
Liderazgo transformacional del personal médico en institución pública del sector salud

Transformational leadership of the medical personnel in public sector health institution

Recibido el 5 de Agosto de 2015, aceptado el 15 de Noviembre de 2015

No. de clasificación JEL: L84; M12; M54

**Tirso J. Hernández
Gracia**

Universidad
Autónoma del Estado
de Hidalgo
Instituto de Ciencias
Económico
Administrativas
thernan@uaeh.edu.mx

**Alejandra Corichi
García**

Universidad Autónoma
del Estado de Hidalgo
corichi_ale@yahoo.com

**Ma. del Rosario
García Velázquez**

Universidad Autónoma
del Estado de Hidalgo
rosy_gave@yahoo.com.mx

**Enrique Martínez
Muñoz**

Universidad Autónoma
del Estado de Hidalgo
enriquemarvar@yahoo.com.mx

**Brenda Lorena
Fuentes González**

Universidad Autónoma
del Estado de Hidalgo
brenn_19@hotmail.es

Resumen

Conforme evolucionan las formas de trabajo, las empresas e instituciones se vuelven más difíciles de administrar. El sector salud no es la excepción, pues la integran diversos trabajadores, capacitados en distintas áreas del conocimiento. Una pieza clave dentro de estas organizaciones es el directivo, ya que a través de él puede lograrse que el personal cumpla con sus actividades de manera eficiente, con calidad y calidez. El liderazgo ha despertado el interés para muchas organizaciones, ya que se ven en la necesidad de fomentar dicho fenómeno como parte de una cultura, donde exista la reciprocidad entre lo que recibe el trabajador y lo que la organización espera de él. Dentro de las teorías y modelos relacionados con los estilos de dirección, resalta el Liderazgo Transformacional, cuyo eje principal es la motivación. El presente artículo muestra el trabajo de investigación realizado en institución del sector salud, donde se identifica el estilo de dirección que prevalece en el personal médico, asociado con algunas variables demográficas y organizacionales. Se utilizó una muestra de 252 trabajadores y como base el instrumento de medición MLQ de Bass y Avolio (2000), logrando identificar el liderazgo transformacional como el estilo predominante en donde las variables más significativas, producto de la correlación estadística efectuada, son la edad, antigüedad y el número de pacientes que atienden los trabajadores.

Palabras clave: liderazgo transformacional, institución pública, personal médico

Abstract

As evolving forms of work, businesses and institutions become more difficult to manage. The health sector is no exception, then integrate it with different workers, trained in different areas of knowledge. A key element with in these organizations is the Steering, because through it you can achieve that staff comply with its activities in an efficient manner, with quality and warmth. Leadership has aroused the interest of many organizations, since they are in the need of fostering this phenomenon as part of a culture, where there is reciprocity between what the worker receives and what the organization expects of it. Within the theories and models related to the styles or address, highlight the transformational leadership, whose main axis is the motivation. This article shows the research work done in institution of health sector, identifying the management style that prevails in medical staff, associated with some demographic and organizational variables. A sample of 252 workers was used as the measuring instrument based MLQ Bass and Avolio (2000), and identified the transformational leadership as the predominant style where the most significant variables, product of the statistical correlation has been made, are age, seniority and the number of patients serving workers.

Keywords: transformational leadership, public institution, medical staff

1. Introducción

Los avances en la tecnología, la actual decadencia de la economía, la política de las organizaciones, los deficientes recursos en el sector público y el surgimiento cada vez mayor de ciudadanos que requieren de los servicios de salud, dificultan a los directivos el buen manejo y funcionamiento de sus empleados y colaboradores (Cerver, 2012).

El incremento de la demanda de los servicios de salud por parte de los derechohabientes es mayor al personal con el que se cuenta para atender a cada uno de ellos eficientemente y con calidad. Aunado a ello, la deficiente infraestructura y escasez de los medicamentos, trae como consecuencia la inconformidad tanto de los pacientes, como de los familiares (América, 2010; Salas, 2013; Sánchez, 2013; Sánchez, 2015). Por otro lado, el mismo personal de salud se siente incómodo y muchas veces frustrado por no contar con lo necesario para ejercer de manera satisfactoria su trabajo y de esa manera ofrecer una atención adecuada (Cortes & Hernández, 2012).

