

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

PROGRAMA DE DOCTORADO
“Bienestar Social: Desarrollo y tendencias en las sociedad complejas”



Tesis Doctoral

**CLIMA EMOCIONAL Y LIDERAZGO EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO DEL ÁMBITO
SANITARIO DE ANDALUCÍA.**

M^a Inmaculada García Romera

Directores:

Joan Carles March Cerdà

Diego Becerril Ruiz

2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: María Inmaculada García Romera
ISBN: 978-84-9125-730-1
URI: <http://hdl.handle.net/10481/43352>

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

Si me pidieran describir esta tesis con un titular, diría sin duda que esta es una tesis de **EQUIPOS**: en mayúscula, en plural y si se me permite, en negrita. Esta tesis viene a confirmar que los proyectos compartidos son proyectos exitosos, de futuro y sostenibles en el tiempo.

Así que doy las gracias a los Equipos de los que formo parte y que me han permitido presentar este trabajo de investigación:

- A Joan Carles March y Alina Danet, porque un día me invitaron a formar parte de este mundo de equipos, de emociones, de líderes,... e iniciamos un camino “con corazón”, que nos ha unido personal y profesionalmente.
- A Diego Becerril por su apoyo personal, intelectual y académico.
- A los equipos del Sistema Sanitario Público Andaluz, a sus responsables y a sus profesionales, especialmente a los que han hecho posible estos estudios. Por su dedicación, su compromiso e implicación con un proyecto común: tener los mejores equipos para dar la mejor atención sanitaria posible a la ciudadanía.
- A mis compañeros y compañeras de la EASP, por los ánimos, por compartir, por estar.
- Y como no puede ser de otra manera, a mi “equipo de casa”: Irene, Alicia, Eze, a mis padres... gracias por facilitarme los tiempos y darme los ánimos.
- Y al resto de equipos con los que tengo la suerte de compartir todos y cada uno de los proyectos que dan sentido a mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	12
ESTRUCTURA DE LA MEMORIA DE TESIS.	12
PRESENTACIÓN DE LA TRAYECTORIA DE INVESTIGACIÓN	13
PUBLICACIONES QUE CONFIGURAN LA TESIS.	15
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	17
OBJETIVOS	30
METODOLOGÍA	31
RESULTADOS	42
EL CLIMA EMOCIONAL EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA.	43
COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO EN LA PERCEPCIÓN DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ANDALUCÍA, ESPAÑA	59
CLIMA EMOCIONAL Y LIDERAZGO EN LOS EQUIPOS SANITARIOS DE ANDALUCÍA	77
AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS RESPONSABLES EN LOS EQUIPOS SANITARIOS DE ANDALUCÍA. UN ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	104
CONCLUSIONES GENERALES	104
CONCLUSIONES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	108
RECOMENDACIONES	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXO	125
PARTICIPACIÓN EN OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS CON LA TEMÁTICA DE LA TESIS	125
COMUNICACIONES PRESENTADAS A CONGRESOS Y JORNADAS RELACIONADAS CON LA TEMÁTICA DE LA TESIS	126

RESUMEN

Las interacciones sociales en los equipos de trabajo sanitarios movilizan importantes aspectos emocionales que afectan el ambiente, rendimiento y satisfacción de profesionales y pacientes. Esta tesis se enmarca en una línea de estudios centrados en conocer la calidad, condicionantes e implicaciones del clima emocional y de los estilos de liderazgo en los equipos de trabajo sanitarios en el ámbito andaluz. Los resultados de esta línea de investigación permiten facilitar, orientar y mejorar la gestión organizacional en los centros sanitarios.

El objetivo general de esta tesis es describir y analizar el clima emocional y el estilo de liderazgo, así como la interrelación de ambas dimensiones en los equipos sanitarios del ámbito público en Andalucía. De manera específica, se plantea conocer los factores que influyen en la percepción del clima emocional y su influencia en el entorno laboral, la calidad de la información y comunicación en los equipos, la valoración de los estilos de liderazgo que realizan profesionales y responsables, así como analizar la influencia del tipo de liderazgo de equipo en la calidad del clima emocional.

El abordaje metodológico incorpora diversos diseños, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas. La complementariedad de las metodologías y técnicas de recogida y análisis de la información permite ofrecer una visión más completa, así como ampliar el ámbito de conocimiento, dando respuesta a los objetivos planteados en la tesis. El ámbito de estudio lo configuran los equipos sanitarios del sistema sanitario público de Andalucía, incluyendo ambos niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria. Se han contemplado las perspectivas tanto de profesionales como de responsables de los equipos.

Los resultados obtenidos en los estudios que configuran esta tesis confirman que el ámbito emocional aparece como condicionante del trabajo en equipo. Así, los datos avalan la hipótesis sobre la importante relación entre la calidad del clima emocional y la valoración del liderazgo.

En general, los y las profesionales realizan una valoración media-baja del clima emocional. Se identifican diferencias entre sexo, categoría profesional y niveles asistenciales en relación a la valoración y condicionantes que influyen en el clima emocional. Con respecto a las dimensiones clave que configuran el clima emocional (relaciones interprofesionales, proyecto común y reconocimiento del saber), se evidencian diferencias en función del sexo, pero de

manera más destacada entre categorías profesionales y niveles asistenciales. Así, el perfil que responde a una mejor valoración del clima sería ser mujer, médico/a y trabajar en Atención Primaria.

Los y las profesionales realizan, en general, una buena valoración de sus responsables. Los aspectos mejor valorados son aquellos que tienen que ver tanto con la información como con el apoyo que reciben. La dimensión peor valorada es la referente a la calificación de “buen líder”. Al igual que en la valoración del clima emocional, existen diferencias en función del sexo, categoría profesional y niveles asistenciales. Así, el perfil que responde a una mejor valoración del responsable sería el siguiente: ser mujer, enfermera y trabajar en Atención Primaria.

Desde el punto de vista de los y las responsables de equipos sanitarios, se describe un estilo de liderazgo adaptado a las circunstancias, basado en el apoyo, profesional y personal a sus profesionales y que apuesta por la comunicación, como elemento determinante en la implicación con el proyecto y en la cohesión del equipo. En la práctica se describen actitudes y comportamientos que indican estilos muy variados de liderazgo. La auto-descripción de los liderazgos ejercidos indica la variedad de estrategias relacionales, comunicacionales y directivas presentes a nivel del sector sanitario.

La mejorable calidad del clima emocional y su relación con el estilo de liderazgo, así como las demandas expresadas por el personal sanitario, apuntan hacia la necesidad de una gestión integradora, que estimule la el protagonismo y la participación profesional y que potencie la toma de decisiones compartidas. No obstante, se trata de una línea de investigación abierta, que entre otras cuestiones podría abordar las consecuencias de la crisis en la gestión de los equipos, conocer y mejorar los mecanismos de participación profesional en los equipos, profundizar en las necesidades y expectativas de las personas responsables así como avanzar hacia modelos de gestión más descentralizados que otorguen una mayor protagonismo profesional.

ABSTRACT

Social interactions in health work teams move important emotional aspects affecting the atmosphere, performance and satisfaction among professionals and patients. This thesis belongs to a work line centered on knowing the quality, determinants and implications that have the emotional climate and leadership styles in health work teams in Andalusia. This work line aims to facilitate, guide and improve organizational management in health centers.

The general objective of this dissertation is to describe and analyze the emotional climate and leadership styles, as well as the relation between these two dimensions in the Andalusian public healthcare teams. More specifically, it deals with the aspects affecting the perception that professionals and managers have about the emotional climate and its influence on the work atmosphere, the quality of information and communication and the evaluation of the leadership. For last, this work looks at the influence of the leadership styles on the quality of the emotional climate.

The methodology combines both quantitative and qualitative techniques. This use of complementary methodologies permits a most complete vision on the subject, and it also contributes to a better understanding of the proposed objectives. The scope of this study explores both hospital and Primary Care work teams from the Andalusian public health system, including professionals and managers' perspectives.

The results of the studies included in this thesis confirm the influence of the emotional climate on the team work, and confirms the hypothesis of the important relationship between the quality of the emotional climate and the evaluation of the leadership.

In general, healthcare professionals have a medium-low perception over the emotional climate in their work teams, with differences depending of sex, professional category and level of care. In relation to the concrete dimensions of the emotional climate (professional relationships, common project and knowledge recognition), sex and more significantly professional category and level of care, seem to produce differences: a better evaluation of the emotional climate is associated to being a women, a physician and to working in the Primary healthcare.

Health professionals generally have a positive evaluation of their leaders, with a better perception about the information and support received. The dimension with the lowest valuation is that of having a “good leader”. Differences depending of sex, occupational group and level of care are also registered. A better perception of the leader is reported among women, nurses and Primary healthcare workers.

From the leaders’ point of view, their style is adapted to the circumstances, based on personal and professional support and oriented towards the consideration of the communication as the basic element for the team cohesion and implication. When describing their practice, leaders seem to have different styles of leadership, with diverse strategies of relationship, communication and management.

The evidence of an improvable emotional climate, including its relation with the leadership, summed up to the demands expressed by the health professionals, indicate the need of an integrative management, putting professionals at the center stage and stimulating the shared decision making. Yet, this is an opened work line, which may also analyze the impact of the economic crisis on the team management, deal with the professional participation, address leaders’ needs and expectations or approach to some decentralized management models that consider the health professional as the main protagonist in the healthcare teams.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis doctoral de acuerdo con el informe correspondiente, autorizado los directores de la tesis y el órgano responsable del programa de doctorado, se presenta como compendio de cuatro artículos originales.

Este apartado introductorio pretende presentar el marco general de la tesis como un compendio de publicaciones. Detallaré la estructura de la memoria de la tesis e insertaré esta temática en una línea de investigación más amplia que venimos desarrollando en la Escuela Andaluza de Salud Pública desde 2007. Detallaré los proyectos que se han llevado a cabo y los equipos dónde se han realizado los estudios. A continuación presentaré los artículos que configuran la tesis con las referencias completas y el momento del proceso editorial. Y por último, el marco teórico y conceptual de los trabajos de investigación que se presentan.

ESTRUCTURA DE LA MEMORIA DE TESIS.

La memoria de la tesis se estructura en los siguientes apartados:

Después del apartado introductorio, se presentan los **objetivos** de la investigación y la **metodología** utilizada para la consecución de cada uno de ellos.

El apartado de **resultados** lo constituyen cada uno de los artículos publicados o enviados para publicación y dan respuesta a los distintos objetivos específicos planteados.

Por último, se incluye un apartado de **conclusiones y recomendaciones**, donde se recogen las principales conclusiones de los estudios de investigación y propuestas orientadas a mejorar el clima emocional y el liderazgo en los equipos de trabajo sanitarios.

El diseño y estructura de la tesis se justifica porque cada uno de los artículos **ofrece distintas visiones y perspectivas del mismo objeto de estudio**: clima emocional y liderazgo en función de los niveles asistenciales, categoría profesional y desempeño de un puesto de responsabilidad (profesionales y directivos) de los equipos.

Desde el punto de vista **metodológico**, la combinación en los estudios de metodologías cuantitativas y cualitativas permite preservar no sólo el rigor de los datos numéricos, como también la riqueza y sutileza de los datos cualitativos (Anderson y Robins, 1998). Se ha considerado la idoneidad de utilizar ambos enfoques, cuya combinación proporciona tanto un análisis descriptivo como interpretativo, inferencial de la dinámicas relacionales que se establecen a nivel organizacional, al mismo tiempo que posibilita la realización de encuadres generales y específicos de los objetivos concretos que se propongan (Guix, 2003)

En los estudios que configuran esta tesis, ambos abordajes han hecho posible una aproximación más completa sobre el clima y las distintas percepciones sobre el liderazgo de profesionales y responsables del ámbito sanitario andaluz.

PRESENTACIÓN DE LA TRAYECTORIA DE INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta la línea de trabajo que, desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, se ha realizado en torno al clima emocional y el liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. Esta línea se centra en estudiar las habilidades emocionales como elemento fundamental para mejorar las relaciones entre profesionales, entre profesionales y responsables y entre profesionales y pacientes, lo que repercute en una mejor calidad asistencial y satisfacción de pacientes. Los resultados obtenidos a través de estas investigaciones pueden ayudar a la formulación de pautas y medidas que podrían facilitar, orientar y mejorar la gestión organizacional en el ámbito sanitario público andaluz (March, Danet y García, 2014).

Los estudios sobre clima emocional en la EASP, se iniciaron con investigaciones puntuales en ciertos centros y distritos sanitarios de Andalucía. A partir de estos trabajos, se publicó el primer artículo de esta línea (March JC, Danet A, Romero M, Prieto MA. Clima emocional en equipos de profesionales sanitarios de Andalucía, 2007. Rev Cal Asistencial 2010; 25: 372-7).

A raíz del interés y aplicabilidad de los resultados obtenidos, se planteó ampliar la investigación a la totalidad de equipos de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud, lo que permitió conocer con mayor amplitud la calidad del clima emocional y dibujar un mapa emocional de equipos. Los resultados de esta investigación se difundieron a través de un

artículo (March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Prieto MA, Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria* 2009; 41: 69-73) y varias comunicaciones a congresos nacionales. Este trabajo recibió el reconocimiento a través de dos premios otorgados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y por la Revista de Atención Primaria (Premio al Mejor Poster. 30 Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Valencia. Por la comunicación “Clima emocional en dos distritos sanitarios de Atención Primaria. Una aproximación a través de metodologías cuantitativas y cualitativas”. Autores: Danet A, García I, March JC.; Accesit al Premio de Investigación en Atención Primaria. XVIII Premios de Investigación de la revista Atención Primaria. Por el artículo March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Prieto MA, Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria* 2009; 41: 69-73).

A partir de este estudio, se planteó la necesidad de identificar las variables que podían influir en la calidad del clima emocional: el tamaño de los equipos (March et al. 2009), la importancia del liderazgo (March et al. 2009), la relación con el modelo de gestión (Alonso et al. 2011), el abordaje metodológico de estas cuestiones (García, March y Danet 2010), así como los condicionantes del clima emocional en Andalucía (Alonso et al. 2011).

Fruto de estos trabajos, se han publicado dos libros centrados en el clima emocional y en el liderazgo, en los que han participado expertos y expertas en esta materia. Ambas publicaciones están enfocadas bajo dos perspectivas: la visión de los profesionales (March JC (editor). *Equipos con emoción*. Sevilla: Consejería de Salud, 2010) y la visión de los y las responsables de equipos (March JC (editor). *Liderar con corazón*. Madrid: You&Us, 2014).

Además, los resultados de estas investigaciones han venido formando parte del programa docente del Área de Gestión de Servicios y Profesionales de la Salud, que imparte la EASP en torno a la línea temática de gestión de equipos y habilidades directivas.

En la actualidad, hemos centrado la temática alrededor del liderazgo en los equipos de trabajo sanitario de Andalucía (García I; Danet A; March JC., 2015, *enviado para su publicación a la Revista de Calidad Asistencial*).

Las próximas líneas de trabajo estarán centradas en tener una visión más completa del clima emocional y liderazgo en los equipos del ámbito hospitalario, así como en conocer y mejorar

los mecanismos de participación profesional en los equipos, como elemento clave en la percepción del clima.

PUBLICACIONES QUE CONFIGURAN LA TESIS.

Las referencias completas que constituyen el cuerpo de la tesis son las siguientes:

1. GARCÍA ROMERA I; DANET A; MARCH CERDÀ, JC. (2010) El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial* 25(4):200–206.
 Revista Indexada en: Excerpta Medica/EMBASE, IBECs, IME, SCOPUS
 Factor de Impacto 2014: 0.210 (Q3 Health Policy; Q3 Medicine (miscellaneous)) (SJR Scimago Journal & Country Rank)

2. DANET, A; MARCH CERDÀ, JC., GARCÍA ROMERA, I. (2014) Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital Universitario de Andalucía, España. *Cadernos Saúde Pública*, 30(30): 546-558.
 Revista Indexada en: Abstracts on Hygiene and Communicable Diseases, CAB Abstracts, Helminthological Abstracts, Index Medicus - MEDLINE, ISI Web of Knowledge, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Nutrition Abstracts and Reviews-Series A: Human and Experimental, Protozoological Abstracts, Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA), Review of Medical and Veterinary Mycology, Rural Development Abstracts, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus, Sociological Abstracts, Tropical Diseases Bulletin, Veterinary Bulletin

 Factor de Impacto 2014: 1,076 (Q1 Medicine (miscellaneous)) (SCR); 0,826 (Q2 Public Health, Environmental and Occupational Health) (SJR Scimago Journal & Country Rank)

3. MARCH CERDÀ, JC.; DANET, A; GARCÍA ROMERA, I. (2015) Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index de enfermería/ primer-segundo trimestre*, vol. 24, n. 1-2.
 Revista Indexada en: Scopus, Cuiden, CINAHL, IME, IBECs, MEDES, Cuidatge, ENFISPO.

Factor de Impacto 2014: 0.100 (Q4 Health (social science); Q4 History and Philosophy of Science; Q4 Public Health Environmental and Occupational Health) (SJR Scimago Journal & Country Rank)

4. GARCÍA ROMERA I; DANET A; MARCH CERDÀ, JC. (2015). Autopercepción de las personas responsables en los equipos sanitarios de Andalucía. Un estudio cuantitativo y cualitativo. *(Enviado para su publicación a la Revista de Calidad Asistencial)*

El primer artículo, titulado “El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa” surgió con la idea de conocer las opiniones y discursos en relación a las dimensiones que influyen en el clima emocional y contrastarlas con las que, hasta ese momento, se habían utilizado en estudios anteriores. Concretamente, se partió de un estudio previo que, a través de la aplicación de un cuestionario, permitió dibujar el “mapa” del clima emocional en los equipos de Atención Primaria de Andalucía (March JC et al., 2009). A través del diagnóstico de este estudio, seleccionamos aquellos equipos que habían obtenido las mejores y las peores valoraciones de clima emocional y planteamos una aproximación cualitativa para conocer las dimensiones explicativas del clima emocional.

El segundo artículo titulado “Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital Universitario de Andalucía, España”, responde a una aproximación al clima emocional en el ámbito hospitalario, con el objetivo de conocer la valoración del clima emocional, el liderazgo ejercido, la calidad de la comunicación y las posibilidades de participación. En base a los estudios previos y conclusiones aportadas en el abordaje cualitativo, en este estudio añadimos 3 dimensiones más al cuestionario de valoración del clima: liderazgo, comunicación y participación. Esta ampliación ha permitido obtener una visión más completa del entramado emocional y organizacional de los equipos.

El tercer artículo titulado “Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía” gira el eje de atención en torno al liderazgo y su influencia en el clima emocional de los equipos. Recoge las opiniones de todos los equipos de Atención Primaria de Andalucía y de una selección de Unidades de Gestión Clínica hospitalarias de las Áreas de Gestión Sanitarias configuradas antes de 2012. En total 481 equipos y 6440 profesionales. Es el primer estudio en el que la población participante la configuran profesionales de ambos niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria.

El cuarto artículo que compone esta tesis, “Autopercepción de las personas responsables en los equipos sanitarios de Andalucía. Un estudio cuantitativo y cualitativo” aporta la visión, valoración y experiencias del personal directivo en el ámbito sanitario andaluz. Los estudios anteriores se habían planteado con el objeto de conocer la valoración de los y las profesionales de los equipos sobre el clima emocional y sus condicionantes. En este sentido, parecía necesario conocer también la opinión y vivencias de las personas responsables, lo que podría permitir contrastar las dos caras de una misma realidad e identificar las principales dificultades y estrategias de afrontamiento para el ejercicio del liderazgo en los equipos.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La sociedad actual es una sociedad de organizaciones. La complejidad de la vida social y la dificultad de los objetivos sociales cualificados a nivel individual, genera la necesidad de crear constantes asociaciones entre los individuos (Lucas, 2002). Del mismo modo, la situación de **cambio organizacional** que caracteriza la institución sanitaria plantea retos de adaptación continua de los sistemas asistenciales.

Tal y como plantean Lucas y García (2002), la perspectiva sociológica en el estudio de las organizaciones no busca, de manera inmediata la mejora de la productividad o de la rentabilidad de la inversión industrial, sino que se interesa directamente por los procesos sociales que ocurren en su interior para alcanzar una comprensión más completa de la vida organizativa. Podemos afirmar que el objeto de estudio de la Sociología de las Organizaciones se ha ido ampliando, contemplando no sólo la perspectiva económica, sino abarcando aspectos que afectan a la individualidad de cada una de las personas que las configuran. Nuestras formas de actuación y nuestra percepción de la vida están cada vez más condicionada por las organizaciones con las que nos relacionamos habitualmente.

La Sociología de las organizaciones intenta racionalizar el mundo de nuestra experiencia y se ocupa de problemas que afectan diariamente a muchos individuos. Trata de difundir racionalidad, ofrecer conocimientos, hacer más comprensibles los procesos sociales del grupo como un todo, con sus subgrupos y sus grupos de referencia (Lucas, 2002). Así, ofrece el marco teórico para estudiar temas tales como: clima laboral y emocional, liderazgo, participación

profesional, comunicación, relaciones (formales e informales), entre otros, y que afectan al día a día de las organizaciones.

En concreto, la teoría centrada en las relaciones sociales (Safran, Miller y Beckman, 2006) ofrece, en el marco de las organizaciones sanitarias, una especial atención a las características y condicionantes del **trabajo en equipo**, configurándose como uno de los aspectos decisivos a tener en cuenta para valorar y medir la calidad asistencial o la satisfacción de profesionales y pacientes.

Autores como March (2010) ponen de manifiesto las ventajas de trabajar en equipo, destacando, entre otras, mayor motivación y compromiso, mayor aporte de ideas, más creatividad, mejora de la comunicación y de los resultados.

Borrell (2004) define el trabajo en equipo como una actividad u objetivo para cuya consecución forzosamente deben concurrir diferentes personas, lo que significa que existe una necesidad mutua de compartir habilidades y conocimientos, los y las profesionales del equipo se complementan en sus perfiles y las relaciones deben basarse en relaciones de confianza, no forzosamente de amistad, que permitan legar en la competencia del compañero y parcelar su trabajo, sabiendo que el otro cumplirá su parte.

Siguiendo a este autor, un equipo se podría construir en base a la trípode “proyecto-tareas-emociones”. Hacer un buen equipo es, según Borrell (2004) hacer confluir sobre un grupo humano:

- perfiles profesionales complementarios, capaces de hacer una tarea compleja,
- contar con clima emocional fundamentalmente cooperativo y
- una misión y proyectos ilusionantes, con una dirección y liderazgo de equipo adaptado al perfil de la tarea y de las personas.

Los estudios que configuran esta tesis comparten ambas visiones tridimensionales de, lo que podríamos denominar, un buen trabajo en equipo. El **entramado emocional** se convierte en el elemento común de ambas visiones. Las emociones son el reflejo de los estados afectivos personales y colectivos e influyen en las relaciones interpersonales y grupales (Gondim y Álvaro, 2010).

Las organizaciones sanitarias son consideradas por los expertos como una de las más complejas a nivel de gestión y política de personas, lo que podría explicarse, siguiendo a Marqués et al (2012) por la intensidad de las emociones vividas tanto con el paciente como con el resto de compañeros/as.

En la organización y gestión laboral del sistema sanitario público, el estudio de las emociones se ha contemplado, según apoya la bibliografía disponible, en relación a las dimensiones del clima organizativo y laboral (Delgado et al. 2006), asociándose especialmente a la satisfacción laboral (Robles-García et al. 2005), calidad de la vida profesional, condiciones de trabajo o estrés laboral (Grau, Suñer y García 2005).

March et al. (2011) explican cómo las dimensiones del clima emocional representan un campo decisivo en el ámbito de las organizaciones sanitarias, ya que mejoran la satisfacción laboral y la calidad asistencial. Además, la creencia de que el empleado feliz es más productivo, sigue siendo una constante que guía la gestión del clima organizativo en las sociedades avanzadas. Se trata de un planteamiento en el que ambas partes ganan, ya que las personas que expresan sus emociones más agradables y positivas afrontan su trabajo invirtiendo menos esfuerzo y sufriendo menos estrés que las que expresan emociones más negativas (Côté, 2005).

Así, el peso de las emociones en el contexto del encuentro interprofesional en el ámbito sanitario, influye directamente en las dimensiones que construyen el trabajo en equipo (definición de roles, organización del trabajo) o son resultado del mismo (satisfacción laboral, estrés o desgaste, calidad de la vida laboral, calidad asistencial y resultados de trabajo) (García, 2010). Siguiendo a Hoschschild (2003) cada ámbito cultural determina los contextos y roles en los que debemos expresar cierto tipo de emociones y las reglas que determinan el manejo de las mismas.

Clima emocional.

Sin infravalorar la relevancia de estas aportaciones multidisciplinares originadas especialmente en el campo de la psicología social, los estudios que conforman esta tesis combinan enfoques teóricos emergentes de la sociología de las organizaciones, de las emociones y del trabajo.

El concepto de clima emocional hace referencia a las emociones colectivas predominantes generadas por la interacción social de los miembros de un grupo en un determinado espacio o contexto (Techio et al., 2011).

