



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Grado

Grado en ADE

**Título del Trabajo Fin de Grado:
El liderazgo en las
organizaciones hospitalarias**

Presentado por:

Gonzalo Nielfa García

Tutelado por:

Natalia Martín Cruz

Valladolid, 26 de junio de 2020

Resumen

Dependiendo del comportamiento que lleven a cabo los líderes dentro de la organización, se van a obtener unos resultados u otros. El concepto de liderazgo está presente en todas las organizaciones y está correlacionado con múltiples conceptos que afectan al correcto funcionamiento de la organización. El presente trabajo se basa en estudiar el concepto de liderazgo y su correlación con otros conceptos dentro de la organización hospitalaria. El objetivo deseado al finalizar el trabajo es poder realizar una recomendación a las organizaciones hospitalarias para que al llevar a cabo su actividad obtengan los mejores resultados posibles.

Palabras clave

Liderazgo, seguridad psicológica, clima laboral, resultados obtenidos, rendimiento del equipo, satisfacción laboral y satisfacción del paciente.

Abstract

Depending on the behavior that leaders carry out within the organization, some results or others will be obtained. The concept of leadership is present in all organizations and is correlated with multiple concepts that affect the correct functioning of the organization. The present work is based on studying the concept of leadership and its correlation with other concepts within the hospital organization. The desired objective at the end of the work is to be able to make a recommendation to hospital organizations so that when they carry out their activity they obtain the best possible results.

Keywords

Leadership, psychological safety, work environment, results obtained, team performance, job satisfaction and patient satisfaction.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Concepto de liderazgo.....	6
2.2 Liderazgo en hospitales	9
2.3 Liderazgo y seguridad psicológica.....	15
3. ANÁLISIS EMPÍRICO	16
3.1 Propuesta de estudio antes del coronavirus en España	17
3.1.1 Metodología.....	17
3.1.1.1 Muestra.....	18
3.1.1.2 Variables y medidas.....	19
3.1.1.3 Proceso de recopilación de información.....	23
3.1.1.4 Análisis empírico.....	25
3.1.2 Resultados obtenidos después del estudio	25
3.2 Propuesta de estudio durante el coronavirus en España	26
3.2.1 Alternativas de análisis	26
3.2.2 Metodología.....	27
3.2.2.1 Muestra.....	29
3.2.2.2 Recopilación de información.....	30
3.2.2.3 Variables y medidas.....	31
3.2.2.4 Análisis cualitativo.....	32
3.2.3 Resultados obtenidos después del estudio	36
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5. BIBLIOGRAFÍA	40

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICAS

Figura 1. Diferencias entre liderazgo transformacional y transaccional	8
Figura 2. Relación entre estilo de liderazgo, seguridad psicológica, resultados profesionales y satisfacción del paciente	10
Figura 3. Relación entre liderazgo orientado al cambio, seguridad psicológica, mayor aprendizaje en equipo y aumento del rendimiento del equipo.....	11
Figura 4. Relación entre estilo de liderazgo y satisfacción laboral	13
Figura 5. Relación entre la diversidad de los miembros del equipo y las ventajas obtenidas.....	14
Figura 6. Relación liderazgo transformacional y seguridad psicológica	16
Tabla 1. Número de casos positivos relativizados al aplicar una política de prevención ante la pandemia	36
Gráfica 1. Evolución del COVID-19 en los países de la muestra	37

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de liderazgo está muy presente en todas las organizaciones, va a influir tanto en el desarrollo de su actividad como en los resultados obtenidos. Se han hecho múltiples estudios para examinar el impacto que tiene el liderazgo dentro de la organización. Los estudios muestran múltiples relaciones entre la actitud del líder y la productividad de la organización. Tras años de investigación y de discusión sobre distintas teorías de liderazgo, se pueden identificar principalmente dos tipos de liderazgo, el transformacional y el transaccional.

En mi caso particular, empecé a interesarme por el concepto tras cursar la asignatura Estructura y Comportamiento de la Organización donde se estudian las distintas actitudes, comportamientos, personalidades, etc. El comportamiento organizativo está relacionado directamente con la psicología y la sociología para entender al individuo dentro de la organización.

El tema de estudio elegido para este proyecto es el liderazgo en la organización hospitalaria. La decisión de elegir este concepto estuvo motivada por la influencia directa que tiene el tipo de liderazgo con conceptos clave dentro de la organización hospitalaria como son la seguridad psicológica y los resultados profesionales, de manera que, si se estudian los distintos tipos de liderazgo y su relación con estos conceptos, podemos definir qué tipo de líder es necesario en la organización hospitalaria para que se pueda conseguir el máximo rendimiento posible. En definitiva, la finalidad de este estudio es investigar esa relación e intentar recomendar a los hospitales cómo pueden mejorar en este campo.

Para conseguir alcanzar el objetivo deseado, en la parte teórica vamos a realizar una revisión de la literatura en el campo del liderazgo y en la parte empírica vamos a realizar una evaluación en el sector hospitalario español y un análisis cualitativo para ver la correlación existente entre el comportamiento de los líderes sanitarios y los resultados obtenidos frente la pandemia del COVID-19.

La primera parte del trabajo comprende el análisis teórico que va a consistir en estudiar distintos análisis empíricos que se han realizado en hospitales de todo el mundo. Para ello, se han recopilado un total de 33 artículos que se han publicado en relación al tema de estudio desde 1985 hasta el 2019. Todos los estudios recopilados se han analizado para sacar las conclusiones obtenidas y

entender qué métodos empíricos han sido utilizados. Los artículos van a mostrar relaciones significativas entre el tipo de liderazgo y múltiples conceptos que van a influir en la satisfacción del paciente, como es la seguridad psicológica de los trabajadores, que va a afectar al clima laboral y por lo tanto al trabajo grupal.

La segunda parte del trabajo comprende la parte empírica, dividida a su vez en dos partes. En la primera parte, se analizan los métodos analíticos utilizados en cada uno de los artículos para poder establecer un sistema propio que se pueda aplicar al análisis empírico. Después de haber realizado el análisis empírico, se analizan los resultados obtenidos. En la segunda parte, se establece una metodología propia para llevar a cabo un análisis cualitativo para estudiar la correlación entre las prácticas de liderazgo de los líderes sanitarios en la pandemia del COVID-19 y la variable resultados. Tras la realización del análisis cualitativo, se analizan los resultados obtenidos.

Por último, cerramos el trabajo con una serie de conclusiones y recomendaciones establecidas para que la organización hospitalaria las tenga en cuenta a la hora de desarrollar su actividad.

2. MARCO TEÓRICO

En esta parte del trabajo, tras obtener información acerca del concepto de liderazgo mediante varios manuales académicos y tras la revisión de los artículos recopilados en relación al tema de estudio, exponemos las ideas principales obtenidas y las relaciones establecidas en tales artículos entre el concepto de liderazgo y otros múltiples conceptos presentes en la organización hospitalaria.

2.1 Concepto de liderazgo

Podemos definir el liderazgo como la capacidad de influir en un grupo de personas para conseguir una serie de objetivos o metas (Robbins, 2010). Hay que diferenciar los conceptos de liderazgo y dirección. Mientras que el liderazgo consiste en afrontar el cambio, la dirección tiene que aportar orden y coherencia mediante planes formales. En la práctica, investigadores y directivos no suelen hacer distinciones de los dos términos.

Un individuo puede asumir un rol de liderazgo simplemente por su cargo en la organización como sucede con los directivos, pero, aunque la organización les dote de un liderazgo formal, no quiere decir que ejerzan un liderazgo eficaz. El liderazgo informal que emerge fuera de la estructura formal puede ser más importante que el liderazgo formal. Esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de estudiar el liderazgo dentro de cualquier organización especialmente dentro de la organización hospitalaria ya que sus gerentes no suelen ser elegidos por sus rasgos y características como líderes, si no por sus éxitos en su carrera profesional.

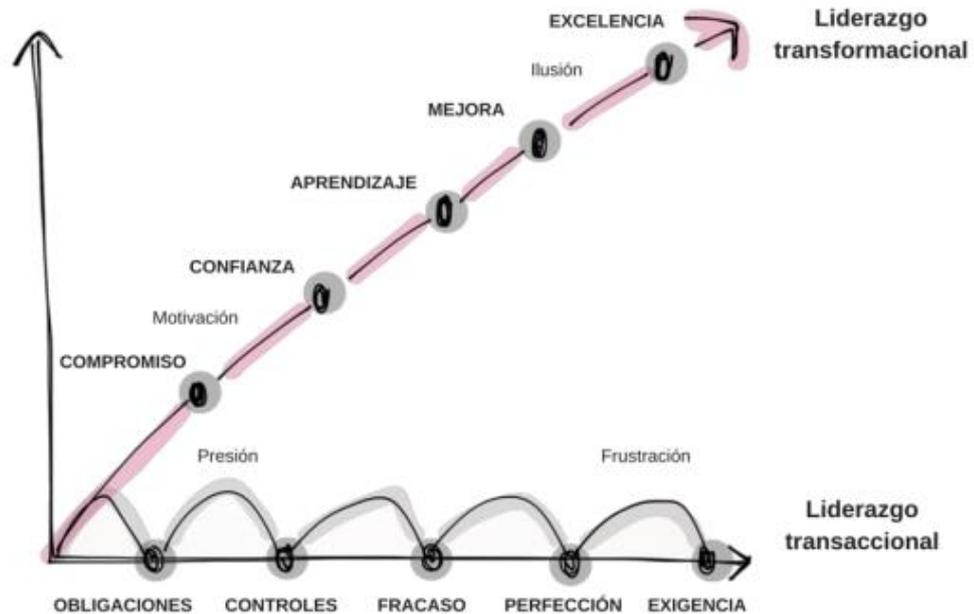
Según la teoría de los rasgos, las características que tiene que tener el individuo, para que aumenten las probabilidades de que ejerza un buen liderazgo, son ambición y energía, deseo de dirigir, honestidad e integridad, confianza en uno mismo e inteligencia y conocimiento (Robbins, 2004). Según esta teoría, si la personalidad del individuo posee estas características, no se garantizará el liderazgo, pero sí aumentarán las posibilidades de que se ejerza correctamente. Numerosos estudios han ido definiendo varios estilos de liderazgo, pero tras años de investigación podemos diferenciar principalmente dos, el liderazgo transformacional y el liderazgo transaccional.

El líder transformacional es aquel que está orientado al cambio, no considera la innovación como una amenaza e inspira y transmite una visión de futuro a sus seguidores (Robbins, 2004).

El líder transaccional es aquel que guía a sus seguidores hacia unas metas, estableciendo roles y tareas para que se pueda alcanzar esa meta de la manera más eficiente posible (Robbins, 2004).

El liderazgo transformacional y transaccional no deben considerarse estilos de liderazgo opuestos (B.M Bass, 1985). “El liderazgo transformacional se construye en base al liderazgo transaccional: incita un esfuerzo y un desempeño que va más allá de lo que hubiera ocurrido con el planteamiento transaccional solo” (Comportamiento organizacional, Robbins, 2004) (Ver Figura 1).