La saturación de los servicios médicos ejerce una relación positiva o negativa entre los empleados y directivos, alterando el clima organizacional y repercutiendo en el servicio médico que recibe un usuario (Marcellino, 2011).

El rol que juegan los directivos en este tipo de organizaciones es fundamental, ya que repercuten directamente en el comportamiento de sus empleados y en los servicios que recibe el usuario o derechohabiente.

Es entendible y común observar que en las instituciones de salud públicas, existan deficiencias relacionadas con la falta de infraestructura, equipos y materiales, recursos financieros y humanos, entre otros elementos necesarios, no obstante el personal médico y su equipo de trabajo deberá hacer frente a este tipo de problemáticas y salir adelante de la mejor manera posible.

Es por ello, que existe el interés de conocer cómo ejercen su liderazgo los directivos del área médica de una institución de salud pública y logra enfrentar junto con sus trabajadores esta realidad y desafiárla. Aunado a ello, se pretende saber cómo se comportan algunas variables demográficas y organizacionales en relación con la forma de dirigir de los directivos.

Es importante mencionar que existe la premisa o hipótesis por parte de quienes desarrollaron la presente investigación, de que hay una relación significativa o positiva entre los estilos de liderazgo y algunas variables organizacionales y demográficas en el personal médico que labora en una institución pública del sector salud, es decir, existe un comportamiento homogéneo o similar.

2. Planteamiento del problema

Desde hace algún tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó la necesidad que en los próximos diez años, es decir, a más tardar en el 2016, se debe de contar con condiciones laborales más seguras y utilizar prácticas directivas más eficaces en las instituciones de salud y centros de salud (The World Health Report, 2006; Adams, 2014).

En todos los ámbitos las organizaciones de salud se han mantenido durante mucho tiempo en una lucha continua por una mejora en los aspectos económicos y laborales de sus recursos humanos, de esta manera buscan tácticas más eficientes con relación a las directivas, que mejoren la administración y buena gestión en todos los niveles jerárquicos de la propia organización y de esa forma tener una mejora, siempre buscando los beneficios de sus trabajadores y pacientes que utilizan un servicio médico (Riande, 2012).

Los sistemas de salud pueden ser transformados de manera que la gente valore la equidad del servicio, la participación de los agentes de salud y el conocimiento de los directivos. Para lograrlo, se requiere de nuevas estrategias de liderazgo para la salud, de ahí que en el sector público debe jugar un papel importante la dirección eficaz y hacer hincapié en el hecho de que esta función debe ejercerse a través de modelos de colaboración de diálogo sobre políticas con múltiples interesados, porque esto es lo que la gente espera (*The World Health Report, 2008*).

Son muchos los problemas que pueden identificarse en instituciones de salud pública, debido principalmente a la gran variedad de personal que labora en esos lugares y a la cantidad de usuarios que cotidianamente acuden a solicitar un servicio médico, lo cual invita a desarrollar líneas de investigación encaminadas a atender esa problemática diversa.

No obstante, en el presente estudio únicamente se analiza lo relacionado con el liderazgo del personal médico, para lo cual se estableció la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre los estilos de liderazgo y algunas variables organizacionales y demográficas en el personal médico de una institución pública del sector salud?

3. Referentes

Desde hace varios años atrás, diversos investigadores poco a poco han manifestado interés en el estudio del liderazgo (Bono & Judge, 2004), propiciando también que el contexto global obligue a las empresas a interesarse en este tópico (Feinberg, Ostroff & Burke, 2005). El liderazgo se desarrolla mediante un crecimiento personal y se podría realizar en cada uno de ellos, un líder (McCollum, 1999).

Es por ello, que existe la necesidad de que las organizaciones desarrollen una cultura de liderazgo transformacional, donde haya generalmente un sentido de propósito y un sentimiento de familia, los compromisos sean a largo plazo, los líderes y seguidores compartan intereses mutuos, pero con un sentido de interdependencia (Bass & Avolio, 1993).

Las instituciones de salud públicas inducen a problemas de coordinación entre sus miembros, sufriendo la incompetencia de los profesionales, las dificultades de libertad de acción y las respuestas disfuncionales por parte de los directivos a los problemas organizacionales (Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marín, & Haro, 2005).

