



Estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Lcda. Vanessa Lisbeth Heras Yungaicela

ASESOR

Dr. Gregorio Celis Rodríguez

México, mayo de 2026

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Heras Yungaicela, V. L. (2026). *Estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020 – 2025*. [Tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México - UIIX]



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional; se permite su reproducción total o parcial y su comunicación pública con reconocimiento de la autoría; no se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

Resumen

La investigación tuvo como objetivo proponer una estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, en el marco contextual del período 2020–2025. Se adoptó un enfoque mixto con predominio cuantitativo, bajo un diseño no experimental, transversal, descriptivo y propositivo. La muestra estuvo conformada por 50 trabajadores del área de la salud, distribuidos equitativamente en cinco instituciones: tres hospitales públicos y dos privados o autosustentables, con 10 participantes por institución. Para la recolección de datos, se aplicó un cuestionario de 27 ítems con escala Likert, organizado en tres dimensiones: liderazgo transformacional, situacional y participativo. Además, se realizaron encuestas semiestructuradas con siete preguntas abiertas para profundizar en las experiencias y percepciones de los participantes. La información se recopiló en septiembre de 2025. Asimismo, se efectuó un análisis documental comparativo basado en registros oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2024) e investigaciones nacionales. Los resultados cuantitativos mostraron un predominio de valoraciones altas en el liderazgo transformacional (58% a 64% por ítem) y en el situacional (52% a 56%), mientras que el liderazgo participativo concentró la mayor proporción de respuestas intermedias (42% a 46%). Cualitativamente, los testimonios enfatizaron la relevancia del reconocimiento del esfuerzo, la autonomía acompañada y la imperiosa necesidad de fortalecer los canales institucionales de comunicación y gestión de conflictos. La integración de estos hallazgos sustentó una propuesta de transformación multidimensional estructurada en cuatro fases: diagnóstico, formación

directiva, implementación de prácticas participativas y seguimiento institucional. Se concluye que la efectividad de la propuesta radica en su adaptabilidad al régimen normativo y operativo de cada hospital, precisando que el diagnóstico observacional no establece causalidad, las fuentes documentales externas conservan su propio ámbito poblacional y la confirmación de coeficientes correlacionales requiere el análisis de la matriz de respuestas a nivel individual.

Palabras clave: desempeño laboral, gestión del talento humano, hospitales, liderazgo, motivación laboral.

Abstract

The aim of this research was to propose a leadership styles strategy to optimize human talent management and improve staff motivation, retention, and performance in selected public and private hospitals in Guayaquil, Ecuador, within the contextual framework of the 2020–2025 period. A mixed-methods approach with a quantitative predominance was adopted, using a non-experimental, cross-sectional, descriptive, and propositional design. The sample consisted of 50 healthcare workers, equally distributed across five institutions: three public hospitals and two private or self-financing hospitals, with 10 participants per institution. Data were collected using a 27-item Likert-scale questionnaire organized into three dimensions: transformational, situational, and participative leadership. In addition, semi-structured surveys comprising seven open-ended questions were conducted to explore participants' experiences and perceptions in greater depth. Data were collected in September 2025. A comparative documentary analysis was also conducted based on official records from the National Institute of Statistics and Census (INEC, 2024) and national research studies.

The quantitative results showed a predominance of high ratings for transformational leadership (58% to 64% per item) and situational leadership (52% to 56%), whereas participative leadership had the highest proportion of intermediate responses (42% to 46%). Qualitatively, participants' accounts emphasized the importance of recognizing employees' efforts, providing supported autonomy, and strengthening institutional communication channels and conflict

It is concluded that the effectiveness of the proposed strategy depends on its adaptability to each hospital's regulatory and operational framework. It should be noted that the

observational diagnosis does not establish causality, external documentary sources retain their own population scope, and the confirmation of correlation coefficients requires analysis of the individual-level response matrix.

Keywords: job performance, human talent management, hospitals, leadership, work motivation.

Agradecimientos

A Dios, fuente de sabiduría, fortaleza y propósito, por iluminar mi vida, guiar cada uno de mis pasos y darme la perseverancia necesaria para culminar este proceso académico. Sin Su gracia y protección, este logro no habría sido posible.

A mi familia, por su amor incondicional, apoyo permanente y confianza absoluta en mis capacidades. Cada palabra de aliento, cada gesto y cada sacrificio han sido la base que me sostuvo en los momentos más desafiantes. Este logro también es suyo.

A mi novio, por acompañarme con paciencia, comprensión y cariño en cada etapa de este camino. Gracias por creer en mí, motivarme a continuar y estar presente aun en los días más difíciles. Tu apoyo ha sido esencial para alcanzar esta meta.

A todos quienes, de una u otra manera, aportaron con su tiempo, conocimiento o palabras de ánimo, les expreso mi más profundo agradecimiento.

Dedicatorias

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía constante y por permitirme llegar hasta aquí con salud, sabiduría y determinación.

A mi amada familia, que ha sido mi mayor motor, mi sostén y mi refugio. Cada paso que doy está inspirado en el esfuerzo que han hecho por mí y en el amor que siempre me brindan.

Y a mi novio, con quien comparto sueños, metas y aprendizajes. Le dedico este logro por acompañarme con paciencia, motivación y cariño durante todo este proceso. Su presencia ha sido un impulso invaluable en este camino académico y personal.

Contenido

Resumen	3
Agradecimientos	7
Dedicatorias	8
Índice de figuras	13
Índice de tablas	14
Introducción	15
Capítulo I. Proyección de la investigación	19
1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio	19
1.2. Planteamiento del problema	20
1.3. Formulación del problema	22
1.4. Justificación	22
1.4.1. Justificación teórica	22
1.4.2. Justificación metodológica	23
1.4.3. Justificación práctica	23
1.4.4. Justificación personal	23
1.5. Objeto de estudio	24
1.6. Campo de acción	24
1.7. Objetivos	24
1.7.1. Objetivo General	24
1.7.2. Objetivos específicos	25
1.8. Hipótesis	25
1.9. Alcance temático	25
1.10. Delimitación Espacial y Temporal	26
1.10.1. Delimitación espacial	26
1.10.2. Delimitación temporal	27
Capítulo II. Fundamentos teóricos referenciales	28
2.1. Estado del arte	28

	10
2.1.1. Internacionales	29
2.1.2. Nacionales	30
2.1.3. Locales	31
2.2. Marco teórico	32
2.2.1. Liderazgo transformacional	32
2.2.2. Liderazgo situacional	33
2.2.3. Liderazgo participativo	34
2.2.4. Teorías complementarias al liderazgo en salud	35
2.2.5. Gestión del talento humano	36
2.3. Marco Conceptual	39
2.3.1. Liderazgo transformacional	39
2.3.2. Liderazgo situacional	40
2.3.3. Liderazgo participativo	40
2.3.4. Desempeño profesional	40
2.3.5. Relación entre liderazgo y gestión del talento humano	41
2.4. Marco contextual	41
2.5. Marco legal y normativo	44
2.5.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)	45
2.5.2. Código del Trabajo del Ecuador	45
2.5.3. Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP)	45
2.5.4. Reglamento General a la LOSEP	46
2.5.5. Ley Orgánica de Salud (LOS)	46
2.5.6. Reglamento de comités de ética de investigación y asistenciales (2022)	47
2.5.7. Seguridad y salud en el trabajo	47
2.5.8. Normativas internas hospitalarias y acuerdos ministeriales	47
2.5.9. Marcos internacionales de referencia	48
2.5.10. Interpretación jurídica aplicada	48
Capítulo III. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación	50
3.1. Operacionalización de variables	50
3.1.1. Matriz de congruencia y operacionalización de variables	50
3.2. Diseño metodológico	54

	11
3.2.1.	Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis 54
3.2.2.	Métodos, técnicas e instrumentos de investigación 57
3.2.3.	Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos 63
3.2.4.	Determinación de la muestra y criterios de selección 66
3.3.	Trabajo de campo 69
3.3.1.	Aplicación de los Instrumentos 69
3.3.2.	Procesamiento de la Información 72
3.3.3.	Procesamiento de la información cualitativa de las entrevistas 75
3.3.4.	Procesamiento de la información documental 76
3.4.	Análisis de los resultados obtenidos 77
3.4.1.	Presentación general de los resultados 77
3.4.2.	Resultados del análisis cuantitativo 78
3.4.3.	Triangulación de datos 92
3.4.4.	Comprobación de la hipótesis de investigación 93
3.4.5.	Interpretación de los resultados 94
3.4.6.	Decisión estadística de la hipótesis 95
3.4.7.	Comparación documental entre hospitales públicos y privados 99
Capítulo IV.	Propuesta de transformación 105
4.1.	Fundamentación de la propuesta de transformación 105
4.1.1.	Fundamento empírico 105
4.1.2.	Fundamento teórico 107
4.1.3.	Fundamento normativo 107
4.1.4.	Dimensiones de la fundamentación 108
4.2.	Estructura de la propuesta de transformación 109
4.2.1.	Objetivo General de la propuesta 109
4.2.2.	Objetivos específicos de la propuesta 109
4.2.3.	Fase 1. Diagnóstico y sensibilización 110
4.2.4.	Fase 2. Capacitación y desarrollo de competencias 111
4.2.5.	Fase 3. Implementación operativa de cambios organizacionales 112
4.2.6.	Fase 4. Seguimiento, evaluación y mejora continua 114
4.3.	Evaluación y validación de la propuesta 116

4.3.1.	Nivel institucional	116
4.3.2.	Nivel operativo	117
4.3.3.	Nivel de impacto en el talento humano	118
4.3.4.	Validación externa y sostenibilidad de la propuesta	120
4.3.5.	Plan de sostenibilidad	122
4.3.6.	Sustento académico y normativo	123
4.3.7.	Conclusión de la validación y sostenibilidad	126
Conclusiones		127
Recomendaciones		129
Referencias		131
Anexo 1. Cuestionario de encuesta		138
	Liderazgo transformacional	138
	Liderazgo situacional	140
	Liderazgo participativo	141
Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada		142
Anexo 4. Formato actualizado de validación de contenido		149
	Bloque transformacional	149
	Bloque situacional	150
	Bloque participativo	150
Anexo 5. Constancias originales del juicio de expertos		152
	Experto 1	153
	Experto 2	158
	Experto 3	163

Índice de figuras

Figura 1	<i>Relación de los componentes del marco referencial</i>	49
Figura 2	<i>Distribución agrupada de respuestas del bloque transformacional</i>	81
Figura 3	<i>Distribución de respuestas del bloque situacional</i>	83
Figura 4	<i>Distribución de respuestas del bloque participativo</i>	84
Figura 5	<i>Distribución sectorial de capacidad y actividad hospitalaria, 2024</i>	101
Figura 6	<i>Malestar psicológico del personal sanitario según sector laboral, Ecuador</i>	103
Figura 7	<i>Ciclo de implementación participativa</i>	113
Figura 8	<i>Metas propuestas de participación del personal</i>	115
Figura 9	<i>Metas propuestas de cambio relativo en los indicadores</i>	120

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Características contextuales de los hospitales seleccionados</i>	44
Tabla 2 <i>Matriz de congruencia</i>	51
Tabla 3 <i>Valoración de contenido del cuestionario por juicio de expertos</i>	61
Tabla 4 <i>Distribución de los encuestados por hospital</i>	72
Tabla 5 <i>Distribución de los encuestados por área funcional o servicio hospitalario</i>	73
Tabla 6 <i>Distribución de los encuestados por cargo</i>	74
Tabla 7 <i>Distribución de respuestas del bloque transformacional</i>	79
Tabla 8 <i>Respuestas de las entrevistas semiestructuradas</i>	86
Tabla 9 <i>Categorías del análisis cualitativo</i>	91
Tabla 10 <i>Triangulación de los resultados</i>	92
Tabla 11 <i>Correlaciones entre liderazgo y gestión del talento humano</i>	94
Tabla 12 <i>Capacidad y actividad hospitalaria por sector, 2024</i>	100
Tabla 13 <i>Indicadores laborales comparados en estudios de Guayas y Guayaquil</i>	102
Tabla 14 <i>Áreas de formación prioritaria</i>	111
Tabla 15 <i>Indicadores y metas propuestos para la evaluación</i>	114
Tabla 16 <i>Indicadores operativos de evaluación</i>	117
Tabla 17 <i>Cronograma de implementación y sostenibilidad, 2026–2030</i>	124
Tabla 18 <i>Liderazgo transformacional</i>	143
Tabla 19 <i>Liderazgo situacional</i>	143
Tabla 20 <i>Liderazgo participativo</i>	144
Tabla 21 <i>Motivación y experiencias de trabajo</i>	145
Tabla 22 <i>Permanencia laboral</i>	146
Tabla 23 <i>Recursos y condiciones de trabajo</i>	146
Tabla 24 <i>Relaciones laborales y gestión de conflictos</i>	147
Tabla 25 <i>Categorías de la entrevista semiestructurada</i>	147

Introducción

El liderazgo forma parte de la gestión cotidiana de las organizaciones de salud, donde la complejidad asistencial, la presión operativa y la responsabilidad ética exigen coordinar equipos con necesidades diversas. En este entorno, las prácticas de dirección se relacionan con el desempeño y con la capacidad de sostener procesos de mejora, por lo que su estudio permite comprender cómo se organiza el trabajo y qué condiciones favorecen la colaboración del personal (Mohanty et al., 2024).

Los sistemas de salud enfrentan dificultades para retener profesionales, atender el agotamiento laboral y mantener condiciones de trabajo satisfactorias. La investigación de Spilg et al. (2025) relaciona las cualidades de liderazgo de los supervisores con el agotamiento y la satisfacción de los médicos durante la pandemia. Por su parte, Zheng et al. (2025) identifican una asociación entre liderazgo autoritario y agotamiento en enfermeras jóvenes, con participación del clima organizacional y del capital psicológico.