Figura 1. Diferencias entre liderazgo transformacional y transaccional.



Fuente: Resulta2, ¿Qué es el liderazgo?, 2015. (<https://resulta-2.com/2015/05/que-es-liderazgo/>)

Numerosos estudios determinan que el estilo de liderazgo transformacional es más eficaz que el estilo de liderazgo transaccional. Un estudio citado por B.M Bass y B.J. Avolio (1990) donde los militares estadounidenses, alemanes y canadienses eran el objeto de estudio, determinó que en todos los rangos jerárquicos del ejército donde se llevaban a cabo prácticas de liderazgo transformacional eran más eficaces que los que llevaban a cabo prácticas de liderazgo transaccional. Otro estudio publicado por J.J Hater y B.M Bass (1988) que se realizó en la empresa FedEx, evidenció que los gerentes que eran considerados por sus subordinados como líderes transformacionales, fueron evaluados por sus supervisores inmediatos como merecedores de un ascenso por un mayor desempeño mostrado.

2.2 Liderazgo en hospitales

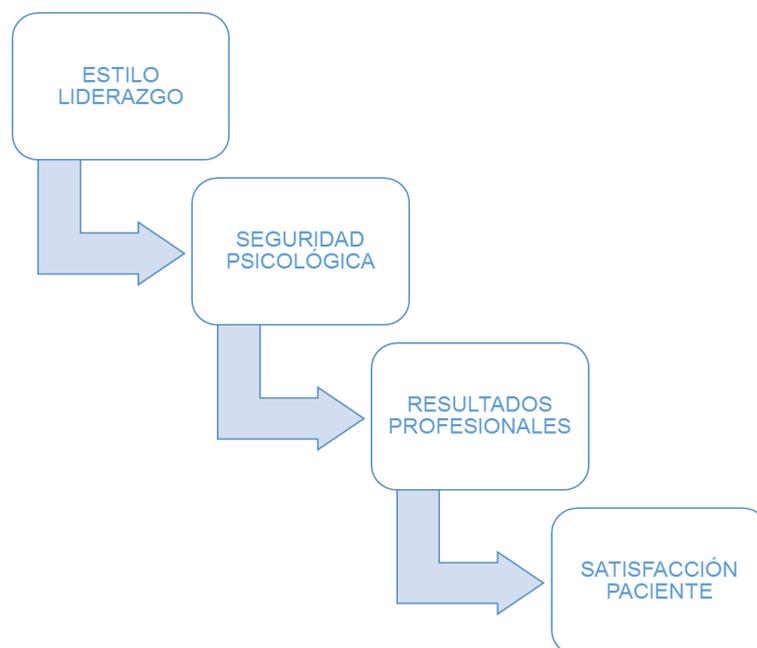
Cabe destacar que, aunque dentro de la organización hospitalaria se asignen poderes formales a los individuos, no se garantiza que se lidere eficazmente. Aunque se le de poder formal a un jefe de equipo, ya sea un médico especialista o un enfermero, puede haber una persona dentro del equipo que tenga el papel de líder y que sea capaz de influir en el resto, aunque no tenga ningún poder formal (Saint, P. Kowalski, Banaszak-Holl, Forman, Damschroder y L. Krein, 2010). En general, los roles de gestión y liderazgo en entornos sanitarios son adjudicados en función de la profesión. Algunos estudios sobre la eficiencia de la gestión en hospitales de todo el mundo manifiestan malos resultados debido a una inadecuada gestión y a una falta de competencias de liderazgo (Towsend, Wilkinson, Bamber y Allan, 2012). Un estudio publicado por A.M. McCallin y C. Frankson (2010) concluye que no sólo sirve la experiencia clínica para gestionar adecuadamente una organización hospitalaria, es necesario complementar la experiencia clínica con gestión y competencias de liderazgo.

Los estudios realizados en la organización hospitalaria plantean relaciones entre el tipo de liderazgo y otros conceptos que afectan al correcto funcionamiento de la organización como son la seguridad psicológica, la satisfacción laboral, los resultados profesionales, el comportamiento de aprendizaje, la satisfacción del paciente, etc. Un estudio publicado por S.L. Choi, C.F. Goh, M.B. Hisyam Adam y O.K. Tan, 2016 estableció una correlación positiva entre prácticas de liderazgo transformacional y satisfacción laboral positiva.

La creatividad debe considerarse igual de importante que la tecnología dentro del sistema, si todos los miembros se involucran funcionará el sistema con éxito. Un líder transformacional si aplica un plan correcto, puede minimizar el coste y causar estabilidad económica (Hashemi Taba y Khatavakhotan, 2013). Un estudio realizado en 2019 por E. Sheridan y J. Vredenburg, establece una relación directa entre el tipo de comportamiento de la enfermera líder y la tasa de rotación del personal (ahorro de costes de búsqueda y formación del personal) pero todavía falta conocimiento e investigación sobre qué prácticas gerenciales son requeridas para prevenir enfermedades y gestionar con el mínimo coste posible la salud de la población de manera óptima (Leavitt, McClellan, Devore, Fisher, Gilfillan, Lieber, Merkin, Rideout y Thiry, 2016).

Un estudio publicado por M. Nembhard y C. Edmondson (2006) concluye que hay una relación clara entre seguridad psicológica y los resultados profesionales de los que trabajan en el hospital. El estado profesional va a influir en la seguridad psicológica que, a su vez, va a influir en los resultados obtenidos. Para mejorar los resultados profesionales es necesario tener un líder que aprecie las contribuciones del personal. Si tenemos un líder que aprecie personalmente y públicamente los comentarios de los miembros del equipo, obtendremos un aumento en la seguridad psicológica lo que conlleva un aumento de participación grupal que desencadena en una mejora en el servicio al paciente. Por ello, es de vital importancia la existencia de líderes transformacionales en el entorno hospitalario (Ver Figura 2).

Figura 2. Relación entre estilo de liderazgo, seguridad psicológica, resultados profesionales y satisfacción del paciente.



Fuente: *Elaboración propia.*

El líder transformacional es experto en la construcción de relaciones de colaboración y de influir en otros para mejorar el rendimiento de la organización hospitalaria (Dougall, Lewis y Ross, 2018). Un estudio publicado por A. Ortega,

P. Van den Bossche, M. Sánchez-Manzanares, R. Rico y F. Gil (2014), demuestra que existe una correlación positiva entre el liderazgo transformacional, la seguridad psicológica, el aprendizaje en equipo y el rendimiento en equipo. Al igual que se observa esa correlación positiva, se observa una correlación negativa entre el tamaño del grupo y el aprendizaje en grupo debido principalmente a un aumento en la dificultad de coordinación, comunicación y toma de decisiones (Ver Figura 3).

Figura 3. Relación entre liderazgo orientado al cambio, seguridad psicológica, mayor aprendizaje en equipo y aumento del rendimiento del equipo.



Fuente: *Elaboración propia.*

Los trabajadores de los hospitales tienen miedo a la hora de correr riesgos, es decir, enfrentarse a cambios, a menos que estén alentados a hacerlo. Es necesario disponer de un líder con capacidad para lidiar con el cambio ya que en la atención médica hay desafíos constantes (Liang, Leggat, Howard y Bartram, 2018). Para poder motivar a los miembros del equipo el líder tiene que generar entusiasmo y coraje. Dos estudios muestran relaciones entre el comportamiento del líder y el éxito en la implantación del cambio (Edmondson, Bohmer y Pisano, 2001; Edmondson, 2003). Los directores tienen que mostrar

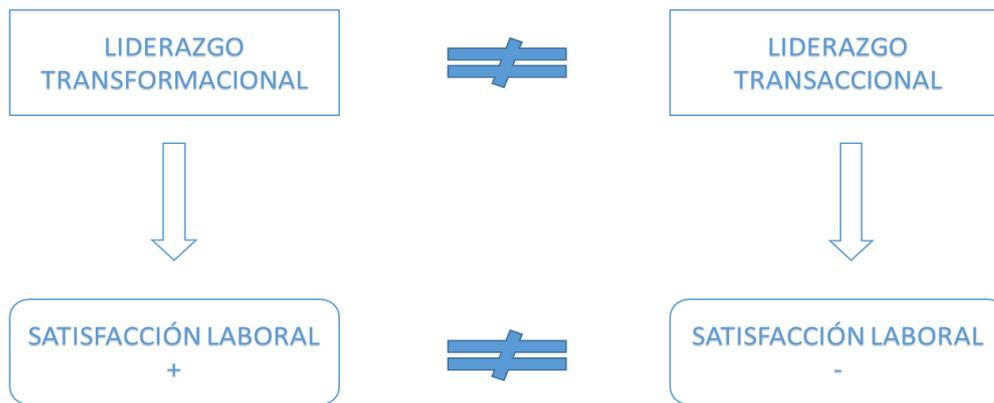
apoyo, motivación y aplicar una comunicación abierta con el equipo y deben alentar a participar en la formación y desarrollo de habilidades, por ello es necesario un líder competente en estos aspectos (Guo y Company, 2007).

El estudio de C. Edmondson, M. Bohmer y P. Pisano (2001), concluye tres ideas de relevancia. La primera de ellas, potenciar el equipo y gestionar el aprendizaje conllevan una mejor respuesta a innovaciones externas. La segunda afirma que el liderazgo con trabajo en equipo permite que las organizaciones se adapten con éxito a las nuevas tecnologías. La tercera conclusión es que una mayor innovación en la organización necesita mayor habilidad de liderazgo y un aumento de procesos de aprendizaje en equipo.

Otro estudio publicado por C. Edmondson en 2003 pone de manifiesto la existencia de dos estrategias de liderazgo para facilitar la implantación de cambios en una organización. La primera estrategia es tener un líder que aumente la seguridad psicológica de tal forma que se dará una razón motivadora para hacer frente al cambio y los miembros del equipo podrán expresar sus opiniones. La segunda estrategia es tener un líder que minimice el desequilibrio de poder en el equipo haciendo preguntas que muestren las preocupaciones y cambiando la rutina si fuese necesario, de tal forma que se reduzcan las barreras jerárquicas ya que éstas afectan a la comunicación.

Uno de los problemas característicos de la organización hospitalaria es la falta de oportunidades para poder aumentar el poder jerárquico dentro de la organización, es decir, promocionar dentro del hospital, siendo este una de las motivaciones principales de los trabajadores. Como este método no puede aplicarse hay que buscar otros que consigan un aumento de la motivación. Un incentivo que afecta a la motivación del personal es la recompensa contingente. Los líderes ofrecen a sus seguidores lo que quieren a cambio de su apoyo, dejando claro lo que pueden conseguir si el rendimiento cumple con los estándares designados. Un líder transformacional que motive a través de la recompensa contingente generará una satisfacción laboral positiva mientras que, un líder transaccional que no hace uso de tal recompensa generará una satisfacción laboral negativa (Ver Figura 4).