Los líderes siguen siendo la pieza clave para impulsar los cambios dentro de las organizaciones y alentar a los recursos humanos para lograrlo, es por ello

que dadas las circunstancias que enfrentan hoy en día las instituciones hospitalarias del sector público, cuya credibilidad es cuestionada siempre y por generaciones (transmitidas muchas veces de boca en boca) de usuarios que han transitado a través de ellas en busca de un servicio, es importante y propicio el desarrollar la presente investigación para obtener un conocimiento explicativo sobre la relación que existe entre los estilos de liderazgo y algunas variables organizacionales y demográficas en el personal médico de una institución de salud pública, que refleje el avance que se ha tenido en este rubro, tal como lo anunció la OMS hace más de 10 años.

Este tipo de metodologías y estudios, permitirá por un lado, a la organización objeto de estudio, conocer mediante un diagnóstico de liderazgo la situación actual que prevalece en función de un estilo de dirección aplicado hacia los trabajadores y tomar decisiones al respecto, y por otro, animar la realización de este tipo de investigaciones hacia otras unidades médicas de salud similares e incluso realizar estudios comparativos a nivel local, regional o estatal.

El personal médico

Las instituciones de salud cuentan con una cantidad significativa de personal en todas las áreas como: enfermeras, doctores, radiólogos, psicoterapeutas, nutricionistas, odontólogos, trabajadoras sociales, entre otros (Robles, 2012) Las instituciones de salud pueden ofrecer servicios de cuidados agudos para pacientes con una enfermedad grave y problemas médicos, psicológicos y sociales.

Actualmente hay una mayor demanda en las instituciones de salud donde ahora los pacientes no suelen ser por lo general de visitas ambulatorias sino más bien tienen visitas más largas donde pueden quedarse internados durante días o meses lo cual genera invertir en la infraestructura, medicamentos y capacitar a todo el personal médico para saber tratar a este tipo de pacientes (Thompson, 2013).

Un aspecto importante a destacar es que cada paciente es un mundo y se debe de tratar con dignidad e igualdad y respetando sus creencias así como cultura por lo cual el personal debe ser competente para su puesto laboral Los doctores tienen que actuar de manera ética siguiendo lo estipulado en la institución de salud y respetando las decisiones de los pacientes así como mantenerlo informado de todos los procedimientos que se le realizaran (Pavón, 2010).

El personal médico, también se encuentra complementado por las enfermeras, quienes deben de estar conscientes de las necesidades del paciente, tratarlo con igualdad y respondiendo a todas sus dudas, ayudándolo

a que su estancia en la institución de salud sea lo más placentera posible y respetando así mismo su cultura (González y Gallardo, 2012).

El liderazgo transformacional

El liderazgo va estrechamente de la mano con la administración ya que se sabe que para ser un buen administrador es indispensable ser un buen líder, además de administrar todos los recursos tanto financieros como humanos (Ramirez, 2011), pues los administradores se encargan del buen funcionamiento de todos los recursos que cuenta una institución de salud para lograr sus objetivos de la manera más eficiente. Lo esencial para lograr lo ya mencionado, es el buen desempeño de la función administrativa (Frenk, 2010).

Un concepto concreto de liderazgo transformacional es el que surge a partir de James Mc Gregor Burns y Bernard M. Bass, los cuales lo identifican como un proceso común de líder y trabajadores para avanzar a un nivel más alto de la moral y la motivación (Siddiqui, 2013).

Es una transformación que produce cambios significativos en la empresa y en las personas que la conforman, tomando como su variable dependiente el comportamiento del trabajador y de manera positiva la confianza de opinar, trabajando con valores y en equipo (Sarma, 2010).

Bajo este estilo de dirección, se alienta al trabajador para que tenga la libertad de aportar ideas y conocimientos, si el así lo cree oportuno, además se le motiva para ser más eficiente dentro de la institución de salud y, se le trata como una persona no como una herramienta más (Gutiérrez, 2012).

El líder transformacional influye tanto en la cultura como en el clima organizacional teniendo como resultado un cambio significativo si el líder decide administrar de manera transformacional todas sus áreas (Salazar, 2006).