La gestión de personas también exige acompañar los cambios organizacionales que modifican las funciones y las rutinas del personal. Adeyemi et al. (2024) estudiaron esta relación en profesionales de información sanitaria de Nigeria y encontraron asociaciones positivas entre determinadas prácticas de liderazgo, la gestión del cambio y el desempeño. En América Latina, Bedriñana Sotomayor y Saavedra Muñoz (2023) aportan evidencia sobre la relación entre liderazgo democrático y desempeño médico.

Desde el ámbito organizacional, López-Zapata et al. (2024) examinaron el liderazgo transformacional y el desempeño de equipos de ventas en Colombia, considerando el intercambio entre líder y colaborador, el apoyo organizacional y el compromiso laboral. Sus aportes permiten discutir mecanismos de relación entre estas variables, aunque la diferencia entre el entorno comercial y el hospitalario exige cautela al trasladar sus resultados a instituciones de salud.

Los antecedentes recientes muestran que el liderazgo requiere mecanismos de coordinación y participación sostenidos. Carstensen et al. (2024) analizan prácticas de

liderazgo distribuido en iniciativas de mejora de la calidad sanitaria, un aporte que permite examinar cómo se comparten responsabilidades entre profesionales. Desde esta perspectiva, resulta pertinente revisar las prácticas directivas de los hospitales seleccionados y su correspondencia con las necesidades de gestión del personal.

En Guayaquil, los hospitales seleccionados presentan diferencias de dependencia institucional, financiamiento y organización del trabajo, por lo que el estudio considera el sector público y el privado como contextos de análisis. El período 2020–2025 comprende la crisis sanitaria y la reorganización posterior, mientras que el trabajo de campo se realizó en septiembre de 2025. La experiencia hospitalaria descrita por Mwangi et al. (2024) aporta un referente sobre coordinación y preparación institucional durante la pandemia.

La comparación sectorial se amplía con registros oficiales y estudios ecuatorianos. Los tabulados hospitalarios permiten examinar diferencias de capacidad y actividad, mientras que las investigaciones sobre clima organizacional aportan antecedentes para interpretar la gestión del personal. Esta evidencia documental se presenta en el apartado 3.4.7 y conserva su ámbito geográfico y temporal (Bustamante et al., 2022; Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025).

La investigación se inscribe en la línea de gerencia hospitalaria y comportamiento organizacional en salud. Desde ese marco, el estudio se titula *«Estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025»* y examina la relación entre las prácticas directivas y la gestión del personal para fundamentar una propuesta adaptada a las instituciones participantes.

La relevancia teórica del estudio se centra en los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo y en su relación con la motivación, permanencia y desempeño del personal. En el plano metodológico, adopta un enfoque mixto con predominio cuantitativo que recoge la información mediante un instrumento integral aplicado a 50

trabajadores, compuesto por un cuestionario de 27 ítems en escala Likert y una sección cualitativa de 7 preguntas abiertas que permitió profundizar en las vivencias y prácticas cotidianas de dirección. En el plano práctico, este diagnóstico orienta una estrategia de formación, comunicación y participación cuya eficacia deberá evaluarse durante su implementación.

La introducción delimita el problema desde los antecedentes del liderazgo en salud hasta su expresión en los hospitales seleccionados de Guayaquil. Los capítulos siguientes desarrollan el sustento conceptual, el diseño mixto, los resultados del diagnóstico y la propuesta de transformación. Esta organización permite mantener la relación entre la pregunta de investigación, los objetivos y la evidencia disponible.

El Capítulo I: Proyección de la investigación presenta la línea de investigación y su campo de estudio, el planteamiento y la formulación del problema, la justificación, el objeto de estudio, el campo de trabajo, los objetivos generales y específicos, la hipótesis, el alcance del tema y la delimitación espacial y temporal.

El Capítulo II: Fundamentos teóricos referenciales desarrolla el estado del arte con base en literatura científica reciente, el marco teórico que sustenta las variables de estudio, el marco conceptual, el marco contextual de las instituciones seleccionadas y el marco legal y normativo aplicable al sector salud y a la gestión del talento humano.

El Capítulo III: Fundamentos metodológicos y resultados de investigación presenta la operacionalización de variables, el diseño metodológico, la definición del enfoque y tipo de investigación, los métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, la determinación de la muestra, el trabajo de campo, el procesamiento de la información y el análisis y discusión de los resultados obtenidos.

El Capítulo IV: Propuesta de transformación presenta la fundamentación, la estructura y el plan de evaluación de una estrategia orientada a fortalecer los tres estilos de liderazgo estudiados. A continuación se incluyen las conclusiones, las recomendaciones, las referencias y los anexos, con los instrumentos y las constancias documentales de validación.

La investigación aborda el liderazgo como un componente de la gestión hospitalaria y analiza su relación con la motivación, la permanencia y el desempeño del personal. Sus resultados corresponden a los participantes de cinco instituciones seleccionadas y sirven como base para una propuesta contextualizada, cuyo alcance se mantiene dentro de las posibilidades de un diseño transversal y de una muestra no probabilística.

Capítulo I. Proyección de la investigación

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio

La investigación pertenece a la línea de gerencia hospitalaria y comportamiento organizacional en salud del programa de Maestría en Gestión Hospitalaria de la UIIX esta línea comprende el análisis de los procesos directivos, administrativos y organizacionales vinculados con la calidad de los servicios y la gestión del talento humano el trabajo se concentra en las prácticas de liderazgo y en las experiencias del personal de cinco hospitales seleccionados de Guayaquil.

El ámbito temático comprende la relación de los estilos de liderazgo con la motivación, permanencia y desempeño del personal hospitalario, se entiende el liderazgo como un proceso de orientación y coordinación del equipo hacia objetivos compartidos, cuyo ejercicio depende de las tareas y de las condiciones organizacionales, esta delimitación permite estudiar las prácticas de dirección sin confundirlas con una evaluación de toda la gestión administrativa de los hospitales.

El ámbito de estudio abarca hospitales públicos y privados de la ciudad de Guayaquil en el ámbito público incluye al Hospital General Guasmo Sur (MSP), el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (IESS) y el Hospital General del Norte "Los Ceibos" (IESS) en el ámbito privado incluye al Hospital Luis Vernaza (Junta de Beneficencia) y la Clínica Guayaquil la elección de las instituciones es explicada por la importancia dentro del sistema sanitario local y los diferentes modelos de gestión de los mismos, lo que permite comparar la repercusión de los estilos de liderazgo en diferentes contextos organizacionales.

Por tanto, la investigación se entiende como un estudio de estrategias de liderazgo como herramienta organizacional para la transformación organizacional desde la perspectiva de la gerencia hospitalaria, una investigación que aporte evidencias contextualizadas que fortalezcan el comportamiento organizacional del sector salud.

1.2. Planteamiento del problema

Los sistemas de salud afrontan retos relacionados con el bienestar y la permanencia del personal, especialmente después de la pandemia por COVID-19; Spilg et al. (Physician leadership and its effect on physician burnout and satisfaction during the COVID-19 pandemic, 2025) identifican una relación entre las cualidades de liderazgo de los supervisores y el agotamiento de los médicos a su vez, Forbes y Arrieta (Comparing hospital leadership and front-line workers' perceptions of patient safety culture: An unbalanced panel study, 2024) examinan diferencias de percepción entre directivos y trabajadores sobre la cultura de seguridad del paciente, lo que justifica considerar distintas voces dentro de la organización.

En América Latina, Bedriñana Sotomayor y Saavedra Muñoz (Estilos de liderazgo y desempeño laboral en médicos del Hospital Vitarte – Lima 2018, 2023) encontraron una relación positiva entre liderazgo democrático y desempeño médico en un hospital peruano en el ámbito internacional, la revisión de Mohanty et al. (Exploring the impact of transformational leadership on healthcare quality improvement, 2024) reúne estudios sobre liderazgo transformacional y mejora de la calidad asistencial estos antecedentes respaldan el análisis del liderazgo hospitalario, aunque sus resultados deben interpretarse según el diseño y el contexto de cada investigación.

En los hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, la organización del trabajo responde a marcos administrativos distintos durante el período 2020–2025, la pandemia y la reorganización institucional hicieron especialmente relevante la coordinación de los equipos, la comunicación y el acompañamiento del personal; estas condiciones conforman el contexto del diagnóstico realizado en septiembre de 2025 y orientan el análisis de las prácticas directivas observadas.

El problema de investigación se centra en la necesidad de articular las prácticas de liderazgo con la gestión del talento humano en las instituciones seleccionadas; para ello, se examinan la participación del personal, la comunicación y el desarrollo de competencias directivas, aspectos que la literatura vincula con la coordinación institucional y el fortalecimiento de los equipos, el diagnóstico permite identificar las necesidades concretas sobre las cuales formular una estrategia (Carstensen, Kjeldsen, & Nielsen, 2024).

La distancia entre los modelos de liderazgo descritos en la literatura y su aplicación cotidiana hace necesario considerar las condiciones de cada hospital; la formación y el acompañamiento de los responsables de equipos constituyen alternativas que requieren objetivos, actividades y seguimiento definidos, como plantea la revisión de Hu et al. (Coaching to develop leadership of healthcare managers: A mixed-methods systematic review, 2024) sobre esta base, la propuesta integra los estilos transformacional, situacional y participativo de acuerdo con las necesidades identificadas.

La situación problemática se concreta en la necesidad de una estrategia que articule los estilos de liderazgo con la motivación, permanencia y desempeño del

personal en los hospitales seleccionados el estudio analiza esa relación a partir de las percepciones recogidas en encuestas y entrevistas, sin asumir de antemano que todas las instituciones presentan las mismas dificultades ni atribuir efectos causales a los resultados del diagnóstico.

Se plantea una investigación de enfoque mixto y carácter propositivo para caracterizar las prácticas de liderazgo, examinar su relación con la gestión del talento humano y elaborar una estrategia pertinente para los hospitales participantes; la propuesta se fundamenta en los resultados disponibles y establece criterios de evaluación que permitirán valorar su desempeño cuando sea aplicada.

1.3. Formulación del problema

¿Qué estrategia de estilos de liderazgo se puede proponer para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación teórica

La justificación teórica radica en articular los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo con la gestión del talento humano hospitalario el contraste entre literatura y evidencia cuantitativa y cualitativa permite discutir su relación con la motivación, permanencia y desempeño del personal, el aporte del estudio consiste en utilizar ese marco para fundamentar una propuesta situada en cinco instituciones de Guayaquil, atendiendo a sus diferencias organizacionales.

1.4.2. Justificación metodológica

La investigación se justifica metodológicamente mediante un enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo, con predominio cuantitativo y diseño no experimental, transversal y comparativo. Las encuestas con escala Likert permiten describir las percepciones de los participantes y examinar asociaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que las entrevistas semiestructuradas profundizan en las experiencias cotidianas de liderazgo. La integración de ambos componentes y la revisión documental sustentan la interpretación rigurosa de los hallazgos y la posterior elaboración de la estrategia, de acuerdo con la lógica de los métodos mixtos (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

1.4.3. Justificación práctica

Los resultados del diagnóstico permiten formular una estrategia adaptada al contexto hospitalario de Guayaquil, con actividades de formación directiva, comunicación participativa y reconocimiento del trabajo; su aplicación busca favorecer la motivación, la permanencia y el desempeño del personal, con mecanismos de seguimiento que permitan valorar los cambios, los beneficios previstos se presentan como objetivos de la propuesta y deberán comprobarse mediante una evaluación posterior.

1.4.4. Justificación personal

En mi calidad de estudiante de la Maestría en Gestión Hospitalaria y profesional vinculada al ámbito de la salud, esta investigación representa una oportunidad para aplicar los conocimientos adquiridos al análisis de las prácticas directivas, la propuesta refleja mi interés por mejorar la organización del trabajo y el bienestar del personal, a

partir de un diagnóstico que reconoce las necesidades expresadas por quienes participan en los servicios hospitalarios.

1.5. Objeto de estudio

Los estilos de liderazgo y su articulación con la gestión del talento humano en los hospitales públicos y privados seleccionados de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, durante el período 2020–2025.

1.6. Campo de acción

El campo de acción comprende las prácticas de liderazgo de los equipos directivos y su relación con los procesos de gestión del talento humano, específicamente la motivación, permanencia y desempeño del personal, el análisis se circunscribe a los hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, dentro del contexto 2020–2025 y con información de campo recogida en septiembre de 2025.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Proponer una estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025.

1.7.2. *Objetivos específicos*

- 1) Sistematizar los fundamentos teóricos de los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo y su relación con la motivación, permanencia y desempeño del personal hospitalario.
- 2) Caracterizar las prácticas de liderazgo y su relación con la motivación, permanencia y desempeño del personal en los hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil.
- 3) Elaborar una estrategia que integre los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo para optimizar la gestión del talento humano en los hospitales seleccionados.
- 4) Valorar la pertinencia teórica y contextual de la estrategia propuesta y establecer los criterios para su evaluación institucional.

1.8. Hipótesis

Los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo se relacionan positivamente con la motivación, la permanencia y el desempeño del personal en los hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, en el contexto del período 2020–2025.

1.9. Alcance temático

La investigación se delimita al análisis de los estilos de liderazgo y su relación con la gestión del talento humano en el sector hospitalario, se consideran las percepciones sobre motivación, permanencia y desempeño del personal para formular

una estrategia de mejora, este alcance permite vincular los conceptos del marco teórico con los instrumentos y con los resultados del diagnóstico institucional.

El estudio comprende exclusivamente los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo, la gestión del talento humano se analiza mediante motivación, permanencia y desempeño, mientras que las condiciones de trabajo se consideran información contextual la gestión financiera, la infraestructura y los indicadores clínicos asistenciales quedan fuera del objeto de estudio y no se presentan como dimensiones adicionales de liderazgo.