El concepto de clima emocional en el ámbito sanitario aparece, no obstante, como un concepto sin barreras bien delimitadas (Danet, 2010). Esta tesis parte de la idea de que los mecanismos y entramados emocionales que configuran el trabajo en equipo se aglutinan en torno al concepto de **clima emocional** (Borrell 2007, 2001, 1996), entendido como sistema de valores y normas que marcan la organización del trabajo en equipo y que se puede agrupar en tres núcleos:

- la **interacción de las relaciones profesionales**: en estas relaciones hay que tener en cuenta la relación entre compañeros/as y la que existe entre estos y los pacientes.
- la existencia de un **proyecto común del equipo**: el proyecto de equipo no siempre coincide con las metas personales y profesionales de los miembros del mismo. En ocasiones existe un proyecto impuesto, un proyecto teórico que no es sentido ni desarrollado por las personas que componen el equipo de trabajo.
- el **reconocimiento del saber profesional**: de cada miembro del equipo y de todo el conjunto de profesionales.

Estos tres elementos fundamentales de clima emocional, tendrán cada uno un peso específico, que variará a lo largo de la vida del equipo, de acuerdo con la dirección y sentido de las fuerzas aplicadas (causas capaces de modificar una situación), que son los elementos emocionales.

La manera en la que estos tres aspectos se interrelacionan proporciona un mapa emocional del equipo. **Climas específicos de trabajo** predicen resultados concretos y el impacto del clima laboral en el trabajo es a través del efecto de aquél en los estados afectivos y cognitivos.

Este concepto se podría integrar dentro de los estudios sobre clima organizativo, pero centrando la atención en los aspectos relacionales, comunicativos y emocionales de la experiencia laboral.

Evaluar el clima emocional significa considerar las relaciones de cohesión, conflictos y comunicación o empatía en el mismo. Esto es, evaluar la sinergia que empleamos para mantener las relaciones entre las personas de un equipo, para entendernos entre nosotros y para solventar conflictos (March, 2010).

Siguiendo a este mismo autor, March (2010) plantea que el estudio de las emociones en los equipos de trabajo reviste especial interés, ya que las emociones siempre están presentes, aunque en general tales estudios se han limitado tradicionalmente al papel «perturbador» de las mismas, a cómo controlarlas o a cuáles son las emociones que tenemos que expresar, acorde a las características de la organización. En el contexto laboral, las emociones nos revelan cómo se sienten las personas en la organización y cómo reaccionarán, estando intrínsecamente ligadas a la toma de decisiones, a los proyectos comunes y a las actuaciones individuales.

La medición del clima emocional en las organizaciones es un reto por la complejidad de factores explicativos presentes en las relaciones interpersonales. En este sentido, esta tesis contempla estas relaciones como un factor que puede mejorar el propio funcionamiento de los equipos. Partiendo de la comunicación y la participación profesional como dimensiones clave en la gestión grupal, las relaciones interpersonales se configuran como punto neurálgico, base tanto de la dinámica emocional como de la calidad y resultados de los equipos.

En el marco laboral de la sanidad pública, estas conexiones interpersonales requieren un estudio en profundidad, ya que se constituyen como factores explicativos y a la vez condicionantes de las relaciones laborales, los estatus y roles atribuidos a los diferentes agentes implicados, la organización del trabajo o la configuración institucional, cuyo último beneficiario es la ciudadanía.

Liderazgo.

Además de las dimensiones contempladas por Borrell (2001), parece preciso contemplar otras cuestiones que pueden influir de manera determinante en la percepción del clima en los equipos. Así, en el modelo contrastado de los cuatro círculos de McClelland (1975), junto con el perfil de motivaciones básicas y los requerimientos del puesto, el clima organizativo,

condicionado en un 70% por el **tipo de liderazgo**, explica entre un 30 y un 40% de los resultados del equipo de trabajo. Este modelo también ha sido confirmado por Ekvall y Arvonen (1999) que consideran que la influencia del líder en el ambiente del trabajo asciende al 65%.

La curiosidad sobre el tema del liderazgo no es algo propio de nuestros días, sino que ha sido ampliamente estudiado, y en especial, desde el campo de la psicología social. Este interés viene motivado por la importancia del liderazgo para el éxito de las organizaciones y su impacto en el día a día (Palomo Vadillo, 2001).

Para Stein (2014) pocos conceptos han recibido tanta atención en las últimas dos décadas como el de "liderazgo" y son muchas las investigaciones que han pretendido clarificar este concepto (Palomo Vadillo, 2001). Tal y como recoge Danet (2014) en su revisión bibliográfica sobre liderazgo, podemos destacar los trabajos de Sánchez Vázquez (2010) que recopila las definiciones, teorías y aplicaciones del liderazgo o la obra de Ruiz González (2003), que repasa los aspectos filosóficos, históricos y sociológicos de las estructuras del liderazgo.

Podemos considerar el **liderazgo** como la habilidad de dirigir en beneficio de los objetivos de la organización, movilizándolo a los subordinados en torno a esos objetivos (Hesselbein y Cohen, 2001). Así, estos autores concluyen que el secreto del liderazgo reside en la manera de ser, no de hacer, que los líderes triunfan gracias al esfuerzo de sus subordinados y que los líderes construyen puentes.

Goleman (2013) también plantea una definición de liderazgo que gira en torno a la consecución de objetivos. Define el **liderazgo** como el arte de convencer a la gente para que colabore en alcanzar un objetivo común. Este mismo autor describe de forma específica la labor del líder, fundamentalmente "facilitadora", cuyo papel estratégico y simbólico es ayudar a las personas del equipo a que den lo mejor de sí. Así, los líderes eficientes crean un eco en las personas a las que lideran, que facilita el rendimiento laboral, haciendo que *"los trabajadores estrella destaquen por encima de la media"*.

Alvarez La Trinchera (2014) pone el acento en la parte emocional del liderazgo, afirmando que un líder es un especialista en la gestión de emociones, propias y ajenas, ya que a través de ellas logra que las personas actúen y que se obtengan los resultados esperados. Esta forma de

entender el liderazgo incorpora el componente grupal y de interrelación entre las personas, que puede hacer que el liderazgo se haga más fuerte y contagioso.

En esta misma línea, Linley, Joseph y Seligman (2004) llegan a la conclusión de que un “trabajo saludable” puede contribuir a una experiencia organizacional y personal más positiva. Un liderazgo transformacional en un contexto de trabajo en equipo, es probable que tenga como resultado una mayor confianza en la gestión, un mayor compromiso y mayor sensación de control y pertenencia, que contribuye al desarrollo de orientaciones flexibles en el puesto de trabajo.

Asimismo, el tipo de liderazgo aparece como uno de los principales factores que condicionan la calidad del clima emocional (Cuadra-Peralta A. Adrián Veloso-Besi CB, 2010). Pero además, el modelo de liderazgo imprime también las características de la comunicación interna, cauces de participación y estilos de motivación específicos (March et al., 2009).

En una revisión sistemática (Cummings et al., 2010) se mostró que los estilos de liderazgo enfocados en las personas y las relaciones contribuyeron a una mejora en el rendimiento de la fuerza laboral enfermera, el entorno laboral y la productividad y efectividad de las organizaciones en salud. En contraste, la satisfacción del personal fue más baja en 10 estudios donde el liderazgo se concentraba en los deberes laborales.

El **estilo de liderazgo**, categorizado según Goleman (2013) en seis tipos ideales -coercitivo, orientador, afiliativo, participativo, imitativo o capacitador-, se confirma por parte del personal sanitario, como uno de los condicionantes fundamentales de la calidad del clima emocional (García et al. 2010).

Según este autor, la descripción de cada uno de los estilos se podría hacer de la siguiente manera:

1. Estilo autoritario. "Ven conmigo".

La investigación indica que es este estilo es el más eficaz, ya que mejora todos los aspectos del clima. Funciona bien en casi todas las situaciones profesionales y es especialmente eficaz en las empresas que necesitan un golpe de timón. Limitaciones: cuando el líder trabaja con un grupo de expertos o iguales con más experiencia que él, o cuando el jefe resulta despótico.

2. Estilo coach. Consejero. "Creo en ti, invierto en ti y espero que des lo mejor de ti".

Ayudan a sus subordinados a identificar sus puntos fuertes y débiles particulares y los vinculan a sus aspiraciones personales y profesionales. Animar a los trabajadores a marcarse objetivos de desarrollo a largo plazo y a conceptualizar un plan para alcanzarlos. A los líderes coach se les da muy bien delegar y asignar a sus subordinados tareas complicadas, aunque estas no se completen con rapidez. Están dispuestos a soportar fracasos momentáneos si fomentan el aprendizaje a largo plazo. Este es el estilo que menos se aplica: falta de tiempo para formar a sus trabajadores y ayudarlos a desarrollarse, sin embargo, después de una sesión, el tiempo adicional requerido es poco o ninguno. La influencia de este estilo de liderazgo sobre el clima laboral y el rendimiento es claramente positiva. El coaching mejora los resultados ya que requiere un diálogo constante y el diálogo influye en un buen clima. Funciona mejor con quienes desean recibir ayuda. Limitaciones: cuando los empleados se resisten a aprender o a cambiar su forma de actuar, cuando el líder no tiene la pericia necesaria para ayudar al trabajador.

3. Estilo conciliador. "La gente ante todo".

Sus defensores valoran a los individuos y a sus emociones por encima de las tareas y de los objetivos. Busca que los trabajadores estén contentos y haya armonía entre ellos. Su forma de trabajar consiste en crear fuertes vínculos emocionales y luego recoger los frutos de ese planteamiento, en concreto, una enorme lealtad. Efecto claramente positivo en la comunicación. Los líderes conciliadores dominan la construcción de la identidad laboral. Crean relaciones de forma instintiva. Limitaciones: no debe utilizarse este estilo en solitario (el estilo conciliador no indica directrices claras).

4. Estilo democrático.

Al dedicar tiempo a recoger las ideas y el respaldo de los demás, el responsable de un equipo consigue confianza, respeto y compromiso. Tienden a ser muy realista en torno a lo que puede conseguirse y lo que no. Limitaciones: pueden sucederse reuniones interminables en las que se repiten las mismas ideas, no se llega a consensos, algunos recurren a este estilo para aplazar decisiones cruciales,... Los subordinados acaban confundidos y sin dirección.

5. Estilo ejemplarizante. "Si hay que decírtelo, es que no vales para esto".

Debe utilizarse con moderación. El líder establece unos niveles de rendimiento altísimos y los ilustra personalmente, y pide lo mismo a los que le rodean. Este estilo destruye el clima laboral. Muchos trabajadores se sienten abrumados por las exigencias del líder ejemplarizante y se desmoralizan. El trabajo consiste en adivinar las intenciones del líder y los trabajadores piensan que el líder no confía en ellos.

6. Estilo coercitivo.

Es el menos eficaz en la mayoría de las situaciones. La flexibilidad es lo que más se resiente. La toma de decisiones del líder, completamente vertical, mata las nuevas ideas de raíz. Este estilo debe utilizarse con muchísimo cuidado y en las escasas situaciones en las que sea absolutamente imprescindible.

Según Goleman (2013), los líderes necesitan muchos estilos. Los que dominan cuatro o más (especial el autoritario, el democrático, el conciliador y el coach) logran el mejor clima laboral y el mejor rendimiento. En este sentido, afirma que los líderes deberían de ampliar su repertorio de estilos.

El liderazgo ha sido vinculado a múltiples variables, incluyendo la satisfacción del paciente, pudiendo afirmar que hay una prueba sólida de la relación que existe entre comportamientos de liderazgo positivo, mayor satisfacción del paciente y menores eventos adversos (Panunto y Guirardello, 2013)

El **papel y funciones de los líderes** sobre los procesos internos, de funcionamiento, respuesta y resultados de los equipos sanitarios en España, han sido evidenciados en la bibliografía de especialidad, en estudios como los de Grau et al. (2009) o Albaladejo et al. (2004) que sitúan el reconocimiento y valoración por parte del superior como un factor protector frente al desgaste profesional en el ámbito hospitalario. También Peiró y sus colaboradores (2001) encuentran que las habilidades del líder transformador, generan en los profesionales sanitarios mayor satisfacción laboral.

Así, los y las responsables aparecen como figuras esenciales para conseguir un liderazgo integrador y cercano (March et al., 2010), dinamizar la participación y aportación de cada miembro del equipo, encauzar los flujos de comunicación y asegurar un clima emocional óptimo (Alonso et al., 2011).

Para Goleman (2013) un **buen líder** tendría que contar con las siguientes competencias emocionales básicas: estar en sintonía con los sentimientos de las personas con las que tratamos, ser capaz de manejar las diferencias de opinión para que no vayan a más y tener la capacidad de entrar en estados de flujo en la actividad laboral.

En la bibliografía actual, existen experiencias que resaltan la importancia de la **formación de líderes** para la puesta en marcha de estrategias de mejora de la calidad. Bimbela (2011) describe cuatro tipos de habilidades de liderazgo (emocionales, diagnóstico conductual, de comunicación y de motivación al cambio), a través de las cuáles se hace compatible una mayor efectividad (“éxito”) con el menor coste posible (“desgaste”). Desde otro enfoque, Ferrándiz Santos et al. (2010) analizan la utilización del modelo EFQM en la autoevaluación de las organizaciones de servicios en una comunidad autónoma, describiendo a la vez el resultado de la autoevaluación para el conjunto del sistema sanitario público. También Sitges-Serra (2003) destaca que potenciar y reconocer la capacidad de liderazgo representa la mejor estrategia para mejorar, de forma conjunta los resultados, autoestima, formación, así como la capacidad para generar entusiasmo y vocaciones de calidad entre la gente joven. En definitiva, la formación en capacidades de liderazgo contribuiría a generar una actividad asistencial de calidad, poniendo en valor lo que aporta cada equipo/Unidad al conjunto del sistema sanitario.

Clima emocional y liderazgo.

Además, el modelo de liderazgo imprime también las características de la comunicación interna, cauces de participación y estilos de motivación específicos. Por ejemplo, ejercer el liderazgo a través de canales de comunicación directos se asocia a una mayor autonomía de los y las profesionales y su mejor percepción de la efectividad (Peya, 2008). Por tanto, la existencia de un clima emocional positivo es directamente proporcional con el liderazgo integrador, a través del cual la persona responsable pone a disposición de sus trabajadores la información, apoyo, empatía y motivación necesarias, al mismo tiempo que facilita un trabajo colaborativo que garantiza unos objetivos claramente definidos y compartidos por el equipo.

En esta misma línea, Goleman (2013) afirma que los estados emocionales y los actos del líder afectan claramente a los sentimientos y por ende al rendimiento de los empleados a su cargo.

Así, la gestión de sus emociones y del efecto que tienen en los demás no es una simple cuestión personal, sino un factor que influye en el éxito de la organización.

Por otra parte, el modelo de gestión organizacional, asociado no sólo al tipo de liderazgo integrador, sino también a un sistema de distribución de responsabilidades, participación activa, comunicación positiva y compromiso profesional, garantiza una organización interna del equipo, que conlleva la mejora del clima emocional general (Cuadra-Peralta A. Adrián Veloso-Besi CB, 2010).

La interrelación que se produce entre clima emocional y tipo de liderazgo se encuentra a su vez condicionada por el **ámbito asistencial** en el que se desarrolla la actividad profesional. Así, en el ámbito hospitalario, las dinámicas relacionales, la organización del trabajo, así como la definición y consecución de los objetivos, están sujetos a un alto grado de complejidad y movilizan a categorías profesionales diversas (Maniou, 2011) lo que implica una mayor exposición al desgaste profesional y demanda una gestión organizativa, basada en combinar con éxito **comunicación interna**, motivación del equipo, adecuación de objetivos, planificación y seguridad en el trabajo (Gómez et al., 2009) y un clima emocional óptimo (Alonso et al., 2011). El estudio de Pera y Serra-Prat, (2002) evidencia que las necesidades y expectativas del personal hospitalario sobre las relaciones interprofesionales, el tipo de liderazgo o los temas y canales de comunicación, son heterogéneas, registrando diferencias por sexo y categoría profesional.

En el ámbito de los equipos de atención primaria, estudios previos describen el liderazgo como uno de los principales factores que condicionan, junto con el modelo de gestión organizacional, la comunicación interna, cauces de participación y estilos de motivación específicos (Alonso et al., 2011) así como la conciencia de los miembros del equipo sobre la calidad de sus relaciones interprofesionales, el reconocimiento del saber profesional y la existencia de un proyecto común (March et al., 2009).

La Unidad de Gestión Clínica como equipo de trabajo.

Las políticas sanitarias están en búsqueda de nuevos modelos de culturas, lenguajes y fórmulas que despierten en los profesionales sanitarios (personal médico y personal de enfermería) su

compromiso con la organización y su profesión (Marqués, 2012). En esta línea, Repullo (2011) plantea que los y las profesionales (tanto “jefes” como compañeros) deberían de apropiarse “en positivo” del Sistema Nacional de Salud, implicándose en su defensa. La calidad de la atención sanitaria de los/as pacientes se defiende haciendo buena medicina y enfermería día a día, pero también asumiendo nuevas iniciativas para hacer más funcionales y eficientes nuestras organizaciones, como por ejemplo, ensayando modelos de gestión clínica (Repullo, 2011).

La gestión clínica moderna se basa en el trabajo en equipo multidisciplinario, incorporando la participación del personal facultativo y enfermero a la toma de decisiones (Font D, Piqué JM, Guerra F y Rodés J, 2008).

El estudio de Alonso et al (2011) pone de manifiesto que la organización en Unidades de Gestión Clínica (UGC) promueve la comunicación interna, así como relaciones interprofesionales más favorables, cuestión que se relaciona con mejores indicadores de resultados. En esta línea, Molyneux (2001) afirma que un modelo organizativo basado en la participación activa de los profesionales, en una comunicación positiva y en el compromiso profesional lleva a mejores resultados de trabajo y al establecimiento de relaciones interpersonales más positivas.

La apuesta por la Gestión Clínica en Andalucía ha supuesto un proceso de diseño organizativo que está permitiendo incorporar a los/as profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Se trata de un modelo organizativo horizontal, basado en la asistencia multidisciplinar, corresponsable y con autonomía en la toma de decisiones que permite que se puedan desarrollar y desplegar todas las políticas sanitarias que se han definido en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En las UGC la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan fomentar la implicación de los/as profesionales sanitarios en la gestión de los centros y mejorar la organización del trabajo. En este marco, el papel del/la responsable también exige un cambio que vaya más allá de la dirección y que implique la asunción de un liderazgo que, además de dirigir, dialogue, motive, genere empatía, delegue, ilusione y cree equipos eficientes¹.

¹ Servicio Andaluz de Salud. El valor de la Gestión Clínica como herramienta. 2009. Disponible en:

Así, la constitución de los equipos de trabajo en Unidades de Gestión Clínica (UGC) está generando equipos con climas emocionales propios y un modelo de liderazgo de equipo. Un tipo de liderazgo que aparece como uno de los principales factores que condicionan la calidad del clima emocional, junto con el modelo de gestión organizacional (Cuadra-Peralta A. Adrián Veloso-Besi CB, 2010).

OBJETIVOS

Objetivo general.

Describir y analizar el clima emocional y el estilo de liderazgo, así como la interrelación de ambas dimensiones en los equipos sanitarios del ámbito público en Andalucía.

Objetivos específicos.

1. Describir el clima emocional de los equipos de Atención Primaria, identificando los factores que influyen en el clima emocional y su influencia en el entorno laboral.
2. Describir y analizar la valoración del personal de un Hospital universitario de Andalucía, sobre el clima emocional, el tipo de liderazgo ejercido y la calidad de la información y comunicación.
3. Analizar cómo influye el tipo de liderazgo de equipo en la calidad del clima emocional en los equipos sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Andalucía.
4. Analizar la autopercepción y experiencias de los y las responsables de los equipos sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Andalucía, con respecto a las dimensiones clave que configuran el clima emocional del equipo.

METODOLOGÍA

Esta tesis agrupa diversos diseños metodológicos, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas. El ámbito de estudio lo configuran los equipos sanitarios de Andalucía, incluyendo ambos niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria. La complementariedad de las metodologías y técnicas de recogida y análisis de la información permite ofrecer una visión más completa, así como ampliar el ámbito de conocimiento, dando respuesta a los objetivos planteados en la tesis.

En el siguiente cuadro resumen se sintetiza la metodología utilizada en cada uno de los artículos de la tesis.

Cuadro 1.

Resumen de la metodología de los artículos incluidos en la tesis.

Artículo	Diseño	Participantes	Técnicas e Instrumentos	Análisis de datos
GARCÍA ROMERA I; DANET A; MARCH CERDÀ, JC. (2010) El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. Revista de Calidad Asistencial 25(4):200–206	Exploratorio descriptivo mixto cuantitativo y cualitativo. Ámbito de estudio: Andalucía	Población de estudio: total de profesionales sanitarios de todos los centros de salud urbanos (Estudio cuantitativo previo) Muestreo intencional: 18 profesionales de medicina y enfermería con mejores y peores puntuaciones en clima emocional en el estudio previo.	Cuestionario de elaboración propia de 10 preguntas (Estudio cuantitativo previo) Grupo nominal y grupo focal.	Estudio estadístico descriptivo con SPSS 15.0 y análisis bivariante de diferencia de medias. Análisis de contenido con Nudist Vivo.
DANET, A; MARCH CERDÀ, JC., GARCÍA ROMERA, I. (2014) Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital Universitario de Andalucía, España. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):546-558.	Exploratorio descriptivo mixto cuantitativo y cualitativo. Ámbito de estudio: hospital universitario de Andalucía	Población de estudio: 730 profesionales facultativos, enfermeros y auxiliares.	Cuestionario de elaboración propia de 23 preguntas. Preguntas abiertas.	Estudio estadístico descriptivo con SPSS 15.0 y análisis bivariante de diferencia de medias. Análisis de contenido con Nudist Vivo.

Artículo	Diseño	Participantes	Técnicas e Instrumentos	Análisis de datos
MARCH CERDÀ, J.C.; DANET, A; GARCÍA ROMERA, I. (2015) Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. Index de enfermería/ primer-segundo trimestre, vol. 24, n. 1-2	Exploratorio descriptivo cuantitativo. Ámbito de estudio: Andalucía	Población de estudio: 6440 profesionales de medicina y enfermería de 481 Unidades de Gestión Clínica.	Cuestionario de elaboración propia, con 15 preguntas.	Estudio estadístico descriptivo con SPSS 15.0 y análisis bivariante y multivariante.
GARCÍA ROMERA I; DANET A; MARCH CERDÀ, J.C. (2015) Autopercepción de las personas responsables en los equipos sanitarios de Andalucía. Un estudio cuantitativo y cualitativo. <i>(Enviado a Revista de Calidad Asistencial)</i>	Exploratorio descriptivo mixto cuantitativo y cualitativo. Ámbito de estudio: Andalucía	Población de estudio: 471 responsables de UGC de AP y AGS. (Estudio cuantitativo) Muestreo intencional: 24 responsables de UGC/AGS. (Estudio cualitativo)	Cuestionario de elaboración propia de 10 preguntas. Entrevistas semiestructuradas.	Estudio estadístico descriptivo con SPSS 15.0 y análisis bivariante de diferencia de medias. Análisis de contenido con Nudist Vivo.

A continuación, se detalla la metodología utilizada para la consecución de cada uno de los objetivos específicos de la tesis.

1. Metodología para el objetivo específico 1.

El primer objetivo específico de la tesis es “describir el clima emocional de los equipos de Atención Primaria, identificando los factores que influyen en el clima emocional y su influencia en el entorno laboral”.

1.1. Diseño.

Para dar respuesta a este objetivo, se realizó un abordaje cualitativo a través de grupos focales y grupos nominales en 2 distritos sanitarios andaluces.

1.2. Población y muestra.

La selección de la muestra ha sido intencional, buscando centros con clima positivo y negativo, en base a los resultados de la parte cuantitativa de un estudio previo (March, et al., 2009). El equipo de investigadores se puso en contacto con la dirección de los 2 distritos sanitarios y con los directores de los 8 centros de salud, explicando los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos y solicitando la participación en el estudio de 4 profesionales sanitarios por centro (2 facultativos y 2 enfermeros/as). Seis centros han confirmado su representación en el estudio, aunque no se ha contado con el total de participantes previstos (solo se han incorporado al estudio 18 de los 24 profesionales invitados), refiriendo carga asistencial e incompatibilidad de horarios.

La convocatoria se ha realizado por carta, correo electrónico y por teléfono con los directores de los centros. Estos han sido los encargados de seleccionar a las personas participantes en cada centro de salud, partiendo de criterios de heterogeneidad de sexo y edad. Un factor importante en la selección ha sido también la disponibilidad horaria y la organización del trabajo en cada uno de los centros implicados.

Los y las participantes no conocían si formaban parte del grupo con equipos con clima positivo o negativo, con tal de no orientar los discursos.