Bernard Bass define al Liderazgo Transformacional como un proceso que se da en la relación líder-seguidor, que se caracteriza por ser carismático y atento de tal forma que los trabajadores se sientan identificados con su forma de ser y lo sigan.

Para ellos es confortable encontrar similitudes no solo como su líder sino como una persona más en la que pueden confiar y tener la facilidad de opinar en asuntos de la organización (Bishop, 2011).

Finalmente el liderazgo transformacional, considera a los subordinados individualmente, proporcionándoles apoyo y una guía que ya en la práctica se va convirtiendo más en un liderazgo transaccional en el cual existe un proceso de intercambio entre el líder y el trabajador, el líder identifica de

manera concreta las necesidades y deseos de sus empleados por lo cual le dice a ellos como obtenerlos con trabajo a cambio (Figuerola, 2011).

El Modelo de Liderazgo Transformacional de Bass – Avolio

Uno de los principales modelos de liderazgo transformacional es el desarrollado por Bernard Bass y Bruce Avolio (2000), profesores e investigadores de la Universidad de Binghamton, New York, en Estados Unidos.

El instrumento es conocido como *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ), Forma 5X Corta, en sus dos versiones Líder y Seguidor (El Liderazgo Transformacional, como proceso organizacional, toma un papel importante en este orden de cosas, ya que desarrolla el potencial de los recursos humanos (Molero & Recio, 2013).

Avolio (1997) señala que para ser una organización sustentable, se necesita de un cambio significativo en las estrategias que se usan para el desarrollo de recursos humanos, no sólo a nivel organizacional sino también educacional.

Se necesitan personas con nivel académico y aún más importante, que posean un desarrollo intelectual de forma constante de tal modo que sean autónomos en la toma de decisiones (Vega & Zavala, 2010).

En la actualidad tan cambiante es necesario que los líderes busquen nuevas formas de recompensar a sus seguidores de tal forma que resulte satisfactorio para ambas partes.

Por su parte Khalil (2011) recalca que el liderazgo es una de las claves para crear en las organizaciones la arquitectura social, capaz de generar la realización total del potencial de capital intelectual de los trabajadores.

4. Metodología

Unidad de análisis

Se consideró una muestra de 232 médicos y 20 directivos, haciendo un total de 252 trabajadores de una institución pública del sector salud. Los principales criterios de inclusión considerados fueron que el personal ocupe plaza de base o confianza, que laboraran en el turno matutino, vespertino y nocturno de cualquier área y que aceptaran participar en la aplicación del instrumento de medición.

Instrumento de medición

Como ya se ha mencionado anteriormente, se utilizó el modelo de medición de liderazgo transformacional *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ)

5x, diseñado por Bass y Avolio (2000), pero adaptado en México por Mendoza (2005) y haciendo los ajustes específicos al contexto local de acuerdo con las características de la población objetivo.

Procedimiento

Se aplicó el MLQ 5x en sus dos versiones (uno mismo y visto por otros) para directivos y personal subordinado, incluyendo algunas variables demográficas y organizacionales.

Posteriormente se integró una base de datos y se utilizó un paquete estadístico para realizar la captura de datos y el análisis de los resultados, así como para comprobar la hipótesis.

Se realizó una prueba de confiabilidad con los cuestionarios, obteniendo valores de 0.91 y 0.89, para el instrumento uno mismo (directivos) y visto por otros (subordinados).

5. Resultados

Se analizaron las puntuaciones obtenidas por los directivos y subordinados del personal médico, mismas que se señalan en la Tabla 1.

Las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en la dimensión correspondiente a Influencia Idealizada (atributo) (media= 3.42), seguida por la dimensión referente a Estimulación Intelectual (media = 3.41), así como en la Efectividad (media = 3.41), mientras que las más bajas fueron para la dimensión de Laissez-Faire (media = 2.35) y la dimensión Premio Contingente (media = 2.69).

Por su parte, en la Tabla 2, se presenta la edad por rangos, donde se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Premio Contingente, cuyas medias más altas correspondieron al personal que tiene de 31 a 35 años de edad (media = 3.04; $p = 0.039$).