El análisis integra los estilos transformacional, situacional y participativo en una estrategia adaptada a cada institución, la comparación entre los sectores público y privado se desarrolla documentalmente mediante estadísticas oficiales y estudios publicados, sus resultados contextualizan el diagnóstico de la tesis, cuya encuesta permanece agrupada y no permite estimar diferencias de liderazgo por sector entre los participantes.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal

1.10.1. Delimitación espacial

La investigación se lleva a cabo en la ciudad de Guayaquil, provincia de Guayas del Ecuador, en cinco instituciones hospitalarias que se han escogido por su representatividad dentro del sistema de salud local, tres hospitales públicos (Hospital General Guasmo Sur, Hospital Teodoro Maldonado Carbo y Hospital General del Norte "Los Ceibos") y dos hospitales privados (Hospital Luis Vernaza y Clínica Guayaquil).

La selección de las instituciones respondió a criterios de pertinencia, diversidad de modelos de gestión y acceso al personal participante; el ámbito territorial permite

estudiar el liderazgo en un entorno urbano con servicios de distinta dependencia institucional, esta elección aporta variedad de experiencias, aunque no convierte a los hospitales seleccionados ni a sus trabajadores en una muestra estadísticamente representativa del sistema sanitario de Guayaquil.

Los resultados se circunscriben a las instituciones seleccionadas y permiten formular una propuesta contextualizada para hospitales con características semejantes dentro del ámbito urbano ecuatoriano.

1.10.2. Delimitación temporal

El período 2020–2025 corresponde al marco contextual de la investigación e incluye la pandemia por COVID-19 y la reorganización posterior de los servicios; la recolección de datos se realizó del 1 al 28 de septiembre de 2025, en un único momento de estudio por tanto, el diseño es transversal y no constituye un seguimiento longitudinal de las mismas personas durante los seis años mencionados en el título.

El contexto posterior a la pandemia permite discutir las necesidades de comunicación, coordinación y bienestar laboral que orientan la propuesta, las experiencias recogidas en 2025 se interpretan dentro de ese marco, sin atribuir a las encuestas la capacidad de medir cambios anuales desde 2020, esta precisión mantiene la correspondencia entre la delimitación temporal, los instrumentos y el alcance de los resultados.

Capítulo II. Fundamentos teóricos referenciales

Este capítulo es una exposición de los aspectos teóricos, empíricos, conceptuales, contextuales y técnicos de la investigación que tiene como objetivo presentar una estrategia de estilos de liderazgo para la optimización de la gestión del talento humano en hospitales públicos y privados de Guayaquil. Este capítulo también tiene como finalidad ofrecer el respaldo científico que da cuenta de la elaboración de la propuesta, así como presentar antecedentes, modelos teóricos, consolidados y referentes normativos en el ámbito hospitalario.

En concordancia con el enfoque mixto del estudio, este capítulo integra los aportes sobre liderazgo en salud y gestión del talento humano que orientan el análisis cuantitativo y la interpretación cualitativa, se examinan antecedentes, modelos conceptuales y condiciones institucionales para fundamentar una estrategia contextualizada; la exposición avanza desde el estado del arte hasta el marco teórico, el contexto hospitalario y los referentes normativos.

2.1. Estado del arte

En los últimos años, el estudio del liderazgo hospitalario ha sido abordado desde diferentes líneas de investigación, fundamentalmente desde el ámbito de la gestión del talento humano, el desempeño profesional y el grado de satisfacción del personal sanitario seguidamente se muestran investigaciones recientes que son relevantes en el ámbito internacional, nacional y local, que permiten acotar el objeto de estudio, evidenciar lagunas existentes y justificar la pertinencia de la presente investigación.

2.1.1. Internacionales

Adeyemi et al. (Leadership style, change management and job performance of health information management practitioners in tertiary hospitals in South-East, Nigeria, 2024), en el artículo «Leadership style, change management and job performance of health information management practitioners in tertiary hospitals in South-East, Nigeria», analizaron cuestionarios de 117 profesionales, mediante correlaciones y regresión múltiple identificaron relaciones positivas del liderazgo transformacional y de la gestión del cambio con el desempeño durante la adopción de historias clínicas electrónicas; este antecedente permite discutir el acompañamiento directivo de cambios organizacionales, sin equiparar sus variables con las tres dimensiones delimitadas en esta tesis.

Mohanty et al. (Exploring the impact of transformational leadership on healthcare quality improvement, 2024), en «Exploring the impact of transformational leadership on healthcare quality improvement», realizaron una revisión sistemática de literatura que incluyó quince artículos; identificaron aportes de la consideración individual, la motivación inspiradora y la estimulación intelectual a los procesos de mejora; este trabajo ofrece un referente para la dimensión transformacional, aunque no corresponde a un estudio mixto de campo ni demuestra por sí mismo efectos sobre la permanencia del personal de Guayaquil.

Zheng et al. (The effect of authoritarian leadership on young nurses' burnout: The mediating role of organizational climate and psychological capital, 2025) estudiaron la relación entre liderazgo autoritario y agotamiento en 1.160 enfermeras jóvenes de cuatro hospitales de China, mediante un diseño transversal y análisis de correlación y

ecuaciones estructurales; encontraron una asociación positiva y examinaron el papel mediador del clima organizacional y del capital psicológico, el antecedente aporta un contraste teórico sobre prácticas directivas, sin incorporar el liderazgo autoritario como variable de esta investigación.

2.1.2. Nacionales

Poveda Torres y Zambrano Meza (Estilos de liderazgo y factores de riesgo psicosocial, en dos organizaciones ecuatorianas del sector salud, 2019) llevaron a cabo una investigación descriptiva de estilos de liderazgo y riesgos psicosociales en dos organizaciones de salud ecuatorianas, con la aplicación de un Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ) y una escala de riesgos psicosociales; se halló que el estilo de liderazgo característico de las instituciones fue el transformacional, que se asoció con menor riesgo psicosocial y con un mayor apoyo social, lo que sugiere que el estilo de liderazgo transformacional puede ayudar de forma favorable al bienestar y a la gestión del personal, aunque la investigación no definió estrategias específicas de mejora.

Armas Correa y Montaluiza Lasluisa (Estilos de liderazgo y su influencia en la satisfacción laboral del personal de enfermería de unidades de emergencia, 2025) desarrollaron una revisión integrativa de veinte artículos sobre estilos de liderazgo y satisfacción del personal de enfermería de emergencias; su síntesis destaca la pertinencia de los enfoques transformacional y situacional para el trabajo en equipo; por su origen académico ecuatoriano, este antecedente contribuye al debate nacional, aunque la procedencia de sus autores no implica que todos los estudios incluidos se hayan realizado en Ecuador.

La revisión de antecedentes nacionales permite reconocer aportes sobre liderazgo, satisfacción y riesgos psicosociales al mismo tiempo, muestra la necesidad de delimitar las instituciones y los indicadores con los que se construye cada diagnóstico; en esta investigación, esa delimitación se concreta en cinco hospitales de Guayaquil y en una propuesta que integra los tres estilos de liderazgo seleccionados (Armas Correa & Montaluiza Lasluisa, 2025).

2.1.3. Locales

Valdevila Figueira et al. (Leadership style in hospital management and perception from followers at the Guayaquil Institute of Neurosciences, 2024) examinaron el estilo de liderazgo en la gestión hospitalaria y la percepción de los seguidores en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil; el estudio constituye un antecedente local por su atención a la relación entre dirección y personal; su aporte permite incorporar la perspectiva de los colaboradores al análisis, sin extrapolar automáticamente sus resultados a los cinco hospitales incluidos en esta investigación.

Checa Calderón (Cultura organizacional y la calidad del servicio del hospital Universitario de Guayaquil en el 2022, 2023) estudió la cultura organizacional y la calidad del servicio del Hospital Universitario de Guayaquil, mediante un enfoque descriptivo y correlacional, su análisis considera recursos humanos, clima organizacional y trabajo en equipo, aspectos cercanos al problema de esta tesis, el antecedente ayuda a situar la gestión de personas en el contexto local, aunque su variable principal no fue la misma estrategia de liderazgo que aquí se propone.

González-Cañizalez y Flor-Mosquera (Occupational health in nurses' staff of local hospitals: Relationship between leadership role and post-pandemic psychosocial

risks, 2022) analizaron la salud ocupacional del personal de enfermería de hospitales locales y su relación con el liderazgo y los riesgos psicosociales posteriores a la pandemia; este antecedente amplía la discusión sobre condiciones laborales y prácticas de dirección en servicios de salud; sus resultados deben interpretarse según las instituciones y participantes estudiados, sin atribuir a todos los hospitales de Guayaquil las mismas características.

2.2. Marco teórico

El marco teórico actual integra los modelos de liderazgo más relevantes para el contexto hospitalario, así como su relación con la administración y desarrollo del talento humano, el estudio da cuenta de tres modelos clásicos de liderazgo: transformacional, situacional y participativo, para el trabajo que se expone se han de tener en cuenta los diferentes enfoques que se proponen desde cada uno de los modelos sobre el liderazgo de personas, la motivación del personal y la manera de maximizar el rendimiento realizado en entornos de alta complejidad como los son los hospitales.

2.2.1. Liderazgo transformacional

El liderazgo transformacional orienta al equipo mediante una visión compartida, la motivación inspiradora, la estimulación intelectual y la consideración individualizada; Medina Gamero et al. (El liderazgo transformacional en los profesionales de la salud en tiempos de emergencia sanitaria, 2022) discuten su pertinencia para los profesionales de salud en situaciones de emergencia sanitaria; en esta investigación, el modelo sirve para analizar cómo se perciben la orientación institucional, el reconocimiento, el apoyo al desarrollo profesional y la motivación del personal.

Distintos trabajos nos muestran que los modelos de conducción transformacional tienen que ver con el aumento del compromiso de la persona, la movilidad del personal y el refuerzo de la integración del grupo; en la conducción transformacional en los hospitales se trata de un aumento del bienestar de los pacientes, la actualización de las prácticas clínicas y el fortalecimiento de la capacidad del personal sobre cómo afrontar situaciones difíciles, tal como fueron las derivadas de la pandemia del COVID-19. Se encuentran en ella implicaciones más allá de las personas que la desarrollan y el desempeño, alcanzando a la cultura de la organización, favoreciendo la aparición de grupos mejor integrados y comprometidos, con más posibilidades de adaptarse al cambio.

2.2.2. Liderazgo situacional

Hersey y Blanchard (Life cycle theory of leadership, 1969) plantean que la forma de dirigir debe ajustarse a la preparación y las necesidades del equipo, el modelo distingue modalidades: directiva, persuasiva, participativa y delegativa, cuya utilización depende de la combinación de orientación a la tarea y apoyo a las personas en el entorno hospitalario, este referente permite examinar la supervisión y la autonomía según la experiencia del personal y la complejidad de sus funciones.

En el entorno hospitalario, esta metodología cobra sentido de una manera muy especial en las áreas más sensibles, emergencias, unidades de cuidados intensivos y quirófanos, donde las formas de operar son cambiantes, permitiendo así el llevar a cabo un modo de dirección autoritario cuando llega el momento de la intervención (casos quirúrgicos de alto riesgo), al necesario modo participativo del organizarse en el proceso de la organización estratégica y después en el de las revisiones, la flexibilidad es

importante para garantizar la operatividad mientras se puede mantener la motivación y la autonomía del equipo de trabajo.

2.2.3. Liderazgo participativo

Propuesto por Vroom y Yetton (Leadership and decision-making, 1973), este esquema pone de relieve la importancia de hacer ingresar al equipo en los procesos de tomar decisiones, dado que la participación en el proceso de decidir aumenta la implicación de los profesionales y la identificación con la organización, así como la integración del grupo en el mundo hospitalario, donde la cooperación entre disciplinas es un objetivo esencial, el modelo favorece las relaciones interprofesionales entre médicos, enfermeras, personal de administración y personal de gestión.

Los estudios sobre liderazgo participativo en América Latina indican que se asocian a una rebaja de la movilidad del personal, a una mejora de la satisfacción laboral y a un clima organizacional más cordial, el enfoque de liderazgo participativo, donde las personas pueden decidir de forma conjunta, da lugar a organizaciones más planas, favorece la comunicación entre profesionales y da lugar a soluciones conjuntas a grandes problemas como la escasez de recursos o la elevada carga asistencial.

2.2.4. Teorías complementarias al liderazgo en salud

Junto a los modelos tradicionales, han surgido corrientes contemporáneas que amplían la perspectiva sobre las formas de conducción en el ámbito hospitalario

El liderazgo auténtico, desarrollado por Avolio y Gardner (Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership, 2005), destaca la autoconciencia, la transparencia relacional y la coherencia ética del comportamiento directivo, el cual se incorpora como un referente complementario para discutir la

confianza en las relaciones de trabajo, su presencia en el marco teórico amplía la comprensión del liderazgo, sin convertirlo en una cuarta dimensión del instrumento ni modificar las tres dimensiones delimitadas en el estudio.

Greenleaf (Servant leadership: A journey into the nature of legitimate power and greatness, 1977) concibe el liderazgo de servicio desde la responsabilidad de atender las necesidades y el desarrollo de otras personas en el ámbito hospitalario, esta perspectiva permite discutir el cuidado de los equipos y la disposición a escuchar se utiliza como un aporte teórico complementario sobre el ejercicio de la dirección, mientras que el análisis empírico permanece centrado en los estilos transformacional, situacional y participativo.

Luthans et al. (Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction, 2007) analizan el capital psicológico positivo a partir de la esperanza, la eficacia, la resiliencia y el optimismo, así como su relación con el desempeño y la satisfacción, estos recursos ayudan a discutir la dimensión humana del trabajo y el acompañamiento de los equipos, su incorporación tiene una finalidad conceptual y no implica que el presente estudio haya aplicado una escala específica de capital psicológico.

Uhl-Bien et al. (Complexity leadership theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era, 2007) proponen comprender el liderazgo en sistemas complejos mediante las interacciones que permiten adaptación y aprendizaje, esta perspectiva contribuye a interpretar la coordinación entre profesiones y unidades hospitalarias, donde las respuestas dependen de relaciones que superan una cadena formal de mando, se utiliza como sustento complementario para la propuesta, sin añadir nuevas variables al instrumento.