Figura 4. Relación entre estilo de liderazgo y satisfacción laboral.

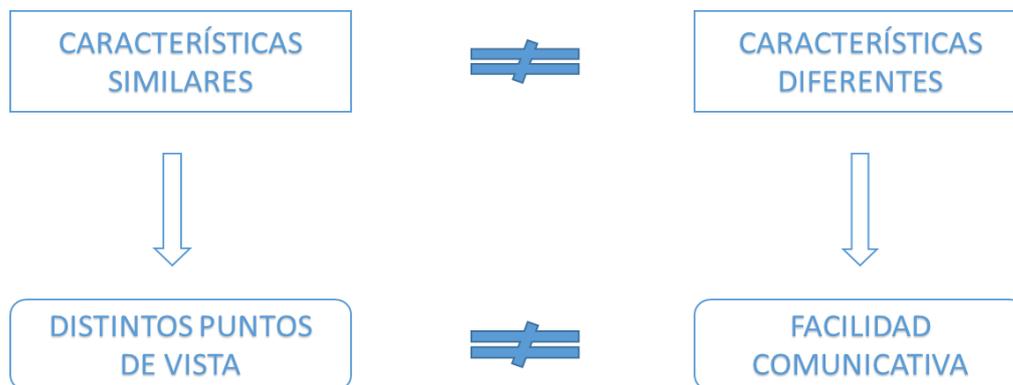


Fuente: *Elaboración propia.*

Un estudio descubrió que en los hospitales no existe una cultura organizativa clara (J. Sobo y L. Sadler, 2002). Unos años después, otro estudio evidenció la necesidad de que los hospitales tienen que ser organizaciones basadas en valores para desarrollar un correcto funcionamiento (R. Graber y Orborne Kilpatrick, 2008).

En los hospitales tienden a organizar su funcionamiento formando equipos de trabajo creados, generalmente, en función de la actividad profesional que se desempeña. Para que haya un comportamiento de aprendizaje óptimo es necesario que haya tanto diferencias como similitudes entre los miembros del equipo (Gibson y Vermeulen, 2003). Los miembros con características similares generan una mayor facilidad de comunicación y decisión mientras que los miembros con características diferentes van a tener distintos puntos de vista. (Ver Figura 5)

Figura 5. Relación entre la diversidad de los miembros del equipo y las ventajas obtenidas.



Fuente: *Elaboración propia.*

Dos estudios introducen en el campo de la organización hospitalaria dos nuevos conceptos de liderazgo. El estudio de J. Daly, D. Jackson, J. Mannix, P.M. Davidson y M. Hutchinson (2014) afirma que el liderazgo clínico efectivo está asociado con un óptimo rendimiento hospitalario. Que el personal médico y de enfermería desarrollen habilidades de liderazgo clínico es de vital importancia para el correcto funcionamiento de la organización de un hospital. A pesar del reconocimiento de la importancia del liderazgo clínico, existen barreras considerables para el desarrollo de este liderazgo. Éstas barreras que nos encontramos son la falta de incentivos, falta de confianza, problemas de comunicación, mala preparación para el rol de líder, falta de visión y compromiso en los niveles superiores, conflicto de roles, resistencia para cambiar y mal trabajo en equipo. Según este estudio, las estrategias futuras deben centrarse en cómo abordar esas barreras para mejorar la calidad del líder ya que intensificar este tipo de liderazgo aumenta la eficiencia y la mejora en la calidad del servicio.

Otro estudio publicado por J.T. McCann, D. Graves y L. Cox (2014) establece que la industria de la salud sirve y se preocupa por las personas, por tanto, es ideal aplicar el concepto de "líder de servicio" caracterizado por escuchar a los demás, tener autoconciencia, empatía y ser servicial. Estas cualidades permiten al líder comprender mejor las necesidades del contribuyente y maximizar su

potencial al tiempo que adapta sus aspiraciones a las necesidades y logros de la organización. El “liderazgo de servicio” trae consigo un aumento de las ganancias debido a un aumento de la satisfacción laboral que conlleva una reducción en la rotación de los empleados y un mayor enfoque al cliente. Este estudio ha concluido que el liderazgo, la satisfacción y la calidad del servicio están fuertemente correlacionados. Los gerentes tienen oportunidad de mejorar su relación con los empleados de la organización llevando a cabo un liderazgo de servicio.

2.3 Liderazgo y seguridad psicológica

Como se ha explicado en el punto anterior, múltiples conceptos se van a ver influenciados por el tipo de liderazgo. En este apartado, nos centramos en explicar más detalladamente la relación entre liderazgo y seguridad psicológica dentro de los hospitales.

Un estudio publicado por C. Edmondson (2003) concluyó que cuando el líder da una razón motivadora para hacer frente a los cambios y deja que los miembros del equipo puedan expresar sus opiniones sin correr ningún riesgo por expresarse, aumenta la seguridad psicológica en los trabajadores.

Otro estudio publicado por M. Nembhard y C. Edmondson (2006) concluyó que para aumentar la seguridad psicológica de los trabajadores es necesario tener un líder que aprecie las contribuciones del personal. Si tenemos un líder que aprecie personalmente y públicamente los comentarios de los miembros del equipo, obtendremos una mejora de la seguridad psicológica (Ver Figura 6).

Figura 6. Relación entre liderazgo transformacional y seguridad psicológica.



Fuente: *Elaboración propia.*

Un estudio publicado por A. Ortega, P. Van den Bossche, M. Sánchez-Manzanares, R. Rico y F. Gil (2014) establece una correlación positiva entre un líder que aplique un comportamiento orientado al cambio y un aumento en la seguridad psicológica. Si se tiene un líder que no castiga injustamente ante una situación desfavorable, los trabajadores no tendrán miedo a participar por lo tanto se aumentará la seguridad psicológica.

3. ANÁLISIS EMPÍRICO

En esta parte del trabajo, tras el estudio de los artículos recopilados, exponemos la metodología propuesta para realizar un análisis empírico con el que queremos alcanzar una serie de conclusiones y poder hacer una serie de recomendaciones a la organización hospitalaria.

Como consecuencia de la crisis sanitaria actual, causada por el Coronavirus, hemos tenido que modificar la idea que teníamos para realizar el análisis empírico. Hemos dividido la parte empírica en dos apartados. El primer apartado recoge la propuesta de estudio antes del coronavirus en España y el segundo apartado la propuesta de estudio durante el coronavirus en España.

3.1 Propuestas de estudio antes del coronavirus en España

Nuestro análisis empírico de esta parte del trabajo se va a centrar en medir las relaciones entre tres conceptos clave. El estilo de liderazgo, la seguridad psicológica y el clima laboral. Escasos artículos publicados analizan el concepto de clima laboral, por ello lo hemos introducido en nuestro análisis empírico para ver la relación existente con el resto de términos.

3.1.1 Metodología

En todos los artículos analizados utilizan una metodología similar para llevar a cabo los estudios. Utilizan técnicas similares para la recopilación de datos, como la realización de entrevistas personales o cuestionarios a diferentes trabajadores.

En un primer momento, íbamos a realizar el estudio teniendo en cuenta un sólo hospital público. Nos pusimos en contacto con uno de los jefes de unidad de un hospital público, le expusimos la metodología que íbamos a usar y cómo iba a transcurrir el proceso de recopilación de datos y acordamos con él la realización de una serie de entrevistas y entrega de cuestionarios a diferentes trabajadores. La fecha acordada para el comienzo del estudio fue enero de 2020. Aunque el tamaño de la muestra era muy pequeño ($N=1$) era más que suficiente, ya que íbamos a realizar el estudio teniendo en cuenta las opiniones de los diferentes trabajadores de todos los niveles jerárquicos del hospital. Todo transcurrió con normalidad y ya teníamos planteada la metodología usada, pero por motivos personales, la persona de contacto pidió una excedencia.

Tras conversaciones con una empresa de gestión sanitaria y explicarle en qué consistía nuestro trabajo, igualmente nos encontramos con una respuesta negativa por su parte, ya que consideraba que el cuestionario que debía ser cumplimentado por todos los sanitarios podía generar problemas internos. Esta respuesta negativa no nos sorprendió, puesto que los resultados del estudio reflejarían como aprecian los trabajadores el tipo de liderazgo del gerente y la persona contactada no consideraba que en este momento el estudio pudiera

tener un efecto positivo entre los trabajadores. Tras la respuesta negativa tuvimos que plantear otra metodología para poder realizar el estudio.

Finalmente, la metodología que hemos propuesto consiste en recoger información de los distintos hospitales privados de España y ponernos en contacto con sus gerentes y jefes médicos. Tras recopilar la información de los contactos, se enviarían dos cuestionarios a cada uno de ellos, uno para medir el liderazgo y otro para medir la seguridad psicológica y el clima laboral y ver las diferentes relaciones existentes entre ellos. En un primer momento, nos planteamos la opción de enviar el cuestionario para medir el liderazgo tanto a los gerentes como a los jefes médicos, pero estudios previos demuestran que es más probable que sean más válidas las calificaciones de personas de status bajo que las de status alto cuando se está estudiando el comportamiento del líder, perteneciente al status alto (Ingrid M. Nembhard y C. Edmondson, 2006). Por este motivo, concluimos que a los jefes médicos les enviaríamos un único cuestionario que recogiese tres apartados, uno de liderazgo, otro de seguridad psicológica y otro de clima laboral. Tras la decisión de cómo proceder a comenzar a recopilar los datos, tuvimos que crear el cuestionario a través de la plataforma Google Form. Una vez creado el cuestionario, se lo enviaríamos a los contactos recogidos anteriormente para esperar sus respuestas.

En los siguientes puntos del trabajo analizamos paso por paso las pautas que hemos seguido para la realización del estudio.

3.1.1.1 Muestra

La muestra de hospitales a analizar es 727. Para la recopilación de la muestra hemos procedido de la siguiente manera.

Nuestra universidad nos permite el acceso de manera gratuita a una gran variedad de plataformas que contienen datos de todas las organizaciones existentes a nivel global. Tras analizar varias plataformas, procedimos a buscar información en la base de datos Sabi. Una vez dentro de la plataforma Sabi, la clasificación industrial que usamos para la búsqueda fue “CNAE 2009” y el código primario de la actividad que seleccionamos fue “8610”, actividades

hospitalarias. La lista de resultados obtenida tenía un total de 750 hospitales, pero tras filtrar las sociedades extinguidas nuestra muestra se redujo a un total de N=727. Después de tener la lista completa de hospitales creamos un archivo Excel con el nombre de cada hospital, volumen de facturación, localidad y código NIF. Tras tener el Excel con esos datos, nos pusimos a buscar información en Google sobre los gerentes y jefes de médicos de cada hospital para recoger la información de contacto. Una vez buscada la información de contacto, la introducimos al Excel creado anteriormente para que, cuando tuviéramos creados los cuestionarios, los enviásemos de manera masiva a todos los contactos recogidos.