En lo referente a la dimensión Administración por Excepción Activo, las puntuaciones medias más altas correspondieron al personal de 18 a 23 años (media= 3.53; $p = 0.017$), contrariamente las puntuaciones medias más bajas en esta dimensión correspondieron al personal que tiene de 24 a 30 años de edad.

Finalmente, en la dimensión Administración por Excepción Pasivo, las puntuaciones medias más altas correspondieron al personal de 24 a 30 años (media= 3.11; $p = 0.001$).

Tabla 1: Media, mediana, moda y desviación estándar de cada una de las dimensiones del modelo MLQ

| Dimensiones del MLQ | | Estadísticas descriptivas | | | |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------|------|---------------------|
| | | Media | Mediana | Moda | Desviación Estándar |
| Transformacional | Influencia idealizada (atributo) | 3.42 | 3.50 | 4.00 | 0.98 |
| | Influencia idealizada (conducta) | 3.37 | 3.50 | 4.00 | 1.01 |
| | Inspiración motivacional | 3.24 | 3.50 | 4.00 | 1.05 |
| | Estimulación intelectual | 3.41 | 3.50 | 3.50 | 0.97 |
| | Consideración individual | 3.26 | 3.25 | 3.00 | 1.05 |
| | Tolerancia psicológica | 3.26 | 3.25 | 4.00 | 0.98 |
| Transaccional | Premio contingente | 2.69 | 2.50 | 1.00 | 1.16 |
| | Administración por excepción activo | 3.32 | 3.50 | 3.75 | 0.89 |
| | Administración por excepción pasiva | 2.81 | 2.75 | 3.00 | 1.01 |
| No - Liderazgo | Laissez-faire | 2.35 | 2.25 | 2.00 | 1.00 |
| Variables de Resultado | Satisfacción | 3.27 | 3.25 | 3.00 | 0.92 |
| | Esfuerzo extra | 3.26 | 3.50 | 4.00 | 1.06 |
| | Efectividad | 3.41 | 3.50 | 3.00 | 0.92 |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Diferencia de medias de las dimensiones del MLQ con la Edad

| Dimensiones del MLQ/Edad | Media | n | F | p |
|-------------------------------------|--------|-----|-------|-------|
| Premio Contingente | | | 2.822 | 0.039 |
| • De 18 a 23 años | 2.6900 | 25 | | |
| • De 24 a 30 años | 2.7461 | 64 | | |
| • De 31 a 35 años | 3.0400 | 50 | | |
| • De 36 en adelante | 2.4845 | 113 | | |
| Administración por Excepción Activo | | | 3.458 | 0.017 |
| • De 18 a 23 años | 3.5300 | 25 | | |
| • De 24 a 30 años | 2.7461 | 64 | | |
| • De 31 a 35 años | 3.0400 | 50 | | |
| • De 36 años en adelante | 3.1394 | 113 | | |
| Administración por Excepción Pasivo | | | 6.053 | 0.001 |
| • De 18 a 23 años | 2.8200 | 25 | | |
| • De 24 a 30 años | 3.1133 | 64 | | |
| • De 31 a 35 años | 3.0550 | 50 | | |
| • De 36 años en adelante | 2.5332 | 113 | | |

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la investigación

En la Tabla 3, se muestran los rangos de Número de Pacientes que atiende diariamente, identificándose diferencias estadísticamente significativas con la dimensión de Administración por Excepción Pasivo, cuyas medias más altas correspondieron al personal que atiende de 11 a 15 pacientes al día (media = 3.18; $p = 0.016$).

En la dimensión Laissez-Faire, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que atiende de 11 a 15 pacientes al día (media = 2.72; $p = 0.003$).

Finalmente en la dimensión Efectividad, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que atiende de 11 a 15 pacientes al día (media = 3.50; $p = 0.016$).