2.2.5. *Gestión del talento humano*

La administración del capital humano se concibe como el sistema integrado de políticas, lineamientos y acciones orientadas a captar, potenciar, incentivar y mantener a los profesionales dentro de una institución (Chiavenato, 2009). Dentro del contexto hospitalario, la administración del talento humano se relaciona estrechamente con la organización estratégica del personal, la formación permanente, los procesos de valoración del rendimiento y la consolidación de un entorno laboral saludable, una aplicación efectiva de estas acciones constituye un factor clave para asegurar el rendimiento organizacional y elevar los estándares en la prestación de los servicios de salud.

Motivación laboral

La motivación laboral comprende los procesos que orientan la intensidad, la dirección y la persistencia del esfuerzo hacia una meta; Robbins y Judge (Comportamiento organizacional, 2009) la analizan en relación con el comportamiento organizacional, en el presente estudio se aborda mediante percepciones de valoración, disposición al esfuerzo y satisfacción, reconociendo que una respuesta favorable en el cuestionario no equivale por sí sola a una medición objetiva de productividad.

Permanencia laboral

La retención del personal laboral se puede definir como la opción tomada por el profesional de quedarse en un establecimiento durante un tiempo extenso, y dicha medida está afectada por aspectos como el grado de satisfacción en el trabajo, la valoración recibida, las opciones que tiene para desarrollarse en materia profesional y la calidad del liderazgo del establecimiento en el cual se desempeña el profesional; los

porcentajes elevados de rotación de personal en las instituciones hospitalarias acarrear importantes costos económicos y afectan la secuencia de la atención, a la vez que el quedarse en un medio determinado puede priorizar el conocimiento práctico y desarrollar grupos como equipos de trabajo estables y sólidos (Robbins & Judge, 2009).

Vinculación con la gestión del talento humano en hospitales

La evidencia bibliográfica permite examinar el liderazgo sanitario en relación con la gestión estratégica del talento humano.

La articulación entre los estilos de liderazgo y la gestión del talento humano permite examinar necesidades de orientación, participación y acompañamiento Villarreal López y Agrazal García (Estilo de liderazgo situacional en el profesional de enfermería y su relación con factores laborales, 2022) estudian la relación del liderazgo situacional con factores laborales en enfermería, lo que aporta un referente para analizar la adaptación de la dirección; en esta tesis, esas relaciones se examinan junto con la motivación, la permanencia y el desempeño percibido.

La protección de la salud del personal exige considerar condiciones de trabajo, participación y apoyo organizacional, los referentes internacionales sobre seguridad y salud ocupacional orientan ese análisis y permiten situar el bienestar de los trabajadores como una responsabilidad institucional, su aplicación a la propuesta se concentra en la prevención y en la organización de ambientes de trabajo seguros (World Health Organization & International Labour Organization, 2022).

En líneas generales, la conducción directiva influye en la calidad de la asistencia o en la seguridad del paciente; la evidencia internacional apunta que las instituciones que tienen líderes que promueven la obligatoriedad, la creatividad y el entendimiento

interpersonal tienen un rendimiento mejor en la eficiencia de los servicios, una gran cantidad de aceptación por parte de los pacientes y la continuidad del soporte sanitario.

Síntesis

En definitiva, el marco teórico deja claro que el liderazgo en el ámbito hospitalario debe considerarse como un proceso multifacetado, complejo y dinámico, que se conforma a partir de diferentes aspectos interrelacionados; el enfoque transformacional, el enfoque situacional, el enfoque participativo, son ejemplos de marcos teóricos que permiten observar cómo influyen las prácticas de conducción en la motivación, en la retención y en la eficacia del personal de salud, las teorías complementarias también ofrecen la posibilidad de ampliar la línea de visión hacia la ética, hacia las emociones, hacia la complejidad en la organización, aspectos que se revelan fundamentales, a día de hoy dicha consolidación permite ofrecer las bases conceptuales que son necesarias para analizar los resultados de la investigación y fundamentar acciones orientadas a la mejora de la conducción hospitalaria en Guayaquil.

2.3. Marco Conceptual

El marco conceptual tiene como propósito fundamental fijar y determinar las categorías primordiales de esta investigación, ya que hacer esto nos favorecerá una uniformidad terminológica y coherencia en la elaboración del análisis al determinar de forma precisa los conceptos que van a ser operacionales, ello favorece el desarrollo metodológico y por lo tanto garantiza que el análisis de los resultados obtenidos va a ser acorde a los objetivos que se han establecido; en la presente investigación, los conceptos clave se enfocan en los enfoques de liderazgo transformacional, situacional y participativo, así como en su vínculo con aspectos de la gestión del capital humano, tales

como la motivación laboral, la retención del personal y el rendimiento profesional en hospitales públicos y privados de Guayaquil.

2.3.1. Liderazgo transformacional

El liderazgo transformacional se define como una forma de dirección que orienta y motiva al personal mediante una visión compartida, consideración individualizada y estímulo del aprendizaje, su desarrollo conceptual permite examinar la relación entre el líder y las expectativas de desempeño del equipo (Bass, 1985), en el ámbito de esta tesis, se utiliza para interpretar las prácticas de inspiración, reconocimiento y apoyo profesional percibidas por los trabajadores.

2.3.2. Liderazgo situacional

El liderazgo situacional, propuesto por Hersey y Blanchard (Life cycle theory of leadership, 1969), se basa en la idea de que no hay un único enfoque de dirección, y la forma de liderar debe ajustarse tanto a las particularidades del equipo como al contexto en el que se desenvuelve, se reconoce a través de cuatro modalidades, la directiva, la persuasiva, la participativa y la delegativa, hechas en función del nivel de desarrollo, de las capacidades que tiene el personal y de la disposición del staff en hospitales, donde la atención conlleva un alto nivel de complejidad y requiere dar respuestas rápidas, el modelo de liderazgo situacional permite subsumir la gestión y la supervisión según los requerimientos del equipo o las necesidades institucionales.

2.3.3. Liderazgo participativo

El liderazgo participativo incorpora la consulta y la intervención del equipo en los procesos de decisión Vroom y Yetton (Leadership and decision-making, 1973)

ofrecen un modelo para examinar el grado de participación apropiado según las características del problema en el entorno hospitalario, este referente permite analizar los espacios de escucha, el intercambio de información y la consideración de sugerencias sin confundir participación con ausencia de responsabilidad directiva.

2.3.4. Desempeño profesional

El desempeño profesional se entiende como el cumplimiento de las responsabilidades y metas del puesto, de acuerdo con criterios definidos por la institución en la presente investigación se analiza desde la información perceptiva disponible, por lo que debe diferenciarse de indicadores clínicos o de productividad obtenidos de registros administrativos, esta distinción permite interpretar la relación con el liderazgo sin atribuir al cuestionario resultados asistenciales que no midió (Robbins & Judge, 2009).

2.3.5. Relación entre liderazgo y gestión del talento humano

Los antecedentes revisados relacionan los estilos de liderazgo con distintos aspectos de la gestión del talento humano, el transformacional se vincula con el compromiso y la creatividad, el participativo con la cohesión del equipo y el situacional con la adaptación a las demandas del trabajo, estas relaciones permiten situar la conducción organizacional dentro de la gestión hospitalaria, sin atribuir efectos causales que el diseño de este estudio no puede demostrar.

El marco conceptual delimita los términos que orientan el análisis de los resultados y la elaboración de la propuesta, los estilos transformacional, situacional y participativo se relacionan con la motivación, permanencia y desempeño del personal, mientras que las condiciones de trabajo sirven como contexto, esta organización permite

distinguir el objeto central del estudio de otros aspectos administrativos que no fueron evaluados de manera independiente.

2.4. Marco contextual

El estudio se desarrolla en Guayaquil e incluye instituciones del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de la Junta de Beneficencia y del ámbito privado, esa diversidad permite considerar distintas dependencias administrativas y formas de organización del trabajo; la selección de los cinco hospitales delimita el contexto de la investigación y no supone que sus características representen a toda la red sanitaria de la ciudad.

La pandemia por COVID-19 hizo especialmente relevantes la coordinación de los servicios, la comunicación y el apoyo al personal sanitario en el diagnóstico de esta tesis, esas necesidades se analizan mediante las experiencias recogidas en 202, los porcentajes de rotación, estrés y satisfacción utilizados como referencias para planificar la propuesta requieren registros institucionales específicos, por lo que no se presentan como indicadores verificados de toda la red hospitalaria de Guayaquil.

Los hospitales del MSP y del IESS pertenecen al sector público, mientras que el Hospital Luis Vernaza corresponde a la Junta de Beneficencia y la Clínica Guayaquil al ámbito privado, esta diferencia institucional se considera al contextualizar las prácticas directivas, el carácter público o privado no permite asumir por sí mismo un determinado nivel de recursos, bienestar laboral o calidad del liderazgo, aspectos que requieren evidencia particular de cada institución.

La carga asistencial constituye un elemento contextual para comprender la organización de los equipos y las necesidades de supervisión, su análisis requiere considerar funciones, turnos, disponibilidad de personal y complejidad de las tareas, en este estudio se recoge la percepción de los participantes sobre esas condiciones, sin estimar tasas de atención ni indicadores poblacionales que excedan los instrumentos aplicados.

La participación del personal depende de los mecanismos de consulta y de la forma en que las sugerencias se incorporan a las decisiones en los hospitales públicos seleccionados, este análisis debe considerar las responsabilidades administrativas del MSP y del IEISS, instituciones con funciones distintas la existencia de procedimientos formales no permite concluir por sí sola que la participación sea suficiente o insuficiente, por lo que se contrasta con las experiencias recogidas.

En las instituciones privadas, la organización de la consulta también depende de las responsabilidades directivas y de los procedimientos internos, disponer de autonomía administrativa no asegura prácticas participativas, de modo que resulta necesario examinar la comunicación, la escucha y el tratamiento de los desacuerdos, esta cautela evita atribuir ventajas generales a un sector cuando la información cuantitativa se presenta agrupada.

La participación se considera una práctica organizacional que requiere espacios de intercambio, responsabilidades claras y seguimiento de los acuerdos, su relevancia para la propuesta proviene de la concentración de respuestas medias en el bloque participativo y de las necesidades de comunicación expresadas en las entrevistas, estos

hallazgos permiten priorizar actividades de mejora, cuyo efecto deberá evaluarse durante la implementación.

Tabla 1

Características contextuales de los hospitales seleccionados

Aspecto contextual	Hospitales públicos seleccionados	Hospitales privados seleccionados
Dependencia institucional	Hospital General Guasmo Sur: MSP Hospital Teodoro Maldonado Carbo y Hospital General del Norte Los Ceibos: IESS	Hospital Luis Vernaza: Junta de Beneficencia de Guayaquil; Clínica Guayaquil: entidad privada
Participantes en la encuesta	30 personas diez por hospital	20 personas diez por hospital
Participantes en entrevistas	30 informantes diez por hospital	20 informantes diez por hospital
Alcance de la comparación	Comparación documental de estadísticas oficiales y estudios publicados véase el apartado 3.4.7.	Comparación documental con distinción entre entidades privadas con y sin fines de lucro; véase el apartado 3.4.7.

Nota. Elaboración propia.

2.5. Marco legal y normativo

El marco normativo se ha constituido por los distintos tipos de normas jurídicas que guían y condicionan la gestión del talento humano en el ámbito hospitalario e igualmente las prácticas de liderazgo que se tornan existentes o se ejercen en las instituciones públicas y en las privadas para esta investigación, resulta fundamental identificar las normas nacionales e internacionales que enmarcan el ejercicio del liderazgo institucional, garantizando el respeto a los derechos laborales, la equidad organizacional y la calidad de los servicios de salud.

2.5.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

El artículo 33 de la Constitución reconoce el trabajo como derecho y deber social y exige respeto a la dignidad de las personas trabajadoras; este principio constituye un referente para la organización de condiciones laborales adecuadas en los hospitales su relación con la propuesta se expresa en la atención al bienestar del personal y en el respeto a sus derechos (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

2.5.2. Código del Trabajo del Ecuador

El Código del Trabajo regula las relaciones laborales comprendidas en su ámbito de aplicación y establece derechos y obligaciones de empleadores y trabajadores en la gestión hospitalaria, exige atender el régimen laboral correspondiente a cada puesto, la propuesta deberá ajustar sus actividades de formación, comunicación y organización del trabajo a ese marco y a las disposiciones institucionales aplicables (Congreso Nacional del Ecuador, 2005).

2.5.3. Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP)

La Ley Orgánica del Servicio Público regula la administración del talento humano dentro de su ámbito y establece principios de igualdad, eficiencia y desarrollo profesional, su aplicación resulta pertinente para los servidores de las instituciones públicas participantes, la propuesta considera ese marco al prever formación directiva, evaluación y responsabilidades en la gestión del personal (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010).

Las unidades de administración del talento humano cumplen funciones relacionadas con la organización de los puestos, la capacitación y la evaluación de los servidores, por ello, constituyen actores relevantes para coordinar las actividades de la

estrategia en los hospitales públicos, sus atribuciones deberán revisarse conforme al régimen institucional y a la normativa aplicable (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010).

2.5.4. *Reglamento General a la LOSEP*

El Reglamento General desarrolla los procedimientos de administración del talento humano previstos en la LOSEP, incluidos los componentes de formación y capacitación; ese marco orienta la planificación de actividades vinculadas con las necesidades institucionales en la propuesta, la capacitación en liderazgo deberá coordinarse con los responsables de talento humano y contar con objetivos y seguimiento definidos (Presidencia de la República del Ecuador, 2011).

2.5.5. *Ley Orgánica de Salud (LOS)*

La Ley Orgánica de Salud regula acciones relacionadas con el derecho a la salud y las responsabilidades de los actores del sistema sanitario, sus disposiciones ofrecen un marco para la organización de servicios y el ejercicio profesional, la propuesta relaciona este contexto con la coordinación de los equipos y la atención a las condiciones de trabajo, sin atribuir a la ley la exigencia de un estilo específico de liderazgo (Congreso Nacional del Ecuador, 2006).