3.1.1.2 *Variables y medidas*

En este punto del trabajo se revisan las escalas de medida que usaron estudios previos al nuestro, para medir cada variable.

Todos los estudios analizados siguen unas pautas de actuación similares. Primero comienzan con una serie de entrevistas y luego proceden a enviar un cuestionario al personal médico o al de enfermería, dependiendo de la finalidad del estudio. En cada estudio se han utilizado diferentes modelos de cuestionario con diferentes escalas. Por ello, hemos analizado cada modelo de manera individual.

Los autores X. Jia-ni, Y. De-hua y L. Jian-gang (2012) publicaron un estudio donde relacionaban las variables de seguridad psicológica, tipo de liderazgo y satisfacción laboral. Para medir cada variable utilizaron cuestionarios diferentes. La variable seguridad psicológica la midieron a través del cuestionario creado por Spreitzer (1995) usando una escala de 12 ítems. La variable de tipo de liderazgo la midieron usando los 26 ítems del cuestionario de liderazgo transformacional (Li Wenchao y Shi Kan, 2005) con distintas subescalas, moral (8 ítems), visión (8 ítems), consideración (5 ítems) y carisma (5 ítems).

Dos estudios, uno publicado por M. Nembhard y C. Edmondson (2006) y otro publicado por A. Ortega, P. Van den Bossche, M. Sánchez-Manzanares, R. Rico y F. Gil (2014) utilizan la escala de 7 ítems de C. Edmondson (1999) para medir

la seguridad psicológica. En el primero de ellos (Nembhard y Edmondson, 2006), se diferenciaron para la encuesta tres tipos de roles, médicos (1), enfermeras (2) y terapeuta respiratorio (3) ya que en investigaciones previas se descubrió que el estatus en el campo médico se deriva del rol o posición profesional y que es más probable obtener resultados más fiables si las calificaciones se obtienen de personas de status bajo que de status alto.

C. Edmondson, M. Bohmer y P. Pisano (2001) publicaron un artículo que relacionaba el comportamiento del equipo ante la implantación de una nueva tecnología con el tipo de liderazgo del gerente. Para poder relacionar esas dos variables utilizaron la siguiente metodología. Se desarrolló una entrevista que contenía 41 preguntas. Se investigó y se obtuvieron eventos conductuales específicos (Flanagan, 1954). Para comprobar el comportamiento de los entrevistados ante una situación real, se estableció una situación hipotética en la cual había una tendencia problemática y se les preguntó a los entrevistados qué harían. En total se realizaron 165 entrevistas en 16 hospitales, obteniendo respuestas muy variadas. Las entrevistas se realizaron a personas con diferentes roles dentro de la organización para tener distintos puntos de vista y todas ellas comenzaron con una pregunta genérica para saber las percepciones que tenían cada uno de los entrevistados. Una vez obtenidas las respuestas, se codificaron para establecer sub escalas. Otro estudio de C. Edmondson (2003) siguió un método similar para medir el comportamiento del equipo. Se realizaron una serie de entrevistas relacionadas con el proceso de aprendizaje. Después, siguiendo la lógica del método triangular (Jick, 1979), se examinó la correlación entre respuestas (Campbell y Fiske, 1959).

La satisfacción laboral la midió W. Ramey (2002) estableciendo un cuestionario con seis subes calas: Ambiente de trabajo profesional, autonomía, valor de trabajo, relaciones profesionales, promulgación de roles y beneficios.

Para establecer el estilo de liderazgo del gerente estudiado, cada estudio utiliza diferentes métodos o cuestionarios. C. Edmondson (2003) mide la actitud del líder recopilando datos mediante entrevistas. Se calificaron todas las preguntas relacionadas con el comportamiento del líder del equipo en una escala de tres puntos de alto entrenamiento (crea un ambiente abierto, lidera la discusión, aboga por el equipo-trabajo) a bajo entrenamiento (no escucha a los demás, no

entrena, ignora la importancia del trabajo en equipo). Utilizando el mismo sistema, se calificaron otra serie de preguntas en una escala de tres puntos desde alto (escucha fácilmente) a bajo (las personas están muy incómodas y sólo participan bajo coacción).

W. Ramey (2002) utilizó un método diferente. Estableció un cuestionario dirigido a las enfermeras para ver que liderazgo percibían de las enfermeras gerentes. El cuestionario estaba formado por distintas subescalas y en él se diferenciaron el liderazgo transformacional y el liderazgo transaccional. En el estudio de J.T. McCann, D. Graves y L. Cox (2014) también se realizó un cuestionario de liderazgo (Barbuto y Wheeler, 2006) compuesto por 23 preguntas.

A. Ortega, P. Van den Bossche, M. Sánchez-Manzanares, R. Rico y F. Gil (2014) para medir los comportamientos de liderazgo orientados al cambio utilizaron la encuesta de prácticas gerenciales (TRCQ-15G; Yukl et al. 1990, 2002). La encuesta incluye tres escalas diferentes: tareas, relación y liderazgo orientado al cambio, pero en este estudio sólo se usó la escala de liderazgo. Jia-ni, De-hua y Jian-gang (2012) midieron el liderazgo usando los 26 ítems del cuestionario de liderazgo transformacional (Li Wenchao y Shi Kan, 2005). Moral (8 ítems), visión (8 ítems), consideración (5 ítems) y carisma (5 ítems). E. Sheridan y J. Vredenburg (1978) para evaluar el liderazgo de la enfermera gerente realizaron un cuestionario usando la forma doce del Leader Behavior Description Questionnaire (Stogdill, 1963).

A partir de la revisión de estos trabajos, las escalas utilizadas y las preguntas planteadas en cada apartado del cuestionario son las siguientes.

- Liderazgo (Van Yperen y Hagedron, 2003) (Escala de Likert 1-5; 1- total desacuerdo, 5- total acuerdo)
 - Sé perfectamente lo que otros compañeros esperan de mí en el trabajo.
 - Sé exactamente de lo que soy responsable.
 - Sé exactamente lo que mi superior directo piensa sobre los resultados de mi trabajo.
 - Recibo información suficiente sobre el objetivo de mi trabajo.
 - Recibo información suficiente sobre los resultados de mi trabajo.
 - Puedo recurrir a mi supervisor inmediato si las cosas se ponen difíciles en el trabajo.
 - Si es necesario, puedo pedir ayuda a mi supervisor inmediato.

- Puedo recurrir a mis compañeros cuando las cosas se ponen difíciles en el trabajo.
 - Si es necesario puedo pedir ayuda a mis compañeros.
 - Mi superior inmediato entiende claramente hacia dónde vamos.
 - Mi superior inmediato tiene una visión clara de nuestro futuro como empresa.
 - Mi superior inmediato siempre está buscando nuevas oportunidades para la empresa.
 - Mi superior inmediato nos inspira con sus planes para el futuro.
 - Mi superior inmediato consigue tenernos comprometidos con sus ideas.
 - Mi superior inmediato es un buen modelo a seguir.
 - Mi superior inmediato predica con el ejemplo.
 - Mi superior inmediato fomenta la colaboración entre los grupos de trabajo.
 - Mi superior inmediato nos motiva para sentirnos en equipo.
 - Mi superior inmediato nos ayuda a trabajar juntos por los mismos objetivos.
 - Mi superior inmediato promueve una actitud y un espíritu de empresa entre los empleados.
- Clima laboral (Van Yperen y Hagedron, 2003) (Escala de Likert 1-5; 1- total desacuerdo, 5- total acuerdo)
 - La forma en que se trata a las personas en la empresa contribuye a mi satisfacción en el trabajo.
 - Me atrajo esta empresa por sus buenas prácticas de recursos humanos.
 - Los directivos aquí implantan adecuadamente las políticas de recursos humanos.
 - Las prácticas de recursos humanos se comunican claramente a los empleados.
 - Los directivos de la empresa adoptan un enfoque similar para dirigir a los empleados.
 - Las prácticas de recursos humanos me ayudan a sentir confianza en mi capacidad para hacer un buen trabajo.
 - Las prácticas de recursos humanos me ayudan a conseguir mis objetivos.
 - Las prácticas de recursos humanos me ayudan a desarrollar mis conocimientos y habilidades.
 - Los directivos están de acuerdo en cómo implementar las prácticas de recursos.
 - Las prácticas de recursos humanos de esta empresa son fáciles de entender.
 - Las prácticas de recursos humanos marcan la diferencia en la actuación de los directivos de esta empresa.
 - Las prácticas de recursos humanos ayudan a que yo contribuya al logro de los objetivos de la empresa.

- Seguridad Psicológica (Van Yperen y Hageddron, 2003) (Escala de Likert 1-5; 1- total desacuerdo, 5- total acuerdo)
 - Si cometo un error mis compañeros me lo perdonarán.
 - Mis compañeros y yo hablamos abiertamente de problemas y temas complicados y/o comprometidos.
 - Los compañeros siempre aceptan mis ideas, aunque difieran de lo que ellos piensan.
 - Puedo tomar decisiones arriesgadas sin sentirme amenazado.
 - Me resulta fácil pedir ayuda al resto de compañeros.
 - Ningún compañero actuará deliberadamente para poner en peligro mi trabajo y mi esfuerzo.
 - Mis habilidades y mi talento son valorados y utilizados por el resto de compañeros.

3.1.1.3 *Proceso recopilación de información*

En un primer momento no era necesario buscar la información del personal con el que íbamos a llevar a cabo el estudio porque el gerente nos iba a dar tal información. Tras los acontecimientos explicados en el tercer epígrafe, nuestra muestra cambió y, por tanto, teníamos que buscar la información de contacto de nuestra nueva muestra. Nuestra nueva muestra es de 727 hospitales privados de España.

Una vez obtenida la muestra total, nos pusimos a buscar a través de Google la información de contacto de los gerentes y los jefes médicos de cada hospital. Fue un proceso difícil y costoso, tanto en tiempo como en esfuerzo, ya que pudimos comprobar que pocos hospitales privados en España tienen publicada en su página web su estructura jerárquica con los respectivos nombres del gerente, jefe médico, etc.

Tras recopilar tales correos electrónicos, los introducimos a una tabla Excel, creada anteriormente, donde teníamos guardada nuestra muestra. Una vez recopilada toda la información de contacto ya sólo quedaba enviar los cuestionarios. Pero antes de esto teníamos que crear tales cuestionarios y estudiar a quienes se los enviaríamos.

Nuestra idea fue crear dos cuestionarios diferentes, uno para los gerentes y otro para los jefes médicos con la finalidad de establecer la relación existente entre el estilo de liderazgo del gerente y la seguridad psicológica y el clima laboral de

los jefes médicos, situados en la pirámide jerárquica en un escalón por debajo de los gerentes. Tras estudiar el proceso que íbamos a seguir, cambiamos de idea ya que no tenía sentido estudiar los estilos de liderazgo con un cuestionario enviado al propio líder, no tendría mucha credibilidad. Nuestro nuevo método de recopilación de información será enviar un sólo cuestionario a los jefes médicos con tres apartados, uno de estilo de liderazgo, otro de seguridad psicológica y otro de clima laboral. Son más verídicas las calificaciones de personas de status bajo que las de status alto cuando se está estudiando el comportamiento del líder, perteneciente al status alto (Nembhard y Edmondson, 2006).