Tabla 3: Diferencia de medias de las dimensiones del MLQ con el Número de Pacientes que atiende diariamente

| Dimensiones del MLQ/Número de Pacientes que atiende diariamente | Media | n | F | p |
|---|-------|-----|-------|-------|
| Administración por Excepción Pasivo | | | 3.486 | 0.016 |
| • De 1 a 5 | 2.740 | 26 | | |
| • De 6 a 10 | 2.738 | 124 | | |
| • De 11 a 15 | 3.186 | 55 | | |
| • De 16 a 20 | 2.612 | 47 | | |
| Laissez-Faire | | | 4.825 | 0.003 |
| • De 1 a 5 | 2.019 | 26 | | |
| • De 6 a 10 | 2.333 | 124 | | |
| • De 11 a 15 | 2.727 | 55 | | |
| • De 16 a 20 | 2.096 | 47 | | |
| Efectividad | | | 0.636 | 0.016 |
| • De 1 a 5 | 3.327 | 26 | | |
| • De 6 a 10 | 3.315 | 124 | | |
| • De 11 a 15 | 3.509 | 55 | | |
| • De 16 a 20 | 3.426 | 47 | | |

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la investigación

En la Tabla 4a y 4b, se muestran los rangos de antigüedad laboral, identificándose diferencias estadísticamente significativas con la dimensión de Influencia Idealizada (atributo), cuyas medias más altas correspondieron al personal que tiene de 21 años en adelante (media = 3.56; $p = 0.048$). En la dimensión Influencia Idealizada (conducta), las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 1 a 5 años de antigüedad (media = 3.56; $p = 0.002$).

En la dimensión Inspiración Motivacional, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 11 a 15 años de antigüedad (media = 3.43; $p = 0.028$). En la dimensión Consideración Individual, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 21 años en adelante de antigüedad (media = 3.51; $p = 0.016$).

En la dimensión Tolerancia Psicológica, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 11 a 15 años de antigüedad (media = 3.27; $p = 0.048$).

En la dimensión Premio Contingente, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 11 a 15 años de antigüedad (media = 3.06; $p = 0.016$).

En la dimensión Administración por Excepción Activo, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 11 a 15 años de antigüedad (media = 3.54; $p = 0.003$). En la dimensión Administración por Excepción Pasivo, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 11 a 15 años de antigüedad (media = 3.05; $p = 0.001$).

En la dimensión Satisfacción, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 1 a 5 años de antigüedad (media = 3.42; $p = 0.025$).

En la dimensión Esfuerzo Extra, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 1 a 5 años de antigüedad (media = 3.42; $p = 0.020$).

Finalmente en la dimensión Efectividad, las puntuaciones medias más altas fueron para el personal que tiene de 21 años en adelante de antigüedad (media = 3.48; $p = 0.028$).

Tabla 4ª: Diferencia de medias de las dimensiones del MLQ con la Antigüedad

| Dimensiones del MLQ/Antigüedad | Media | n | F | p |
|----------------------------------|--------|----|-------|-------|
| Influencia Idealizada (Atributo) | | | 2.438 | 0.048 |
| • De 1 a 5 años | 3.4529 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.4292 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.3986 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.9338 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.5673 | 52 | | |
| Influencia Idealizada (Conducta) | | | 4.294 | 0.002 |
| • De 1 a 5 años | 3.5616 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.3167 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.4392 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.7647 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.5385 | 52 | | |
| Inspiración Motivacional | | | 2.779 | 0.028 |
| • De 1 a 5 años | 3.3261 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.1958 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.4392 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.7279 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.3750 | 52 | | |
| Consideración Individual | | | 3.111 | 0.016 |
| • De 1 a 5 años | 3.2391 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.3208 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.3378 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.7353 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.5144 | 52 | | |
| Tolerancia Psicológica | | | 2.430 | 0.048 |
| • De 1 a 5 años | 3.3478 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.3458 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.3784 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.7868 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.2885 | 52 | | |

| Dimensiones del MLQ/Antigüedad | Media | n | F | p |
|---------------------------------------|--------------|----------|----------|----------|
| Premio Contingente | | | 3.113 | 0.016 |
| • De 1 a 5 años | 2.6087 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 2.8250 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.0608 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.1618 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 2.6827 | 52 | | |
| Administración por Excepción Activo | | | 4.036 | 0.003 |
| • De 1 a 5 años | 3.3623 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.4708 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.5473 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.8088 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.2885 | 52 | | |