1.3. Recogida de información.

Las 2 sesiones para realizar grupo nominal y focal se han organizado en 2 ciudades distintas, durante el mes de noviembre de 2008.

Para el desarrollo de los grupos nominales se elaboró un panel de cara a recoger las ideas de los y las participantes. Se les ha pedido apuntar de forma independiente 3 elementos que integrarían, para ellos, el concepto de clima emocional. Las ideas se han puesto en común, se han organizado en dimensiones y se ha consensuado dentro del grupo un nombre para cada una de estas dimensiones, con el objetivo de identificar aspectos fundamentales del clima, desde el punto de vista de los propios y las propias trabajadores/as. El proceso ha durado aproximadamente 3 cuartos de hora.

La duración de los grupos focales ha sido de una hora y media y las 2 investigadoras que lo han realizado han empleado un guion diseñado con tal de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

1. Qué se entiende por clima emocional.
2. Qué se entiende por equipo de trabajo en Atención Primaria.
3. Cómo se construye un clima emocional positivo o negativo.
4. Cómo se perciben las dimensiones del clima emocional identificadas a través del panel (se han incluido también los elementos definidos por Borrell (2001): relaciones interprofesionales, la existencia de un proyecto común o el reconocimiento del saber profesional dentro del equipo).
5. Qué elementos de la vida laboral se ven afectados por el clima emocional.

1.4. Análisis de la información.

El análisis se ha realizado creando un árbol de códigos y posteriormente recodificando hasta completar el análisis. El sistema de códigos se ha basado en las dimensiones del clima emocional identificadas por los panelistas, en las temáticas incluidas en el guión, así como en las diferencias de género, categoría profesional y pertenencia a equipos con clima positivo o negativo (médicos/as y enfermeros/as) percibidas en los discursos del personal sanitario.

Se realizó un análisis de contenido del texto de los grupos focales y la información recogida en los grupos nominales. Se utilizó el programa Nudist-Vivo como herramienta de ayuda. La triangulación de la información se realizó entre las investigadoras del equipo del estudio.

1.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.

Este estudio dio como resultado el primero de los artículos que configura esta tesis: **GARCÍA ROMERA I; DANET A; MARCH CERDÀ, JC. (2010) El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. Revista de Calidad Asistencial 25(4):200–206.**

Factor de Impacto 2014: 0.210 (Q3 Health Policy; Q3 Medicine (miscellaneous)) (SJR Scimago Journal & Country Rank)

He participado de manera sustancial en las siguientes actividades: diseño de la metodología, planificación y realización del trabajo de campo, análisis de la información, redacción del artículo y las revisiones requeridas hasta su publicación.

2. Metodología para el objetivo específico 2.

El segundo objetivo específico de la tesis es “describir y analizar la valoración del personal de un Hospital universitario de Andalucía, sobre el clima emocional, el tipo de liderazgo ejercido y la calidad de la información y comunicación”.

2.1. Diseño.

Para dar respuesta al segundo objetivo, se realizó un abordaje cuantitativo y cualitativo a través de un cuestionario de auto-cumplimentación con preguntas cerradas y abiertas, de elaboración propia, aplicado a los y las profesionales de un hospital universitario de Andalucía.

2.2. Población y muestra.

La población de estudio la constituyó el total del personal asistencial del hospital de primer nivel de Andalucía, España. Los criterios de inclusión que se contemplaron fueron los siguientes: ser personal facultativo y de enfermería. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: categorías profesionales no asistenciales y personal directivo. El contacto con las personas participantes se realizó a través de la gerencia del hospital, que informó sobre los objetivos y metodología del estudio, en una reunión con el personal responsable de las unidades y servicios asistenciales, a la que también asistió el coordinador del equipo de investigación. A su vez, los y las responsables trasladaron la información sobre el estudio a los miembros de sus equipos, bien a través de reuniones, como por correo electrónico, asegurando la confidencialidad de los datos y proporcionando el enlace al cuestionario en línea, así como ejemplares del cuestionario en papel. La participación en el estudio fue voluntaria.

2.3. Recogida de información.

La aplicación del cuestionario se realizó en marzo de 2009.

El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario de elaboración propia, previamente validado y organizado en tres bloques: (1) clima emocional (10 preguntas en escala Likert, de -5 a +5 puntos: 3 preguntas sobre relaciones interprofesionales, 3 preguntas sobre reconocimiento del saber y 4 preguntas sobre el proyecto común), (2) valoración del/de la responsable (5 preguntas en escala Likert, de -5 a +5 puntos, midiendo la capacidad del líder para apoyar, comunicar y facilitar la participación dentro del equipo) y (3) grado de información y comunicación (8 preguntas en escala Likert, de -5 a +5 puntos y 2 preguntas de tipo sí/no, sobre medios y canales de comunicación usados y preferidos).

Por último, el cuestionario incluyó 3 preguntas abiertas, solicitando propuestas de mejora para cada uno de los bloques evaluados y un apartado de datos sociodemográfico con las siguientes variables: sexo, edad, antigüedad, categoría profesional y unidad/servicio al que se pertenece.

2.4. Análisis de la información.

El análisis cuantitativo de los datos se realizó con el software SPSS 15.0 e incluyó: (1) descripción de la población participante; (2) análisis descriptivo (media, moda, mediana, mínimo, máximo) de los índices de “clima emocional”, “valoración del/de la responsable” e “información/comunicación”, calculados como sumatorio de las preguntas de cada bloque y trasladados a escala -50, +50 puntos (siendo -50 el valor mínimo para cada índice y +50 el valor máximo); (3) análisis bivalente de los 3 índices, en función de los datos sociodemográficos (comparación de medias y estudios de correlación); (4) estudio de correlación entre los índices calculados; (5) análisis multivariante del índice de clima emocional, a través de un modelo de regresión lineal.

Para el análisis cualitativo, se organizaron de las propuestas de mejora en categorías emergentes, a través de la técnica de análisis de contenido, realizando un árbol de códigos en el software Nudist Vivo 11.0.

2.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.

Este estudio dio como resultado el segundo de los artículos que configura esta tesis: DANET, A; MARCH CERDÀ, J.C., **GARCÍA ROMERA, I.** (2014) Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital Universitario de Andalucía, España. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro.

Factor de Impacto 2014: 1,076 (Q1 Medicine (miscellaneous)) (SCR); 0,826 (Q2 Public Health, Environmental and Occupational Health) (SJR Scimago Journal & Country Rank).

He participado de manera sustancial en las siguientes actividades: elaboración del marco teórico, revisión bibliográfica, redacción del manuscrito y revisión del manuscrito.

3. Metodología para el objetivo específico 3.

El tercer objetivo específico de la tesis es “analizar cómo influye el tipo de liderazgo de equipo en la calidad del clima emocional en los equipos sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Andalucía”.

3.1. Diseño.

Para dar respuesta al tercer objetivo, se realizó un abordaje cuantitativo a través de un cuestionario de auto-cumplimentación de elaboración propia, aplicado a los profesionales de atención primaria y hospitalaria de Andalucía.

3.2. Población y muestra.

La población participante en el estudio la representa la totalidad del personal médico y enfermero de las áreas y distritos sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. El primer contacto con los y las participantes se realizó a través de la gerencia de las áreas y distritos sanitarios, que, a su vez, informaron al personal responsable de los centros sanitarios correspondientes acerca de los objetivos y metodología del estudio. A través de reuniones internas en cada centro, las personas responsables transmitieron la información referente al estudio a los miembros de sus equipos, asegurando la voluntariedad en la participación, la confidencialidad de los datos y proporcionando el enlace al cuestionario on line.

3.3. Recogida de información.

Para la recogida de información se utilizó un cuestionario de elaboración propia con 10 preguntas de clima emocional y 5 preguntas de valoración de responsables en escala Likert, además de datos sociodemográficos.

La parte referida al clima emocional se basó en la propuesta de Borrell (2001) y sus tres dimensiones de clima emocional: calidad de las relaciones interprofesionales (3 preguntas), reconocimiento de saber (3 preguntas) y existencia de un proyecto común (4 preguntas). El apartado de valoración de responsables, se diseñó a partir de una revisión bibliográfica de cuestionarios de clima organizacional y satisfacción laboral, que contemplan y miden las dimensiones del liderazgo de equipo. Cruzando los apartados y temáticas incluidas en los cuestionarios FOCUS 93,¹⁸ escala CLIOR,¹⁹ CVP 35,²⁰ así como en instrumentos específicos para el ámbito sanitario,⁷ se seleccionaron las cinco dimensiones más comunes referidas a liderazgo y su relación con el clima laboral y emocional. Estas cinco dimensiones se adaptaron e incluyeron como preguntas independientes en la parte de valoración de responsables de nuestro cuestionario y fueron: apoyo, información, capacidad de facilitar la participación, definición de las funciones dentro del equipo y consideración del responsable como “buen líder”.

3.4. Análisis de la información.

El análisis de los datos, realizado con SPSS 15.0 incluyó: descripción de la población participante (sexo, edad, categoría profesional, años de experiencia profesional en el equipo), análisis descriptivo de los índices de clima emocional y de valoración de responsables, análisis bivalente de los dos índices (estudios de correlación bivariada, coeficiente de correlación de Pearson y comparación de medias con Anova de un factor, en función de sexo y categoría profesional) y análisis multivariante del índice de clima emocional (un modelo ajustado de regresión lineal, para el que se comprobó la normalidad y homocedasticidad de los residuos leverage, a través de un histograma de residuos y un gráfico de dispersión con residuos y predicciones).

3.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.

Este estudio dio como resultado el tercer de los artículos que configura esta tesis: MARCH CERDÀ, JC.; DANET, A; **GARCÍA ROMERA, I.** (2015) Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index de enfermería/ primer-segundo trimestre*, vol. 24, n. 1-2.

Factor de Impacto 2014: 0.100 (Q4 Health (social science); Q4 History and Philosophy of Science; Q4 Public Health Environmental and Occupational Health) (SJR Scimago Journal & Country Rank)

He participado de manera sustancial en las siguientes actividades: diseño de la metodología, planificación y realización del trabajo de campo, análisis de la información, redacción del artículo y las revisiones requeridas hasta su publicación.

4. Metodología para el objetivo específico 4.

El cuarto objetivo específico de la tesis es “analizar la autopercepción y experiencias de los y las responsables de los equipos sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Andalucía, con respecto a las dimensiones clave que configuran el clima emocional del equipo”.

4.1. Diseño.

Para dar respuesta a este objetivo, se realizó un abordaje cuantitativo y cualitativo a través de un cuestionario de elaboración propia y entrevistas en profundidad a responsables de equipos de atención primaria y hospitalaria de Andalucía.

4.2. Población y muestra.

La población del estudio cuantitativo fue el total de responsables de Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y de las Unidades de Pediatría, Urgencias y Medicina Interna de las Áreas de Gestión Sanitaria constituidas antes de 2012 (471 responsables). El contacto se hizo a través de correo electrónico, presentando el objetivo del estudio y facilitando un enlace para acceder al cuestionario.

Las personas participantes en el estudio cualitativo, un total de 24 responsables de unidad, fueron captadas a través de un muestreo intencional, respetando la heterogeneidad geográfica, sexo, medio rural o urbano y años de experiencia en el equipo. El contacto se realizó a través de sesiones formativas para directivos/as del Servicio Andaluz de Salud.

4.3. Recogida de información.

La aplicación del cuestionario se realizó entre noviembre y diciembre de 2013, mientras que las entrevistas en profundidad tuvieron lugar entre febrero de 2014 y enero de 2015.

Para el estudio cuantitativo se empleó un cuestionario de elaboración propia, previamente validado (March et al., 2009), con 10 preguntas en escala Likert sobre: apoyo, información, participación, traslado de funciones, refuerzo y reconocimiento, relaciones interprofesionales, organización y funcionamiento y percepción de “buen/a líder”.

Para las 24 entrevistas semiestructuradas se elaboró un guión con los siguientes bloques: definición de buen/a líder, estilo de liderazgo autopercebido (según el modelo de Goleman, 2013), apoyo y refuerzo, información y comunicación, participación, dificultades y estrategias de afrontamiento. Tras conocer los objetivos y dar su consentimiento informado, las personas seleccionadas participaron en sesiones de 1 hora, que se grabaron en audio y se transcribieron literalmente.

4.4. Análisis de la información.

Los datos cuantitativos se analizaron con el software SPSS 15.0, realizando: 1. estudio estadístico descriptivo de las distintas dimensiones estudiadas, con medidas de posición y dispersión, segmentado en función de las variables de carácter sociodemográfico y 2. análisis bivalente de diferencia de medias (prueba T-Student o análisis de ANOVA) para evaluar las diferencias según sexo y según número de años en el equipo.

Para el estudio cualitativo se realizó un análisis de contenido se realizó con el programa informático Nudist Vivo, hasta la saturación de la información e incluyó la codificación en categorías preestablecidas y emergentes, recodificación en árbol de categorías y triangulación de los resultados entre dos personas del equipo investigador.

4.5. Producto del estudio y contribución de la doctoranda.

Este estudio dio como resultado el cuarto de los artículos que configura esta tesis: **GARCÍA ROMERA I**; DANET A; MARCH CERDÀ, JC. (2015). Autopercepción de las personas responsables en los equipos sanitarios de Andalucía. Un estudio cuantitativo y cualitativo.

(Enviado para su publicación a la Revista de Calidad Asistencial)

He participado de manera sustancial en las siguientes actividades: diseño de la metodología, planificación y realización del trabajo de campo, análisis de la información, redacción del artículo y las revisiones que se requieran hasta su publicación.

5. Aspectos éticos

Todas las personas participantes en los estudios que utilizaron fuentes primarias de datos recibieron información de los objetivos de los mismos, participaron de forma voluntaria y realizaron un consentimiento verbal de forma previa a la recogida de información. Se garantizó su anonimato y confidencialidad a lo largo de todo el proceso, de acuerdo con la actual legislación española (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).

RESULTADOS

*EL CLIMA EMOCIONAL EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA.*



Resumen

Fundamento: Las interacciones sociales en los equipos de trabajo de Atención primaria movilizan importantes aspectos emocionales que afectan el ambiente, rendimiento y satisfacción de profesionales y pacientes. El objetivo del estudio es describir el clima emocional de los equipos de trabajo de Atención primaria, planteando si hay diferencias en la percepción del clima emocional en función de la categoría profesional y de la pertenencia a un grupo con clima emocional positivo o negativo.

Métodos: Se ha empleado metodología cualitativa: 2 grupos nominales y 2 grupos focales, con 18 profesionales (personal médico y de enfermería) de Atención primaria de 2 distritos sanitarios andaluces. La información se ha grabado y posteriormente, se ha realizado un análisis de contenido.

Resultados: El personal sanitario identificó las siguientes dimensiones explicativas del clima emocional: relaciones profesionales (con un alto peso), proyecto común, reconocimiento profesional, estilo de liderazgo, desgaste y actitudes personales y condiciones de trabajo. Se perciben diferencias entre las opiniones del personal médico y enfermero, asociado a la existencia de un clima emocional negativo.

Conclusiones: Se requieren más investigaciones sobre el clima emocional en Atención primaria, de cara a proponer líneas de actuación para mejorar la satisfacción y la calidad de vida de los y las profesionales.

Palabras clave. Atención primaria de salud; Investigación cualitativa; Ambiente de trabajo; Clima emocional.

1. Introducción.

En la bibliografía internacional disponible aparece un alto grado de heterogeneidad en los enfoques de estudio del clima y cultura organizacional sanitaria (Scott, Mannion, Davies y Marshall, 2003): algunos autores lo ven como medible y específico, otros como una amplia red de relaciones sociales difícil de captar y un tercer grupo como un paradigma antropológico donde las organizaciones se estudian como microsociedades.

El punto de partida teórico-conceptual para este estudio es la teoría centrada en las relaciones sociales (Safran, Miller y Beckman, 2006) que, en el marco de las organizaciones sanitarias, conlleva una especial atención a las características y condicionantes del trabajo en equipo, configurándose como uno de los aspectos decisivos a tener en cuenta para valorar y medir la calidad asistencial o la satisfacción de profesionales y pacientes. El trabajo en equipo se considera *“aquel donde no eres productor de principio a fin, de forma que necesitas a otros para completar tu labor”* (Borrell, 2009).

En la Atención primaria, la estructura y los procesos emergentes se organizan en torno al equipo multidisciplinario (Xyrichis y Lowton, 2008) y estos funcionan mejor cuando la comunicación es abierta, aparece el respeto interprofesional y se mantiene la formación y contacto continuo entre el personal del equipo (Pullon, McKinlay y Dew 2009), cuando la gestión del trabajo abandona el modelo jerárquico y llega a ser más equitativo (Richards, Carley, Jenkins-Clarke y Richards, 2000) y cuando el diálogo y la colaboración son reales (McCallin, 2005).

El peso de las emociones en el encuentro interprofesional de Atención primaria influye directamente en las dimensiones que construyen el trabajo en equipo (definición de roles, organización del trabajo) o son resultado del mismo (satisfacción laboral, estrés o desgaste, calidad de la vida laboral, calidad asistencial y resultados de trabajo).

Los mecanismos y entramados emocionales que configuran el trabajo en equipo se aglutinan en torno al concepto de clima emocional, definido como la interacción de las relaciones profesionales, la existencia de un proyecto común del equipo y el reconocimiento del saber profesional (Borrell, De los Reyes, García, Gracia y Pérez 2001).

En el estudio del clima emocional en Atención primaria, la elección del enfoque metodológico es complicada (Scott, Mannion, Davies y Marshall, 2003), por la complejidad de factores explicativos presentes en las relaciones interpersonales, las jerarquías y roles múltiples que coexisten (Martin, o'Brien, Heyworth y Meyer, 2008). Una buena estrategia es el uso conjunto de técnicas cualitativas y cuantitativas (Scott, Mannion, Marshall, Davies, 2003), que podría describir y explicar los porqués de las características emocionales de los equipos.

Los objetivos de este estudio son:

1. Describir el clima emocional de los equipos de Atención primaria participantes en el estudio, identificando los factores que influyen en el clima emocional y valorando cuál de ellos tiene un mayor peso, así como su influencia y otros aspectos laborales (satisfacción, rendimiento, calidad asistencial).
2. Plantear si hay diferencias en la percepción del clima emocional entre los grupos participantes en el estudio: observar si aparecen discursos diferentes en función de si se pertenece a un centro con clima negativo o positivo y de la categoría profesional: personal facultativo y enfermero.

2. Material y métodos

Este trabajo forma parte de un estudio sobre el clima emocional en Atención primaria en Andalucía, cuyo diseño incluye una parte cuantitativa y otra cualitativa. La primera se ha realizado durante el año 2009 y ha tenido como participantes a todos y todas las profesionales sanitarias de los centros de salud urbanos de las capitales andaluzas. Se ha usado un cuestionario de 10 preguntas, de elaboración propia, previamente validado (March, Oviedo-Joekes, Romero, Prieto y Danet, 2009). Una vez analizados los resultados, se ha podido establecer la calidad del clima emocional en cada uno de los centros de trabajo participantes.

El criterio para designar el tipo de clima de cada equipo ha sido: clima negativo, en los centros cuyos resultados han sido inferiores a la fórmula "media total-desviación típica/2"; clima medio en los centros con valores comprendidos entre "media total-desviación típica/2" y "media total+desviación típica/2"; y clima positivo en los centros con valores superiores a "media total+desviación típica/2". El clima positivo describe centros con valores que superan

los 35 puntos del índice de clima emocional (en escala -50, +50 puntos). El clima negativo refiere valores medios inferiores a los 10 puntos.

Una vez finalizada la parte cuantitativa, se ha pasado a la investigación cualitativa cuyos resultados se presentan en este trabajo.

Los 18 participantes en el estudio fueron personal facultativo y de enfermería de Atención primaria de 2 distritos sanitarios de Andalucía. La selección de la muestra ha sido intencional, buscando centros con clima positivo y negativo, en base a los resultados de la parte cuantitativa del estudio. Se han identificado los equipos de trabajo con mejores y peores resultados de clima emocional, eligiéndose un total de 8 centros de Atención primaria pertenecientes a 2 distritos sanitarios diferentes. El equipo de investigadores se ha puesto en contacto con la dirección de los 2 distritos sanitarios y con los directores de los 8 centros de salud, explicando los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos y solicitando la participación en el estudio de 4 profesionales sanitarios por centro (2 facultativos y 2 enfermeros/as). Seis centros han confirmado su representación en el estudio, aunque no se ha contado con el total de participantes previstos (solo se han incorporado al estudio 18 de los 24 profesionales invitados), refiriéndose carga asistencial, incompatibilidad de horarios.

La metodología empleada fue cualitativa, usando las técnicas del grupo nominal y del grupo focal. En una misma sesión se ha llevado a cabo primero el grupo nominal y después el focal, tanto con equipos con clima emocional positivo como negativo. La convocatoria se ha realizado por carta, correo electrónico y por teléfono con los directores de los centros. Estos han sido los encargados de seleccionar a las personas participantes en cada centro de salud, partiendo de criterios de heterogeneidad de sexo y edad.

Un factor importante en la selección ha sido también la disponibilidad horaria y la organización del trabajo en cada uno de los centros implicados.

Las 2 sesiones para realizar grupo nominal y focal se han organizado en 2 ciudades distintas, durante el mes de noviembre. Los y las participantes no conocían si formaban parte del grupo con equipos con clima positivo o negativo, con tal de no orientar los discursos.

El primer grupo nominal y focal ha contado con la participación de 6 profesionales (2 médicos y 4 enfermeras) provenientes de 2 centros de salud con clima emocional superior. El segundo

grupo nominal y focal se ha llevado a cabo con 12 profesionales (2 médicos, 2 médicas, 2 enfermeros y 4 enfermeras), de 4 centros de salud con clima emocional negativo.

Para el desarrollo de los grupos nominales se elaboró un panel de cara a recoger las ideas de los y las participantes. Se les ha pedido apuntar de forma independiente 3 elementos que integrarían, para ellos, el concepto de clima emocional. Las ideas se han puesto en común, se han organizado en dimensiones y se ha consensuado dentro del grupo un nombre para cada una de estas dimensiones, con el objetivo de identificar aspectos fundamentales del clima, desde el punto de vista de los propios y las propias trabajadores/as. El proceso ha durado aproximadamente 3 cuartos de hora.

La duración de los grupos focales ha sido de una hora y media y las 2 investigadoras que lo han realizado han empleado un guión diseñado con tal de dar respuesta a las siguientes cuestiones: 1) qué se entiende por clima emocional; 2) qué se entiende por equipo de trabajo en Atención primaria; 3) cómo se construye un clima emocional positivo o negativo; 4) cómo se perciben las dimensiones del clima emocional identificadas a través del panel (se han incluido también los elementos definidos por Borrell, De los Reyes, García, Gracia y Pérez (2001): relaciones interprofesionales, la existencia de un proyecto común o el reconocimiento del saber profesional dentro del equipo), y 5) qué elementos de la vida laboral se ven afectados por el clima emocional.

La información recogida a través de los grupos focales se ha grabado y se ha transcrito posteriormente. El análisis se ha realizado por parte de las 2 investigadoras en paralelo, creando un árbol de códigos y posteriormente recodificando hasta completar el análisis. El sistema de códigos se ha basado en las dimensiones del clima emocional identificadas por los panelistas, en las temáticas incluidas en el guion, así como en las diferencias de género, categoría profesional y pertenencia a equipos con clima positivo o negativo (médicos/as y enfermeros/as) percibidas en los discursos del personal sanitario.

Al finalizar los grupos focales, se le ha pedido a cada profesional que distribuyeran un total de 10 puntos en función de la importancia que conferían a cada una de las dimensiones influyentes en el clima emocional. De esta manera se pretendía conseguir una orientación cuantitativa sobre el peso que cada uno de los aspectos identificados tenía en la configuración del clima en los equipos de Atención primaria. En el análisis de los resultados, la escala de 10 puntos se ha estandarizado a 100, con el objetivo de conseguir resultados más sensibles. La

puntuación individual de cada participante se ha medido a través de la comparación de medias, tomando como variable independiente la pertenencia a un grupo con clima negativo o positivo.

3. Resultados

Qué se entiende por clima emocional.

Las personas participantes en los grupos nominales identificaron 6 dimensiones que configuran e influyen el clima emocional en sus equipos de trabajo: la calidad de las relaciones interprofesionales (30 ideas recogidas en los paneles), el tipo de liderazgo (8 ideas), la organización del trabajo y las condiciones laborales (7 ideas), el reconocimiento del saber profesional (6 ideas), sentirse parte de un equipo con objetivos comunes (6 ideas) y las actitudes y desgaste profesional de cada uno de los miembros de equipo (6 ideas).

A través del grupo focal, las personas participantes han destacado también la importancia del tamaño del equipo (no debe ser muy amplio), la autonomía profesional en cuanto a la organización de tareas y la posibilidad de encontrar buenos espacios de comunicación.

Nosotros somos un centro muy pequeño y es más fácil relacionarse entre todos (médico, clima positivo).

Que haya confianza, que te puedas manifestar (enfermera, clima positivo).

Qué se entiende por equipo de trabajo en Atención primaria.