El cuestionario enviado a los jefes médicos de los distintos hospitales es el creado por P. Van Yperen y Hageddron (2003). Para poder comprobar la veracidad, antes de enviar el cuestionario masivo, se debería coger, dentro de la muestra total, una pequeña muestra y enviar el cuestionario para comprobar que no hay errores en el planteamiento de las preguntas, ya que una vez enviado al total de la muestra sería poco profesional enviar de nuevo el cuestionario por algún error de planteamiento o de forma de las preguntas. Este proceso no lo vamos a realizar ya que este estudio forma parte de un TFG de grado con las limitaciones que implica, ya sea de tiempo o de recursos.

Para enviar el cuestionario hemos usado la plataforma Google Form. El cuestionario está dividido en tres partes. La primera parte tiene la finalidad de medir el estilo de liderazgo del gerente. La segunda parte tiene la finalidad de medir la seguridad psicológica. La tercera parte tiene la finalidad de medir el clima laboral. Para poder medir cada parte, hemos usado la escala Likert de cinco puntos (1= total desacuerdo; 5= total acuerdo).

Antes de que comiencen a contestar los jefes médicos a cada parte del cuestionario, tienen que indicar en un apartado el hospital donde trabajan, porque a la hora de cotejar las respuestas tenemos que tenerlo en cuenta, ya que es muy importante medir la correlación entre las respuestas de los trabajadores de un mismo hospital.

La finalidad de este cuestionario es cotejar las respuestas y establecer relaciones entre las respuestas de la parte de estilo de liderazgo y las respuestas de la parte de seguridad psicológica y clima laboral, para poder sacar conclusiones

empíricas y ver cómo afecta el estilo de liderazgo a la seguridad psicológica y al clima laboral.

3.1.1.4 *Análisis empírico*

Una vez formulado el cuestionario (Yperen y Hageddron; 2003) a través de Google Form, sólo queda enviarlo a los destinatarios y esperar las respuestas para poder comenzar con el análisis empírico. Para enviar los cuestionarios, el correo que vamos a usar es la cuenta de usuario de la universidad ya que la cuenta personal genera una imagen de menor seriedad. Lo que más nos preocupa al realizar esta parte del trabajo es obtener una baja participación en el cuestionario. Por ello, es muy importante formular bien el mensaje que vamos a enviar por correo junto con el cuestionario. Este trabajo es un TFG realizado por un alumno, por ello es difícil conseguir que se lo tomen en serio las personas a las que va dirigido. Tiene que ser un mensaje redactado de tal manera que de imagen de profesionalidad. En el cuerpo del mensaje, aparte de explicar la finalidad del cuestionario, tiene que estar reflejado que los datos obtenidos por nuestra parte no se van a publicar ni se van a usar para otra finalidad distinta.

Teníamos previsto enviar el mensaje de correo junto con el cuestionario de Google Form en marzo de 2020, pero debido a una contingencia externa no fue posible. Como ustedes saben, debido a un virus desconocido, los hospitales nacionales están desbordados desde marzo de 2020 (fecha prevista para la realización del análisis empírico). Por responsabilidad y por conciencia social, hemos decidido no enviar tal cuestionario a los jefes médicos para no molestar ante esta crisis sanitaria.

3.1.2 Resultados obtenidos después del estudio

Como se ha comentado en el epígrafe anterior, antes de esta crisis sanitaria, teníamos pensado enviar el correo redactado junto con el cuestionario de Google Form a los jefes médicos de nuestra muestra de hospitales (N=727). Queríamos cotejar las respuestas obtenidas para definir relaciones entre los estilos de

liderazgo, la seguridad psicológica y el clima laboral. Como hemos explicado anteriormente, no ha sido posible finalizar el estudio debido a esta contingencia.

Nuestro trabajo ha sido desarrollado hasta este último punto. Sólo queda enviar el cuestionario para analizar los resultados obtenidos. Más adelante, cuando esta crisis sanitaria haya pasado, se puede terminar este trabajo ya que está toda la metodología explicada en los puntos anteriores.

3.2 Propuesta de estudio durante el coronavirus en España

Debido a la situación de emergencia sanitaria en la que estamos, no se puede estudiar la relación del liderazgo dentro de la organización hospitalaria con la seguridad psicológica y el clima laboral. Por este motivo, hemos decidido cambiar el planteamiento empírico. En esta parte del trabajo nos centramos en estudiar la relación del liderazgo con la variable resultados, es decir, cómo ha influido la gestión de los líderes sanitarios en la propagación del COVID-19.

3.2.1 Alternativas de análisis

La literatura analizada previamente pone de manifiesto la relación entre el estilo de liderazgo del responsable sanitario con los resultados obtenidos. Por este motivo, hemos decidido estudiar esta relación a través de un análisis cualitativo.

Tras establecer un nuevo objetivo para el estudio, tenemos que establecer la metodología que vamos a seguir para poder llevarlo a cabo. Tenemos que plantear una serie de alternativas de análisis que se puedan llevar a cabo, sin necesidad de molestar a las organizaciones hospitalarias, y elegir cuál de ellas es la mejor opción para conseguir alcanzar el nuevo objetivo planteado.

En un primer momento, nos planteamos la opción de analizar las actuaciones de los líderes sanitarios en España a través de los comunicados de prensa. Esta opción la descartamos tras pensar en la finalidad objetiva del trabajo. No se pueden analizar ciertas conductas y ciertas actuaciones a través de la prensa ya que cada ideología política tiene un distinto punto de vista.

Tras descartar la primera opción de análisis nos planteamos otras dos posibles metodologías. La primera de ellas consistía en buscar las localidades españolas que no tuvieran casos de COVID-19 y ver porqué en esas localidades no existían casos confirmados del virus. La segunda de ellas consistía en estudiar a nivel global todos los países del mundo que hubieran detectado casos del virus en su territorio, ver las diferencias en las actuaciones de los líderes de los diferentes países y relacionar esas actuaciones con el impacto del COVID-19 en el país.

Tras estudiar ambas opciones para poder llevar a cabo esta parte del trabajo nos decantamos por la segunda opción. La segunda opción supone un análisis más completo y detallado que la primera y creemos que nos va a ser más útil este método de estudio cualitativo para relacionar la variable liderazgo con la variable resultados.

3.2.2 Metodología

La metodología que hemos escogido para la realización de esta parte del trabajo consiste en recopilar en un Excel la información publicada en los informes de organismos internacionales sobre el impacto del coronavirus en todos los países del mundo para que una vez obtenida toda la información analizarla y ver qué países destacan, bien por el pequeño impacto del COVID-19 en su territorio o bien por el gran impacto que ha tenido. Con este método de estudio nos surgieron varios problemas que teníamos que solventar.

El primer problema que teníamos era la variable tiempo. El COVID-19 es un virus nuevo que actualmente sigue propagándose a gran velocidad y cada día los datos van variando conforme avanza la enfermedad, por ello teníamos que seleccionar un horizonte temporal fijo. En cada país el pico de la enfermedad sucede en distintos periodos de tiempo, pero en general la semana decisiva fue Semana Santa. La elección de nuestro horizonte temporal fue el día 13 de abril del 2020, día en el que finaliza la Semana Santa.

Una vez establecido el periodo temporal nos surgió otro problema. La información recopilada para la realización del estudio tiene que provenir de fuentes fiables, por ello antes de ponernos a recopilar la información teníamos

que analizar distintas fuentes de datos para elegir qué fuente usar. Tras revisar varias fuentes de datos y comparar datos entre ellas para ver coincidencias o discrepancias, decidimos escoger la información publicada en la Organización Mundial de la Salud, en la página web Worldometers y en la página web de la Universidad Johns Hopkins.

Tras seleccionar el horizonte temporal y las fuentes de datos nos pusimos a recopilar la información en un Excel. El Excel lo dividimos en cinco hojas de datos. Cada hoja correspondía a un continente distinto con los respectivos países donde estaba presente el virus a día 13/04/2020.

Tras tener el Excel con todos los países donde hubiera casos de COVID-19 teníamos que elegir qué información necesitábamos para llevar a cabo el trabajo. Para cada país necesitábamos tener siete indicadores para luego poder llevar a cabo la selección de la muestra. Los siete indicadores eran los casos totales y muertes totales de COVID-19 que había en el país a día 13/04/2020, la población y el PIB per Cápita de cada territorio en el año 2019, los casos y muertes por cada cien mil habitantes por COVID-19 a día 13/04/2020 y el día en el que es detectado el primer caso en cada país.

Tras completar el Excel con todos los indicadores anteriormente explicados, nos pusimos a analizar la información. Nos dimos cuenta que había grandes diferencias entre continentes en el nivel de impacto del COVID-19 a fecha 13/04/2019. En un principio nuestra idea era seleccionar dos países por cada continente, el país donde el virus haya tenido menos impacto hasta el horizonte temporal seleccionado y el país donde el virus haya tenido el mayor impacto hasta el horizonte temporal seleccionado, pero tras comprobar las diferencias entre continentes vimos que para realizar un estudio fiable no se puede escoger una muestra tan dispar, por este motivo decidimos centrarnos en un continente en concreto.

Tras estudiar qué continente escoger para nuestro estudio decidimos escoger el continente europeo puesto que, en general, los países europeos habían detectado el primer caso de COVID-19 en un periodo de tiempo relativamente cercano.

3.2.2.1 *Muestra*

Una vez escogido el continente tenemos que seleccionar la muestra de países para llevar a cabo este punto del trabajo. En un principio íbamos a escoger dos países por continente, pero como hemos explicado anteriormente al final hemos decidido centrarnos sólo en el continente europeo.

En lugar de elegir sólo dos países de europea como estaba previsto, al final hemos decidido escoger cuatro países para llevar a cabo un análisis más fiable y detallado. Para seleccionar estos cuatro países vamos a seguir una serie de pautas.

Primero discriminamos a los países europeos con una población por debajo de los diez millones de habitantes. Si queremos un estudio fiable no podemos comparar medidas llevadas a cabo por los responsables sanitarios de países con grandes diferencias poblacionales ya que un país con poca población tiene una capacidad de respuesta distinta a un país muy poblado.

Después de eliminar de nuestra lista a los países menos poblados de Europa agrupamos los países en función del día en el que detectan el primer caso de COVID-19. Este paso es muy importante en un estudio como este puesto que, si queremos relacionar el liderazgo sanitario de los responsables de cada país con la variable resultados, en este caso la variable resultados es la magnitud del impacto del virus en la población, debemos considerar la variable tiempo puesto que no en todos los países el primer caso aparece el mismo día.