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la investigación

Tabla 4b Diferencia de medias de las dimensiones del MLQ con la Antigüedad

| Dimensiones del MLQ/Antigüedad | Media | n | F | p |
|---------------------------------------|--------------|----------|----------|----------|
| Administración por Excepción Pasivo | | | 4.642 | 0.001 |
| • De 1 a 5 años | 2.9529 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 2.9000 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.0541 | 37 | | |
| • PDe 16 a 20 años | 2.8971 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 2.2981 | 52 | | |
| Satisfacción | | | 2.813 | 0.026 |
| • De 1 a 5 años | 3.4239 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.3167 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.3243 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.8088 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.3221 | 52 | | |
| Esfuerzo Extra | | | 2.976 | 0.020 |
| • De 1 a 5 años | 3.4203 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.2333 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.3986 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.7132 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.3173 | 52 | | |
| Efectividad | | | 2.919 | 0.022 |
| • De 1 a 5 años | 3.4819 | 69 | | |
| • De 6 a 10 años | 3.4542 | 60 | | |
| • De 11 a 15 años | 3.3581 | 37 | | |
| • De 16 a 20 años | 2.8971 | 34 | | |
| • De 21 años en adelante | 3.4856 | 52 | | |

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la investigación

Las anteriores corridas determinan que estadísticamente en la edad y en el número de pacientes que atienden diariamente sólo en 3 de las 13 dimensiones tienen una relación positiva, por lo que estadísticamente se acepta parcialmente la hipótesis.

La antigüedad es la que más diferencias significativas presentó con relación con el modelo de Liderazgo, ya que 11 de las 13 dimensiones fueron positivas.

Conclusiones

La edad y el número de pacientes que atiende diariamente el personal médico, tuvieron una relación fuerte (significativa, positiva) con las dimensiones Premio Contingente, Administración por Excepción Activo y Administración por Excepción Pasivo del modelo MLQ.

Estas dimensiones pertenecen al estilo de liderazgo transaccional, lo cual significa que los directivos motivan al personal a intercambiar con ellos premios para un rendimiento de servicios, lo cual no es malo del todo, el problema es que no siempre se cuenta con los recursos necesarios para mantener éstos vínculos de interés con los trabajadores.

La antigüedad es la que más diferencias significativas presentó en relación con el modelo de Liderazgo MLQ, ya que 11 de las 13 dimensiones fueron positivas. Es decir, únicamente en las dimensiones Estimulación Intelectual, perteneciente al estilo de liderazgo transformacional, y Laissez – Faire, de la dimensión No Liderazgo, no fueron significativas.

Esto significa que no existe un tipo de liderazgo más equilibrado por parte de los directivos, sobre todo en personas cuya antigüedad se encuentra entre los primeros años o bien en personal que tienen más de 21 años de servicios. Es importante considerar que en esos extremos de antigüedad laboral, al inicio o al final, es cuando un trabajador es más vulnerable.

El tipo de liderazgo que predomina en el personal médico de la institución de salud pública analizada, de acuerdo con las percepciones de los directivos y de los subordinados muestra una mayor tendencia hacia la dimensión transformacional. Se sugiere para futuras investigaciones estudiar este tópico para lograr un conocimiento más profundo de la práctica de liderazgos más eficaces.

Referencias

- Adams, R. (2014). 2014 Annual Report. National Health Care Corporation, 1-108
- America, G. B. (2010). Analisis Critico de la Queja Medica. *CONAMED*, 2-8.

