del Cuestionario Multifactorial de Liderazgo -MLQ Forma 5X Corta- de B. Bass y B. Avolio al Contexto Organizacional Chileno. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Walumbwa F.O., Avolio B.J. y Zhu W. (2008). How transformational leadership weaves its influence on individual job performance: the role of identification and efficacy beliefs. *Pers Psychol.* 61(4): 793-825.

Wayne, M. y Noe, R. (1997). *Administración de relaciones humanas*. México: Mc Graw.

West M., Borrill C-S., Dawson J.F., Brodbeck F., Shapiro D.A. y Hawward B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadersh Q.*, 14(4-5): 3393-410.

Williams, G., Wood, E. V., y Ibram, F. (2015). From medical doctor to medical director: Leadership style matters. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(7), 420-422.

Wong C.A. y Cummings G.G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Manag.* 15(5):508-21.

Yukl, G. (2002). *Leadership in organizations*. Englewoods Cliffs: Prentice Hall.