2.5.6. *Reglamento de comités de ética de investigación y asistenciales (2022)*

El Acuerdo Ministerial 00005-2022 establece el reglamento sustitutivo para la aprobación y seguimiento de los CEISH y CEAS, este referente orienta la revisión de las responsabilidades éticas relacionadas con investigación y asistencia sanitaria, su mención no equivale a una aprobación ética de la presente tesis, cuya documentación

deberá distinguirse de la validación de contenido de los instrumentos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

2.5.7. Seguridad y salud en el trabajo

Para el cierre del período estudiado debe considerarse el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo expedido mediante el Decreto Ejecutivo 255 de 2024, que sustituyó al Decreto 2393, este marco orienta la prevención de riesgos y las responsabilidades en los lugares de trabajo, la propuesta incorpora la seguridad y el bienestar del personal como criterios para organizar las actividades institucionales (Presidencia de la República del Ecuador, 2024).

2.5.8. Normativas internas hospitalarias y acuerdos ministeriales

Los reglamentos y procedimientos internos delimitan responsabilidades, mecanismos de comunicación y procesos de gestión del personal, su revisión debe realizarse en cada hospital antes de aplicar la propuesta, la dependencia pública o privada no permite presumir un determinado nivel de flexibilidad o participación, por lo que estas características deben contrastarse con los documentos y las prácticas de cada institución.

2.5.9. Marcos internacionales de referencia

Los referentes internacionales sobre seguridad y salud ocupacional del personal sanitario destacan la organización de programas de prevención y la participación de los trabajadores estas orientaciones ofrecen criterios para integrar el bienestar laboral en la gestión hospitalaria la propuesta los considera como referentes técnicos

complementarios del marco nacional (World Health Organization & International Labour Organization, 2022).

2.5.10. Interpretación jurídica aplicada

El marco normativo delimita las responsabilidades de las instituciones y los derechos del personal, mientras que los modelos de liderazgo ofrecen criterios para organizar la dirección de los equipos, la estrategia deberá articular ambos planos mediante actividades de formación, comunicación y seguimiento, esa correspondencia exige revisar el régimen jurídico y las condiciones particulares de cada hospital (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010).

La aplicación de la propuesta requiere una revisión institucional previa de responsabilidades, recursos y procedimientos, el respeto a la dignidad del personal y a sus derechos constituye un criterio transversal de esa evaluación, los resultados del diagnóstico orientan las acciones de mejora dentro de ese marco (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Figura 1

Relación de los componentes del marco referencial



Nota. Elaboración propia.

Capítulo III. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación

El presente capítulo expone los fundamentos metodológicos que orientan la investigación, describiendo el enfoque, diseño, tipo de estudio, métodos, técnicas e instrumentos empleados para la recolección y procesamiento de la información; asimismo, se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo realizado en hospitales públicos y privados de la ciudad de Guayaquil, así como su correspondiente análisis y discusión en función de los objetivos y variables planteadas en el estudio.

3.1. Operacionalización de variables

3.1.1. Matriz de congruencia y operacionalización de variables

A continuación, se presenta la matriz de congruencia correspondiente al proyecto de investigación, seguida de la tabla de operacionalización de variables, este análisis se enmarca en el estudio sobre la influencia de los estilos de liderazgo en la gestión del talento humano en hospitales públicos y privados de la ciudad de Guayaquil.

Tabla 2*Matriz de congruencia*

Componente	Formulación y correspondencia
Título	Estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025
Problema científico	¿Qué estrategia de estilos de liderazgo se puede proponer para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025?
Objetivo general	Proponer una estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025.
Hipótesis de asociación	Los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo se relacionan positivamente con la motivación, la permanencia y el desempeño del personal en los hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, en el contexto del período 2020–2025.
Enfoque y diseño	Mixto, con predominio cuantitativo no experimental, transversal, descriptivo, correlacional y propositivo
Variables y dimensiones	Estilos de liderazgo: transformacional, situacional y participativo gestión del talento humano: motivación, permanencia y desempeño condiciones laborales como contexto
Objetivo específico 1	Sistematizar los fundamentos teóricos de los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo y su relación con la motivación, permanencia y desempeño del personal hospitalario. Técnica: revisión documental producto: fundamentos teóricos.

Componente	Formulación y correspondencia
Objetivo específico 2	Caracterizar las prácticas de liderazgo y su relación con la motivación, permanencia y desempeño del personal en los hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil. Técnicas: encuesta de 27 ítems y cinco entrevistas producto: diagnóstico mixto.
Objetivo específico 3	Elaborar una estrategia que integre los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo para optimizar la gestión del talento humano en los hospitales seleccionados. Procedimiento: integración de resultados y diseño de actividades producto: estrategia.
Objetivo específico 4	Valorar la pertinencia teórica y contextual de la estrategia propuesta y establecer los criterios para su evaluación institucional. Procedimiento: valoración teórica y contextual y planificación de la evaluación; producto: indicadores y plan de seguimiento.

Nota. Elaboración propia.

El estudio parte del supuesto de que los estilos de liderazgo implementados en los hospitales públicos y privados de Guayaquil influyen de manera directa en la gestión del talento humano, condicionando la motivación, la satisfacción, la permanencia laboral y el desempeño del personal sanitario.

Para garantizar la debida correspondencia entre los objetivos de investigación, el marco teórico y el diseño metodológico, se elaboró una matriz de congruencia que articula los objetivos específicos con las variables, dimensiones, indicadores, ítems del instrumento y técnicas de análisis aplicadas. A partir de esta matriz, la estructura operacional del estudio se organiza de la siguiente manera:

❖ **Variable independiente: Estilos de liderazgo**

- **Liderazgo transformacional:** Evalúa la comunicación de una visión inspiradora, la promoción de la innovación, la motivación en contextos de alta presión operativa y el modelado de conducta ética.
- **Liderazgo situacional:** Examina la capacidad de adaptación de la dirección, la concesión de autonomía guiada, la graduación de la supervisión según la complejidad del trabajo y el ejercicio de mando en situaciones críticas.
- **Liderazgo participativo:** Analiza la apertura de la comunicación bidireccional, la inclusión del personal en la toma de decisiones, la receptividad ante sugerencias del equipo y la efectividad en la resolución de conflictos.

❖ **Variable dependiente: Gestión del talento humano**

- **Indicadores operativos:** Mide la motivación laboral, el clima organizacional, la intención de permanencia, el desempeño percibido y la satisfacción general del personal con respecto a la dirección de su área.

De este modo, el instrumento de recolección de datos no solo captura la percepción del personal de salud, sino que traduce los conceptos teóricos en indicadores empíricos cuantificables, garantizando la validez interna del análisis y la consistencia global de la investigación.

3.2. Diseño metodológico

3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis

Enfoque de la investigación

La investigación se desarrolla bajo un enfoque mixto con predominio cuantitativo, al integrar encuestas y entrevistas para examinar la relación entre liderazgo y gestión del talento humano Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, 2018) plantean la recolección, el análisis y la integración de información cuantitativa y cualitativa dentro de un mismo estudio, esta integración permite relacionar las distribuciones de respuesta con las experiencias descritas por los participantes.

En el presente trabajo, el componente cuantitativo permitió medir la relación entre los estilos de liderazgo (transformacional, situacional y participativo) y la gestión del talento humano a partir de la motivación, la permanencia y el desempeño del personal sanitario, mediante instrumentos estructurados. El componente cualitativo permitió interpretar las percepciones del personal sobre las prácticas directivas en hospitales públicos y privados de Guayaquil y aportó contexto a la comparación de los resultados.

La elección del enfoque mixto responde a la coexistencia de aspectos medibles y experiencias que requieren interpretación, las encuestas permiten describir patrones y

examinar asociaciones, mientras que las entrevistas ayudan a comprender las prácticas cotidianas de dirección el contraste de ambos componentes orienta la propuesta y permite reconocer convergencias y límites de la evidencia disponible.

Tipo de investigación

El estudio es aplicado y propositivo, con alcance descriptivo y correlacional.

El carácter aplicado se expresa en la intención de formular una respuesta a las necesidades identificadas en los hospitales participantes; la investigación utiliza referentes teóricos y evidencia del diagnóstico para elaborar una estrategia de liderazgo; esta finalidad práctica no implica que la propuesta haya sido implementada ni que sus efectos se hayan demostrado dentro del estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Es descriptivo, porque caracteriza el estado actual de los estilos de liderazgo y su relación con la motivación, permanencia y desempeño en hospitales públicos y privados seleccionados en Guayaquil de acuerdo con Hernández Sampieri et al. (Metodología de la investigación, 2014), los estudios descriptivos buscan especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice.

El alcance correlacional permite examinar asociaciones entre liderazgo y gestión del talento humano, manteniendo el carácter observacional del diseño, los coeficientes informan sobre la dirección y la intensidad de las relaciones, pero no establecen que una variable cause cambios en otra por ello, el estudio no se clasifica como explicativo causal y sus conclusiones se circunscriben a las relaciones observadas (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

El carácter propositivo se concreta en una estrategia de formación, comunicación, participación y evaluación institucional, su estructura responde a los hallazgos del diagnóstico y establece actividades, responsables e indicadores de seguimiento, la pertinencia de su diseño se discute con base en la evidencia y su eficacia queda sujeta a una aplicación y evaluación posteriores.

Diseño de la investigación

El diseño es no experimental, transversal y comparativo.

El diseño es no experimental porque las variables se observaron en su contexto institucional sin manipulación deliberada; las percepciones sobre liderazgo y gestión del talento humano se recogieron mediante los instrumentos previstos y se analizaron como información del diagnóstico, esta condición delimita las inferencias posibles y evita presentar las asociaciones como efectos de una intervención (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

El estudio es transversal porque la recolección de datos se efectuó en septiembre de 2025, en un único momento de observación el intervalo 2020–2025 constituye el contexto temporal del problema y no una serie de mediciones anuales, esta distinción mantiene la correspondencia entre el título, la delimitación temporal y el diseño metodológico (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Asimismo, el estudio presenta un carácter comparativo, al analizar las diferencias entre hospitales públicos y privados seleccionados en la ciudad de Guayaquil, permitiendo identificar particularidades estructurales y de liderazgo que inciden en la gestión del talento humano.

3.2.2. *Métodos, técnicas e instrumentos de investigación*

Se emplearon procedimientos analítico-sintéticos para organizar los conceptos de liderazgo y gestión del talento humano, junto con una lógica de formulación y contraste de hipótesis de asociación, el análisis integró la información de encuestas, entrevistas y revisión documental, la metodología mixta permitió vincular las distribuciones cuantitativas con las categorías cualitativas, sin interpretar la correlación como prueba de eficacia de la estrategia propuesta (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

La recolección de información integró un cuestionario de 27 ítems cerrados con escala Likert de cinco puntos, una guía de siete preguntas abiertas y revisión documental, el cuestionario se organizó en los tres bloques de liderazgo descritos en el estudio y las entrevistas profundizaron en motivación, reconocimiento, autonomía y participación, los referentes conceptuales fueron Bass (Leadership and performance beyond expectations, 1985), Hersey y Blanchard (Life cycle theory of leadership, 1969) y Vroom y Yetton (Leadership and decision-making, 1973), sin afirmar que el instrumento sea una reproducción íntegra de sus escalas originales.

Validación de los instrumentos

Con el propósito de garantizar la validez y pertinencia de los instrumentos de recolección de datos utilizados en la investigación, se realizó un proceso de validación mediante juicio de expertos, técnica ampliamente utilizada en estudios de carácter social y organizacional para evaluar la calidad de los instrumentos en términos de contenido, coherencia y relevancia metodológica.

Tipo de validación

En cuanto al tipo de validación, el proceso se fundamentó en la verificación de contenido mediante el juicio de tres expertos, con la finalidad de dictaminar técnicamente la claridad, la coherencia y la relevancia de los reactivos en estricta correspondencia con las variables de estudio orientadas a los estilos de liderazgo, la motivación, la permanencia y el desempeño del talento humano en organizaciones del sector sanitario.

Perfil y número de expertos

Para garantizar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos, se aplicó la técnica de juicio de expertos. En este proceso participaron **tres expertos** con destacada experiencia y trayectoria documentada en la gestión hospitalaria, administrativa y financiera. Los perfiles profesionales, credenciales y constancias de validación de los tres especialistas se encuentran detallados en los anexos correspondientes. Es importante precisar que esta evaluación por parte de los tres expertos aporta evidencia cualitativa sobre la pertinencia y claridad de los ítems, sin sustituir el análisis posterior de la estructura dimensional ni la medición de la consistencia interna mediante pruebas estadísticas.

A cada uno de los tres expertos se le proporcionó un formato de validación estructurado que incluyó la presentación de los objetivos de la investigación, las instrucciones metodológicas para el análisis y la matriz de valoración técnica orientada a evaluar los criterios de pertinencia, claridad y suficiencia del instrumento.

Criterios de evaluación

Los expertos evaluaron cada ítem del cuestionario considerando los siguientes criterios metodológicos:

- 5) **Claridad:** grado en que el ítem es comprensible y no presenta ambigüedades en su redacción.
- 6) **Coherencia:** nivel de correspondencia entre el ítem y los objetivos de la investigación o la variable que pretende medir.
- 7) **Relevancia:** importancia del ítem para medir adecuadamente el fenómeno de estudio.

La valoración se realizó mediante una escala tipo Likert de cuatro niveles, estructurada de la siguiente manera:

Valor Interpretación

- 1) No cumple
- 2) Parcial
- 3) Adecuado
- 4) Totalmente

De igual manera, los expertos tuvieron la posibilidad de incluir observaciones y recomendaciones para mejorar la redacción o pertinencia de los ítems.

Resultados de la validación

El cuestionario diseñado para medir los estilos de liderazgo en áreas hospitalarias está compuesto por 27 ítems distribuidos en tres dimensiones:

- 1) Liderazgo transformacional
- 2) Liderazgo situacional

3) Liderazgo participativo

Las fichas de los tres expertos contienen valoraciones de 3 y 4 en claridad, coherencia y relevancia, el resumen de la Tabla 3 se calculó a partir de esas calificaciones, considerando todos los ítems de cada bloque los promedios permiten describir la valoración de contenido, sin convertirlos en un coeficiente de fiabilidad ni en una comprobación de la estructura factorial del cuestionario.