- Avolio, B. (1997). The great leadership migration to Full Range Leadership development system. Kellogg Leadership Studies Project: Leadership Transformational, Working Papers. Academy of Leadership Press. Recuperado de: http://www.academy.und.edu/scholarship/CASL/klspdocs/bavol_p1.htm
- Bass, B. M. & Avolio, B. (1993). Transformational Leadership and Organizational Culture. *Public Administration Quarterly (PAQ)*, 113-116.
- Bass, B. & Avolio, B. (2000). MLQ Multifactor Leadership Questionnaire. Second Edition. Sampler Set: technical report, leader form, rater form, and scoring key for MLQ Form 5XShort. Published by Mindgarden, Inc.
- Bishop, P. (2011). *working with humans*. Obtenido de bookboon: <http://bookboon.com/es/strategic-financial-management-ebook>
- Bono, J. & Judge, T. (2004). Personality and Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analysis, *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 901-910.
- Cabrera, L., Rojas, P., Salinas, S., Ochoa, J., Marín, I. & Haro, L. (2005). Burnout síndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica IMSS, México*, 43(1), 11-12.
- Cerver, C. E. (2012). *Liderazgo Transformacional del Director y su relación con el clima organizacional de las instituciones de la salud*. Lima, Peru .
- Cortes, G. J., & Hernandez, S. P. (2012). *Estilos de liderazgo en jefes de Servicio de Enfermería*. Mexico.
- Feinberg, J., Ostroff, C. & Burke, W. (2005). The role of within-group agreement in understanding transformational leadership. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 471-488.
- Figuerola, N. (2011). Liderazgo Transaccional y Transformacional. *Las Dimensiones del Liderazgo* , 2-10.
- Frenk, M. J. (2010). *Inovacion en Gestion Hospitalaria en Mexico y Lationamerica una vision nueva*. Mexico: Secretaria de Salud Publica.
- González, L. & Gallardo, E. (2012). Calidad de la Atención Médica: La diferencia entre la vida y la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 13(8), 1-15.
- Gutierrez, M. J. (2012). *Euroresidentes*. Obtenido de Euroresidentes: <http://liderazgo.euroresidentes.com/2013/10/liderazgo-transformacion.html>

- Khalil, A. A. (2011). *The Use of the Multifactor Leadership Questionnaire and Communication Satisfaction Questionnaire in Palestine: A Research Note*.
- Marcellino de Melo, L. G. (2011). Liderazgo del enfermero: una revisión integradora de la literatura. *Lideres*, 15-27
- McCollum, B. (1999). Leadership development and self-development: an empirical study. *Carrer Developmente International*, 4(3),149-156.
- Mendoza, I. (2005). Estudio diagnóstico del perfil de liderazgo transformacional y transaccional de gerentes de ventas de una empresa farmacéutica a nivel nacional. México: Universidad de Tlaxcala, Tesis doctoral Ciencias Administrativas.
- Molero, A. F., & Recio, S. P. (2013). *Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire*. España.
- Pavón, L. P. (2010). La importancia de la Administración en la Salud. *Revista Médica de la Universidad de Veracruz*, 20-24.
- Ramirez, M. B. (2011). Administración de los servicios médicos en America Latina. *Revista central*. Mexico D.F, 15-30
- Riande, J. G. (2012). Diagnóstico del clima organizacional. Hospital . Xalapa, Veracruz, 2-18
- Robles, F. A. (2012). El Personal que Conforman las Instituciones Medicas del Pais. *Medic Center Management*, 4-23.
- Salas, A. (2013). *Liderazgo transformacional, capacidad de aprendizaje organizativo y felicidad en el trabajo*:[http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29078/Tesis%20Andr%C3%A9s%20Salas%20Vallina\(1\).pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29078/Tesis%20Andr%C3%A9s%20Salas%20Vallina(1).pdf?sequence=1)
- Salazar, M. (2006). El liderazgo transformacional ¿modelo para organizaciones Educativas que aprenden?, *Unirevista - Vol. 1, n° 3, Julio*, Universidad de Viña del Mar, Chile, 1-12.
- Sanchez, I. L. (2013). *Satisfaccion de los Servicios de Salud y su Relacion con la Calidad en los Hospitales*. Hidalgo.
- Sanchez, M. M. (2015). Liderazgo en Medicina. *Secretaria de Educacion Medica*, 1-3.
- Sarma, K. (2010). *Professional Hospital Administration in The World*. Washington: Focus, 1-8

- Siddiqui, M. I. (2013). *Hospital Administration and Management*. Spain:Scientific Magazine In Spain, 2-6
- The World Health Report, (2006). Health workers: a global profile. Working together, within and across countries,148-149.
- The World Health Report, (2008). Primary Health Care: Now More Than Ever. Leadership and effective Government, 81-85.
- Thompson, S. (2013). The Directors In Relation To Health Systems A Current Reality. *Corporations*, 15-35.
- Vega, V. C., & Zavala, V. G. (2010). *Adaptacion del Cuestionario Multifactorial a las Organizaciones Actuales*. Chile, 1-12