El personal médico y de enfermería evidenció la existencia de varios niveles de interacción profesional, lo que lleva a la creación de 3 tipos de equipos de trabajo: 1) médico/a y enfermero/a que trabajan juntos en la consulta; 2) personal de enfermería o médico organizado en función de la categoría profesional, y 3) el equipo en su conjunto.

Pertenezco a varios equipos, (...) yo siento que formo parte de varios subequipos y de un equipo. Y esto no es incompatible (médico, clima positivo).

En primer lugar, a nivel de organización laboral, se pone de manifiesto la existencia de equipos pequeños formados por personal facultativo y enfermero.

El equipo somos mi médico y yo (enfermera, clima positivo).

Yo creo, no ya hablando de mi centro, sino la idea es que en Primaria (...) pues el enfermero con su médico y hacen un equipo allí (enfermero, clima negativo).

El segundo nivel, relativo a la categoría profesional, crea equipos formados por médicos/as o enfermeros/as, que tienen reuniones y objetivos de trabajo específicos.

Lo que pasa es que tenemos tan bien definidas las funciones de cada categoría que eso puede generar el problema: "eso no me corresponde a mí, eso le corresponde al médico o (si es un/a médico/a) eso le corresponde al enfermero..." (médica, clima negativo).

Tú puedes relacionarte muy bien con las personas de tu estamento (enfermera, clima positivo).

Yo termino mi consulta, mi compañera no, yo ayudo a mi compañera (enfermera, clima positivo).

En tercer lugar, también se percibe la existencia de un equipo del centro, unido por los objetivos asistenciales comunes, aunque se considera el más complicado de conseguir y mantener.

Estamos el grupo entero (enfermera, clima positivo).

Tú puedes tener una relación médico-enfermero y además una relación con todo el equipo, son cosas complementarias (médico, clima negativo).

Todos juntos, este año, habremos tenido 2 reuniones o una (médico, clima positivo).

Entre las personas participantes en el grupo focal con clima positivo se destacó la relación más cercana entre médico/a y enfermero/a, mientras que en el grupo focal con clima negativo se evidencian relaciones continuas entre personas con la misma categoría profesional, en detrimento de la comunicación activa con los otros grupos profesionales.

Yo para mí, mi médico es... y no hablo con nadie más (enfermera, clima positivo).

La comunicación, como grupo de enfermería sí, pero con los médicos no hay una comunicación muy fluida (enfermera, clima negativo).

(Dentro de los equipos formados por médico/a y enfermero/a)... Hay buen ambiente pero sin embargo, entre subequipos diferentes no hay buen ambiente (enfermero, clima negativo).

Las opiniones de médicos/as y enfermeros/as fueron divergentes en cuanto a la relación con profesionales de su misma categoría: el personal enfermero compartía más espacios informales y también laborales, lo que consideraron una ventaja para el trabajo en equipo.

Se aprende si acompañas a una enfermera... (enfermera, clima positivo).

Los espacios informales hacen que uno esté más desinhibido (enfermera, clima positivo).

Tan potentes son los espacios formales, pero hay espacios y para tomar un café juntos todos los médicos, o la potencia que tiene el rincón de los fumadores (médico, clima positivo).

Cómo se construye un clima emocional positivo o negativo

Los aspectos que condicionaban la calidad del clima emocional son, en palabras del personal sanitario:

- **Buena organización del trabajo**

(Horario, carga laboral, recursos materiales y humanos, estabilidad laboral).

Condiciones en que trabajamos, que tengamos todos los medios necesarios para realizar nuestro trabajo bien (...) que estén las cosas bien (enfermera, clima positivo).

Eso también crea mal ambiente, porque la carga de trabajo... porque no se cumplen las tablas, ¿no? (enfermero, clima negativo).

(Me hace estar bien) la buena organización del trabajo (enfermero, clima negativo).

- **Objetivos de trabajo claros y alcanzables**

Es que a veces tú no puedes hacerlo todo, por mucho que corras (enfermera, clima negativo).

Que tengas objetivos que puedas cumplir... que te dé tiempo. (Enfermera, clima negativo).

- **El estilo de liderazgo**

Ejercido por responsables y directores del centro (incluyendo el reconocimiento del trabajo, la capacidad de escucha, accesibilidad, flexibilidad y apoyo a la autonomía y autogestión del trabajo).

También es cierto que la forma de ser de la jefatura, esa persona hace que el clima del equipo sea mejor (enfermera, clima positivo).

(El responsable) *Que diga las cosas buenas en público y las malas en privado... (enfermera, clima negativo).*

(Los responsables) *Que tengan confianza en nosotros, yo creo que sí (enfermera, clima positivo).*

(El responsable) *Que sea una persona facilitadora, que estimule, que motive en cuanto pueda, formación... (enfermera, clima negativo).*

· Aspectos personales

(Respeto, educación, capacidad de adaptación, empatía, comunicación), que se identifican sobre todo en el discurso de los equipos con clima emocional negativo.

En las relaciones, pues que haya comunicación, porque si no... (enfermera, clima negativo).

El clima emocional depende de la ayuda profesional y personal con el grupo (enfermera, clima negativo).

Clima emocional es para mí que abunden las sonrisas, la colaboración, la educación entre los que trabajamos (enfermera, clima negativo).

Percepción de las dimensiones del clima emocional identificadas a través del panel.

· Las relaciones interprofesionales

La descripción de la calidad de las relaciones profesionales fue diferente en función del grupo focal: participantes con clima positivo hacen afirmaciones muy favorables: *“Yo me siento bien”* (enfermera), *“Me siento apoyada”* (enfermera) o *“nos ayudamos, hablamos”* (enfermera), mientras que el grupo con clima negativo tienden a describir una situación menos agradable, donde son más frecuentes los conflictos y se reclama más comunicación:

Antes éramos una familia, y hablo de enfermería, pero ahora eso ya se ha acabado... ya es menos (enfermera, clima negativo).

Es como que cada uno vamos por nuestro lado y si tenemos algún problema común, pues lo comentamos (enfermera, clima negativo).

· El proyecto común

Se describió por objetivos comunes de trabajo, pero también iniciativas comunes, proyectos de investigación, planes de formación, coordinación de las actividades dentro del centro, etc.

Se trabaja en función de los objetivos (médica, clima negativo).

Aparte de los objetivos comunes, que te marcan y están también otros objetivos, de formación por ejemplo, es una forma de hacer un proyecto común (médica, clima positivo).

Las dificultades para alcanzar los resultados deseados dentro del equipo parecen brotar tanto desde la organización deficitaria del trabajo, como por la definición confusa o inalcanzable de los objetivos y por las actitudes negativas y el desgaste profesional de los miembros del equipo.

Conocemos el proyecto común porque nos reunimos. Nos sentimos parte del proyecto (enfermera, clima positivo).

Esto se cuida... se informa a la gente... (médica, clima negativo).

No conseguimos más objetivos porque hay una persona que no está convertida... la lucha es nuestra, pero lo pagamos todos porque este no está convertido (enfermero, clima negativo).

· **Reconocimiento del saber**

En ambos grupos se identificaron diferencias entre el reconocimiento informal y el reconocimiento formal.

(...) lo ves por comentarios de compañeros... (enfermera, clima negativo).

(...) si te piden una opinión, que se fían de ti... (enfermero, clima negativo).

(...) si te echan de menos... (médica, clima negativo).

(los responsables) Que tengan confianza en nosotros, yo creo que sí (enfermera, clima positivo).

(los responsables) (...) cuando te asignan responsabilidades... (médica, clima negativo).

El grupo de profesionales con clima positivo destaca la idea de que el reconocimiento surge al mismo tiempo que se conoce a la persona, sin diferencias por categorías profesionales o de género y que se percibe, como norma general, tanto por parte de compañeros/as como de responsables.

Al principio no te conocen, pero poco a poco... (enfermera, clima positivo).

No creemos que se valore más lo que hace un médico que un enfermero, ni un hombre que una mujer (enfermera, clima positivo).

Dentro del grupo con clima negativo, sí se describen diferencias en el reconocimiento del saber, en función del puesto o el sexo. El personal de enfermería considera que el rol de médico recibe más reconocimiento a nivel profesional.

Cada vez menos, pero siempre el médico tiene más peso... la enfermería llega al protagonismo más tarde (enfermera, clima negativo).

· **El estilo de liderazgo**

En ambos grupos se identificaron diferentes figuras que ejercen liderazgos formales o informales en sus equipos.

No identifiquemos el jefe con el líder (...). Hay distintos tipo de liderazgo dentro de los equipos, hay personas que ejercen de líderes y no son jefes formales. Dentro de los equipos hay muchos tipos de liderazgo y esto es muy positivo (médico, clima positivo).

Yo les hago caso a varias personas en mi equipo, no solo a mi jefe (enfermera, clima positivo).

En los médicos hay un liderazgo, llámalo científico en la persona de A. En temas como todo lo relacionado con la Atención a la mujer, la líder es L. Aunque sea solo por la antigüedad, hay una administrativa que lleva allí 20 años y ella ejerce su cuota de liderazgo (médico, clima positivo).

Se explicita la necesidad de ejercer la autoridad con tacto y con acercamiento a los y las trabajadores/as.

(La autoridad) tiene que existir, pero no se tiene que notar. La autoridad, bien entendida... (médico, clima positivo).

Un jefe deber tener autoridad porque si no, no es jefe, si pierde la autoridad, pierde el liderazgo y no le hacen caso... (médico, clima positivo).

(Me hace estar bien) la valoración. (Enfermera, clima negativo).

Dentro del grupo focal con clima negativo, la figura del responsable se asocia claramente a la resolución de posibles conflictos.

Que se adelanten a los conflictos, que los vean venir... (médico, clima negativo).

· **La organización del trabajo y las condiciones laborales**

La organización del trabajo y las condiciones laborales fueron un aspecto muy importante para establecer un clima emocional adecuado. Se hizo más evidente en el grupo focal con clima negativo.

El horario, pues que esté adecuado a tu capacidad.

Faltan recursos. Los recursos son muy importantes, si no hay recursos para cubrir un compañero que está de baja, ¿qué haces? (enfermera, clima negativo).

· **Las actitudes y desgaste profesional**

Las actitudes y el desgaste profesional de cada uno de los miembros de equipo dificultaban la interacción, lo que se hace más evidente en el grupo focal con profesionales de centros de salud con clima negativo.

Se basa todo en cada persona cómo es (enfermero, clima negativo).

Los equipos están formados por muchísimas personas y hay gente con muy buena voluntad y otros sin buena voluntad (médica, clima negativo).

· **Qué elementos de la vida laboral se ven afectados por el clima emocional**

En opinión de los y las participantes, coincidentes en los 2 grupos focales, el clima emocional afectaba directamente la satisfacción laboral, los resultados de trabajo y la satisfacción del/ de la usuario/a.

Afecta la satisfacción... (médico, clima positivo).

Sí..., afecta mucho... (enfermera, clima negativo).

Es el clima el que repercute en los resultados. Otra cosa es que si no puedes medir el clima, los resultados son muy buenos indicadores de cómo es el clima en el equipo (médico, clima positivo).

El resultado de la evaluación del desempeño profesional (EDP), con elementos que se perciben como subjetivos y ajenos a la realidad vivida por el personal, no afecta ni se ve afectado por el clima emocional. No obstante, el proceso evaluativo en sí crea tensiones que afectan negativamente el clima emocional del equipo.

La EDP es individual, no te dicen (los resultados) de los demás... entonces... eso afecta a la productividad que tengas, a la nómina, al dinero... (enfermero, clima negativo).

La EDP no está bien calibrada (médico, clima positivo).

(La EDP) influye en el clima emocional de forma negativa totalmente (enfermera, clima positivo).

Puntuación de cada una de las dimensiones del clima emocional identificadas

Los y las participantes en el estudio han organizado los condicionantes del clima emocional en 5 dimensiones fundamentales (la decisión se tomó por consenso dentro de cada uno de los grupos focales): “relaciones profesionales”, “reconocimiento del saber” y “existencia de un proyecto común” aparecen en los 2 grupos focales, mientras que el “liderazgo” se identifica en el grupo con clima positivo y “desgaste profesional” en el grupo con clima negativo. No se han registrado diferencias significativas entre las puntuaciones de los grupos con clima positivo y negativo, lo que podría explicarse por el reducido tamaño muestral. Ambos grupos priorizan la calidad de las relaciones profesionales sobre el resto de las dimensiones, considerando que explican un 36,7 y un 40% respectivamente del clima emocional. El reconocimiento del saber y la idea de proyecto común se consideran de forma muy parecida entre ambos grupos (un 23% del clima emocional se ve afectado por el saber profesional, frente a un 20% en opinión de las personas con clima positivo; y un 23% frente al 21% en el caso del proyecto común). Sin embargo, se observa que para el personal perteneciente a equipos con clima positivo un 21% del clima emocional se explica a través del tipo de liderazgo, mientras que el desgaste explica un 16% del clima para los grupos con clima negativo.

4. Discusión

El personal médico y enfermero percibe claramente cuáles son los puntos que afectan el ambiente laboral de sus centros: organización y condiciones de trabajo, relaciones profesionales (gestión de los conflictos, el estilo de liderazgo, actitudes personales, reconocimiento) o existencia de un proyecto común que incluya, pero que no se limite a la obtención de los objetivos marcados. Aparecen diferencias entre las percepciones de profesionales provenientes de centros con clima emocional positivo o negativo.

Los equipos con clima emocional negativo encuentran más obstáculos organizativos y personales para establecer unas relaciones óptimas y se perciben más diferencias por categoría profesional y sexo. Esta situación podría ser el punto de partida para explicar y proponer soluciones a los problemas persistentes que determinen el mantenimiento de un ambiente no deseado.

Los resultados obtenidos a través de los grupos focales expresan con gran sensibilidad la visión personal de los y las profesionales de Atención Primaria sobre el clima emocional en sus equipos: su ámbito emocional aparece como un espacio desde donde se construyen muchos de los condicionantes del trabajo en equipo. Esta idea aparece claramente definida en un estudio de 2002, que concluye que las estrategias de afrontamiento en el trabajo se centran en la búsqueda de apoyo emocional y en la desconexión conductual Escribà-Agüir, Bernabé-Muñoz (2002). Consideramos que el uso de la metodología cualitativa es acertado para este tipo de estudios. Sus limitaciones se refieren al escaso tamaño muestral del estudio, así como a que no se ha perseguido la saturación de la información.

Pese a que los resultados no son representativos estadísticamente, sí son concluyentes y orientan sobre las medidas de mejora necesarias. La necesidad de saturación de la información no se ha considerado imprescindible, por tratarse de una evaluación cualitativa en base a un estudio cuantitativo previo y porque la interpretación de los datos se ha enfocado desde la comparativa entre centros con clima negativo y positivo y entre personal de enfermería y médico. Por otra parte, consideramos que la representación de varios centros de trabajo en ambos grupos nominales, asegura la cobertura suficiente de los discursos existentes entre los participantes en el estudio.

Un primer dato destacable es la abundancia de ideas y puntos de vista que se han recogido en los grupos focales, así como en el panel y en la puntuación numérica. Los y las profesionales han mostrado un alto interés por participar y sus perspectivas informan sobre sus necesidades y expectativas emocionales. En gran parte, las opiniones vertidas son coincidentes con las dimensiones de clima emocional identificadas por Borrell (Borrell, De los Reyes, García, Gracia y Pérez, 2001), sin embargo, se observa que el liderazgo y las actitudes personales (estrés, desgaste) tienen un peso importante que requiere su análisis independiente de las relaciones profesionales, lo que es coherente con el modelo teórico de los 4 círculos McClelland (1985), que defiende que los estilos de liderazgo explican el 70% de la calidad del clima organizativo de un equipo. La importancia del tipo de liderazgo se hace más evidente en el grupo focal con clima positivo, mientras que las personas con clima negativo insisten más en el desgaste profesional que sufren. Este hecho podría ser no tanto una diferencia real en la percepción emocional de los equipos, como una diferencia de prioridades: el clima negativo se asocia directamente con el burnout, explicado en parte por el tipo de liderazgo no integrador (March, Oviedo-Joekes, Romero, Prieto y Danet, 2009), así como por las condiciones laborales y de organización del trabajo, según los propios profesionales entrevistados. Esta explicación es

coherente con los resultados de otros estudios Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) y Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez (2004), que identifican la valoración por parte de los directivos como una variable protectora frente al desgaste profesional.

La calidad del clima emocional registrado en función de la pertenencia a una categoría profesional u otra (personal médico o enfermero) se asocia con la mayor sociabilidad y contacto entre enfermeros y enfermeras y con la percepción de un menor reconocimiento entre el personal de enfermería (lo que es propio de los grupos con clima negativo).

Estudios recientes confirman que las relaciones del personal médico con sus compañeros/as son menos cercanas Fernández, Moinelo, Villanueva, Andrade, Rivera, Gómez JM, et al. (2000) y que los y las enfermeros/as alcanza valores inferiores en la percepción del respeto hacia su saber profesional (Martin, o'Brien, Heyworth y Meyer, 2008).

Aparece un acuerdo total entre todas las personas participantes acerca del impacto directamente proporcional que tiene el clima emocional en variables como satisfacción laboral e indicadores de resultados, lo que confirma la necesidad de mejorar el clima con tal de revertir positivamente en la calidad asistencial y la satisfacción de pacientes y usuarios/as. En este sentido, las direcciones de los distritos sanitarios que han participado en el estudio (tanto en la parte cuantitativa como cualitativa), así como expertos en gestión de recursos humanos en el ámbito de la salud, han sido convocados en una reunión de presentación de resultados y debate acerca de las medidas de mejora necesarias. Sus aportaciones se refieren básicamente a la necesidad de formar a los directivos para ejercer un liderazgo efectivo y adaptado a las necesidades del personal y a conseguir un ambiente de colaboración entre todos los profesionales.

*COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO EN LA PERCEPCIÓN DEL
CLIMA EMOCIONAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ANDALUCÍA,
ESPAÑA*



Resumen

El objetivo de este artículo es conocer y analizar la valoración del personal de un hospital universitario de Andalucía, España, sobre el clima emocional, el tipo de liderazgo ejercido y la calidad de la información y comunicación interna, así como recoger sus propuestas de mejora. El estudio realizado con 730 profesionales facultativos, enfermeros y auxiliares, usa metodología cuantitativa y cualitativa. Los resultados reflejan la existencia de un clima emocional medio-bajo, que se correlaciona con el estilo de liderazgo y la percepción sobre el grado de información y comunicación. Se observan diferencias estadísticamente significativas en los resultados, en función de las categorías profesionales, así como de la unidad o servicio hospitalario. Las demandas de los y las profesionales reflejan una valoración positiva de sus responsables, aunque se evidencia la necesidad de más habilidades propias de un estilo de liderazgo orientador, participativo y afiliativo.

Palabras clave. Cultura Organizacional; Gestión en Salud; Personal de Salud; Liderazgo.

1. Introducción.

El clima organizativo en el ámbito sanitario es un concepto amplio y complejo, al cual se le asociaron diversas definiciones (Delgado, Bellón, Martínez-Cañavate López-Montes, Luna del Castillo, López et al., 2006) y que constituye un tema central en los estudios multidisciplinarios sobre satisfacción laboral (Robles-García, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa, Herrera-Carral, Díaz-Mendi y Llorca-Díaz, 2005), calidad de la vida profesional, condiciones de trabajo o estrés laboral (Grau, Suñer y García, 2005). En el modelo contrastado de los cuatro círculos de McClelland (1975), junto con el perfil de motivaciones básicas y los requerimientos del puesto, el clima organizativo, condicionado en un 70% por el tipo de liderazgo, explica entre un 30 y un 40% de los resultados del equipo de trabajo.

Los valores y normas que, tanto a nivel individual como relacional, marcan la organización del trabajo en equipo se pueden agrupar, según Borrell Carrió (2007, 1996) en tres núcleos: relaciones interprofesionales, existencia de proyecto común y reconocimiento del saber. Según este autor, las tres dimensiones configuran el clima emocional de los equipos de trabajo, concepto que se podría integrar dentro de los estudios sobre clima organizativo, pero centrando la atención en los aspectos relacionales, comunicativos y emocionales de la experiencia laboral.

La bibliografía disponible sobre la percepción del personal sanitario sobre el clima emocional, refleja la prioridad de este concepto para los profesionales de la salud (para facilitar la lectura del texto, se utilizará el genérico “los” para hacer referencia a ambos sexos), así como la interrelación de este factor con la comunicación interna y los resultados de trabajo March, Galiana y Danet, 2011). Asimismo, el estilo de liderazgo, categorizado según Goleman (2013) en seis tipos ideales -coercitivo, orientador, afiliativo, participativo, imitativo o capacitador, se confirma por parte del personal sanitario, como uno de los condicionantes fundamentales de la calidad del clima emocional (García, Danet y March, 2010).

La confluencia de los diversos condicionantes del clima emocional reclama, por tanto, en el contexto institucional y profesional, una coordinación óptima entre la adecuación del tipo de liderazgo y la gestión de los aspectos relacionales, comunicativos y emocionales de la cultura organizativa (Martin, Waring, 2013).

En el contexto hospitalario, las dinámicas relacionales, la organización del trabajo, así como la definición y consecución de los objetivos, están sujetos a un alto grado de complejidad y movilizan a categorías profesionales diversas (Maniou, 2012) lo que implica una mayor exposición al desgaste profesional y demanda una gestión organizativa, basada en combinar con éxito comunicación interna, motivación del equipo, adecuación de objetivos, planificación y seguridad en el trabajo (Gómez, Álamo, Amador, Bohórquez, Ceacero, Mayor, Muñoz et al., 2009) y un clima emocional óptimo (Alonso, Rubio, March y Danet, 2011). Estudios recientes evidencian que las necesidades y expectativas del personal hospitalario sobre las relaciones inteprofesionales, el tipo de liderazgo o los temas y canales de comunicación, son heterogéneas, registrando diferencias por sexo y categoría profesional (Pera, Serra-Prat, 2002). Asimismo, la alta variabilidad de las unidades hospitalarias, con diferencias significativas en la labor asistencial, tipo de paciente atendido y dinámica del trabajo, imprimen vivencias y necesidades diferentes, no sólo en función de las categorías profesionales, sino también de la pertenencia a distintas unidades o servicios hospitalarios (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004). Por otra parte, las características laborales relacionadas con la disponibilidad de recursos, infraestructuras o turnicidad, son aspectos que imprimen mayor homogeneidad en la percepción de las personas que trabajan en los hospitales e inciden de forma más uniforme en la satisfacción laboral de estos trabajadores Deschamps, Olivares, Rosa Zabala y Asunsolo (2011).

Por tanto, partiendo de que los factores condicionantes del clima emocional en la atención hospitalaria describen una interconexión inseparable y, además, revierten directamente en la seguridad y satisfacción del paciente (Nurok, Evans, Lipsitz, Satwicz, Kelly y Frankel, 2011) conocer y gestionar correctamente estos factores y las dinámicas internas que se establecen entre ellos, puede contribuir al diseño de mejoras en los resultados de trabajo, maximizando así la calidad asistencial.

En este sentido, el presente trabajo tiene el objetivo de conocer y analizar la valoración del personal hospitalario sobre el clima emocional, el tipo de liderazgo ejercido y la calidad de la información y comunicación interna, así como recoger las propuestas de mejora expresadas por los profesionales sanitarios del centro.

2. Metodología

Estudio transversal con metodología cuantitativa y cualitativa, usando un cuestionario de autocumplimentación on line.

· **Participantes.**

La población de estudio la constituyó el total del personal asistencial del hospital de primer nivel de Andalucía, España. Criterios de inclusión: ser personal facultativo y de enfermería. Criterio de exclusión: categorías profesionales no asistenciales y personal directivo. El contacto con los participantes se realizó a través de la gerencia del hospital, que informó sobre los objetivos y metodología del estudio, en una reunión con el personal responsable de las unidades y servicios asistenciales, a la que también asistió el coordinador del equipo de investigación. A su vez, los y las responsables trasladaron la información sobre el estudio a los miembros de sus equipos, bien a través de reuniones, como por correo electrónico, asegurando la confidencialidad de los datos y proporcionando el enlace al cuestionario en línea, así como ejemplares del cuestionario en papel. La participación en el estudio fue voluntaria. Los profesionales del hospital dispusieron de un mes para contestar a la encuesta, aunque los formularios recibidos una vez transcurrido este plazo, también fueron incluidos en la población del estudio.

· **Recogida de datos**

El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario de elaboración propia, previamente validado y organizado en tres bloques: (1) clima emocional (10 preguntas en escala Likert, de -5 a +5 puntos: 3 preguntas sobre relaciones interprofesionales, 3 preguntas sobre reconocimiento del saber y 4 preguntas sobre el proyecto común), (2) valoración del/de la responsable (5 preguntas en escala Likert, de -5 a +5 puntos, midiendo la capacidad del líder para apoyar, comunicar y facilitar la participación dentro del equipo) y (3) grado de información y comunicación (8 preguntas en escala Likert, de -5 a +5 puntos y 2 preguntas de tipo sí/no, sobre medios y canales de comunicación usados y preferidos). Por último, el cuestionario incluyó 3 preguntas abiertas, solicitando propuestas de mejora para cada uno de los bloques evaluados y un apartado de datos sociodemográfico con las siguientes variables: sexo, edad, antigüedad, categoría profesional y unidad/servicio al que se pertenece.