Tras agrupar los países restantes en función de la fecha en el que se detecta el primer caso de COVID-19 teníamos que elegir qué cuatro países podían ser comparables entre sí. Para elegir qué países escoger cómo muestra nos fijamos en el indicador de número de fallecidos cada cien mil habitantes. Tras observar tal indicador nos dimos cuenta que había cuatro países donde el virus se había detectado más o menos en la misma fecha, con tan sólo un día o dos de diferencia, pero que sin embargo había diferencias notorias en cuanto a la variable fallecidos por cien mil habitantes a fecha 13/04/2020. Estos cuatro países son Alemania, Suecia, Italia y España.

En Alemania el primer caso positivo de COVID-19 fue detectado el 29/01/2020 y a fecha 13/04/2020 tenía una tasa de mortalidad de 3,85 muertos cada cien mil habitantes. En Suecia el primer caso positivo fue detectado el 01/02/2020 y a fecha 13/04/2020 tenía una tasa de mortalidad de 8,98 muertes cada cien mil habitantes. En Italia el primer caso positivo fue detectado el 01/02/2020 y a fecha 13/04/2020 tenía una tasa de mortalidad de 33,91 muertes cada cien mil habitantes. En España el primer caso positivo fue detectado el 02/02/2020 y a fecha 13/04/2020 tenía una tasa de mortalidad de 37,831 muertes cada cien mil habitantes.

Si observamos los datos expuestos anteriormente podemos ver que no hay diferencias notables en las fechas en las que se detecta el primer caso positivo de COVID-19 pero sí que se ven diferencias notorias en la tasa de mortalidad. Vemos como Suecia y Alemania tienen una tasa de mortalidad que está muy por debajo de la tasa de mortalidad que se da en España e Italia.

3.2.2.2 Recopilación de información

Una vez escogida la metodología a seguir y la muestra de nuestro estudio, tenemos que recoger información sobre las medidas llevadas a cabo por los cuatro países en relación al COVID-19 para ver si existen semejanzas y discrepancias en el comportamiento de los líderes sanitarios ante esta pandemia global y ver si ha influido ese comportamiento en la expansión del virus.

Para recopilar la información que necesitamos vamos a usar las mismas fuentes de datos utilizadas en los puntos anteriores, Organización Mundial de la Salud, Universidad Johns Hopkins y la página Worldometers.

Aparte de usar estas tres fuentes de datos también vamos a usar la página web OurWorldInData. Es una publicación en línea que presenta numerosos datos empíricos a través de mapas interactivos para mostrar cómo está cambiando el mundo. Las publicaciones de esta página son desarrolladas por la Universidad de Oxford. En esta página web nos encontramos numerosos gráficos e indicadores de datos relacionados con el COVID-19 actualizados diariamente.

3.2.2.3 *Variables y medidas*

No existen estudios empíricos en los que nos podamos apoyar para la realización de esta parte del trabajo. El COVID-19 es un virus nuevo y desconocido. Existe mucha incertidumbre acerca de los factores que propician la expansión del virus.

Al no existir una literatura previa en relación al tema del trabajo no podemos basarnos en otras investigaciones para elegir qué variables y medidas analizar. Tras revisar las distintas fuentes de datos mencionadas en el punto anterior, hemos decidido centrarnos en los siguientes indicadores para poder hacer una valoración sobre el comportamiento de los líderes sanitarios de cada país y si ha influido tal comportamiento en la expansión del virus. Los siguientes indicadores dependen de las decisiones tomadas por los líderes sanitarios, por lo tanto, si existe una correlación entre los siguientes indicadores y los resultados podemos relacionar el comportamiento del líder y los resultados ante el virus.

El primer indicador analizado va a ser la fecha en la que se empiezan a realizar test en cada país y la política de rastreo del COVID-19 que aplicó cada país hasta el 13/04/2020.

El segundo indicador analizado va a ser el número de cancelaciones de actos públicos y la prohibición de reuniones en cada país para evitar la expansión del virus desde que aparece el primer caso de COVID-19 hasta el 13/04/2020.

El tercer indicador analizado va a ser las políticas de campañas de información pública llevadas a cabo en cada país desde que aparece el primer caso de COVID-19 hasta el 13/04/2020.

El cuarto indicador analizado son las políticas de restricciones de cada país a los movimientos internos y a los viajes internacionales, si es que se han llevado a cabo, desde que aparece el primer caso de COVID-19 hasta el 13/04/2020.

El quinto indicador analizado son las políticas de cierres de centros educativos y de lugares de trabajo en cada país, si es que se han llevado a cabo, hasta el 13/04/2020.

En total vamos a estudiar las cinco variables anteriormente explicadas para poder hacer una valoración acerca del comportamiento de los líderes sanitarios

de cada país para después ver si existe una correlación entre el comportamiento del líder sanitario y los resultados obtenidos en la expansión del virus.

3.2.2.4 *Análisis cualitativo*

Para llevar a cabo esta parte del trabajo hemos creado una hoja de Excel nueva con los cuatro países objeto de estudio donde vamos a recopilar todos los datos que encontremos sobre las variables expuestas en el punto anterior haciendo uso de las bases de datos mencionadas anteriormente.

Según los datos publicados en la plataforma Ourworldindata en el apartado “pruebas y rastreo de contactos” el primer país en establecer una política formal con los criterios para poder realizar pruebas del virus fue España. Hasta el 24/01/2020 en España no se hacían pruebas del virus, a partir de esta fecha se empezaron a realizar pruebas a las personas con síntomas relacionados con el COVID-19 y que cumpliesen una serie de criterios específicos como estar ingresado en el hospital o ser un trabajador clave. Alemania, Suecia e Italia implantaron la misma política que España para la realización de test, pero con algunos días de diferencia. Alemania comenzó a realizar test el 27/01/2020, Italia el 31/01/2020 y Suecia el 31/01/2020. No hemos podido realizar una comparación de la evolución en el número de test que se han hecho en cada país porque España no ha publicado datos de los test hechos hasta el 13/04/2020 por lo tanto, no sabemos la cantidad de test realizados a lo largo del mes de febrero y marzo. En cuanto a la política de rastreo de contactos establecida por cada país Alemania fue el primer país que implantó una política de seguimiento a las personas potencialmente expuestas. A partir del 22/01/2020 en Alemania se seguían de cerca todos los casos potenciales de COVID-19. El resto de país no implantaron políticas de seguimiento hasta el 31/01/2020. Suecia e Italia seguían una política de seguimiento similar a la de Alemania, pero España no. A partir del 31/01/2020 en España se hacía un seguimiento selectivo de casos potenciales, no se seguían todos los casos como en el resto de países.

En la misma plataforma, en el apartado “cancelación de eventos públicos y reuniones” nos encontramos las políticas que han seguido los países en relación

a la exigencia o recomendación de cancelar eventos públicos. Italia fue el primer país en implantar una política de cancelación de eventos públicos. A partir del 23/02/2020 con 2,6 casos cada millón de habitantes el gobierno italiano exigió cancelar los eventos públicos para evitar la propagación del virus. El resto de países implantaron políticas de este tipo más adelante. Alemania a partir del 29/02/2020 con 0,95 casos por millón de habitantes recomendó la suspensión de eventos públicos, pero no la exigió hasta el 10/03/2020 cuando tenía 18,8 casos por cada millón de habitantes. España a partir del 10/03/2020 con 36,1 casos cada millón de habitantes exigió la cancelación de eventos públicos. Sin embargo, Suecia no ha aplicado ninguna política de recomendación o exigencia de cancelación de eventos públicos. En cuanto a la prohibición de reuniones el primer país en implantar una política de este tipo fue Italia el 23/02/2020 con 2,6 casos cada millón de habitantes prohibió todo tipo de reuniones. España a partir del 10/03/2020 con 36,1 casos cada millón de habitantes prohibió todas las reuniones de más de mil personas, pero a partir del 30/03/2020 con 1874 casos por cada millón de habitantes prohibió todo tipo de reuniones. Suecia hasta el 12/03/2020 con 67,15 casos por cada millón de habitantes no aplica ninguna política de restricción a las reuniones, pero a partir de esta fecha prohibió las reuniones de más de cien personas. Alemania a partir del 10/03/2020 con 18,8 casos por cada millón de habitantes prohibió todas las reuniones de más de mil personas, pero a partir del 21/03/2020 con 269,4 casos por cada millón de habitantes prohibió todo tipo de reuniones.

En el apartado “campañas de información pública” nos encontramos las fechas en las que se inician campañas informativas para concienciar a la población sobre el peligro del virus. En Alemania el 24/01/2020 con cero casos confirmados en el país los altos funcionarios del estado alemán comenzaron a lanzar mensajes para concienciar a la población sobre el COVID-19, pero a partir del 12/02/2020 iniciaron campañas coordinadas de información pública. El día 31/01/2020 en Italia y en España con cero casos confirmados se iniciaron campañas coordinadas de información pública mientras que en Suecia hasta el día 09/03/2020 con 25,41 casos confirmados por cada millón de habitantes no se llevó a cabo ninguna política de información pública para concienciar a la población del país sueco.

En el apartado “viajes nacionales e internacionales” nos encontramos toda la información recopilada sobre las políticas llevadas a cabo en materia de transporte público, restricciones al movimiento interno y controles de viajes internacionales. En cuanto al transporte público, el primer país en establecer una política en esta materia fue Italia el 11/03/2020 con 206,46 casos confirmados por cada millón de habitantes el gobierno italiano redujo el volumen de personas en el transporte público para evitar aglomeraciones, pero a partir del 12/04/2020 con 2590,5 casos confirmados cada millón de habitantes prohibió el uso del transporte público a la mayor parte de la población. España a partir del 14/03/2020 con 136,2 casos confirmados por cada millón de habitantes estableció normas similares a Italia reduciendo el volumen de capacidad permitido en el transporte público. Alemania hasta el 06/04/2020 con 1245,2 casos confirmados por cada millón de habitantes no estableció medidas en el transporte público del país, a partir de esta fecha redujo el volumen de capacidad permitido. Sin embargo, Suecia no ha establecido ninguna política respecto al transporte público durante el periodo temporal que estamos analizando.

En cuanto a la restricción de movimientos internos, el primer país en llevar a cabo una política en este ámbito fue Italia. El gobierno italiano el 21/02/2020 con 0,35 casos confirmados por cada millón de habitantes prohibió los movimientos internos sin causa justificada en algunas zonas del país. En España a partir del 09/03/2020 con 26,23 casos confirmados por cada millón de habitantes se recomendó no realizar desplazamientos internos, pero a partir del 14/03/2020 con 136,17 casos confirmados por cada millón de habitantes se prohibieron los desplazamientos internos sin causa justificada. En Alemania a partir del 19/03/2020 con 184,5 casos confirmados por cada millón de habitantes se prohibieron los desplazamientos internos sin causa justificada. En Suecia no se establece ningún tipo de medida hasta el 04/04/2020 con 629,8 casos confirmados por cada millón de habitantes. A partir de esta fecha se recomienda no llevar a cabo desplazamientos internos.