En el bloque transformacional, las valoraciones fueron mayoritariamente de 4, con observaciones sobre precisión de la innovación, extensión de algunos enunciados, retroalimentación y satisfacción, estas recomendaciones muestran que la valoración favorable coexistió con necesidades de mejora de la redacción, por tanto, no corresponde afirmar que todos los ítems recibieron puntuaciones máximas en los tres criterios.

En el bloque situacional, las fichas incluyen puntuaciones de 3 en determinados criterios de adaptación del liderazgo, supervisión, autonomía y carga laboral los expertos recomendaron diferenciar situaciones y aclarar la relación de algunos enunciados con el liderazgo, el promedio se presenta por criterio, conservando las calificaciones documentadas y sin sustituirlas por valores uniformes.

En el bloque participativo, las observaciones se concentran en precisar los conflictos y en distinguir la disponibilidad de recursos de las conductas de liderazgo, los protocolos obtuvieron puntuaciones de 4 en las fichas revisadas, por lo que se elimina la atribución de un promedio de 3 a ese ítem la interpretación reconoce el carácter contextual de los recursos y evita considerarlos un estilo adicional de liderazgo.

La valoración de contenido respalda la comprensión y pertinencia general de los enunciados, con ajustes puntuales sugeridos por los expertos, sin embargo, varios ítems

recogen motivación, condiciones de trabajo o gestión de conflictos junto con conductas directivas, esta composición exige verificar la forma de construir los índices antes de interpretar la correlación como una relación entre medidas completamente independientes.

Ajustes realizados al instrumento

Las observaciones documentadas orientan ajustes de claridad y precisión conceptual en la versión editada se homologan la numeración, los nombres de los bloques y las correspondencias entre cuestionario y anexos, se conserva la formulación de los ítems aplicada en el diagnóstico para mantener la trazabilidad con las tablas de resultados y con las fichas de los expertos.

El cuestionario se presenta con 27 ítems y tres bloques identificados como transformacional, situacional y participativo, las propuestas de cambio conceptual o de composición de índices requieren una nueva revisión del instrumento y de la base individual antes de su aplicación futura, la corrección editorial del anexo no se presenta como una nueva validación firmada por los expertos.

Tabla 3

Valoración de contenido del cuestionario por juicio de expertos

Bloque del cuestionario	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia
Transformacional	15	3,87	3,93	4,00
Situacional	5	3,67	3,80	3,87
Participativo	7	3,86	3,95	4,00
Total ponderado	27	3,83	3,91	3,98

Nota. Promedios recalculados a partir de las fichas de los tres expertos incluidas en el Anexo 5; escala de 1 a 4; el total se pondera por los 27 ítems, con 81 valoraciones por criterio.

Evidencia documental

Como parte del rigor metodológico de la investigación, se incluyen en los anexos de la tesis los siguientes documentos:

- 1) Formato de validación por juicio de expertos utilizado en la evaluación del instrumento.
- 2) Matrices de valoración completadas por los expertos.
- 3) Observaciones y recomendaciones realizadas durante el proceso de validación.
- 4) Versión final del cuestionario ajustado para la recolección de datos.

Los resultados obtenidos con los instrumentos fueron analizados mediante un enfoque cuantitativo y cualitativo, garantizando que la recolección de datos fuera coherente con los objetivos de la investigación y proporcionara información válida para la interpretación de los resultados.

Cada uno de los instrumentos detallados (encuesta, entrevistas y revisión documental) se presenta en los anexos de la investigación, donde se incluyen los formatos utilizados, las guías de entrevista, y otros documentos relevantes, según las necesidades de la investigación.

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos

El cuestionario fue estructurado en tres bloques:

En la presente investigación se emplearon dos técnicas principales de recolección de información: la encuesta y la entrevista, cada una con su respectivo instrumento de aplicación, lo que permitió obtener información tanto cuantitativa como cualitativa sobre los estilos de liderazgo y su relación con la gestión del talento humano en organizaciones hospitalarias.

Encuesta (Instrumento: cuestionario)

La técnica de la encuesta se aplicó a través de un cuestionario estructurado, diseñado con el propósito de recopilar información cuantitativa sobre la percepción de los trabajadores respecto a los estilos de liderazgo presentes en los hospitales objeto de estudio.

El cuestionario fue estructurado en tres bloques principales, cada uno orientado a evaluar diferentes dimensiones del liderazgo, de acuerdo con los modelos teóricos seleccionados.

El primer bloque se centró en el liderazgo transformacional e incluyó ítems relacionados con aspectos como la visión estratégica del líder, su capacidad de inspiración, la motivación en momentos de presión, la innovación y la conducta ética del líder; por ejemplo, uno de los ítems fue: “Mi líder comunica una visión clara e inspiradora del hospital” este bloque permitió evaluar cómo los líderes en los hospitales pueden generar un entorno de motivación y compromiso a través de su estilo de liderazgo.

El segundo bloque abordó el liderazgo situacional y la capacidad de los líderes para adaptar su forma de dirigir según la experiencia y competencia del personal. Los ítems evaluaron la flexibilidad para otorgar autonomía y ajustar la supervisión a la complejidad del trabajo un ejemplo fue: “Recibo autonomía en el trabajo que domino y orientación cuando la necesito”, con lo cual se examinó cómo el liderazgo responde a distintas necesidades de los colaboradores.

El tercer bloque se centró en el liderazgo participativo y consideró la comunicación organizacional, la inclusión del personal en la toma de decisiones, la atención de sugerencias y los mecanismos de resolución de conflictos. Un ejemplo fue: “La dirección del hospital me permite involucrarme en decisiones que afectan mi desempeño laboral”; estos ítems permitieron valorar de qué manera los líderes promueven la participación de los trabajadores en las decisiones y en la resolución de problemas del entorno laboral.

El cuestionario estuvo conformado por 27 ítems distribuidos en tres dimensiones, los cuales fueron evaluados mediante una escala tipo Likert que permitió medir el grado de acuerdo de los participantes con cada afirmación.

Entrevista (Instrumento: guía de entrevista semiestructurada)

Como complemento de la información cuantitativa obtenida mediante la encuesta, se empleó la técnica de la entrevista, utilizando como instrumento una guía de entrevista semiestructurada dirigida a trabajadores del ámbito hospitalario.

La entrevista tuvo como propósito profundizar en las percepciones, experiencias y opiniones de los participantes respecto al estilo de liderazgo de sus superiores, así como identificar factores que influyen en la motivación, permanencia y desempeño laboral dentro de la institución.

La guía de entrevista estuvo compuesta por siete preguntas abiertas, diseñadas para explorar aspectos relacionados con la motivación laboral, el reconocimiento del desempeño, la comunicación organizacional, la participación en la toma de decisiones y el manejo de situaciones críticas en el entorno hospitalario entre las preguntas planteadas se incluyeron, por ejemplo:

- 1) ¿Qué acciones de su jefe/a le inspiran o motivan en el trabajo?
- 2) ¿De qué manera su líder reconoce sus logros o el esfuerzo del equipo?
- 3) ¿Cómo actúa su jefe/a para guiar al equipo durante una emergencia o situación crítica?
- 4) ¿En qué situaciones su jefe/a le brinda más autonomía y en cuáles requiere más supervisión?
- 5) ¿Ha tenido la oportunidad de participar en decisiones importantes de su área?
Describa un ejemplo.
- 6) ¿Qué formas de comunicación o reuniones considera que ayudan a que todos los trabajadores sean escuchados?
- 7) ¿Qué comportamiento o forma de actuar de su jefe o supervisores hace que usted quiera seguir trabajando en este hospital?

Las preguntas abiertas permitieron explorar categorías emergentes como comunicación efectiva, reconocimiento, autonomía, manejo de crisis y resolución de conflictos, lo cual enriqueció el análisis cualitativo y permitió complementar los resultados obtenidos mediante el cuestionario.

3.2.4. Determinación de la muestra y criterios de selección

La población de interés comprende al personal asistencial, administrativo, directivo y de apoyo de los cinco hospitales seleccionados, se utilizó un muestreo no probabilístico por cuotas, atendiendo a criterios de elegibilidad y acceso, la muestra permite describir experiencias y examinar asociaciones entre los participantes, pero no sustenta estimaciones representativas de todo el personal hospitalario ni una generalización estadística al sistema sanitario.

La muestra estuvo conformada por un total de 50 encuestados, distribuidos equitativamente entre los cinco hospitales seleccionados, con 10 encuestados por hospital, esta distribución permitió obtener datos tanto de hospitales públicos como privados, lo que facilitó un análisis comparativo entre ambos tipos de instituciones, uno de los ejes centrales de la investigación.

Por cargo, participaron 42 trabajadores asistenciales (84 %), tres administrativos (6 %), tres directivos o jefaturas (6 %) y dos de apoyo (4 %) por área funcional, se registraron 21 personas en medicina, 14 en terapias, cinco en enfermería, cinco en dirección o administración y cinco en otras áreas las clasificaciones por cargo y por área describen aspectos distintos y ambas suman 50 participantes.

Muestra para la aplicación de entrevistas

Complementariamente, se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada para profundizar en las percepciones y experiencias de los trabajadores respecto a los estilos de liderazgo en las instituciones hospitalarias.

Para esta técnica cualitativa se seleccionó una muestra intencional compuesta por la totalidad de los participantes, abarcando a diez trabajadores por cada uno de los cinco hospitales incluidos en el estudio, lo que totalizó cincuenta sujetos evaluados. La selección de los participantes se realizó considerando que fueran trabajadores con experiencia directa en la dinámica organizacional y con conocimiento del liderazgo en su área de trabajo.

La participación de los diez informantes por hospital permitió incorporar las experiencias de las cinco instituciones y contrastar temas entre las distintas respuestas, asegurando que la cobertura cualitativa guardara absoluta paridad con la muestra cuantitativa de cincuenta encuestados.

En conjunto, este diseño muestral no probabilístico permitió seleccionar participantes con características relevantes para la investigación, garantizando la obtención de información pertinente para analizar la relación entre los estilos de liderazgo y la gestión del talento humano en hospitales públicos y privados de Guayaquil, de modo que la combinación de encuestas y entrevistas facilitó una aproximación mixta sólida y congruente.

Criterios de inclusión

- 1) Trabajadores con contrato vigente en los hospitales seleccionados.
- 2) Trabajadores con una experiencia mínima de seis meses en la institución.
- 3) Trabajadores que aceptaran participar en la investigación mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- 1) Estudiantes en prácticas.
- 2) Pasantes.
- 3) Personal temporal sin vínculo formal con los hospitales.

Este diseño muestral no probabilístico permitió seleccionar a los participantes de forma intencionada, garantizando que se incluyeran sujetos con las características adecuadas para la investigación y permitiendo obtener información valiosa y relevante sobre la relación entre los estilos de liderazgo y la gestión del talento humano en hospitales públicos y privados de Guayaquil.

Las cuotas garantizan la presencia de las cinco instituciones en el diagnóstico, con 30 encuestados del sector público y 20 del privado la asignación es uniforme por hospital y no por sector; cualquier comparación cuantitativa entre ambos sectores requiere conservar esa clasificación en la base de respuestas y calcular sus respectivos denominadores.

3.3. Trabajo de campo

3.3.1. Aplicación de los Instrumentos

El trabajo de campo de la presente investigación se desarrolló entre el 1 y el 28 de septiembre de 2025, período durante el cual se aplicaron los diferentes instrumentos de recolección de datos definidos en el diseño metodológico: encuesta, entrevista semiestructurada y revisión documental.

Aplicación de la encuesta

La técnica de encuesta se aplicó mediante un cuestionario estructurado distribuido a través de un formulario digital, lo que permitió facilitar el acceso de los participantes considerando las características del entorno hospitalario, donde existen jornadas laborales intensivas y turnos rotativos esta modalidad permitió que los trabajadores pudieran responder el cuestionario de manera asíncrona, sin interferir con sus actividades asistenciales.

Para garantizar la participación de los diferentes roles dentro de las instituciones (personal asistencial, administrativo y directivo), se coordinó con referentes internos de cada hospital, quienes colaboraron en la difusión del enlace del formulario entre los trabajadores elegibles para participar en el estudio.

El objetivo operativo de esta estrategia fue asegurar un equilibrio muestral por institución y tipo de cargo, permitiendo alcanzar la muestra establecida de 50 encuestados distribuidos en cinco hospitales (10 por institución).

Con el fin de garantizar el cumplimiento de los principios éticos de la investigación, el cuestionario incluyó un consentimiento informado digital previo a la

participación, donde se explicaron los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad de la información proporcionada.

Asimismo, se implementaron medidas para reducir posibles sesgos de deseabilidad social, mediante el uso de instrucciones neutrales, el anonimato de las respuestas y el establecimiento de ventanas horarias amplias para la participación durante el período de aplicación, también se enviaron recordatorios no intrusivos para mantener una tasa adecuada de respuesta.

Aplicación de las entrevistas

La técnica de entrevista se aplicó mediante una guía semiestructurada dirigida a trabajadores seleccionados de los hospitales participantes con el objetivo fundamental de profundizar en las percepciones y experiencias relacionadas con los estilos de liderazgo presentes en las instituciones.

Se realizaron cincuenta entrevistas en total, correspondientes a diez participantes por cada uno de los cinco hospitales incluidos en el estudio. Los entrevistados fueron seleccionados mediante un muestreo intencional considerando su experiencia laboral dentro de la institución y su conocimiento directo del funcionamiento organizacional y del liderazgo en sus respectivas áreas.

El desarrollo de las entrevistas se llevó a cabo en entornos que garantizaron la confidencialidad y la comodidad de los participantes, centrando la indagación en la motivación laboral, el reconocimiento del desempeño, la comunicación con los líderes, la toma de decisiones y el manejo de situaciones críticas en el contexto hospitalario.