· Análisis

El análisis cuantitativo de los datos se realizó con el software SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) e incluyó: (1) descripción de la población participante; (2) análisis descriptivo (media, moda, mediana, mínimo, máximo) de los índices de “clima emocional”, “valoración del/de la responsable” e “información/comunicación”, calculados como sumatorio de las preguntas de cada bloque y trasladados a escala -50, +50 puntos (siendo -50 el valor mínimo para cada índice y +50 el valor máximo); (3) análisis bivariante de los 3 índices, en función de los datos sociodemográficos (comparación de medias y estudios de correlación); (4) estudio de correlación entre los índices calculados; (5) análisis multivariante del índice de clima emocional, a través de un modelo de regresión lineal.

El modelo de regresión tomó como variable independiente el clima emocional y como variables explicativas: sexo, edad, antigüedad, categoría profesional agrupada y unidad/servicio agrupada. La variable cuantitativa “antigüedad” no mostró una tendencia lineal con el “clima emocional” y, como variable categórica no influyó en el conjunto de los coeficientes, siendo irrelevante y no confusora. La variable edad se introdujo en el modelo como variable lineal. Para las variables categóricas “categoría profesional” y “unidad/ servicio”, se construyeron variables dummy para cada una de las categorías de respuesta. Las categorías profesionales se agruparon en: “personal facultativo”, “personal de enfermería” y “personal auxiliar de enfermería”, coincidiendo con los criterios de inclusión. La categorización de las unidades/ servicios, generó tres grupos: “unidades asistenciales”, “unidades asistenciales de apoyo” y “unidades de apoyo al diagnóstico”, conforme al tipo de actividad asistencial desarrollada. Para el modelo de regresión multivariante final se comprobaron la normalidad y homocedasticidad de los residuos leverage, a través de un histograma de residuos y un gráfico de dispersión con residuos y predicciones que mostraron linealidad y homogeneidad. El análisis cuantitativo partió de un intervalo de confianza del 95%, lo que se asoció a una significación estadística de $p < 0,5$.

Las propuestas de mejora se organizaron en categorías emergentes, a través de la técnica de análisis de contenido, realizando un árbol de códigos en el software Nudist Vivo 11.0 (QRS International Pty Ltd., Doncaster, Australia).

3. Resultados

Descripción de la población participante

La población participante abarcó un total de 730 profesionales, cuya distribución por sexo, categoría profesional y unidad o servicio se presenta en la Tabla 1, de elaboración propia.

La media de edad es de 47 años (DT 8,9) y la antigüedad media es de 12 años (DT 15,1). El total de las unidades y servicios participantes se listan en la Tabla 2, donde también se incluye el porcentaje de participación en el estudio, en función de cada unidad/servicio, calculado con la fórmula: número total de participantes en el estudio de cada unidad/servicio, dividido entre el número total de profesionales de cada unidad/ servicio * 100.

Tabla 1

Distribución de la población participante por sexo, categoría profesional y unidad/servicio.

Variable/Categorías	n	%	% válido
Sexo			
Mujer	472	64,7	68,9
Hombre	213	29,2	31,1
NS/NC	45	6,2	-
Total	685	100,0	100,0
Categoría profesional			
Facultativo/a	216	29,6	-
Enfermería	300	41,1	-
Auxiliar de enfermería	214	29,3	-
NS/NC	-	-	-
Total	730	100,0	-
Unidad/Servicio			
Unidades asistenciales	616	84,5	86,8
Unidades asistenciales de apoyo	55	7,5	7,8
Apoyo al diagnóstico	38	5,2	5,4
NS/NC	21	2,8	100,0
Total	730	100,0	-

NS/NC: no sabe/no contesta.

Tabla 2

Listado completo de unidades y servicios participantes.

Tipo de unidad/servicio	n	n total (unidad/servicio)	% participación
Unidades asistenciales			
Aparato digestivo	17	101	16,8
Cirugía plástica y reparadora	7	73	9,5
Cardiología	56	78	71,7
Cirugía ortopédica y traumatología	20	230	8,6
Cirugía ortopédica y traumatología	20	230	8,6
Cuidados críticos y urgencias	168	625	26,8
Enfermedades infecciosas	17	36	47,2
Ginecología/Obstetricia/Partos	14	332	4,2
Medicina física y rehabilitación	19	140	13,5
Medicina interna	5	119	4,2
Medicina preventiva y salud pública	27	65	41,5
Médico quirúrgica y de la infancia	32	371	8,6
Nefrología	28	121	23,1
Neumología	10	65	15,4
Neurociencias	27	169	15,9
Neurofisiología clínica	4	22	18,2
Endocrinología y nutrición clínica	3	30	1,0
Oftalmología	7	78	8,9
Oncología médica y radioterápica	27	84	32,1
Oral y maxilofacial	15	45	33,3
Otorrinolaringología	14	27	51,8
Reumatología	7	7	100,0
Salud mental	19	139	13,7
Urología	10	69	14,5
Unidades asistenciales de apoyo			
Bloque quirúrgico	82	201	40,7
Apoyo al diagnóstico			
Anatomía patológica	5	26	19,2
Farmacia hospitalaria	7	55	12,7
Hematología	8	125	6,4
Laboratorios	5	114	4,3
Microbiología y parasitología	6	45	13,3
Radiodiagnóstico	6	154	3,9
NS/NC	43	-	-
Total	730	3.976	18,3

NS/NC: no sabe/no contesta.

Clima emocional

Los resultados de clima emocional se presentan en la Tabla 3, donde los resultados significativos estadísticamente están resaltados con asterisco. La media total de clima emocional se sitúa por encima del valor 0, aunque sólo asciende a los 5 puntos. Las relaciones interprofesionales aparecen como la dimensión más deficitaria del clima emocional, aunque la idea de proyecto común y el reconocimiento del saber también se sitúan en valores reducidos.

Las diferencias por sexo no son considerables. El análisis bivariante refleja que los hombres manifiestan mejor clima general y más reconocimiento del saber y calidad de las relaciones interprofesionales. Por su parte, las mujeres puntúan mejor la existencia de un proyecto común, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. El análisis comparativo por categoría profesional y unidades/servicios agrupados, revela diferencias estadísticamente significativas: el personal facultativo percibe en mayor medida reconocimiento del saber y sitúa el clima general en valores superiores en comparación con el resto de profesionales. Sin embargo, representan la categoría que menos refleja la existencia de un proyecto común. El personal auxiliar de enfermería invierte estos resultados: son los que más viven el proyecto común, aunque son quienes peores resultados registran en el resto de las variables. El personal titulado enfermero se sitúa en niveles intermedios, destacando, sin embargo, como los grupos con mejor percepción sobre la calidad de las relaciones interprofesionales.

El análisis comparativo en función de las unidades y servicios agrupados muestra pocas diferencias entre las unidades asistenciales y las de apoyo al diagnóstico, que se mantienen en valores medio-bajos. Comparativamente, las unidades asistenciales de apoyo registran niveles más bajos en prácticamente todas las variables, aunque también es importante tener en cuenta que el número de participantes de estas unidades es más reducido.

El modelo de regresión confirma los mejores niveles de clima emocional entre el personal facultativo. El valor del perfil tomado como constante (hombre, médico, con edad media), refleja un clima emocional reducido, inferior a los 10 puntos en la escala -50, +50. La variable "sexo", analizada en el modelo multivariante, muestra una contradicción con los resultados del análisis bivariante: las mujeres suman casi medio punto al clima emocional de los hombres, aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas. Por categoría profesional, enfermeros y enfermeras restan 2 puntos a la media del personal médico, diferencia que aumenta a casi 5 puntos en el personal auxiliar de enfermería ($p < 0,05$). No se perciben diferencias por edad.

Tabla 3

Resultados de clima emocional.

Variables	Categoría	Clima emocional (-50, +50)	Relaciones Interprofesionales (-15, +15)	Reconocimiento del saber (-15, +15)	Proyecto común (-20, +20)
Valores totales	Total	5,94	0,37	3,52	2,04
	DT	10,20	4,45	6,43	5,21
	N	715	726	723	720
Sexo	Mujer	5,67	0,34	3,21 *	2,14
	DT	10,11	4,57	6,23	5,29
	N	461	468	467	464
	Hombre	6,52	0,48	4,26 *	1,78
	DT	10,49	4,44	6,54	5,17
	N	210	213	212	211
Categoría profesional *	Facultativo/a	7,84 *	0,45	5,85 *	1,52
	DT	8,16	4,16	6,07	4,46
	N	211	215	213	214
	Enfermería	5,95 *	0,56	3,18 *	2,21
	DT	10,73	4,52	6,21	5,42
	N	297	300	299	298
	Auxiliar de enfermería	4,00 *	0,02	1,68 *	2,35
	DT	10,95	4,64	6,40	5,60
	DT	207	211	211	208
	N				
	N				
	Unidad/Servicio *	Unidades asistenciales	5,89	0,32	3,46
DT		10,10	4,53	6,29	5,13
N		602	612	610	606
Unidades asistenciales de apoyo		4,81	0,61	2,87	1,32
DT		11,24	4,38	7,01	5,49
N		55	55	55	55
Apoyo al diagnóstico		6,91	0,44	4,16	2,21
DT		10,21	3,65	7,69	5,20
DT		37	38	37	38
N					
N					
Modelo de regresión *				Coefficiente B	Significación estadística
Constante: personal médico, hombre, unidad asistencial				6,32	-
Sexo				0,454	0,64
Enfermería				-2,02 *	0,05
Auxiliares enfermería				-4,73 *	0,00
Edad				0,03	0,50

* p < 0,05 (dato estadísticamente significativo).

Valoración de responsables

La evaluación de los líderes, pese a no alcanzar un valor alto, indica un liderazgo positivo. Las diferencias entre las opiniones de hombres y mujeres no son significativas y la categoría profesional no imprime tampoco una valoración diferente sobre el personal responsable. Las

unidades incluidas dentro del grupo de apoyo al diagnóstico refieren una valoración levemente superior de sus responsables en comparación con el resto de unidades y servicios, que se sitúan en valores medios similares. Además, estos valores diferenciales en función de unidad/servicio, incluidas en la Tabla 4, de elaboración propia, son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabla 4

Valoración del/de la responsable e información/comunicación.

Variables	Categoría	Valoración responsable (-50, +50)	Información/Comunicación (-50, +50)
Valores totales	Total	12,34	12,15
	DT	10,50	11,16
	N	709	706
Sexo	Mujer	12,54	12,56
	DT	10,44	11,50
	N	461	460
	Hombre	11,64	11,91
	DT	10,83	10,54
	N	203	201
Categoría profesional	Facultativo/a	12,47	13,15
	DT	10,67	10,07
	N	202	203
	Enfermería	12,15	11,84
	DT	10,56	10,50
	N	297	295
	Auxiliar de enfermería	12,49	11,61
	DT	10,29	12,91
	N	210	208
	Unidad/Servicio	Unidades asistenciales	12,04
DT		10,49	11,21
N		597	594
Unidades asistenciales de apoyo		13,55	13,15
DT		9,00	9,31
N		54	54
Apoyo al diagnóstico		14,37	13,42
DT		12,06	12,54
N		38	38

Calidad de la información y comunicación

El grado de información y comunicación ronda el valor medio de 12 puntos. Las mujeres suman casi un punto a la media de los hombres, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. Por categoría profesional, el personal facultativo indica un mayor grado de

información y comunicación. Las unidades o servicios que se consideran peor informados son los asistenciales.

El estudio de correlación entre las variables cuantitativas, presentado en la Tabla 5, de elaboración propia, muestra la existencia de una relación directamente proporcional del clima emocional, especialmente en su subvariable de “reconocimiento del saber”, con la valoración del/de la responsable, así como con el grado de “información/comunicación”. Los resultados que presentan significación estadística están marcados con asterisco en la Tabla 5. Por otra parte, la valoración de los responsables es la cuestión que más incide en la percepción sobre la calidad de la información y comunicación (índice de correlación superior a 0,700, lo que representa una muy alta asociación entre variables).

El apoyo que los responsables ofrecen a su equipo imprime una mayor cohesión grupal, en torno a un proyecto común. Las oportunidades de participación, favorecidas por el tipo de liderazgo, conllevan una mejora de la información y comunicación del personal sanitario, aunque inciden de forma indirectamente proporcional en la calidad de las relaciones interprofesionales percibidas.

Tabla 5

Análisis de correlación entre variables lineales.

	Información	Clima emocional	Relaciones interprofesionales	Reconocimiento del saber	Proyecto común
Valoración responsable	0,732 *	0,357 *	-0,111 *	0,559 *	0,100 *
Apoya a su equipo	0,614 *	0,301 *	-0,100 *	0,084	0,614 *
Mantiene informado al equipo	0,675 *	0,321 *	-0,059	0,466 *	0,102 *
El personal tiene oportunidades de participación	0,702 *	0,379 *	-0,067	0,558 *	0,105 *
El equipo conoce sus funciones	0,625 *	0,288 *	-0,129 *	0,499 *	0,055
El equipo lo considera un buen líder	0,553 *	0,268 *	-0,114 *	0,420 *	0,092
Información/Comunicación	-	0,360 *	-0,141 *	0,549 *	0,110 *

* p < 0,05 (dato estadísticamente significativo).

Propuestas de mejora

Del total de 730 profesionales que participaron en el estudio, 66 formularon propuestas de mejora, de los cuales 59 especificaron dos propuestas y 7 personas aportaron tres propuestas. A pesar de que las propuestas de mejora que se solicitaban se referían a los tres bloques del cuestionario, el análisis cualitativo reflejó que las demandas y necesidades que el personal participante enunció no respondían a esta clasificación, y podían organizarse en torno a tres

categorías emergentes: (1) aspectos relacionados con la especificidad y organización del trabajo (objetivos, agendas, infraestructuras, formación, características de la práctica asistencial); (2) aspectos de interacción horizontal (relación con compañeros, comunicación, participación e identidad profesional); (3) aspectos de interacción vertical (relación con superiores, información y comunicación, motivación, tipo de liderazgo).

Aspectos relacionados con el trabajo

La mayoría de las propuestas de este bloque (27 citas) se refieren a la necesidad de aumentar el personal laboral y disminuir las agendas de trabajo, reduciendo así la carga laboral de los trabajadores: *“Aumentar la plantilla de manera que la carga de trabajo sea menor y por tanto, el estrés también”* (mujer, enfermera, unidad asistencial).

En segundo lugar, los profesionales destacan la necesidad de mayor incentivación económica, ajustada a la definición de objetivos a cumplir (22 citas). *Incremento salarial”* (propuesta anónima), *“mejorar el salario”* (mujer, enfermera, unidad asistencial), son algunas de las fórmulas que reiteran la propuesta de compensación salarial.

La necesidad de acondicionar el sitio de trabajo, las infraestructuras y tecnologías es un aspecto destacado, que los participantes asocian a su salud y seguridad laboral (18 citas). Las principales demandas se refieren al instrumental tecnológico utilizado: *“agilizar las reparaciones”* (propuesta anónima), dotar de *“más equipamiento para el cuidado del paciente”* (hombre, enfermero, unidad asistencial). Y en segundo lugar, se reclama una mejor adecuación del espacio laboral, argumentándose que *“lo insalubre del espacio físico donde se desarrolla la labor asistencial incide negativamente en el clima emocional del equipo”* (mujer, enfermera, unidad asistencial) y que *“para un buen clima emocional es imprescindible que la ergonomía y la salud laboral se tengan en cuenta”* (hombre, auxiliar de enfermería, unidad asistencial).

La necesidad de adaptar las líneas formativas a las prioridades y demandas de los profesionales se hace patente en 8 citas, que resaltan la demanda de formación de tipo profesional, pero también en aspectos relacionales y emocionales: *“formación individualizada ajustándola al puesto de trabajo”* (mujer, no sabe/no contesta), *“cursos de inteligencia emocional y habilidades emocionales”* (mujer, auxiliar de enfermería, unidad asistencial).

Por último, la interacción con los pacientes, específica del trabajo asistencial, se considera como dificultad añadida y carga emocional adicional (5 citas): *“No nos olvidemos que trabajamos para personas con sus necesidades y problemas de salud. Debemos ayudarles y hacerles lo menos doloroso posible su paso por el centro”* (enfermera, unidad de apoyo al diagnóstico).

Aspectos de interacción horizontal

La importancia del compañerismo es identificada como un pilar del buen clima laboral por todos los profesionales. Sólo 6 citas muestran la satisfacción con la calidad de las relaciones entre iguales (*“la suerte de este hospital es el personal que tiene, que somos divinos”*, mujer, auxiliar de enfermería, unidad asistencial), mientras que otras 10 opiniones expresan la necesidad de mejorar la empatía entre los trabajadores (*“La mejora sería por parte de los profesionales, que deberíamos saber aprovechar mejor las oportunidades que se nos dan, compartir y no mirarnos todos el ombligo”*, mujer, enfermera, unidad asistencial).

La participación igualitaria en los equipos de trabajo multiprofesionales es definida como una línea de mejora destacada dentro del hospital. En este sentido, cada categoría profesional manifiesta necesidades específicas en función de su autopercepción dentro del equipo, así como en base a las expectativas de interacción con el resto de categorías. El personal de enfermería y auxiliar son los que principalmente demandan un mejor status y valoración dentro del equipo.

“Dar oportunidades a los enfermeros de a pie, no sólo a los mandos intermedios; todas las opiniones son útiles, sobre todo de las personas que pueden transmitir sus experiencias con los pacientes” (mujer, enfermera, unidad asistencial).

“Las auxiliares de enfermería nos sentimos discriminadas con el resto del hospital” (mujer, auxiliar de enfermería, unidad asistencial).

Las opiniones vertidas en torno a la información transmitida horizontalmente, revelan la disconformidad del personal ante un uso excesivo de los circuitos de comunicación informales: *“Evitar la información de pasillo, hay que acabar con los cortijos”* (mujer, enfermera, unidad asistencial); *“que no te enteres de las cosas de bola en bola, sino crear un circuito correcto”* (propuesta anónima).

Aspectos de interacción vertical

La relación con el personal responsable es identificada por la mayoría de los profesionales como la cuestión más importante en la gestión de los aspectos relacionales y comunicacionales dentro de los equipos hospitalarios. 54 citas describen la necesidad de maximizar la eficiencia y adecuación de los estilos de liderazgo, tanto en los cargos intermedios, como entre los responsables. Entre las principales competencias de los líderes, los participantes en el estudio destacan:

a) Establecer y mantener un grado óptimo de información entre los miembros del equipo, especialmente a través de reuniones con todas las categorías profesionales (20 citas); *“Estandarizar con carácter obligatorio reuniones interdisciplinarias, donde todo se expresen y no sea posible responsabilizar de los problemas a quienes no estén presentes”* (mujer, enfermera, unidad asistencial).

b) Facilitar la bidireccionalidad del flujo comunicacional, transmitiendo y recibiendo información (14 citas); *“Más reuniones de trabajo donde se nos informe y podamos también decir lo que pensamos”* (mujer, auxiliar de enfermería, apoyo al diagnóstico).

c) Promover la participación de todo el personal, ofrecer un trato equitativo y tener en cuenta las opiniones de los trabajadores (10 citas); *“Considero que deberían atenderse los propuestas de mejora que hacemos las profesionales, que actualmente no son escuchadas y que son reflejo de los problemas asistenciales redundando en conflictividad emocional en nuestro lugar de trabajo”* (mujer, médico, unidad asistencial). *“Tener en cuenta las opiniones de todos los trabajadores, que se lleven a cabo las propuestas que se hacen en las reuniones con los superiores”* (mujer, auxiliar de enfermería, unidad asistencial de apoyo).

d) Motivar e incentivar al personal, mostrar interés y empatía (10 citas). *“Desarrollar estrategias que motiven al personal, por ejemplo realizar cursos donde se eleve la autoestima del personal, dotar al trabajador de los suficientes recursos humanos y materiales para que pueda llevar a buen término su trabajo...”* (mujer, auxiliar de enfermería, unidad asistencial). *“La dirección debe dar imagen de escucha del personal, entenderlo, mostrar interés, tener humanidad y acercamiento, todos somos humanos”* (hombre, enfermero, unidad asistencial).

Discusión

El estudio confirma el tipo de liderazgo ejercido como uno de los principales factores condicionantes del clima emocional, en los equipos de trabajo de la atención sanitaria especializada. Asimismo, el grado de información y comunicación intrahospitalarias se asocia a las responsabilidades y funciones de los coordinadores de los equipos. De aquí que la valoración de los líderes y de la información y comunicación sean similares (valores medios), mientras que la calidad del clima emocional se considere de forma más crítica, según muestran los resultados cuantitativos.

Las opiniones de los profesionales participantes, recogidas en la parte cualitativa, apoyan este argumento, al reflejar que la insuficiente disponibilidad de recursos o las infraestructuras deficitarias tienen un peso negativo importante en la percepción del clima emocional a nivel laboral. La importancia de disponer de condiciones laborales adecuadas, objeto de estudio de una investigación realizada recientemente a nivel europeo, pone de manifiesto que una consideración insatisfactoria del contexto en el cual se desarrolla el trabajo asistencial hospitalario, puede generar incluso la intención de abandonar la práctica profesional (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee et al., 2012). Por tanto, una primera línea de intervención podría definirse en torno a la adecuación de las condiciones y relaciones profesionales en base a las demandas de los profesionales de los centros asistenciales.

En este sentido, la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa ofrece una visión más completa sobre las necesidades de las personas que participan en el estudio, ya que permite conocer la relación entre liderazgo y clima emocional, al mismo tiempo que comprobar, enriquecer y contextualizar los resultados obtenidos (Zabalegui, 2002). Sin embargo, el estudio tiene la limitación de la baja participación de los profesionales, tanto en la cumplimentación del cuestionario en línea, como en la generación de propuestas de mejora. La reducida participación podría ser interpretada como un indicador de la baja receptividad e implicación del personal sanitario, así como de cierto grado de apatía y desinterés general, posiblemente agudizados por las restricciones y recortes realizados en el actual contexto de crisis económica y que han afectado sensiblemente la gestión de la sanidad española (Zabalegui y Cabrera, 2010), (González y Barber, 2010), (Peiró y Meneu

2011). Sin embargo, ante la escasa investigación realizada sobre esta cuestión, se haría necesario indagar con más profundidad en las consecuencias de la crisis económica en la gestión sanitaria.

Retomando la clasificación de los tipos de liderazgo de Goleman (2013), la situación de crisis indicaría la necesidad de un liderazgo orientador, que dote de una nueva visión a largo plazo y en el que la dirección ofrezca pautas claras de actuación para el personal. En la línea del liderazgo orientador, podemos situar la necesidad expresada por los participantes en el estudio de percibir una motivación más directa y activa por parte de sus responsables. Sin embargo, las propuestas del personal encuestado visibilizan también las demandas sobre habilidades de liderazgo afiliativo y participativo. Dentro del liderazgo afiliativo se identifica como principal estrategia de comunicación y consenso la reunión multidisciplinar, que los trabajadores consideran clave para mejorar las relaciones interprofesionales y armonizar el trabajo en equipo. Por otra parte, a la necesidad de consenso se suma también la apuesta por el proyecto común. Todas las categorías profesionales describen en este sentido la exigencia de un liderazgo que fomente el compromiso, así como la participación de todos y todas en generar ideas e iniciativas útiles para gestionar la actividad en equipo.

Frente a estas demandas que combinan liderazgo orientador, participativo y afiliativo, el estudio refleja también la heterogeneidad en la valoración sobre la calidad del clima emocional, observándose diferencias relevantes entre las unidades y servicios participantes, así como entre categorías profesionales. En los equipos asistenciales se evidencian relaciones interprofesionales satisfactorias, especialmente para la categoría profesional de enfermería, que, según refleja la bibliografía disponible, pese al alto grado de desgaste emocional asociado a la actividad asistencial (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio y Calle, 2004); (Adali, Priami, Evagelou, Mougia, Ifanti y Alevizopoulos, 2003); (Navarro, 2012) que puede generar una sobrecarga del rol profesional (Moreno y Peñacoba 1999) encuentran gratificante el trabajo directo con los pacientes y establecen más vínculos emocionales dentro del equipo (Sandelans y Boudens, 2002). Sin embargo, en los equipos asistenciales no existe un proyecto común suficientemente consolidado y el reconocimiento del saber se considera óptimo sólo por parte del personal facultativo, lo

que puede representar una limitación para la correcta gestión del equipo (Richards, Carley, Jenkins-Clarke y Richards, 2000).