En cuanto a llevar a cabo controles de viajes internacionales, el primer país en aplicar alguna política al respecto fue Italia el 23/01/2020 con 0 casos confirmados haciendo controles a los pasajeros de los aviones que llegasen de zonas afectadas, pero a partir del 30/01/2020 con 0 casos confirmados prohibió

los vuelos directos desde los países afectados en gran medida. Alemania a partir del 28/02/2020 con 0,89 casos confirmados por cada millón de habitantes empezó a hacer controles a los pasajeros que llegasen de zonas afectadas por el virus, pero a partir del 16/03/2020 con 87,59 casos confirmados por cada millón de habitantes procedió al cierre total de fronteras cosa que Italia no hizo en ningún momento. España el 10/03/2020 con 36,11 casos confirmados por cada millón de habitantes prohibió los vuelos procedentes de países afectados por el virus, pero a partir del 17/03/2020 con 251,97 casos confirmados por cada millón de habitantes procedió al cierre total de fronteras como Alemania. Suecia hasta el 19/03/2020 con 140,66 casos por cada millón de habitantes no tomó ninguna medida política al respecto, pero a partir de esta fecha prohibió los vuelos procedentes de países afectados por el COVID-19.

En el apartado “cierre de escuelas y lugares de trabajo” nos encontramos información sobre las políticas llevadas a cabo por cada país en este ámbito y las fechas en las que se aprueban tales políticas. Italia fue el primer país en aplicar medidas en este ámbito prohibiendo el 23/02/2020 con 26,01 casos confirmados por cada millón de habitantes la apertura de los centros educativos de todos los niveles. Alemania cerró todos los centros educativos en todos los niveles jerárquicos el 26/02/2020 con 0,31 casos confirmados por cada millón de habitantes mientras que España no cerró todos los centros educativos hasta el 09/03/2020 con 26,23 casos confirmados por cada millón de habitantes. Sin embargo, Suecia no ha aplicado ninguna medida en este ámbito, pero el 18/03/2020 con 127,17 casos confirmados por cada millón de habitantes recomendó el cierre de los centros educativos. En cuanto al cierre de lugares de trabajo, en Italia a partir del 22/02/2020 con 13,09 confirmados por cada millón de habitantes se cerraron todos los centros de trabajo menos los puestos de trabajo esenciales. En España el 09/03/2020 con 26,23 casos por cada millón de habitantes se recomendó a las empresas el teletrabajo, pero el 14/03/2020 con 136,17 casos por cada millón de habitantes se requirió el cierre de centros de trabajo de algunos sectores y a partir del 30/03/2020 con 1874,01 casos confirmados por cada millón de habitantes se prohibió acudir a los puestos de trabajo a toda la población menos a los trabajadores esenciales. En Alemania y Suecia no se prohibió a los trabajadores acudir al puesto de trabajo, pero se

recomendó el teletrabajo. En Alemania a partir del 22/03/2020 con 299,61 casos confirmados por cada millón de habitantes y en Suecia a partir del 30/03/2020 con 393,74 casos confirmados por cada millón de habitantes.

A continuación, en la siguiente tabla podemos ver la información recopilada de una manera más esquematizada. En la primera columna en el eje vertical podemos ver las cinco variables analizadas y la variable resultados a día 13/04/2020. En el resto de columnas verticales encontramos el número de casos confirmados por cada millón de habitantes en cada territorio el día en el que se aplica alguna política al respecto en relación a las cinco variables analizadas. Los datos recogidos para la variable resultados están relativizados por cada cien mil habitantes (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Número de casos positivos relativizados al aplicar una política de prevención ante la pandemia.

VARIABLE / PAÍS	Alemania	España	Italia	Suecia
Pruebas/Rastreo	0/0	0/0	0/0	0/0
Eventos/Reuniones	19/19	36/36	3/3	-/67
Información Pública	0	0	0	25
Trans. Púb./ Nac./Int.	1245/184/1	136/136/36	206/0,35/0	-/629/140
Escuelas/Trabajo	0,31/300	26/26	26/13	127/394
Resultados 13 abril	3,85	37,8	33,9	8,98

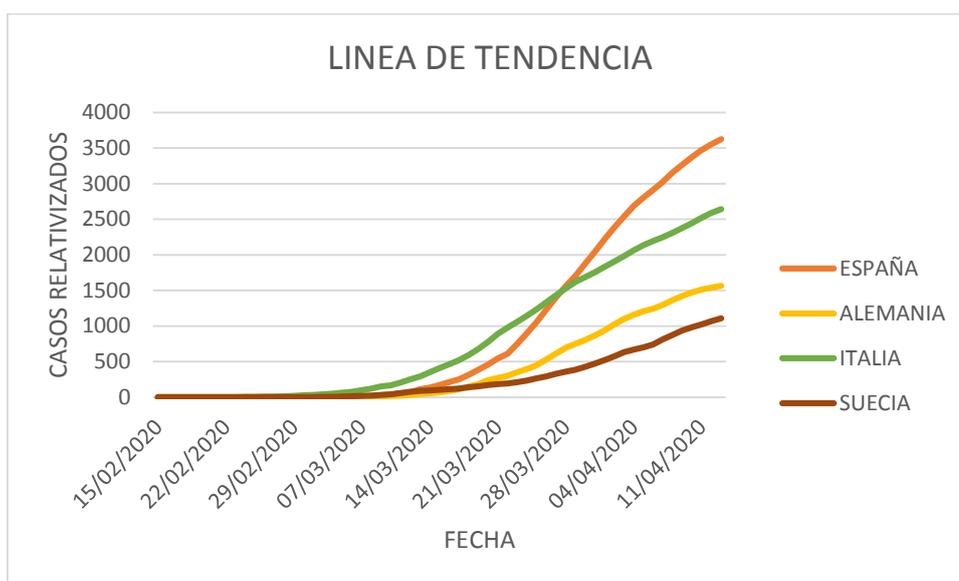
Fuente: *Elaboración propia a partir de datos extraídos de Our World in Data.*

3.2.3 Resultados obtenidos después del estudio

Con los datos expuestos en el apartado anterior no queremos valorar la gestión de cada país frente al Covid-19. Queremos ver si existe correlación entre las medidas llevadas a cabo por los líderes sanitarios de cada país y los resultados obtenidos. Para poder llegar a una conclusión y poder relacionar la variable liderazgo con la variable resultados vamos a centrarnos en estudiar la rapidez de respuesta de cada país frente a esta crisis sanitaria. Para ello vamos a estudiar primero cada variable de manera individualizada y luego vamos a hacer una valoración en general fijándonos en el número de casos positivos

confirmados en el territorio cuando se aplica alguna política al respecto y no en la fecha, ya que en cada territorio el virus se extiende con una velocidad diferente. A continuación, en la Gráfica 1 podemos observar la evolución en el número de casos confirmados por COVID-19 en cada territorio. Los datos están relativizados por cada millón de habitantes.

Gráfica 1. Evolución del COVID-19 en los países de la muestra.



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos extraídos de Worldometers.*

Después de estudiar el análisis cualitativo del punto anterior y observar la gráfica de evolución del número de casos confirmados, podemos observar que en general en la mayoría de variables analizadas el país que reacciona con una mayor rapidez es Italia, sin embargo, si observamos la gráfica y vemos la evolución de casos confirmados, es el segundo país con la línea de tendencia más vertical, sólo por detrás de España. Si vemos los resultados obtenidos a día 13/04/2020 (horizonte temporal establecido) podemos ver cómo es el segundo país de nuestra muestra con más muertes por habitante, sólo superado por España. Suecia en general no ha llevado a cabo medidas frente al Covid-19 pero si observamos la gráfica de evolución del número de casos confirmados es el país de nuestra muestra que tiene la línea de tendencia más aplanada. Si vemos el número de fallecimientos no es el país con más muertes por habitante a fecha

13/04/2020, todo lo contrario, es el segundo país de la muestra con menos muertes sólo por detrás de Alemania.

Tras estudiar la información recopilada no se puede establecer una relación entre el comportamiento de los líderes sanitarios de cada país de la muestra y los resultados obtenidos a día 13/04/2020.

Para realizar un análisis cualitativo en relación a este tema de estudio es necesario disponer de una mayor cantidad de información. A la hora de buscar información para este análisis hemos podido comprobar la opacidad de algunos territorios a la hora de exponer determinados datos cómo la evolución del número de test realizados desde el principio de la pandemia. Si hubiéramos tenido información sobre el número de test realizados en cada uno de los cuatro países durante el periodo temporal establecido nuestro análisis cualitativo hubiera sido más detallado y posiblemente hubiéramos podido encontrar alguna relación entre las variables analizadas.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Por toda la literatura analizada en el presente estudio se puede afirmar que, a pesar de que se haya investigado sobre los estilos de liderazgo en hospitales, todavía queda mucho por avanzar. Los estudios analizados muestran múltiples relaciones entre estilos de liderazgo y otros conceptos que están presentes en la organización hospitalaria. Estas relaciones se pueden investigar y medir, pero siempre teniendo en cuenta múltiples limitaciones. Estamos ante investigaciones pertenecientes al campo de la organización de empresas, una rama de ciencias sociales, lo que nos indica que, no es una ciencia exacta, muchos comportamientos individuales son inexplicables y, por tanto, no se pueden medir a ciencia cierta.

Una vez analizada la literatura previa, podemos concluir varias relaciones entre liderazgo en hospitales y múltiples conceptos. Todos los estudios concluyen en una misma idea.

Es necesario disponer de un líder transformacional, ya sea como jefe de enfermería o medicina, para que haya un correcto funcionamiento en la

organización. Si tenemos un líder transformacional, la seguridad psicológica de los trabajadores subordinados va a aumentar, los resultados profesionales van a mejorar, el comportamiento del equipo hacia el aprendizaje va a ser más eficiente y va a verse aumentado el rendimiento del equipo.

Mientras que un líder transformacional genera una satisfacción laboral positiva, un líder transaccional genera una satisfacción laboral negativa. La satisfacción laboral de los trabajadores es clave para entender la satisfacción del paciente. Por tanto, nuestra recomendación primordial es que la organización hospitalaria tiene que ser dirigida y administrada por líderes transformacionales.

Estas conclusiones, anteriormente expuestas, están basadas en la literatura recopilada. La primera parte de nuestro análisis empírico propio no se ha podido llevar a cabo debido a la crisis sanitaria actual y tras realizar el análisis cualitativo perteneciente a la segunda parte no hemos podido establecer ninguna relación sólida entre liderazgo y la variable resultados. En un futuro, se podrá retomar la primera parte de análisis empírico siguiendo los puntos de nuestro trabajo y cuando se disponga de más información se podrá retomar el análisis cualitativo. Esperamos que, cuando haya pasado la crisis sanitaria actual, podamos retomar la investigación y terminar el análisis empírico en su conjunto. Como hemos podido comprobar tras la revisión de la literatura, son de vital importancia las investigaciones en este campo. Si se consiguiese establecer una correlación entre el comportamiento del líder y la variable resultados se podría reducir el impacto que tendría una nueva pandemia global a través del comportamiento de los líderes sanitarios.