La información obtenida a partir de las entrevistas sirvió para complementar los datos cuantitativos de la encuesta mediante un análisis cualitativo profundo de las prácticas de liderazgo en la gestión del talento humano.

Revisión documental

La revisión documental comprendió artículos científicos, libros metodológicos y documentos institucionales relacionados con liderazgo, gestión del talento humano y organización de los servicios de salud, las fuentes se organizaron según su aporte al marco teórico, la metodología y la propuesta, este procedimiento permitió contrastar conceptos y revisar la correspondencia entre las variables, los instrumentos y el alcance del estudio.

Para la comparación sectorial se realizó una búsqueda dirigida de fuentes primarias del INEC y de artículos científicos sobre instituciones sanitarias ecuatorianas; se seleccionaron registros de 2024 y publicaciones de 2020–2022 con información diferenciada por sector; se verificaron autoría, año, población, instrumento y denominadores, y se conservaron las fechas de recolección informadas por cada estudio.

La revisión documental permitió identificar los modelos de liderazgo que orientan el cuestionario y la guía de entrevista, los conceptos se relacionaron con indicadores de motivación, permanencia y desempeño, para delimitar el análisis esa organización ofrece un respaldo conceptual al diagnóstico, mientras que las afirmaciones sobre los hospitales participantes se sustentan en la información recogida en el trabajo de campo.

3.3.2. *Procesamiento de la Información*

Una vez concluida la recolección, se realizó la limpieza y normalización de la información. Se obtuvieron 50 encuestas válidas, diez por cada uno de los cinco hospitales seleccionados. Para mantener la calidad y trazabilidad de los datos, se homologaron etiquetas con variantes mínimas de nomenclatura, por ejemplo, “Dirección / Administración” frente a “Administración” o “Jefatura” frente a “Directivo/Jefatura”, y se elaboró un diccionario de variables. También se verificaron los rangos de respuesta de la escala de 1 a 5 y los valores no aplicables, estos últimos representaron menos del 5 % por ítem, por lo que la base se consideró coherente y adecuada para el análisis.

Se revisó la correspondencia entre las frecuencias de las tablas y el total declarado de 50 encuestados, esta comprobación permite detectar diferencias de transcripción en los resúmenes, aunque no sustituye la revisión de duplicidades, datos faltantes o codificaciones en la base individual, las distribuciones corregidas se presentan por hospital, área funcional y cargo.

Tabla 4

Distribución de los encuestados por hospital

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Hospital General Guasmo Sur (MSP)	10	20 %
Hospital Teodoro Maldonado Carbo (IESS)	10	20 %
Hospital General del Norte “Los Ceibos” (IESS)	10	20 %
Hospital Luis Vernaza (Junta de Beneficencia)	10	20 %
Clínica Guayaquil	10	20 %

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Total	50	100 %

Nota. Elaboración propia.

La Tabla 4 presenta la distribución de las encuestas aplicadas en los cinco hospitales seleccionados. Se obtuvieron 50 encuestas válidas, con diez participantes por institución, equivalentes al 20 % de la muestra en cada hospital esta asignación uniforme se definió para asegurar la participación de todas las instituciones y facilitar la comparación de las percepciones sobre liderazgo y gestión del talento humano.

La cuota de diez encuestas por hospital mantuvo una presencia equivalente de cada institución en el diagnóstico al participar tres hospitales públicos y dos privados, la muestra quedó integrada por 30 y 20 trabajadores de cada sector, respectivamente los resultados describen a las personas encuestadas y no constituyen estimaciones estadísticamente representativas de la totalidad del personal de Guayaquil.

Tabla 5

Distribución de los encuestados por área funcional o servicio hospitalario

Área funcional o servicio hospitalario	Frecuencia
Medicina (generales y especialistas)	21
Terapias (fisioterapia, respiratoria, etc.)	14
Enfermería	5
Dirección/Administración	5
Otras	5
Total	50

Nota. Elaboración propia.

La Tabla 5 clasifica a los 50 participantes según el área funcional o servicio en el que laboran, medicina concentra 21 personas (42 %), terapias 14 (28 %), enfermería cinco (10 %), dirección o administración cinco (10 %) y otras áreas cinco (10 %) esta clasificación describe la ubicación funcional del personal y se diferencia de la distribución por cargo presentada en la Tabla 6.

Tabla 6

Distribución de los encuestados por cargo

Cargo	Frecuencia
Personal asistencial de salud	42
Personal administrativo	3
Directivo/Jefatura	3
Personal de apoyo	2
Total	50

Nota. Elaboración propia.

La Tabla 6 muestra la distribución de los 50 encuestados según su cargo en el hospital, con un claro predominio del personal asistencial de salud, seguido por una representación más limitada de los otros cargos la distribución es la siguiente:

Personal asistencial de salud: Con 42 encuestados, esta categoría representa el 84 % del total de la muestra.

Personal administrativo: Con 3 encuestados, este grupo representa solo el 6 % del total aunque su número es reducido, el personal administrativo juega un papel fundamental en el soporte operativo y logístico de los hospitales.

Directivo/Jefatura: Al igual que el personal administrativo, el grupo de directivos/jefaturas también cuenta con 3 encuestados (6 %).

Personal de apoyo: Con 2 encuestados, este grupo representa el 4 % de la muestra este pequeño porcentaje incluye a profesionales que desempeñan funciones complementarias dentro del hospital, como técnicos o personal de apoyo logístico y administrativo.

3.3.3. Procesamiento de la información cualitativa de las entrevistas

Se procesaron las siete entrevistas semiestructuradas mediante análisis temático, organizando las respuestas en categorías relacionadas con las prácticas de liderazgo y las experiencias laborales, la lectura permitió identificar elementos comunes y diferencias entre testimonios, este procedimiento se utiliza para interpretar los datos cualitativos y complementa el análisis de las encuestas, de acuerdo con una perspectiva interpretativa (Barraza Macías, 2023).

En una primera etapa, las entrevistas fueron revisadas y organizadas, identificando las respuestas correspondientes a cada una de las preguntas de la guía de entrevista posteriormente, se realizó una codificación temática, agrupando las respuestas en categorías de análisis previamente definidas en el marco teórico de la investigación, tales como: motivación laboral, reconocimiento del desempeño, comunicación organizacional, participación en la toma de decisiones, autonomía laboral y manejo de situaciones críticas.

El proceso permitió identificar tendencias y percepciones compartidas entre los participantes, especialmente la valoración de prácticas de liderazgo que favorecen una comunicación fluida, reconocen el esfuerzo del equipo y abren espacios de participación en las decisiones del área. Las entrevistas también mostraron que la forma de afrontar

situaciones de presión o emergencia influye en la motivación del personal y en su intención de permanecer en las instituciones hospitalarias.

La información recogida en las entrevistas se utilizó como insumo cualitativo complementario para ayudar a interpretar los resultados cuantitativos de la encuesta, constituyendo una mejor comprensión del fenómeno estudiado.

3.3.4. Procesamiento de la información documental

La información documental se organizó a partir de artículos, libros metodológicos y documentos institucionales relacionados con liderazgo y gestión del talento humano, cada fuente se examinó según su aporte a los conceptos, al diseño del estudio o a la propuesta, esta revisión permitió distinguir la evidencia científica de los lineamientos institucionales y mantener referencias identificables para las afirmaciones del manuscrito.

Los indicadores externos se organizaron en dos grupos: capacidad y actividad hospitalaria, clima y bienestar del personal, se calcularon participaciones porcentuales y diferencias descriptivas a partir de los valores publicados, no se combinaron escalas distintas ni se imputaron respuestas a la encuesta, y las implicaciones para los tres estilos de liderazgo se formularon como interpretación documental.

La revisión documental permitió identificar los enfoques teóricos y los modelos de liderazgo más relevantes para el ámbito hospitalario, con énfasis en los estilos transformacional, situacional y participativo. La información se organizó en matrices de revisión bibliográfica que apoyaron la construcción del marco teórico y la operacionalización de variables e indicadores utilizados en los instrumentos de recolección de datos.

Asimismo, la revisión documental sirvió de base para el diseño del cuestionario de encuesta y de la guía de entrevista, asegurando que ambos instrumentos estuvieran alineados con los fundamentos teóricos del estudio.

3.4. Análisis de los resultados obtenidos

3.4.1. Presentación general de los resultados

El presente capítulo expone el análisis de los datos obtenidos mediante las técnicas de encuesta, entrevista semiestructurada y revisión documental, con el objetivo de identificar los estilos de liderazgo presentes en los hospitales seleccionados y analizar su relación con la gestión del talento humano, particularmente en términos de motivación, permanencia y desempeño laboral.

Los resultados se presentan de forma organizada considerando las tres dimensiones analizadas en el estudio:

- 1) Liderazgo transformacional
- 2) Liderazgo situacional
- 3) Liderazgo participativo

Se realizó una triangulación metodológica mediante la integración y contraste de la información obtenida a través de encuestas, entrevistas semiestructuradas y revisión documental. A su vez, este proceso implicó una triangulación de datos al comparar los resultados provenientes de diferentes fuentes de información.

3.4.2. Resultados del análisis cuantitativo

La encuesta aplicada a los 50 trabajadores de los hospitales seleccionados estuvo compuesta por 27 ítems, organizados en tres dimensiones de análisis: liderazgo

transformacional (15 ítems), liderazgo situacional (5 ítems) y liderazgo participativo (7 ítems).

Cada ítem fue evaluado mediante una escala Likert de cinco puntos, posteriormente agrupada en tres niveles para facilitar el análisis:

- 1) Bajo: respuestas 1 y 2
- 2) Medio: respuesta 3
- 3) Alto: respuestas 4 y 5

Este procedimiento permitió identificar la percepción general del personal respecto a las prácticas de liderazgo presentes en las instituciones hospitalarias analizadas.

Liderazgo transformacional

El liderazgo transformacional fue evaluado mediante 15 ítems orientados a medir aspectos como motivación, reconocimiento, inspiración, ética profesional y apoyo al equipo de trabajo.

Tabla 7

Distribución de respuestas del bloque transformacional

Ítem	Bajo	%	Medio	%	Alto	%
P1	5	10 %	13	26 %	32	64 %
P2	6	12 %	14	28 %	30	60 %
P3	4	8 %	15	30 %	31	62 %

Ítem	Bajo	%	Medio	%	Alto	%
P4	7	14 %	13	26 %	30	60 %
P5	5	10 %	14	28 %	31	62 %
P6	6	12 %	15	30 %	29	58 %
P7	6	12 %	13	26 %	31	62 %
P8	5	10 %	14	28 %	31	62 %
P9	7	14 %	13	26 %	30	60 %
P10	6	12 %	14	28 %	30	60 %
P11	5	10 %	15	30 %	30	60 %
P12	6	12 %	14	28 %	30	60 %
P13	7	14 %	13	26 %	30	60 %
P14	5	10 %	14	28 %	31	62 %
P15	6	12 %	14	28 %	30	60 %

Nota. Elaboración propia.

Análisis

Los resultados evidencian una tendencia predominante hacia niveles altos de liderazgo transformacional, con valores que oscilan entre 58% y 64% de respuestas en el nivel alto en los distintos ítems evaluados.

Esto indica que una proporción significativa de los encuestados percibe que sus líderes:

- 1) reconocen el esfuerzo del personal,
- 2) motivan al equipo de trabajo,

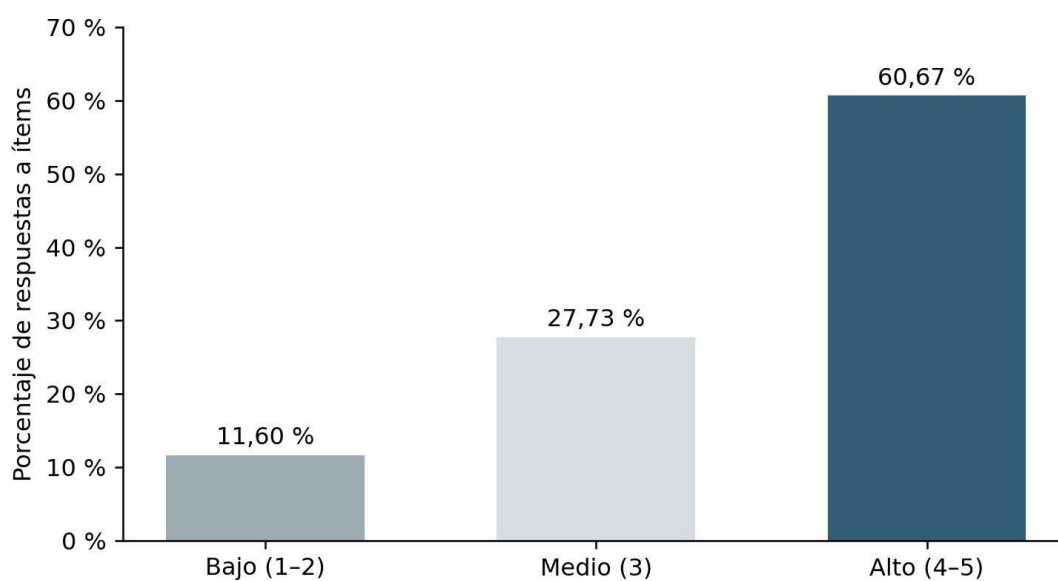
- 3) promueven valores organizacionales,
- 4) brindan apoyo en situaciones complejas.

Los niveles bajos de respuesta se mantienen relativamente reducidos, fluctuando entre 8% y 14%, lo que sugiere que la percepción negativa respecto a este estilo de liderazgo es limitada dentro de la muestra analizada.

La concentración de respuestas altas indica que los participantes perciben una presencia frecuente de los comportamientos incluidos en el bloque transformacional; ese resultado describe las valoraciones de la muestra y orienta el análisis del reconocimiento, la motivación y el acompañamiento, no demuestra por sí solo que dichas prácticas hayan causado mejoras en el desempeño o en la atención al paciente.

Figura 2

Distribución agrupada de respuestas del bloque transformacional



Nota. Elaboración propia.