El hecho de que no todos los perfiles profesionales sientan que su labor es reconocida dentro de los equipos multidisciplinarios, indica la persistencia del modelo jerárquico tradicional dentro de la organización hospitalaria y puede explicar las tensiones interprofesionales (Maniou, 2012). El estatus médico privilegiado imprime relaciones interprofesionales desiguales y una estructura de poder hegemónico, donde las contradicciones y conflictos alrededor de las identidades profesionales son comunes y de difícil resolución (Martin, O'Brien, Heyworth y Meyer, 2008); (Elston y Holloway, 2001). En este sentido, promover un modelo de gestión más igualitario que permita la participación y reconocimiento de todos los agentes implicados, podría ser una alternativa eficaz al modelo tradicional (Alonso, Rubio, March y Danet, 2011), lo que también generaría una mejor satisfacción laboral de todo el personal (Lu, Barriball, Zhang y White, 2012).

La dificultad de cohesionar el equipo hospitalario, dificultado por la heterogeneidad de demandas y necesidades vertidas por categorías profesionales variadas, a las que se pueden sumar las opiniones y expectativas de los profesionales que no realizan una labor asistencial, es evidenciada también en otros estudios. Éstos reflejan la existencia de situaciones conflictivas en la interacción interprofesional, explicada en gran parte por dificultades de tipo organizativo y por la rigidez de las identidades y roles profesionales (Maniou, 2012)

Por tanto, teniendo en cuenta la variabilidad de las demandas y necesidades de las distintas categorías profesionales en el ámbito hospitalario y, al mismo tiempo, las expectativas coincidentes sobre las habilidades de liderazgo, consideramos que sería necesario indagar con mayor profundidad en la relación del tipo de liderazgo, clima organizacional y resultados de trabajo. Una línea de investigación en este sentido podría ser comparar la autopercepción de los responsables con la visión de los profesionales, para encontrar los puntos de consenso y divergencias y optimizar así los estilos de dirección (Vesterinen, Suhonen, Isola y Paasivaara, 2012), ante la evidencia de que, en el contexto asistencial hospitalario, una dirección y coordinación óptima maximizarían la satisfacción de los pacientes (Boev, 2012).

*CLIMA EMOCIONAL Y LIDERAZGO EN LOS EQUIPOS SANITARIOS DE
ANDALUCÍA*



Resumen

Objetivo: Conocer cómo influye el tipo de liderazgo de equipo en la calidad del clima emocional en los equipos sanitarios de Andalucía.

Diseño: Estudio descriptivo, cuantitativo con 6440 profesionales de la medicina y enfermería de 481 Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud.

Metodología: Cuestionario on line de elaboración propia, con 15 preguntas de clima emocional y liderazgo.

Resultados: El liderazgo de equipo es bien valorado por el personal sanitario, acompañado de valores de clima emocional medio. La capacidad del líder de facilitar la participación de todos los profesionales en el equipo, así como de definir y comunicar los objetivos y tareas a realizar, incide positivamente en la calidad del clima emocional.

Conclusiones: Es necesario impulsar las habilidades motivacionales y cognitivas de liderazgo, para conferir mayor protagonismo y reconocimiento al personal sanitario y favorecer la gestión compartida en los equipos de trabajo.

Palabras clave: Cultura organizacional; Gestión en salud; Liderazgo; Investigación cuantitativa.

1. Introducción.

En respuesta a la cada vez más compleja organización de los equipos de trabajo en salud y su clara orientación hacia la calidad, a partir de finales del siglo XX, “nuevos estilos de liderazgo” (Gil, Alcover, Rico y Sanchez, 2001) fueron emergiendo dentro de la gestión organizacional, dando lugar a formas de liderar más flexibles, globales, compartidas e integradoras. Linley, Joseph y Seligman (2004) por ejemplo, destacan la importancia del liderazgo transformacional distribuido como generador de una mayor confianza en la gestión, mayor compromiso y sensación de pertenencia por parte del equipo de trabajo, asegurando mayor satisfacción laboral, bienestar psicológico, seguridad física, percepción de autoeficacia, proactividad y otras oportunidades de crecimientos. En este marco teórico, surgió también el liderazgo de equipo, entendido como atributos de los miembros del grupo laboral, tanto como resultados de procesos y rendimiento del equipo (Day, Gron y Salas, 2004) dentro del cual la persona responsable desarrolla diferentes competencias cognitivas, motivacionales, afectivas y de coordinación (Zaccaro, Rittman y Marks, 2001) que generan la construcción de una identidad profesional con dinámicas intra-organizacionales específicas (Praner, 2008).

En el ámbito de las organizaciones sanitarias españolas, se puede encontrar una amplia variedad de investigaciones centradas en la relación de estos procesos grupales sobre el clima organizacional o laboral (Delgado, Bellon- Saameno, Martínez-Cañavate, Luna del Castillo et al., 2003) la satisfacción y calidad de vida laboral (Robles-García, Dierssen-Sotos, Martínez-Ochoa, Herrera-Carral, 2005). El papel y funciones de los líderes sobre los procesos internos, de funcionamiento, respuesta y resultados de los equipos sanitarios en España, han sido evidenciados en la bibliografía de especialidad, en estudios como los de Grau et al (2009) o Albaladejo et al (2004) que sitúan el reconocimiento y valoración por parte del superior como un factor protector frente al desgaste profesional en el ámbito hospitalario. También Peiró y sus colaboradores (2001) encuentran que las habilidades del líder transformador, generan en los profesionales sanitarios mayor satisfacción laboral.

En la misma línea de investigación sobre liderazgo de equipo, estudios previos realizados en equipos de Atención Primaria, describen este elemento como uno de los principales factores que condicionan, junto con el modelo de gestión organizacional, la comunicación interna, cauces de participación y estilos de motivación específicos (Alonso, Rubio, March, y Danet, 2011), así como la conciencia de los miembros del equipo sobre la calidad de sus relaciones interprofesionales, el reconocimiento del saber profesional y la existencia de un proyecto

común (March, Oviedo-Joekes, Romero, Prieto et al., 2009). De la confluencia de estos tres elementos identitarios del equipo, se ha generado el concepto de clima emocional, definido por Francesc Borrell (1996) y que se empleará en este estudio.

En el ámbito de la gestión clínica en Andalucía se ha apostado por un modelo organizativo basado en la constitución de los equipos de trabajo en Unidades de Gestión Clínica (UGC), con climas emocionales propios y un modelo de liderazgo de equipo. Así, el Plan de Calidad del SSPA 2010-2014² o el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud 2010-2013³, dan prioridad al desarrollo y adquisición de las competencias necesarias para avanzar en un liderazgo profesional basado en la capacitación y formación de líderes, cuya prioridad sea fomentar el trabajo en equipo.

En base a las líneas estratégicas, este estudio se basa en la teoría de los cuatro círculos McClelland (1975), según la cual la labor de liderazgo condiciona la calidad del clima emocional, modelo confirmado también por Ekvall y Arvonén (1999), que consideran que la influencia del líder en el ambiente del trabajo asciende al 65%. Partiendo de esta hipótesis, el objetivo principal es conocer cómo influye el tipo de liderazgo ejercido en la calidad del clima emocional, en los equipos sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Conocer esta relación permitirá adecuar el proceso de toma de decisiones e implementación de medidas estratégicas de gestión organizacional, incorporando además las opiniones y necesidades del propio personal sanitario sobre el clima emocional y estilo de liderazgo ejercido.

2. Metodología

La población participante en el estudio la representa la totalidad del personal médico y enfermero de las áreas y distritos sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. El primer contacto con los y las participantes se realizó a través de la gerencia de las áreas y distritos sanitarios, que, a su vez, informaron al personal responsable de los centros sanitarios correspondientes acerca de los objetivos y metodología del estudio. A través de reuniones internas en cada centro, las personas responsables transmitieron la información referente al estudio a los

² Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Disponible en: http://www.junta.deandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf [acceso: 15/07/2013].

³ Consejería de Salud. Contrato Programa Consejería de Salud-Servicio Andaluz de Salud 2010-2013. Sevilla. 2010.

miembros de sus equipos, asegurando la voluntariedad en la participación, la confidencialidad de los datos y proporcionando el enlace al cuestionario on line.

La metodología empleada es de tipo cuantitativo, usando un cuestionario de elaboración propia con 10 preguntas de clima emocional y 5 preguntas de valoración de responsables en escala Likert, además de datos sociodemográficos.

La parte referida al clima emocional se basó en la propuesta de Borrell (1996) y sus tres dimensiones de clima emocional: calidad de las relaciones interprofesionales (3 preguntas), reconocimiento de saber (3 preguntas) y existencia de un proyecto común (4 preguntas). El apartado de valoración de responsables, se diseñó a partir de una revisión bibliográfica de cuestionarios de clima organizacional y satisfacción laboral, que contemplan y miden las dimensiones del liderazgo de equipo. Cruzando los apartados y temáticas incluidas en los cuestionarios FOCUS 93 (González-Romá y Peiró, 1999), escala CLIOR (Peña-Suárez, Muñiz, Campillo-Álvarez, Fonseca-Pedrero et al., 2013) CVP 35 (Jubete, Lacalle, Riesgo, Cortés et al., 2005) así como en instrumentos específicos para el ámbito sanitario (Robles-García, Dierssen-Sotos, Martínez-Ochoa, Herrera-Carral, 2005) se seleccionaron las cinco dimensiones más comunes referidas a liderazgo y su relación con el clima laboral y emocional. Estas cinco dimensiones se adaptaron e incluyeron como preguntas independientes en la parte de valoración de responsables de nuestro cuestionario y fueron: apoyo, información, capacidad de facilitar la participación, definición de las funciones dentro del equipo y consideración del responsable como “buen líder”.

El cuestionario fue previamente validado en estudios anteriores, cuyo objetivo fue conocer y describir el clima emocional en los equipos de trabajo en Andalucía (March, Oviedo-Joekes, Romero, Prieto et al., 2009) y los modelos de liderazgo ejercidos en este modelo de gestión sanitaria (en prensa).

El clima emocional total se calculó como sumatorio de 10 preguntas en escala Likert (-5, +5 puntos), dando lugar a un índice, cuyos valores pueden oscilar de un mínimo de -50 puntos (clima negativo) a un máximo de +50 puntos (clima positivo). Cada una de las 3 dimensiones del clima emocional se corresponde con un subíndice que, para las relaciones interprofesionales y el reconocimiento del saber oscila de -15 a +15 puntos, mientras que para el proyecto común se sitúa entre -20 y +20 puntos.

Así mismo, se calculó un índice de valoración de responsables, a partir de la suma de las 5 preguntas del cuestionario. Este índice oscila entre -50 y +50 puntos, indicando -50 una consideración negativa sobre la capacidad de liderazgo del responsable y +50, la opinión favorable sobre su labor como líder.

El análisis de los datos, realizado con SPSS 15.0 incluyó: descripción de la población participante (sexo, edad, categoría profesional, años de experiencia profesional en el equipo), análisis descriptivo de los índice de clima emocional y de valoración de responsables, análisis bivariante de los dos índices (estudios de correlación bivariada, coeficiente de correlación de Pearson y comparación de medias con Anova de un factor, en función de sexo y categoría profesional) y análisis multivariante del índice de clima emocional (un modelos ajustado de regresión lineal, para el que se comprobó la normalidad y homocedasticidad de los residuos leverage, a través de un histograma de residuos y un gráfico de dispersión con residuos y predicciones). El análisis cuantitativo se basó en un nivel de confianza del 95%, es decir se considera una significación estadística para $p < 0,05$.

3. Resultados

Respondieron al cuestionario 6440 profesionales, de 481 equipos de trabajo. La tasa de respuesta fue de un 18,89%, calculada a partir del total de 34087 profesionales de medicina y enfermería del Servicio Andaluz de Salud⁴, según los datos publicados en 2012. De estos, el 53% son personal facultativo (de los cuales el 53% son hombres) y el resto del 47% pertenece a la categoría profesional de enfermería (de los cuáles los hombres representan el 34%). El 56% del total de personas encuestadas, son mujeres. La media de edad general es de 47,7 años (DT. 8,26), los hombres tienen una media de edad de 49,3 años (DT. 7,92) y las mujeres de 46,4 años (DT. 8,30). La experiencia media en el equipo es de 7,5 años (DT. 7,07), siendo entre los hombres de 8,21 años (DT. 7,45) y entre las mujeres de 6,88 años (DT. 6,69). A continuación, se presentan los resultados del clima emocional y el liderazgo percibido, así como de la relación entre las dos variables.

⁴ Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. SAS.2012. Información Básica. Sevilla, 2013. Disponible en <http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/575/pdf/>

Clima emocional.

La media del índice de clima emocional es de 21,9 puntos (DT. 17,16). Las diferencias por sexo y categoría profesional son estadísticamente significativas ($p < 0,05$): las mujeres perciben mejores valores de clima emocional (23,2 puntos de media, DT, 16,80, frente a la media masculina de 20,5, DT. 17,42). Por categoría profesional, las diferencias no son acusadas, aunque se observa que el personal médico registra una media de 22,7 (DT.16,83), frente a los 21,1 puntos del personal de enfermería (DT. 17,48).

Si analizamos la información en función de las tres dimensiones del clima emocional, observamos que las relaciones interprofesionales son el aspecto mejor valorado (Tabla 1). Las mujeres suman más de un punto a la media de este índice, mientras que las diferencias por categoría profesional indican una leve superioridad en la evaluación del personal médico (aunque este dato no es estadísticamente significativo). En el caso del reconocimiento del saber, la diferencia por categoría profesional es más acusada y estadísticamente significativa: médicos y médicas valoran su reconocimiento del saber de forma sensiblemente mejor que el personal de enfermería. Sin embargo las diferencias por sexo son mínimas. Respecto a la existencia de un proyecto común del equipo, las mujeres se sienten en mayor medida como parte de este proyecto, si bien, por categoría profesional, no se registran diferencias importantes.

Tabla 1. Dimensiones del clima emocional (Anova de un factor)

		Clima (-50,+50)	Relaciones interprof. (-15,+15)	Reconocimiento del saber (-15,+15)	Proyecto común (-20,+20)
Media total		21,90	7,31	6,68	7,87
Sexo	Hombre	20,47	6,72	6,57	7,14
	Mujer	23,19	7,79	6,78	8,48
	p	<0,001*	<0,001*	0,160	<0,001*
Categoría Profesional	Personal Médico	22,73	7,46	7,22	7,96
	Personal Enfermería	21,06	7,13	6,06	7,77
	p	<0,001*	0,022*	0,001*	0,314

* Diferencias estadísticamente significativas.

Valoración de responsables.

La media de este índice es de 29,1 puntos (DT. 19,63), indicando una valoración alta de las personas encuestadas respecto a la labor ejercida por el personal responsable en el marco de un liderazgo de equipo. Entre las cinco dimensiones de este índice, lo que mejor se valora por parte de los y las profesionales, son el apoyo e información por parte de sus responsables.

Las diferencias por sexo y categoría profesional son estadísticamente significativas: las mujeres puntúan el liderazgo con casi dos puntos por encima de los hombres. Estas diferencias son más acusadas en las dimensiones de participación, definición de funciones y consideración del responsable como “buen líder”. Por categoría profesional, son los médicos y médicas quienes mejor consideran la labor ejercida por sus líderes. En este caso, las mayores diferencias se observan en la valoración sobre apoyo, información y participación (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones de la valoración de responsables (Anova de un factor)

		Valoración Responsable (-50,+50)	Apoyo (-50,+50)	Información (-50,+50)	Participación (-50,+50)	Definición funciones (-50,+50)	Buen líder (-50,+50)
Media total		29,10	31,30	31,50	30,50	29,80	22,40
Sexo	Hombre	28,15	30,50	30,80	29,20	28,60	21,50
	Mujer	29,91	31,90	32,20	31,50	30,70	23,10
	p	<0,001*	0,010*	0,017*	<0,001*	<0,001*	<0,011*
Categoría Prof.	Personal Médico	29,62	31,90	32,10	31,00	30,00	23,10
	Personal Enferm.	28,51	30,60	30,90	29,90	29,50	22,50
	p	0,025*	0,017*	0,036*	0,052	0,313	0,010*

* Diferencias estadísticamente significativas.

Relación entre clima emocional y valoración de responsables.

La alta correlación que se registra entre estos dos índices totales indica que las dos variables mantienen una interdependencia importante: a medida que aumenta la calidad del clima emocional, la valoración de los responsables también incrementa (Tabla 3). De las dimensiones medidas en la valoración de responsables, son la capacidad de facilitar la participación y la de definir funciones, las que en mayor medida inciden en la percepción sobre el clima emocional. Por otra parte, el estilo de liderazgo imprime una mayor influencia en el reconocimiento del saber.

Tabla 3. Clima emocional y liderazgo (Coeficiente de correlación de Pearson)*

Índice correlación	Valoración responsable	Apoyo	Información	Participación	Definición funciones	Buen líder	
Clima emocional	Total	0,646	0,570	0,551	0,614	0,584	0,518
	Hombre	0,672	0,586	0,579	0,640	0,625	0,527
	Mujer	0,622	0,553	0,526	0,590	0,548	0,508
	Personal médico	0,660	0,581	0,557	0,625	0,585	0,524
	Personal enfermería	0,632	0,557	0,544	0,602	0,584	0,511
Relaciones interprof.	Total	0,487	0,439	0,409	0,463	0,439	0,389
	Hombre	0,506	0,449	0,433	0,484	0,471	0,397
	Mujer	0,477	0,425	0,387	0,449	0,411	0,381
	Personal médico	0,496	0,449	0,416	0,475	0,436	0,387
	Personal enfermería	0,477	0,428	0,403	0,450	0,443	0,391
Reconocimiento saber	Total	0,663	0,577	0,570	0,641	0,588	0,535
	Hombre	0,699	0,603	0,612	0,672	0,639	0,552
	Mujer	0,632	0,555	0,535	0,617	0,545	0,518
	Personal médico	0,683	0,589	0,581	0,655	0,600	0,548
	Personal enfermería	0,645	0,565	0,561	0,630	0,579	0,521
Proyecto común	Total	0,569	0,498	0,483	0,532	0,524	0,459
	Hombre	0,587	0,508	0,497	0,553	0,556	0,463
	Mujer	0,552	0,489	0,469	0,511	0,494	0,452
	Personal médico	0,580	0,511	0,589	0,540	0,523	0,464
	Personal enfermería	0,558	0,486	0,477	0,523	0,525	0,453

En relación a la calidad de las relaciones interprofesionales, todo el personal encuestado coincide en considerar las oportunidades de participación, la dimensión más influyente. Sin embargo, con respecto al reconocimiento del saber, se observan ciertas diferencias por sexo: si bien, la participación aparece de nuevo como primer aspecto clave, los hombres señalan también la importancia de una buena definición de funciones por parte de sus responsables, mientras que las mujeres destacan la necesidad de apoyo.

En la consideración sobre la existencia de un proyecto común, las diferencias son más visibles por categoría profesional: mientras que el personal médico subraya la importancia de la información, el personal de enfermería destaca la definición de funciones y la participación.

El modelo de regresión ajustado, tomando como variable dependiente el índice de clima emocional (Tabla 4), refleja que, para el perfil de referencia (hombre, médico, con índice mínimo de liderazgo), el valor medio del clima emocional es de 5 puntos. A partir de esta constante, se confirma que la categoría profesional de enfermería resta casi 1,5 puntos y las mujeres suman casi dos puntos en su percepción del clima emocional. Así mismo, por cada punto que aumenta el índice de liderazgo, el clima emocional aumenta una media de 0,6 puntos. Los datos son estadísticamente significativos ($p < 0,01$), con un coeficiente de correlación lineal de $r = 0,78$ (coeficiente de determinación lineal $R^2 = 0,60$).

Tabla 4. Modelo de regresión.
Variable dependiente: clima emocional

	Coefficiente B	p
Perfil constante (hombre, médico, índice liderazgo mínimo)	5,099	<0,01
Enfermería	-1,402	<0,01
Mujeres	1,979	<0,01
Valoración de responsable	0,562	<0,01

5. Discusión

Los resultados del estudio revelan la existencia de un liderazgo de equipo, acompañado de valores de clima emocional medio, en los equipos sanitarios participantes. Así mismo, se confirma una relación importante entre la calidad del clima emocional (y especialmente el reconocimiento del saber) y la valoración del responsable, asociándose sobre todo con la capacidad del líder de facilitar la participación de todos los profesionales en el equipo, así como de definir y comunicar los objetivos y tareas a realizar.

Entre las limitaciones del trabajo, habría que mencionar en primer lugar, las inherentes a la investigación cuantitativa: la baja participación de la población en la cumplimentación del cuestionario on line y la dificultad de conocer en profundidad las opiniones y posicionamiento

del personal sanitario encuestado. Pese a la necesidad de ampliar este trabajo con un estudio de enfoque metodológico cualitativo, que permita enriquecer y contextualizar los resultados (Zabalegui, 2002), cabe destacar la ventaja del uso del cuestionario, que permite extrapolar los resultados y comparar los datos con estudios similares realizados en otros contextos.

Retomando el modelo explicativo de Zaccaro, Rittman y Marks (2001), nuestro estudio revela que son las competencias cognitivas y motivacionales de liderazgo las que influyen en mayor medida en el clima emocional del equipo. Estas dos dimensiones comparten, en igual medida, la necesidad de estimular la participación de los miembros del equipo de trabajo, como forma de construir modelos mentales comunes y promover la cohesión y eficacia colectiva. Según Pons-Verdú y Ramos-López (2012) impulsar la participación en el equipo, estrategia de que los autores denominan un estilo de liderazgo inspiracional, conlleva un clima organizacional más óptimo. También Garay-Madariaga (2010) destaca el perfil del líder como mecanismo para poner en funcionamiento modelos mentales adecuados en la comunicación interprofesional, tanto horizontal como vertical, lo que aseguraría según este autor, un contexto de confianza en los procesos relacionales del equipo y, por ende, un mejor clima laboral. Por tanto, la necesidad de intensificar una participación más activa de todos los miembros del equipo sanitario, favorecería, según los resultados de este estudio, relaciones interprofesionales óptimas, a la vez que, en el marco de la apuesta por un liderazgo de equipo, consolidaría la existencia de un proyecto común compartido por todos los y las profesionales.

Este estudio sitúa la categoría profesional y el sexo como variables diferenciadoras en la percepción sobre clima emocional y valoración del responsable. En primer lugar, destaca que mujeres y personal facultativo valoran mejor la calidad del clima emocional y la capacidad de liderazgo de sus responsables. Es necesario indicar que, para el futuro, sería oportuno introducir en el análisis la variable de sexo de la persona responsable, lo que aportaría una interpretación más completa de los datos, aunque desde una perspectiva de género, que hasta el momento no orienta el actual trabajo.

En relación a la categoría profesional del personal sanitario participante en nuestro estudio, las diferencias son especialmente visibles en la percepción sobre el reconocimiento del saber. Coincidiendo con los resultados de estudios similares, el personal de enfermería se sienten insuficientemente reconocido (March, Oviedo-Joekes, Romero, Prieto et al., 2009); (Subirana y Fargues, 2005); (Martin, o'Brien, Heyworth et al., 2008) por lo que el liderazgo de equipo tendría que reforzar los aspectos motivacionales (Goetz, Beutel, Mahler, Trierweiler-Hauke et

al., 2012) y de apoyo (Chiang, Salazar, Martín y Nuñez, 2011). Por otra parte, la categoría profesional imprime perspectivas diferentes en cuanto a la mejora del proyecto común del equipo: médicos y médicas demandan más información de sus responsables, mientras que el personal de enfermería sugieren la necesidad de mejor definición de las funciones y de participación. En la bibliografía disponible encontramos resultados similares con respecto a la demanda de mejor comunicación por parte del personal facultativo, aunque esta necesidad es extensible al personal de enfermería (Goetz, Beutel, Mahler, Trierweiler-Hauke et al., 2012), (Chiang, Salazar, Martín, Nuñez, 2011). El hecho de que en nuestro estudio, los enfermeros y enfermeras prioricen la definición de funciones y la participación, podría indicar la demanda de mejor capacidad motivacional y de coordinación de los líderes. Pero además, sugiere una visión global sobre el trabajo en equipo, donde las competencias personales y técnicas de todos los profesionales, así como de sus responsables, deberían confluir en la organización, liderazgo y gestión de un equipo cohesionado (Tipismana, 2011).

En base a los resultados obtenidos, el estudio muestra la necesidad de intervenir sobre los mecanismos de adaptación del estilo de liderazgo de equipo, como estrategia de mejora del clima emocional en el equipo. Asimismo, parece preciso incorporar cauces y aumentar las posibilidades de participación, otorgando un mayor protagonismo a los y las profesionales y favoreciendo la gestión compartida en los equipos de trabajo. En este marco, sería necesario también impulsar las habilidades motivacionales y cognitivas de liderazgo, encaminadas a un mejor reconocimiento del saber enfermero dentro del equipo. Creemos que incorporar estas pautas al modelo de gestión organizacional en unidades de gestión clínica, contribuiría no sólo a mejorar la calidad del clima emocional, sino que además, conllevaría una mejor organización laboral, la participación activa, comunicación positiva y compromiso profesional de todos los miembros del equipo (Peya, 2008).

*AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS RESPONSABLES EN LOS EQUIPOS
SANITARIOS DE ANDALUCÍA. UN ESTUDIO CUANTITATIVO Y
CUALITATIVO.*



Resumen

Objetivo: Conocer la autopercepción de los y las responsables de los equipos sanitarios de Andalucía.

Material y métodos: Diseño exploratorio descriptivo mixto cuantitativo y cualitativo, llevado a cabo entre 2013 y 2015. **Emplazamiento:** Andalucía. **Participantes:** Total de responsables de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y de las Unidades de Pediatría, Urgencias y Medicina Interna de las Áreas de Gestión Sanitaria. **Muestreo intencional** de 24 responsables para el estudio cualitativo. **Análisis:** Estudio estadístico descriptivo y análisis bivariante de diferencias de medias. Análisis de contenido de las entrevistas incluyendo: codificación, árbol de categorías y triangulación de resultados.

Resultados: La dimensión que mejor autovaloran los y las responsables es el apoyo que prestan a sus profesionales y la peor es la referente a la autodefinición como “buen/a líder”. La definición de “buen líder” gira en torno a 3 dimensiones clave: honestidad y capacidad de ganarse la confianza del equipo, actitud comunicativa y cercana, reconocimiento y refuerzo de los miembros del equipo. Se describen estilos dispares de liderazgo. Las principales dificultades que condicionan el ejercicio de liderazgo se relacionan con las restricciones derivadas de la crisis económica y con la gestión de los conflictos personales.

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

Palabras clave. Liderazgo, Equipos, Cultura Organizacional; Gestión en Salud; Andalucía.

1. Introducción

La situación de cambio organizacional caracteriza la institución sanitaria y plantea retos de adaptación continua de los sistemas asistenciales. Los condicionantes económicos imponen cada vez mayores exigencias para la competitividad (Teixidor i Freixa, 2004), conllevando nuevos desafíos organizacionales y de gestión.

Frente a un paradigma de dirección que pone el acento en la visibilidad y protagonismo, en la actualidad se apuesta por un líder capaz de liberar el talento y energía de los equipos, centrarse y ponerse al servicio de los demás (Álvarez de Mon, 2006). Autores como Hoyos, Cardona y Correa (2008) señalan la necesidad de integrar las prácticas de liderazgo en un proceso de humanización de salud, caracterizado por incentivar la comunicación y resolución de conflictos, generar cambios en los comportamientos y actitudes y promover el bienestar integral de profesionales y pacientes. En Atención Primaria, Morales y Molero (1995) y Alcázar, Otero e Iglesias (1996) destacan el liderazgo como condicionante básico del espíritu real del equipo, así como para conseguir el compromiso personal con los objetivos de la unidad sanitaria.

Apostando por la importancia de conocer también la autopercepción de los y las responsables en el ejercicio de sus funciones, Goleman (2013) establece 6 “tipos ideales” que podrían caracterizar diferentes tipos de liderazgo.

Desde este marco teórico el objetivo general de este estudio es conocer la autopercepción y experiencias de los y las responsables de los equipos sanitarios, con respecto al apoyo, refuerzo, información, participación, cuidado de las relaciones interprofesionales, traslado de funciones, organización de la Unidad y percepción de “buen/a líder”.

2. Material y métodos

Diseño exploratorio descriptivo mixto cuantitativo y cualitativo.

· Participantes

La población del estudio cuantitativo fue el total de responsables de Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y de las Unidades de Pediatría, Urgencias y Medicina Interna de

las Áreas de Gestión Sanitaria constituidas antes de 2012 (471 responsables). El contacto se hizo a través de correo electrónico, presentando el objetivo del estudio y facilitando un enlace para acceder al cuestionario. La aplicación se realizó entre noviembre y diciembre de 2013.

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

· Recogida de datos

Se empleó un cuestionario de elaboración propia, previamente validado (March-Cerdà, Danet y García-Romera, 2015), con 10 preguntas en escala Likert (-5 puntuación más baja, +5 puntuación más alta) sobre: apoyo, información, participación, traslado de funciones, refuerzo y reconocimiento, relaciones interprofesionales, organización y funcionamiento y percepción de “buen/a líder”.

Para las 24 entrevistas semiestructuradas se usó un guión con los siguientes bloques: definición de buen/a líder, estilo de liderazgo autopercebido (según el modelo de Goleman) (2013), apoyo y refuerzo, información y comunicación, participación, dificultades y estrategias de afrontamiento. Tras conocer los objetivos y dar su consentimiento informado, las personas seleccionadas participaron en sesiones de 1 hora, que se grabaron en audio y se transcribieron literalmente.

· Análisis de datos

Los datos cuantitativos se analizaron con el software SPSS 15.0, realizando: 1. estudio estadístico descriptivo de las distintas dimensiones estudiadas, con medidas de posición y dispersión, segmentado en función de las variables de carácter sociodemográfico y 2. análisis bivalente de diferencia de medias (prueba T-Student o análisis de ANOVA) para evaluar las diferencias según sexo y según número de años en el equipo.

El análisis de contenido se realizó con el programa informático Nudist Vivo, hasta la saturación de la información e incluyó la codificación en categorías preestablecidas y emergentes, recodificación en árbol de categorías y triangulación de los resultados entre dos personas del equipo investigador.

3. Resultados

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

La dimensión mejor valorada es la relativa al apoyo que prestan a sus profesionales, mientras que la que peor valoran es la autoconsideración como “buen/a líder” (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados cuantitativos generales

DIMENSIONES	Válidos	Perdidos (%)	Media (+5, - 5)	Desv. típ.
Apoya a los profesionales de su equipo	256	11,41	4,44	1,19
Mantiene informado a los profesionales de su unidad	256	11,41	4,27	1,25
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	255	11,76	4,29	1,08
Promueve la participación de las personas de su equipo	255	11,76	4,25	1,09
Refuerza a los miembros del equipo	256	11,41	4,17	1,24
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	255	11,76	3,96	1,22
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	252	12,80	3,90	1,14
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	255	11,76	3,74	1,31
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	255	11,76	3,59	1,11
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	220	23,87	3,19	1,36

Aunque no existen diferencias significativas en función del sexo, cabe destacar que en todas las dimensiones, las mujeres ofrecen una valoración ligeramente superior (Tabla 2).

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

DIMENSIONES	Media		Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia	p-valor
	Mujeres	Hombres			
Apoya a los profesionales de su equipo	4,5	4,4	0,104	(-0,240 - 0,448)	0,550
Mantiene informado a los profesionales de su unidad	4,27	4,26	0,01	(-0,354 - 0,373)	0,958
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	4,34	4,23	0,155	(-0,239 - 0,468)	0,522
Promueve la participación de las personas de su equipo	4,24	4,2	0,042	(-0,319 - 0,402)	0,820
Refuerza a los miembros del equipo	4,19	4,17	0,018	(-0,340 - 0,375)	0,921
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	3,9	3,95	-0,046	(-0,435 - 0,343)	0,814
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	3,99	3,83	0,157	(-0,197 - 0,511)	0,382
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	3,76	3,66	0,093	(-0,313 - 0,499)	0,652
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	3,57	3,54	0,028	(-0,317 - 0,373)	0,874
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	3,17	3,15	0,015	(-0,420 - 0,450)	0,945

La antigüedad en el equipo así como la experiencia como responsable del equipo no generan un impacto estadísticamente significativo sobre la valoración de las dimensiones de liderazgo (Tabla 3 y Tabla 4).

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

Factor	Media (Años en el Equipo)		Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia	p-valor
	Menor o igual a 10 años	Más de 10 años			
Apoya a los profesionales de su equipo	4,46	4,40	0,059	(-0,236 - 0,355)	0,692
Mantiene informado a los profesionales de su unidad	4,24	4,30	-0,066	(-0,381 - 0,248)	0,678
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	4,20	4,34	-0,140	(-0,447 - 0,166)	0,367

Promueve la participación de las personas de su equipo	4,16	4,28	-0,119	(-0,427 - 0,189)	0,449
Refuerza a los miembros del equipo	4,16	4,19	-0,025	(-0,340 - 0,290)	0,876
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	3,84	4,05	-0,215	(-0,550 - 0,120)	0,208
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	3,95	3,79	0,161	(-0,165 - 0,487)	0,331
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	3,67	3,73	-0,063	(-0,422 - 0,297)	0,732
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	3,57	3,53	0,038	(-0,283 - 0,359)	0,816
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	3,10	3,22	-0,114	(-0,505 - 0,278)	0,568

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

Factor	Años como responsable del equipo			p-valor
	Menor o igual a 7	Entre 7 y 15 años	16 o más años	
N	153	49	17	
Apoya a los profesionales de su equipo	4,451	4,367	4,412	0,896
Mantiene informado a los profesionales de su unidad	4,275	4,245	4,235	0,982
Los profesionales de su equipo tienen oportunidades de participación	4,281	4,204	4,294	0,914
Promueve la participación de las personas de su equipo	4,190	4,245	4,353	0,838
Refuerza a los miembros del equipo	4,144	4,184	4,412	0,667
Los miembros del equipo conocen claramente cuáles son sus funciones	3,902	4,061	3,824	0,689
Evalúa de forma adecuada a los profesionales de su equipo	3,887	3,917	3,706	0,813
El trato y las relaciones dentro del equipo son óptimas/positivas	3,654	3,776	3,824	0,798
La organización y funcionamiento de su unidad son adecuados	3,569	3,551	3,412	0,872
Las personas de su equipo lo consideran un buen líder	3,179	3,114	3,071	0,936

· **Definición de buen/a líder.**

Según las personas responsables de equipos, la definición de “buen/a líder” gira en torno a tres dimensiones claves: 1. honestidad y capacidad para ganarse la confianza del equipo, 2. actitud comunicativa y cercana y 3. reconocimiento y refuerzo de los miembros del equipo.

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

“Lo fundamental es ser honesto, no mentir” (AGS Sur Granada)

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

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

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

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

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

· **Estilos de liderazgo autopercebido**

Se describen estilos de liderazgo dispares, desde actitudes y comportamientos más autoritarios, hasta posturas de mayor apoyo y comprensión, o aumento de la participación y comunicación con sus profesionales. La tabla 5 recoge los estilos de liderazgo autodescritos, en base a la clasificación de Goleman (2013).

Tabla 5. Estilos de liderazgo autopercibido, clasificados según el modelo de Goleman.

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

Apoyo y refuerzo

Los y las responsables de equipo consideran que apoyan a sus profesionales, tanto en el plano profesional como en el personal y la mayoría afirma reforzar a sus equipos.

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

“Refuerzo positivamente a los profesionales a través de acciones como vídeos de la unidad, reuniones de equipo, empezar con lo positivo, hablar en plural, animar, compartir la estrategia, trabajar el sentido de pertenencia del equipo” (DS Poniente)

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

“Yo he tenido suerte con el equipo, cuento con su apoyo y siento que creen en mí”

(Distrito Córdoba)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Prefiero una comunicación “natural”, intento combinar la grupal y la individual, y la verbal y escrita” (AGS Osuna)

“Por correo electrónico nos comunicamos bien, tenemos un blog y también WhatsApp” (AGS Norte de Málaga)

“Fomento la participación, fundamentalmente, a través de las reuniones de equipo” (DS Córdoba)

· **Dificultades y afrontamientos en el ejercicio del liderazgo.**

Las dificultades para el ejercicio de liderazgo se relacionan con las restricciones impuestas por la crisis económica y con la gestión de los conflictos personales.

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

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

Tabla 6. Dificultades y estrategias de afrontamiento

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

4. Discusión

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

La principal limitación del estudio cuantitativo son los casos perdidos, posiblemente relacionados con la aplicación del cuestionario on-line. Por otra parte, la metodología cualitativa basada en un muestreo intencional puede condicionar los resultados. Pese a los beneficios que aportaría realizar este trabajo también en otros ámbitos sanitarios y ampliar la muestra a todas las unidades de gestión clínica a nivel andaluz, consideramos que la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa tiene la ventaja de ofrecer una visión completa sobre la autopercepción del liderazgo.

El estudio sociodemográfico de la población participante refleja una participación superior de los hombres en comparación con las mujeres. Sin embargo, en el análisis de los resultados no se han observado diferencias significativas en las respuestas según sexo, antigüedad o años como responsable. Esta tendencia se integra en una menor participación y visibilidad social de las mujeres, incluso entre los mandos directivos, tanto en ámbitos laborales como políticos⁵, lo que se ha venido explicando desde las teorías de género, a través de la metáfora del techo de cristal (Cuadrado, Molero y Navas, 2006) (Barberá y Ramos, 2004).

Uno de los aspectos más destacados de nuestro estudio cuantitativo revela que los/as responsables consideran ofrecer apoyo a sus profesionales, lo que según la bibliografía disponible permitiría establecer buenos ambientes laborales (Menárguez y Saturno, 1998) (Cantera FJ y Yáñez JL, 2008), orientar y dar confianza para un mejor desarrollo de las actividades. En la parte cualitativa, los discursos sitúan el apoyo tanto en el plano personal como profesional, en base a una actitud explícita de refuerzo, y por otra parte, a través de una demanda de reciprocidad. Esta lógica dicotómica podría responder a la necesidad de prevenir el aislamiento personal (Goetz, Beutel y Mahler et al., 2012) y desarrollar las habilidades relacionales del personal directivo (Aguilar, Calvo y García, 2007).

En la descripción de un “buen/a líder”, se pone en valor la importancia de compatibilizar acciones relacionadas con el trabajo y las personas, desde una dinámica participativa, promoviendo la comunicación efectiva, trabajo en equipo y gestión por valores (Ángel, 2006). Esta dinámica se concreta en acciones específicas identificadas por las personas responsables,

⁵ Europa Press. Estudio de la Universidad de Sevilla concluye que las mujeres tienen escasa participación en procesos de transferencia de conocimiento. Sevilla, 6 marzo 2015.

<http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-estudio-us-concluye-mujeres-tienen-escasa-participacion-procesos-transferencia-conocimiento-20150306184543.html>

encaminadas a una mayor responsabilidad y compromiso de los/as profesionales (Alcázar, Otero e Iglesias F, 1996). Por otra parte, asegurar una comunicación fluida y bidireccional aparece como un elemento de cohesión para el equipo, determinante tanto para el cuidado de las relaciones interprofesionales como para la toma de decisiones compartidas. Otras cuestiones identificadas por las personas entrevistadas tienen que ver con garantizar una buena comunicación interna, cuidar el clima emocional del equipo, mostrar una actitud de compañerismo, adaptarse a las circunstancias, orientar la actividad hacia los objetivos y motivar al equipo.

Por tanto, la capacidad de promover la participación, cohesión y comunicación interpersonal dentro de los equipos surge como principal pilar del liderazgo óptimo. Según Ruiz López y Carrasco González (2010), son precisamente estos elementos los que aseguran la eficacia de los equipos, a la vez que promueven los principios de justicia y equidad.

A pesar de que se observa un consenso entre las personas participantes con respecto a la características y actuaciones de un/a “buen/a líder”, en la práctica se describen actitudes y comportamientos que indican estilos muy variados de liderazgo. Siguiendo el modelo de Goleman (6), todos los estilos de liderazgo están representados entre nuestros responsables, a excepción del estilo coercitivo. Aunque Goleman (2013) describe tipos ideales de liderazgo (en sentido weberiano), y en nuestro estudio se identifican una mayoría de estilos mixtos (combinación de varios tipos de liderazgo), la auto-descripción de los liderazgos ejercidos indica la variedad de estrategias relacionales, comunicacionales y directivas presentes a nivel del sector sanitario. Así mismo, la heterogeneidad de estilos podría ser un firme indicador de la adaptabilidad de los/as líderes a sus equipos.

Paradójicamente, cuando se les pide que se autovaloren como “buen/a líder”, la mayoría de los encuestados se puntúan peor al resto de variables medidas. Los resultados cualitativos ofrecen una explicación de esta autovaloración crítica, en base al contexto de crisis económica. Las deficiencias infraestructurales y las restricciones de recursos y personal aparecen como principal limitación en el ejercicio del liderazgo. Una segunda dificultad se relaciona con la gestión de los conflictos personales, propiciados tanto por algunos profesionales tóxicos, como por la falta de habilidades de los/as responsables para hacerles frente. En este sentido, Aguilar, Calvo y García (2007) señalan la importancia de promover valores como el universalismo, logro y autodirección, mientras que otros autores abogan en mayor medida por los beneficios de la

dinámica participativa, que promueva responsabilidad, integridad y compromiso de todos los miembros del equipo (Ángel, 2006).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado se exponen las conclusiones generales a partir de los resultados de los estudios que configuran la tesis. Y a continuación se presenta, de manera sintética, las conclusiones en función de cada uno de los objetivos específicos. Por último, se incluye una serie de recomendaciones orientadas a mejorar la calidad del clima emocional y el liderazgo en los equipos sanitarios en el ámbito andaluz.

CONCLUSIONES GENERALES

Los estudios realizados en el marco de esta tesis confirman que el **ámbito emocional** aparece como condicionante del trabajo en equipo. Así, los datos avalan la hipótesis sobre la importante **relación entre la calidad del clima emocional y la valoración del liderazgo**.

La definición del concepto de **clima emocional** formulado por los y las profesionales a través de los estudios cualitativos, confirma las dimensiones del modelo teórico de Borrell (2007, 2001, 1996), además de la capacidad de liderazgo y los elementos de organización laboral específicos del contexto sanitario (horario, turnicidad, disponibilidad de recursos humanos e infraestructuras).

El personal médico y de enfermería de Atención Primaria identifican las siguientes dimensiones que afectan al ambiente laboral y emocional en sus centros: organización y condiciones de trabajo, relaciones interprofesionales (gestión de los conflictos, estilo de liderazgo, actitudes personales, reconocimiento) y existencia de un proyecto común. Así, para los y las profesionales del primer nivel de atención, las dimensiones contempladas por Borrell influyen en el clima emocional, identificando otras variables de influencia tales como el liderazgo (que se considera un condicionante clave), las actitudes personales y los condicionantes organizativos. La percepción de un clima emocional negativo se relaciona con la percepción de burnout y la existencia de un liderazgo no integrador.

En el ámbito de la Atención Hospitalaria, los aspectos relacionados con la especificidad y organización del trabajo pueden mejorar la percepción del clima, así como facilitar la comunicación y los procesos de participación. En este sentido, un liderazgo orientado a una

dirección y coordinación óptima maximizaría la percepción del clima en los equipos con una influencia positiva en la calidad asistencial y satisfacción de pacientes.

En general, los y las profesionales realizan una valoración media-baja del clima emocional. En función del **sexo**, el análisis cualitativo muestra una mejor valoración entre las **mujeres**, a pesar de que el análisis cuantitativo no refiere diferencias significativas entre ambos sexos. La variable edad muestra que son las personas menores de 30 y los mayores de 60 las que mejor valoración hacen del clima.

Atendiendo a las dimensiones planteadas por Borrell (1996, 2001, 2007) y en función de la categoría profesional, el personal de enfermería se siente menos **reconocido profesionalmente** por lo que el liderazgo de equipo tendría que reforzar los aspectos motivacionales y de apoyo. Sin embargo, este colectivo profesional es el que valora de manera más positiva las **relaciones interprofesionales** que mantienen con sus compañeros y compañeras. El personal médico el que realiza una mejor valoración del clima emocional en general y con el reconocimiento del saber y el proyecto común, en particular.

Por niveles asistenciales, **Atención Primaria registra valores de clima emocional sensiblemente mejores en comparación con los centros de Atención Hospitalaria**. Los equipos sanitarios de los centros hospitalarios perciben de manera acusada la excesiva parcelación del trabajo, el escaso acceso a los circuitos comunicacionales cerrados o la insuficiencia de mecanismos de participación y visibilización de su labor asistencial.

Las estrategias de mejora del clima emocional son, para hombres y personal facultativo, las capacidades de apoyo e información de sus responsables, mientras que, para mujeres y personal de enfermería, son las oportunidades de participación.

Es necesario diseñar modelos de gestión que faciliten el reconocimiento del saber y las habilidades del líder en dinamizar la participación y el protagonismo de los y las profesionales de la salud.

Se demuestra la existencia de una **relación importante entre la calidad del clima emocional** (y especialmente el reconocimiento del saber) y **la valoración del responsable**, asociándose sobre todo con la capacidad del líder para facilitar la participación del conjunto de profesionales en el equipo, así como de definir y comunicar los objetivos y tareas a realizar. Las

competencias cognitivas y motivacionales de liderazgo son las que influyen en mayor medida en la calidad del clima emocional del equipo.

En función del sexo y de la categoría profesional, podemos afirmar que, en general, son las mujeres y el personal facultativo las que mejor valoran la calidad del clima emocional y la capacidad de liderazgo de sus responsables.

En cuanto al **proyecto común del equipo**, médicos y médicas demandan más información de sus responsables, mientras que el personal de enfermería sugiere la necesidad de una mejor definición de las funciones y de posibilidades de participación.

En este sentido, se confirma la hipótesis de autores como Pons-Verdú y Ramos-López (2012), que defienden que impulsar la **participación en el equipo** (estrategia de que los autores denominan un estilo de liderazgo inspiracional) conlleva un clima organizacional más óptimo. Intensificar una participación más activa de todos los miembros del equipo sanitario, favorecería, según los resultados de este estudio, relaciones interprofesionales óptimas, a la vez que, en el marco de la apuesta por un liderazgo de equipo, consolidaría la existencia de un proyecto común compartido por todos los y las profesionales.

Con respecto a la opinión de los y las profesionales sobre sus responsables, las **cinco dimensiones de liderazgo** son en general bien evaluadas por los y las profesionales de los equipos. Los aspectos mejor valorados son el grado de información y el apoyo que confieren los/as responsables, mientras que la peor valorada es la referente a si consideran tener un “buen/a líder”. Los elementos que en mayor medida condicionan la valoración de los/as superiores como “buenos/as líderes”, son el apoyo y las oportunidades de participación.

Cabe destacar que los equipos de **atención primaria** realizan una valoración más positiva del liderazgo que en las unidades de **atención hospitalaria**. Existen diferencias por categoría profesional: en los distritos sanitarios (equipos de atención primaria), el personal de enfermería valora mejor a su responsable en comparación con las Áreas de Gestión Sanitaria (equipos de atención hospitalaria).

Las **mujeres** tienen una percepción superior en todas las dimensiones. El grupo de **edad** que mejor valora a sus responsables es de 30 a 40 años, mientras que la experiencia de las personas que llevan menos de 1 año también conlleva una mejor evaluación de los/as líderes.

En relación al liderazgo de los equipos, enfermeros y enfermeras priorizan la definición de funciones y la participación, lo que podría estar relacionado con la demanda de mejor capacidad motivacional y de coordinación de los líderes.

Desde **el punto de vista de los y las responsables de equipos sanitarios**, se describe un estilo de liderazgo adaptado a las circunstancias, basado en el apoyo, profesional y personal a sus profesionales y que apuesta por la comunicación, como elemento determinante en la implicación con el proyecto y en la cohesión del equipo. Asegurar una comunicación fluida y bidireccional aparece como un elemento de cohesión para el equipo, determinante tanto para el cuidado de las relaciones interprofesionales como para la toma de decisiones compartidas.

En la práctica se describen actitudes y comportamientos que indican estilos muy variados de liderazgo. La auto-descripción de los liderazgos ejercidos indica la variedad de estrategias relacionales, comunicacionales y directivas presentes a nivel del sector sanitario.

La capacidad de promover la participación, cohesión y comunicación interpersonal dentro de los equipos surge como principal pilar del liderazgo óptimo, mientras que las deficiencias infraestructurales y las restricciones de recursos y personal aparecen como principal limitación en el ejercicio del liderazgo.

En la descripción de un “buen/a líder”, se pone en valor la importancia de compatibilizar acciones relacionadas con el trabajo y las personas, desde una dinámica participativa, promoviendo la comunicación efectiva, trabajo en equipo y gestión por valores.

Los y las profesionales demandan un modelo de gestión más igualitario que permita la participación y reconocimiento de todos los agentes implicados.

Por último, esta tesis confirma la idoneidad de un abordaje metodológico cuantitativo y cualitativo para la aproximación al objeto de estudio. La metodología cualitativa ha permitido la obtención de abundancia de ideas y puntos de vista, aportando matices y enriqueciendo los datos cuantitativos del estudio.

CONCLUSIONES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Objetivo específico 1. Describir el clima emocional de los equipos de Atención Primaria, identificando los factores que influyen en el clima emocional y su influencia en el entorno laboral.