Este trabajo forma parte de un proyecto de fin de grado por lo que tiene múltiples limitaciones. Para la realización del trabajo, no hemos dispuesto de un equipo de trabajo amplio y las fechas de entrega son reducidas. La muestra del trabajo de la primera parte del análisis empírico, aunque es numerosa, no es la real, ya que dependerá, en gran medida, de la participación de los jefes médicos. Si ellos no quieren participar, el trabajo no se puede llevar a cabo. La información que hemos podido recopilar para la realización del análisis cualitativo es escasa ya que en las fechas de realización del análisis no había publicada demasiada información en relación al tema de trabajo, esperemos que los países sigan una

política de transparencia y publiquen toda la información posible en relación a las políticas llevadas a cabo frente al COVID-19.

A lo largo del desarrollo de este trabajo, hemos podido apreciar la opacidad de la organización hospitalaria en España y la opacidad de algunos gobiernos a la hora de informar en materia de gestión. En las páginas web de algunos hospitales, no encontramos información acerca de la estructura jerárquica o de la información de contacto y algunos gobiernos no han publicado demasiada información en materia de realización de test. Esto ha sido una gran barrera para el desarrollo del trabajo.

Una recomendación para un futuro estudio en este campo, siempre que se tengan todos los recursos posibles es que, al realizar un estudio como el de la primera parte del análisis empírico, se comience con entrevistas a los trabajadores, ya que los estudios más completos y más verídicos comienzan con entrevistas al personal que se estudie. Esta es la mejor forma de conocer la opinión de los trabajadores.

5. BIBLIOGRAFÍA

Bass, B.M. (1985): "Leadership: Good, Better, Best", *Organizational Dynamics*, pp. 26-40.

Bass, B.M. y Avolio, B.J. (1990): "Developing Transformational Leadership: 1992 and Beyond", *Journal of European Industrial Training*, pp. 23.

Choi, S.L.; Goh, C.F.; Hisyam Adam, M.B. y Tan, O.K. (2016): "Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment", *Human Resources for Health*.

Daly, J.; Jackson, D.; Mannix, J.; Davidson, P.M y Hutchinson, M. (2014): "The Importance of Clinical Leadership in the Hospital Setting", *Journal of Healthcare Leadership*, Vol. 6, pp. 75-83.

Dougall, D.; Lewis, M. y Ross, S. (2018), "Transformational change in health and care", *The King's Fund*.

Edmondson, A.C. (2003): "Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams", *Journal of Management Studies*.

Edmondson, A.C; Bohmer, R.M y Pisano, G.P (2001): "Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals", *Cornell University*, Vol. 46, pp. 685-716.

Gibson, C. y Vermeulen, F. (2003): "A Healthy Divide: Subgroups as a Stimulus for Team Learning Behavior", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 48, pp. 202-239.

Graber, D.R y Osborne Kilpatrick, A. (2008): "Establishing Values-Based Leadership and Value Systems in Healthcare Organizations", *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 31, pp. 179-197.

Guo, K.L. y Company, J.D. (2007): "The roles and functions of directors of social work in the case management model", *Leadership in Health Services*, Vol. 20, pp. 124-133.

Hashemi Taba, N. y Khatavakhotan, A. (2013): "Transformational Leadership Plan for the Hospital Information System", *IEEE*, pp. 68-73.

Hater, J.J. y Bass, B.M. (1988): "Supervisors, Evaluations and Subordinates Perceptions of Transformational and Transactional Leadership", *Journal of Applied Psychology*, pp. 695-702.

Jia-ni, X.; De-hua, Y. y Jian-gang, L. (2012): "The Mediating Effects of Psychological Empowerment on Leadership Style and Employee Satisfaction in Hospitals", *IEEE*, pp. 1215-1219.

Joshi, A. y Roh, H. (2009): "The Role of Context in Work Team Diversity Research: A Meta-Analytic Review", *The Academy of Management Journal*, Vol. 52, pp. 599-627.

Leavitt, M.O.; McClellan, M.; Devore, S.D.; Fisher, E.; Gilfillan, K.J.; Lieber, H.S; Merkin, R.; Rideout, J. y Thiry, K.J. (2016): "Competencies and tools to shift payments from volume to value", *Vital Directions for Health and Health Care Series*, Discussion paper, National Academy of Medicine.

Liang, Z.; Leggat, S.; Howard, P. y Bartram, T. (2018): "Development and validation of health service management competencies", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 32, pp. 157-175.

Low, S.; Butler-Henderson, K.; Nash, R. y Abrams, K. (2019): "Leadership development in health information management (HIM): literature review", *Leadership in Health Services*, Vol.32, pp. 569-583.

McCallin, A.M. y Frankson, C. (2010): "The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study", *Journal of Nursing Management*, Vol. 18, pp. 319-325.

McCann, J.T; Graves, D. y Cox, L. (2014): "Servant Leadership, Employee Satisfaction, and Organizational Performance in Rural Community Hospital", *International Journal of Business and Management*, Vol. 9, pp. 28-38.

McNeese Smith, D.K. (1999): "The Relationship between Managerial Motivation, Leadership, Nurse Outcomes and Patient Satisfaction", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 20, pp. 243-259.

Nembhard, I.M y Edmondson A.C. (2006): "The Effects of Leader Inclusiveness and Professional Status on Psychological Safety and Improvement Efforts in Health Care Teams", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 27, pp. 941-966.

Nembhard, I.M.; Alexander J.A.; Hoff, T.J y Ramanujam, R. (2019): "Why Does the Quality of Health Care Continue to Lag? Insights from Management Research", *Academy of Management Perspectives*, Vol. 23, pp. 24-42.

Oaklander, H. y Fleishman, E.A. (2019): "Patterns of Leadership Related to Organizational Stress in Hospital Settings", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 8, pp. 520-532.

Oddvar Eriksen, E. (2001): "Leadership in a Communicative Perspective", *Acta Sociologica*, Vol. 44, pp. 21-35.

Ortega, A.; Van den Bossche, P.; Sánchez Manzanares, M.; Rico, R. y Gil, F. (2014): "The Influence of Change-Oriented Leadership and Psychological Safety on Team Learning in Healthcare Teams", *Journal of Business and Psychology*, Vol. 29, pp. 311-321.

Philainen, V.; Kivinen, T. y Lammintakanen, J. (2015): "Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review", *Leadership in Health Services*, Vol. 29, pp. 95-110.

Plunkett Tost, L.; Gino, F. y Larrick, R.P. (2013): "When Power Makes others Speechless: The Negative Impact of Leader Power on Team Performance", *The Academy of Management Journal*, Vol. 56, pp. 1465-1486.

Robbins S.P. (2004). *Comportamiento organizacional* (10ª ed). México: Pearson education.

Robbins, S.P. (2010). *Introducción al comportamiento organizacional* (10ª ed). Madrid: Pearson educación.

Saint, S.; Kowalski, C.P.; Banaszak-Holl, J.; Forman, J.; Damschorder, L. y Krein S.L. (2010): "The Importance of Leadership in Preventing Healthcare-Associated Infection: Results of a Multisite Qualitative Study", *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 31, pp. 901-907.

Sheridan, J.E y Vredenburgh, D.J. (2019): "Predicting Leadership Behavior in a Hospital Organization", *Academy of Management*, Vol. 21, pp. 679-689.

Sobo, E.J y Sadler B.L. (2002): "Improving Organizational Communication and Cohesion in a Health Care Setting through Employee-Leadership Exchange", *Human Organization*, Vol. 61, pp. 277-287.

Townsend, K.; Wilkinson, A.; Bamber, G. y Allan, C. (2012): "Accidental, unprepared, and unsupported: clinical nurses becoming managers", *International Journal of Human Resource Management*, Vol. 23, pp. 204-220.

Walsh, A.P.; Harrington, D. y Hines, P. (2019): "Are hospital managers ready for value-based healthcare? A review of the management competence literatura", *International Journal of Organizational Analysis*, Vol. 28, pp. 49-65.

Warner Ramey, J. (2002): "The Relationship Between Leadership Styles of Nurse Managers and Staff Nurse Job Satisfaction in Hospital Settings", *Teses, Dissertations and Capstones*, Vol. 138, pp. 1419-1452.

Sitio web Resulta2. ¿Qué es el liderazgo? (2015). <https://resulta-2.com/2015/05/que-es-liderazgo/> (Consulta: enero de 2020).

Bases de datos suscritas por la UVa (Universidad de Valladolid) (2020). Sabi. Londres: Bureau Van Dijk. <https://sabi-bvdinfo-com.ponton.uva.es/version-2020417/home.serv?product=SabiNeo&loginfromcontext=ipaddress> (Consulta: enero de 2020).

Bases de datos suscritas por la UVa (Universidad de Valladolid) (2020). JSTOR. Nueva York: Ithaka Harbors. https://sso.uva.es/isso/isso/login.form?sso_agent=cliente&sso_return=https://biblio.uva.es/ssoRecursos/ssoRecursos.php (Consulta: noviembre de 2020).

Bases de datos suscritas por la Uva (Universidad de Valladolid) (2020). Dialnet. Logroño: Universidad de la Rioja. <http://dialnet.unirioja.es.ponton.uva.es/> (Consulta: noviembre de 2020).

Sitio web de revista de artículos sobre liderazgo en servicios de salud. <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1751-1879/vol/33/iss/1> (Consulta: abril de 2020).

Centro europeo para la prevención y el control de enfermedades (ECDC). <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic> (Consulta: abril de 2020).

Sitio web de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat). https://www.eurostat.eus/elementos/ele0009800/ti_Poblacion_en_la_UE_28_n_d_e_habitantes_2008-2019/tbl0009913_c.html (Consulta: abril de 2020).

Sitio web del Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard> (Consulta: abril de 2020).

Sitio web Countrymeters. <https://countrymeters.info/es> (Consulta: abril de 2020).

Organización Mundial de la Salud (OMS). https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAlaIqobChMI2Pi4gMbt6QIVFYXVCh06FATqEAAYASAAEgLj9_D_BwE (Consulta: abril y mayo de 2020).

Banco Mundial (BM). <https://www.bancomundial.org/> (Consulta: abril de 2020).

Fondo Monetario Internacional (FMI). <https://www.imf.org/external/spanish/index.htm> (Consulta: abril de 2020).

Universidad John Hopkins. <https://coronavirus.jhu.edu/data> (Consulta: abril y mayo de 2020).

Sitio web de estimaciones y estadísticas Worldometer. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (Consulta: abril y mayo de 2020).

Sitio web de datos y resultados empíricos Our World in Data. <https://ourworldindata.org/> (Consulta: abril y mayo de 2020).