- El ámbito emocional aparece como un espacio donde se construyen muchos de los condicionantes del trabajo en equipo en Atención Primaria.
- Médicos/as y enfermeros/as de AP identifican que los puntos que afectan al ambiente laboral y emocional de sus centros son: organización y condiciones de trabajo, relaciones profesionales (gestión de los conflictos, estilo de liderazgo, actitudes personales y reconocimiento) y existencia de un proyecto común, más allá de los objetivos marcados.
- Las dimensiones contempladas por Borrell (2007, 2001, 1996) influyen en el clima emocional, pero los/as profesionales de AP identifican otras variables de influencia como el estilo de liderazgo (que se considera un condicionante clave), las actitudes personales y los condicionantes organizativos.
- Existen diferencias en la percepción del clima, en función de que se pertenezca a un equipo con clima positivo o negativo. Los equipos con clima emocional positivo otorgan mayor importancia al liderazgo, mientras que los equipos con clima emocional negativo ponen el foco en el desgaste profesional que sufren y encuentran más obstáculos para establecer relaciones óptimas.
- Los y las profesionales de Atención Primaria identifican varios equipos en su entorno laboral, cada uno con especificidades distintas: equipo “consulta” (médico/a-enfermero/a), equipo “categoría profesional” (personal médico-personal de enfermería, con objetivos y dinámicas de trabajo propias) y equipo “centro de salud” (el conjunto de profesionales de la Unidad).

Objetivo específico 2. Describir y analizar la valoración del personal de un Hospital universitario de Andalucía, sobre el clima emocional, el tipo de liderazgo ejercido y la calidad de la información y comunicación.

- Los y las profesionales de Atención Hospitalaria describen un clima emocional medio-bajo, realiza una valoración positiva del liderazgo en sus equipos, mientras que el grado de información y la calidad de la información y la comunicación ronda valores medios.
- Existen diferencias en la valoración del clima emocional en función de las categorías profesionales. El personal médico realiza una valoración más positiva del índice de clima general y del reconocimiento del saber, mientras que el personal de enfermería valora de manera más positiva las relaciones interprofesionales.
- El tipo de liderazgo condiciona la valoración del clima emocional, mientras que el grado de información y comunicación intrahospitalarias se asocia a las responsabilidades y funciones de las personas que coordinan los equipos.
- Los aspectos relacionados con la especificidad y organización del trabajo en Atención Hospitalaria pueden mejorar la percepción del clima, así como facilitar la comunicación y los procesos de participación.
- En el contexto asistencial hospitalario, una dirección y coordinación óptima maximizarían la satisfacción de los pacientes. En este sentido, se demanda un liderazgo orientador y que fomente la participación.

Objetivo específico 3. Analizar cómo influye el tipo de liderazgo de equipo en la calidad del clima emocional en los equipos sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Andalucía.

- Los y las profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria realizan una valoración media del clima emocional y de manera positiva el liderazgo en sus equipos de trabajo, existiendo diferencias en función del sexo y de la categoría profesional.
- Por cada punto que aumenta el índice de liderazgo, el clima emocional aumenta en 0,6. Por tanto, el tipo de liderazgo ejercido se convierte en uno de los principales factores condicionantes del clima emocional en los equipos de trabajo.
- Existe una relación importante entre la calidad del clima emocional (y especialmente la dimensión “reconocimiento del saber”) y la valoración del responsable, asociándose sobre todo con la capacidad del líder para facilitar la participación de los/as profesionales del equipo, así como de definir y comunicar los objetivos y tareas a realizar.
- Las competencias cognitivas y motivacionales de liderazgo son las que influyen en mayor medida en el clima emocional del equipo. Las dimensiones que tienen mayor peso en la valoración del líder son las referentes a facilitar la participación y definir y comunicar objetivos y tareas, influyendo de manera positiva en la percepción del clima emocional
- Intensificar una participación más activa favorecería, según los resultados de este estudio, relaciones interprofesionales óptimas, a la vez que, en el marco por un liderazgo de equipo, consolidaría la existencia de un proyecto común compartido por el conjunto de profesionales.
- Los y las profesionales apuestan por un estilo de liderazgo inspiracional.

Objetivo específico 4. Analizar la autopercepción y experiencias de los y las responsables de los equipos sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en Andalucía, con respecto a las dimensiones clave que configuran el clima emocional del equipo.

- Los y las responsables describen un estilo de liderazgo adaptado a las circunstancias, basado en el apoyo, profesional y personal a sus profesionales, y que apuesta por la comunicación, como elemento determinante en la implicación con el proyecto y en la cohesión del equipo.
- En la práctica, describen estilos variados de liderazgo, lo que indica la variedad de estrategias relacionales, comunicacionales y directivas.
- Asegurar una comunicación fluida y bidireccional aparece como un elemento prioritario y clave en la cohesión del equipo, determinante tanto para el cuidado de las relaciones interprofesionales como para la toma de decisiones compartida.
- La capacidad de promover la participación, cohesión y comunicación interpersonal dentro de los equipos surge como pilar principal del liderazgo óptimo.
- En la autodescripción de “buen líder” se pone en valor la importancia de compatibilizar acciones relacionadas con el trabajo y las personas, desde una dinámica participativa, promoviendo la comunicación efectiva, trabajo en equipo y gestión por valores.
- Las consecuencias de la crisis económica y la gestión de conflictos personales aparecen como la principal limitación en el ejercicio del liderazgo.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones aportadas por los estudios que forman de esta tesis, se plantean las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar el clima emocional de los equipos sanitarios y el mejor ejercicio de las personas responsables de los mismos:

- Intervenir sobre los **mecanismos de adaptación** del estilo de liderazgo de equipo, como estrategia de mejora del clima emocional en el equipo.
- Apostar por un estilo de **liderazgo integrador**, que estimule la **participación** de los miembros del equipo de trabajo, como forma de construir modelos mentales compartidos, promover la cohesión y eficacia colectiva, facilitando así la toma de decisiones compartida.
- En la relación con la recomendación anterior, se plantea incorporar cauces y aumentar las posibilidades de participación, otorgando un **mayor protagonismo a los y las profesionales** y favoreciendo la gestión compartida en los equipos de trabajo.
- Iniciar una línea de trabajo que permita indagar más en las **consecuencias que la crisis económica** ha tenido en el día a día de los equipos y en el ejercicio de la gestión sanitaria por parte de las personas responsables.
- Seguir profundizando en el **estudio de liderazgo** de los/as responsables de equipos de salud, con el objetivo de **conocer mejor sus experiencias, necesidades y expectativas**. Esta información permitirá diseñar acciones dirigidas a mejorar las habilidades de gestión de las personas y a ofrecer herramientas que faciliten el trabajo con sus equipos en situaciones difíciles.
- Acompañar el modelo organizativo actual del sistema sanitario público andaluz con una **formación específica a los y las responsables de Unidad**, para que se les facilite el ejercicio de un liderazgo efectivo y adaptado a las necesidades, y que permita conseguir un ambiente de colaboración entre el conjunto de profesionales.

- Incorporar estas pautas al **modelo de gestión organizacional en Unidades de Gestión Clínica**, contribuiría no sólo a mejorar la calidad del clima emocional, sino que además, conllevaría una mejor organización laboral, la participación activa, comunicación positiva y compromiso profesional de todos los miembros del equipo (Peya, 2008).
- Es necesario seguir avanzando hacia **modelos de gestión más descentralizados**, como el de las Unidades de Gestión Clínica implantado en el sistema sanitario andaluz, con el objetivo de mejorar el clima y la calidad asistencial. Este tipo de modelos permiten trasladar responsabilidades a los/as profesionales, otorgándoles mayor protagonismo y autonomía en la gestión (March, Danet y García, 2014).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adali E, Priami M, Evagelou H, Mougia V, Ifanti M, Alevizopoulos G. Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *Eur J Psychiat* 2003; 17:161-70.

Anderson RM, Robins LS. How do we know? Reflections on qualitative research in diabetes. *Diabetes Care* 1998. 21(9):1387-8.

Aguilar MC, Calvo A, García MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública Méx.* 2007;49(6):401-7.

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344.

Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P et al. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2004; 78: 505-16.

Alcázar F, Otero A, Iglesias F. La figura del coordinador vista por los profesionales del equipo de Atención Primaria. *Cuad Gest Prof Aten Prim.* 1996;2(1):11-8.

Alonso E, Rubio A, March JC, Danet A. Clima emocional y comunicación interna en una unidad de gestión clínica y dos servicios hospitalarios tradicionales. *Rev Cal Asist* 2011; 26:281-4.

Alvarez de la Trinchera, F. Las emociones en el liderazgo. En March JC (eds.) March JC, Danet A, García I, Valcárcel MC, Bimbela JL, Prieto MA (autores) *Liderar con corazón*. Madrid: You&Us, 2014, pp:139-41

Álvarez de Mon S. Liderazgo y dirección de personas: el liderazgo invisible, clave para la sanidad. En: Rosenmöller M, Ribera J y Gutiérrez Fuentes JA (eds.) *Gestión en el sector de la salud* (Vol. 2). Madrid: Fundación Lilly, 2006. p.355-74.

Ángel G. Concepciones acerca del liderazgo en enfermería. *Enfermería Glob.* 2006; 9.

Barberá E, Ramos A. Liderazgo y discriminación de género. Rev Psicol Gener Apli. 2004;57(2):147-60.

Bimbela, JL. Cuidando al directivo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.

Borrell Carrió F. Cómo trabajar en equipo y relacionarse eficazmente con jefes y compañeros. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 1996.

Borrell Carrió F, De los Reyes López M, García Olmos P, Gracia Guillén D, Pérez Gómez JM. Relaciones entre profesionales sanitarios. Med Clin (Barc). 2001;117:339–50.

Borrell Carrió F. Cómo trabajar en equipo y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2004.

Borrell Carrió F. Competencia emocional del médico. FMC Form Med Contin Aten Prim 2007; 14:133-41.

Borrell I Carrió F. A los profesionales que tienen autoestima les gustan los retos. foods [citado 16 de dic. 2009]. http://www.laboris.net/static/ca_experto_autoestima.aspx.

Büchler P, Martín DF, Büchler MW. Formación en administración de empresas para los cirujanos del futuro: ¿qué nos pueden enseñar las ciencias empresariales? Cirugía española 2006; 79(5): 274-82.

Cantera FJ, Yáñez JL. Aportaciones del liderazgo positivo (I). Las vitaminas en el trabajo: el bienestar psicológico para retener el talento. Cap. Hum. 2008;221:40–8.

Chiang Vega MM, Salazar Botello CM, Martín Rodrigo MJ, Nuñez Partido A. Clima organizacional y satisfacción laboral: una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad. Salud Trab. 2011; 19: 1-12.

Consejería de Salud. Contrato Programa Consejería de Salud-Servicio Andaluz de Salud 2010-2013. Sevilla. 2010.

Côté, S. A social interaction model of the effects of emotion regulation on work strain. *AMR* 2005; 30(3):509-530

Cuadra-Peralta A, Adrián Veloso-Besi CB. Grado de supervisión como variable moderadora entre liderazgo y satisfacción, motivación y clima organizacional. *Ingeniare. Rev. Chil. Ing* 2010; 18(1):15-25.

Cuadrado MI, Molero F, Navas M. *Mujeres y liderazgo: claves psicosociales del techo de cristal*, Madrid: Sanz y Torres, 2006.

Cummings CG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo Eliza, Muise M, Stafford E, Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47:363-85

Danet A. ¿Qué dice la bibliografía sobre el liderazgo?. En March Cerdà JC, Danet A, G Romera I, et al. *Liderar con emoción*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2014.

Day DV, Gron P, Salas E. Leadership capacity in teams. *Leadership Quart.* 2004; 15: 857-80.

Delgado Sánchez A, Bellón Saameño JA, Martínez-Cañavate López-Montes MT, Luna del Castillo JD, López Fernández LA, et al. Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. *Aten Primaria* 2006; 37:489-97.

Deschamps Perdomo A, Olivares Roman SB, Rosa Zabala KL, Asunsolo del Barco A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Med Segur Trab* 2011; 57:224-41.

Ekvall G, Arvonen J. Effective leadership: Both universality and contingent? *Creativity and Innovation Management.* 1999; VIII (4), 242-250.

Escribà-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana: un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76:595–604.

Europa Press. Estudio de la Universidad de Sevilla concluye que las mujeres tienen escasa participación en procesos de transferencia de conocimiento. Sevilla, 6 marzo 2015. <http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-estudio-us-concluye-mujeres-tienen-escasa-participacion-procesos-transferencia-conocimiento-20150306184543.html>

Fernández MI, Moinelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Re. Esp Salud Pública*. 2000;74:139–47.

Fernández J. Entrenamiento en liderazgo y rendimiento de equipos de trabajo. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2006.

Ferrándiz-Santo, J., Lorenzo-Martínez, S., Navarro-Royo, C., Alguacil-Pau, A.I., Morón-Merchante, J., Pardo-Hernández, A.. Utilización de los ejes transversales del modelo EFQM en el ámbito sanitario público. *Rev Cal Asist*. 2010; 25(3): 120-8.

Font D, Piqué JM, Guerra G, Rodés J. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. *Med Clin*. 2008;130:351-356.

Garay Madariaga M. Comunicación y liderazgo: sin comunicación no hay líder. *Cuad. Cent. Estud. Diseño Comun., Ens*. 2010; 33: 61-72.

García Romera I, Danet Danet A, March Cerdà JC. Emotional climate in primary health care teams. A qualitative approach. *Rev Cal Asist* 2010; 25: 200-6.

Gil F, Alcover CM, Rico R, Sanchez M. Nuevas formas de liderazgo en equipos de trabajo. *Pap Psicol*. 2001; 32: 38-47.

González-Romá V, Peiró JM. Clima en las organizaciones laborales y en los equipos de trabajo. *Rev Psicol Gen Apl*. 1999; 52: 269-285.

Grau A, Suñer R, García M. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima emocional. *Rev Cal Asist* 2005; 20:370-6.

Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M. et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 215–30.

Goetz K, Beutel S, Mahler C. et al. Comportamiento relacionado con el trabajo y patrones de experiencia de enfermeras. INR 2012;1:96–102.

Goleman D. Liderazgo. El poder de la inteligencia emocional. Barcelona: Ediciones B S.A; 2013.

Goleman D. Leadership that gets result. [http:// www.haygroup.com/downloads/fi/leadership_that_gets_results.pdf](http://www.haygroup.com/downloads/fi/leadership_that_gets_results.pdf) (accedido el 25/Nov/2013).

Gómez Sánchez MC, Álamo Santos MC, Amador Bohórquez M, Ceacero Molina F, Mayor Pascual A, Muñoz González A, et al. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. Med Segur Trab 2009; 55:52-62.

Gondim S, Álvaro Estramiana, JL. Naturaleza y cultura en el estudio de las emociones. Rev. Esp. Sociol.2010;13:31-47.

González B, Barber P. Sostenibilidad y condiciones de empleo en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit Siglo XXI 2010; 8:89-100.

Guix JP. <0,05 si, pero...: la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria” Rev Cal Asist 2003; 18:55-8.

Hesselbein F, Cohen P. De líder a líder. Los mejores artículos de la Fundación Drucker. Granica , 2001.

Hoschschild, AR. The managed heart: the commercialization of human feeling. Berkeley, University of California Press; 2003.

House R, Aditya R. The Social Scientific Study of Leadership: Quo Vadis? Journal of Management 1997 ;23(3): 409-73.

Hoyos PA, Cardona MA, Correa D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Invest Educ Enferm. 2008;26(2):218-25.

Jubete MT, Lacalle M, Riesgo R, Cortés JA et al. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. Aten Primaria. 2005; 36: 112-4.

Koch H. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: SG Editores; 1994.

Linley PA, Joseph S, Seligman MEP. Positive psychology in practice. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.

Lucas A, García P. Sociología de las Organizaciones. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU; 2002.

Maniou M. Labour conflicts between administrative, medical and nursing personnel in the hospital. Health Science Journal 2012; 6:234-45.

March Cerdà JC, Danet A, G Romera I, et al. Liderar con emoción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2014.

March Cerdà JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Prieto MA, Danet, A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. Aten Prim. 2009; 41: 69-73.

March Cerdà JC, Prieto MA, Pérez O, Minué S y Danet A. Quality of internal communication in health care and the professional-patient relationships. The Health Care Manager, 2010; 29:179-85

March Cerdà JC, Danet A, G Romera I, et al. Liderar con emoción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2014.

March Cerdà JC, Galiana Auchel JM, Danet Danet A; Equipo Climap Sevilla. Clima emocional en los centros de atención primaria de un distrito sanitario urbano de Andalucía. Enfermería Comunitaria: Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria 2011; 7(2). <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7509r.php>.

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

Marqués Sánchez P., Farrerons Noguera L., Arias Ramos N., Quiroga Sánchez, E. Las relaciones informales: un valor añadido en la gestión de personas. *Eglobal* 2012;26:310-323.

Martin DR, O'Brien JL, Heyworth JA, Meyer NR. Point counterpoint: the function of contradictions on an interdisciplinary health care team. *Qual Health Res.* 2008;18:369–79.

Martin GP, Waring J. Leading from the middle: constrained realities of clinical leadership in healthcare organization. *Health (London)* 2013; 17:358-74.

McCallin A. Interprofessional practice: learning how to collaborate. *Contemp Nurse.* 2005;20:28–37.

McClelland DC. A Competency model for Human Resource Management Specialist to be used in the delivery of the Human Resource Management Cycle. Boston: McBer; 1975.

McClelland D. Human motivation. Cambridge University Press; 1985.

Menárguez J, Saturno P. Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Prim.* 1998;22(10):636–41

Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Interprof Care,* 2001; 15:29-35.

Morales JF, Molero F. El liderazgo en los equipos de Atención Primaria. *Cuad Gest Prof Aten Prim.* 1995;1(2):83-91.

Moreno B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. In: Simón MA, editor. *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones.* Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 739-64.

Navarro Arnedo JM. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de España. *Enferm Glob* 2012; 11:267-89.

Nurok M, Evans LA, Lipsitz S, Satwicz P, Kelly A, Frankel A. The relationship of the emotional climate of work and threat to patient outcome in a high-volume thoracic surgery operating room team. *BMJ Qual Saf* 2011; 20:237-42.

Panunto MR, Guirardello EB, Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(3):756-72.

Palomo Vadillo, MT. Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. ESIC Editorial, Madrid; 2010.

Peiró JM, González-Romá V, Ripoll P, Gracia F. Role stress and work team variables in Primary Health Care Teams. En: De Jonge J et al (eds). *Organizational Psychology and Health Care at the Start of a New Millennium*, Munich: Rainer Hampp Verlag, 2001; pp 105-22.

Peiró S, Meneu R. Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. *Aten Primaria* 2011; 43:115-6.

Peña-Suárez E, Muñiz J, Campillo-Álvarez A, Fonseca-Pedrero E et al. Assessing organizational climate: Psychometric properties of the CLIOR Scale. *Psichotema*. 2013; 25: 137-144.

Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit* 2002; 16:480-6.

Peya M. Satisfacción laboral: una breve revisión bibliográfica. *Nursing*. 2008; 26: 62–5.

Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf [acceso: 15/07/2013].

Praner KJ. *Constructing workplace value identity: knowledge worker perceptions of how they are valued by their organizations*. Minneapolis: Capella U.; 2008.

Pons-Verdú FJ, Ramos-López J. Influencia de los estilos de liderazgo y las prácticas de gestión de recursos humanos sobre el clima organizacional de innovación. *Rev psicol trab organ*. 2012; 28: 81-98. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.5093/tr2012a7>.

Pullon S, McKinlay E, Dew K. Primary health care in New Zealand: the impact of organizational factors on teamwork. *Br J Gen Pract*. 2009;59:191–7.

Repullo JR. Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempo de crisis: sólo si nos comprometemos todos. *Rev Cal Asist*. 2011; 26(1):1-4.

Richards A, Carley J, Jenkins-Clarke S, Richards DA. Skill mix between nurses and doctors working in primary care- delegation or allocation: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2000;37:185–97.

Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Llorca-Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del model EFQM. *Gac. Sanit*. 2005; 19:127-34.

Ruiz González, M. *La encrucijada del líder: el liderazgo en las organizaciones*. Internacional Thomson: Madrid, 2003.

Ruiz P, Carrasco I. Liderazgo en la seguridad del paciente. *Rev Calid Asist*. 2010;25:55–7.

Safran DG, Miller W, Beckman H. Organizational dimensions of relationship- centered care. Theory, evidence and practice. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Supl 1):9–15.

Sánchez Vázquez JF. *Liderazgo: teorías y aplicaciones*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca. Demiurgo colecciones, 2010.

Sandelans LE, Boudens CJ. Feeling at work. In: Fineman S, editor. *Emotions in organizations*. London: Sage; 2002. p. 46-63.

Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. Te quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Serv Res*. 2003;38:923–45.

Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organizational culture influence health care performance? A review of the evidence. *J Health Serv Res Policy*. 2003;8:105–17.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. SAS.2MILDOCE. Información Básica. Sevilla, 2013. Disponible en http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/575/pdf/SAS_MEMO_12-8.pdf [acceso: 15/07/2013].

Sitges-Serra, A. 2003. Formación continuada: un instrumento para la plenitud y el liderazgo profesionales. *Cirugía Española*, 73(4): 202-5.

Stein Martínez, G. Las raíces del liderazgo. *Harvard Deusto Business Research*, Vol. III(2):74-85. (<http://dx.doi.org/10.3926/hdbr.68>)

Subirana M, Fargues I. Percepción de las enfermeras expertas sobre el reconocimiento de sus competencias. *Metas de Enfermería*. 2005; 8: 62-8.

Techio, E., Zubieta, E., Páez, D., De Rivera, J., Rimé, B., & Kanyangara, P. Clima emocional y violencia colectiva: el estado de la cuestión e instrumentos de medición. In D. Páez, C. Martin Beristain, J. L. Gonzalez, & J. De Rivera (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp. 105-151). Madrid: Fundamentos, 2011.

Teixidor i Freixa M. Ya en el siglo XXI...Un nuevo liderazgo en ciencias de la salud. *Revista ROL de enfermería* 2004; 27:70-2.

Tipismana Neyra O. Desarrollo de competencias personales para el aprendizaje de saberes en Atención Primaria de la salud. *REDHECS*. 2011; 10: 19-44.

Tresserras i Gaju R. Planificación según prioridades en salud: criterios de planificación relacionados con los planes directores. *Medicina Clínica* 2008; 131(4):42-6.

Trice HM, Beyer JM. *The cultures of work organization*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1993.

Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008;45:140–53.

Zabalegui A. Más allá del dualismo cualitativo- cuantitativo. *Enferm Clín* 2002; 12:74-9.

Zabalegui A, Cabrera E. Economic crisis and nursing in Spain. *J Nurs Manag* 2010; 18:505-8.

Zaccaro S, Rittman A, Marks MA. Team leadership. *Leadership Quart.* 2001; 12: 451-83.

ANEXO

PARTICIPACIÓN EN OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS CON LA TEMÁTICA DE LA TESIS

Capítulos de libros



March Cerdà JC, Danet A, G Romera I, et al. Liderar con emoción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2014.



March Cerdà JC, Danet A, G Romera I, et al. Equipos con emoción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.

Artículos



March Cerdà JC, Danet A, García Romera I. El clima emocional de los equipos sanitarios en Andalucía. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2014; 6 (1). <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1066&context=risai>

COMUNICACIONES PRESENTADAS A CONGRESOS Y JORNADAS RELACIONADAS CON LA TEMÁTICA DE LA TESIS

- XXVI Seminario Internacional Asociación Iberoamericana de Sociología de las Organizaciones y Comunicación (AISOC). Madrid 2013.
Comunicación y participación en los equipos de trabajo del Servicio de Andalucía de Salud.
G^a Romera I, March JC y Danet A. EASP.
- XI Congreso Nacional de Sociología.
Clima emocional y liderazgo en los equipos de trabajo del Sistema Andaluz de Salud. Madrid, 2013.
G^a Romera I, Alina Danet, March JC. EASP.
- XVIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA)
Liderazgo en los equipos sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Granada, 2013.
March JC, Danet A, G^a Romera I.
- XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
Granada, 6-8 junio 2013.
Comunicación oral: ¿Cómo ve el personal facultativo a sus jefes?
March JC, Danet A, G^a Romera I.
- VI Congreso Andaluz de Sociología.
El clima emocional en la gestión organizacional del ámbito sanitario en Andalucía.
Un enfoque cuantitativo y cualitativo. Cádiz, 2012.
Danet A, G^a Romera I, Joan Carles March Cerdà. EASP.

- XXXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFyc). Zaragoza, 2011.
Mapa emocional en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y Hospitales en un servicio de salud de una comunidad autónoma.
Joan Carles March Cerdà, Danet A, G^a Romera I. EASP.
- II Jornadas Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada, 2010.
CLIMAP... el Clima Emocional contado por los profesionales.
Danet A, Joan Carles March Cerdà G^a Romera I. EASP.
- XIII Congreso Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). A Coruña, 2010.
Clima emocional y liderazgo en Atención Primaria. Un estudio comparativo: profesionales y directivos/as.
Danet A., G^a Romera I, Joan Carles March Cerdà
- XXX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFyc). Valencia 2010.
Clima emocional en dos distritos sanitarios de Atención Primaria. Una aproximación a través de metodologías cuantitativas y cualitativas.
Premio Mejor Comunicación.
Danet A., G^a Romera I, Joan Carles March Cerdà
- XXX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFyc). Valencia 2010.
El clima emocional en Atención Primaria y su relación con los indicadores de resultados y la evaluación del desempeño profesional.
Danet A., G^a Romera I, Joan Carles March Cerdà