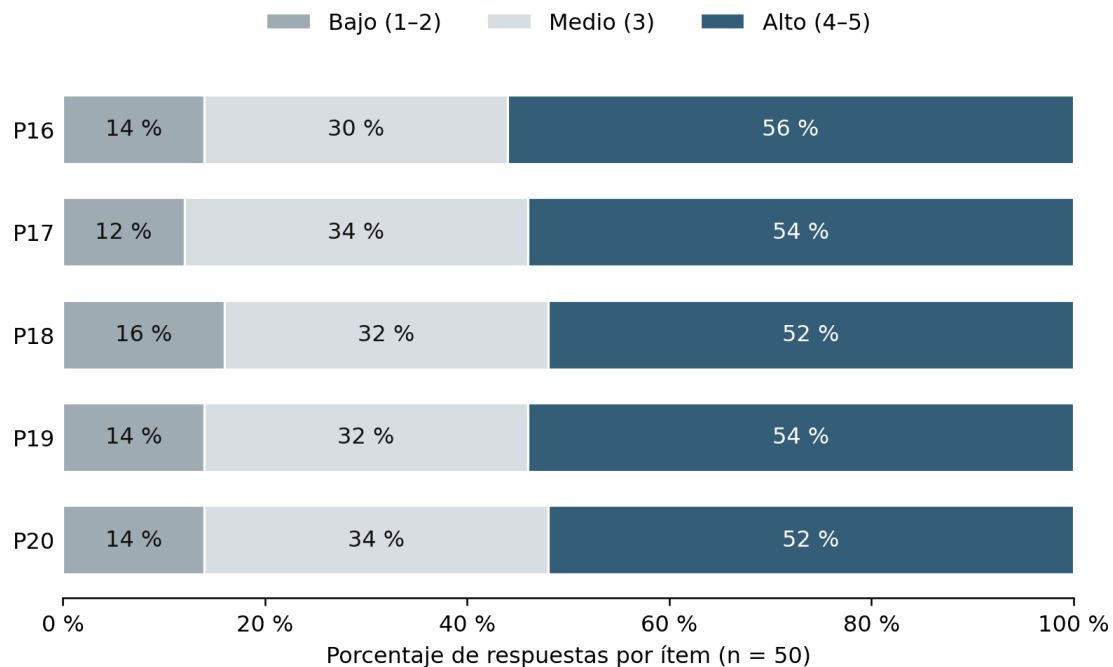
Al sumar las frecuencias de los 15 ítems del bloque transformacional se obtienen 750 respuestas a ítems, de las cuales 455 corresponden al nivel alto (60,67 %); el porcentaje describe el conjunto de valoraciones y no una clasificación de 455 personas; esta distribución respalda la presencia frecuente de respuestas favorables dentro del bloque, con diferencias entre sus enunciados.

El nivel medio reúne 208 de las 750 respuestas a ítems (27,73 %), lo que muestra una presencia intermedia de los comportamientos evaluados en una parte de las valoraciones, la información orienta la revisión de la consistencia de las prácticas directivas al tratarse de respuestas agrupadas, no permite identificar qué hospitales o participantes concentran esas percepciones.

El nivel bajo reúne 87 de las 750 respuestas a ítems (11,60 %); aunque su proporción es menor que la de los otros niveles, refleja percepciones que deben considerarse al planificar actividades de mejora su análisis por institución, servicio o cargo requiere la base individual, por lo que no se atribuye esta distribución a un sector específico.

Liderazgo situacional

El liderazgo situacional fue evaluado mediante cinco ítems orientados a medir la capacidad del líder para adaptar su estilo de dirección según las necesidades del equipo y las circunstancias del entorno hospitalario.

Figura 3*Distribución de respuestas del bloque situacional*

Nota. n = 50 por ítem; bajo = 1-2, medio = 3 y alto = 4-5; porcentajes calculados a partir de las frecuencias consignadas en el gráfico original.

Análisis

Los resultados muestran que el liderazgo situacional presenta también una valoración mayoritaria en el nivel alto, con porcentajes que oscilan entre 52% y 56% de respuestas positivas.

Esto sugiere que los líderes en las instituciones hospitalarias analizadas tienden a adaptar su estilo de dirección según el contexto, brindando mayor supervisión en situaciones críticas y mayor autonomía cuando el personal cuenta con experiencia suficiente.

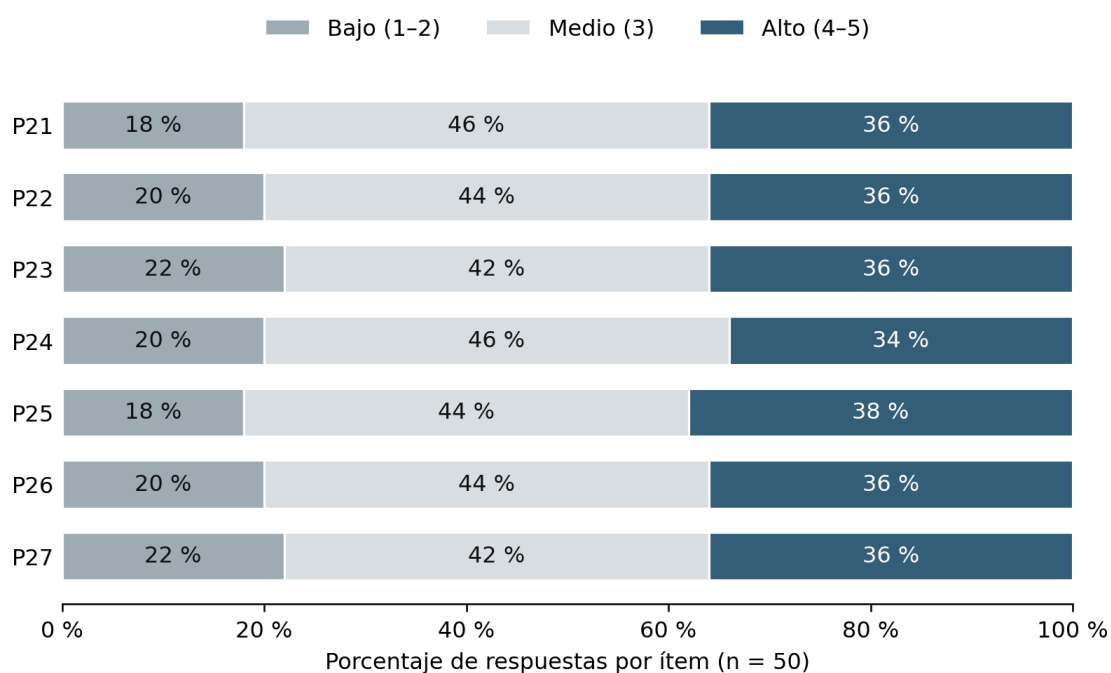
No obstante, se observa un porcentaje ligeramente mayor de respuestas en nivel medio (30 %–34 %), lo que indica que aún existen oportunidades de mejora en la aplicación consistente de este estilo de liderazgo dentro de los hospitales analizados.

Liderazgo participativo

El liderazgo participativo fue evaluado mediante siete ítems orientados a analizar la participación del personal en la toma de decisiones, la comunicación organizacional y la generación de espacios de retroalimentación dentro de los equipos de trabajo.

Figura 4

Distribución de respuestas del bloque participativo



Nota. n = 50 por ítem; bajo = 1–2, medio = 3 y alto = 4–5; frecuencias y porcentajes procedentes de la tabla original esta figura describe la muestra conjunta las

comparaciones sectoriales basadas en fuentes externas se presentan en el apartado 3.4.7.

Análisis

La Figura 4 presenta los siete ítems del bloque participativo mediante barras apiladas al 100 %, con 50 respuestas por ítem; el nivel medio concentra entre 42% y 46%, el alto entre 34% y 38% y el bajo entre 18% y 22%; las distribuciones muestran una valoración principalmente intermedia y permiten comparar los enunciados sin alterar las frecuencias registradas.

En el conjunto de los siete ítems se registran 350 respuestas a ítems, distribuidas en 70 bajas (20%), 154 medias (44%) y 126 altas (36%); estos porcentajes describen el bloque y no representan 350 participantes la información disponible está agrupada para toda la muestra, de modo que la figura no permite estimar brechas entre hospitales públicos y privados.

La concentración de valoraciones intermedias orienta la propuesta hacia una comunicación más clara, mayores espacios de participación y seguimiento de los acuerdos; conviene considerar que el bloque incluye enunciados sobre recursos y protocolos, cuya función es contextual por ello, sus resultados deben interpretarse junto con los testimonios y con la revisión de la composición del instrumento.

El resultado orienta la revisión de las prácticas de consulta y comunicación de las instituciones participantes, la estrategia propone reuniones con objetivos definidos, mecanismos de escucha y responsabilidades de seguimiento, la comparación documental

del apartado 3.4.7 permite contextualizar estas prioridades, manteniendo diferenciadas la evidencia externa y las respuestas agrupadas del cuestionario.

Tabla 8

Respuestas de las entrevistas semiestructuradas

1. ¿Qué acciones de su jefe/a le inspiran o motivan?	R1. Reconocer mi esfuerzo y dar retroalimentación positiva.
	R2. Su liderazgo.
	R3. Firmeza en la toma de decisiones.
	R4. Predisposición.
	R5. Apoyo constante en el área.
	R6. El buen trabajo en equipo.
	R7. Que doten de insumos y medicamentos suficientes en porcentaje de disponibilidad a la unidad hospitalaria.
	R8. Sabe escuchar.
	R9. Su compromiso con la institución.
	R10. Su comunicación y capacidad directiva.

2. ¿De qué manera su líder reconoce sus logros o el esfuerzo del equipo?	R1. Felicitando públicamente y brindando apoyo.
	R2. Verbalmente destacando la labor cumplida.
	R3. En reuniones de trabajo del servicio.
	R4. Mediante registros formales y quipux.

R5. Con incentivos internos y menciones.

R6. Reconocimiento directo al esfuerzo diario.

R7. De manera global de acuerdo con los resultados alcanzados por el servicio.

R8. Por los resultados obtenidos en las metas.

R9. Ayudándonos activamente en la labor.

R10. A veces no se reconocen de forma directa, priorizando el trabajo continuo.

3. ¿Cómo actúa su jefe/a para guiar al equipo durante una emergencia o situación crítica?

R1. Da instrucciones claras y mantiene la calma.

R2. De manera rápida y eficaz.

R3. Con tranquilidad frente a la presión.

R4. Genera indicaciones precisas por canales digitales.

R5. Se involucra siendo parte activa del equipo apoyando.

R6. Organizando y delegando funciones clave.

R7. Con calma y mucha seguridad operativa.

R8. Siendo comunicativa y buscando redes de apoyo.

R9. Actuando con empatía y serenidad.

R10. Capacitando y orientando sobre la marcha.

4. ¿En qué situaciones su jefe/a le brinda más autonomía y en cuáles requiere más supervisión?

R1. Autonomía en tareas rutinarias y supervisión en proyectos nuevos o complejos.

R2. Otorga autonomía ante emergencias según la urgencia.

R3. Dependiendo de la experiencia de cada uno de los profesionales.

R4. Cuando hay alto flujo de pacientes en el servicio.

R5. En los procesos que conozco, domino y tengo seguridad.

R6. Cuando hay presión operativa la autonomía suele disminuir.

R7. En actividades de rutina hay más autonomía y supervisión estrecha en nuevas asignaciones.

R8. En el ambiente laboral diario con confianza mutua.

R9. Cuando se trabaja de forma coordinada en equipo.

R10. Supervisa más en procedimientos de alto riesgo o con personal de reciente ingreso.

5. ¿Ha tenido la oportunidad de participar en decisiones importantes de su área?

R1. Sí, al opinar sobre mejoras en los procesos de trabajo.

R2. Sí, participando en capacitaciones para mejorar el servicio.

R3. Sí, durante la contingencia por la pandemia de COVID-19.

R4. En ocasiones puntuales según la directriz del servicio.

-
- R5.** Aportando con ideas creativas como implementar herramientas de control de insumos.
- R6.** Considero que todas las decisiones operativas son importantes.
- R7.** A través de la escucha activa y la revisión de errores para mejorar.
- R8.** Sí, participando en eventos y reuniones de la institución.
- R9.** Sí, colaborando en la innovación de la atención a pacientes.
- R10.** Sí, al proponer mejoras en los protocolos de atención médica.

6. ¿Qué formas de comunicación ayudan a que todos sean escuchados?

- R1.** Reuniones periódicas de equipo y espacios abiertos para opiniones.
- R2.** Charlas coordinadas con diversas áreas del hospital.
- R3.** Fomentando una comunicación asertiva y directa.
- R4.** Reuniones integrales y multidisciplinarias.
- R5.** Encuentros periódicos donde participen todos los integrantes de las áreas.
- R6.** Mesas técnicas de trabajo que incluyan a directivos con poder de decisión.
- R7.** Comunicación efectiva cara a cara con el personal involucrado.
-

R8. Fomentando la unión y el compañerismo.

R9. Espacios donde se escuche la opinión de todos por igual.

R10. Reuniones mensuales y uso dinámico de canales digitales de mensajería.

7. ¿Qué comportamiento de su jefe le motiva a seguir en el hospital?

R1. Trato respetuoso, apoyo constante y reconocimiento al esfuerzo.

R2. Su manera de liderar el área y guiar al equipo.

R3. Permitir que el trabajo fluya sin interrupciones innecesarias.

R4. Su predisposición permanente para ayudar.

R5. La empatía demostrada ante las dificultades.

R6. Su vocación de servicio y compromiso institucional.

R7. Que sean respetuosos y valoren el esfuerzo del personal de salud.

R8. El fomento real del trabajo en equipo.

R9. Portarse abierto, accesible y receptivo a las propuestas.

R10. Su forma amable y justa de solicitar el mejor esfuerzo profesional.

A partir del análisis de contenido se identificaron cinco categorías principales.

Tabla 9

Categorías del análisis cualitativo

Categoría	Descripción
Comunicación	Interacción clara y constante entre líderes y trabajadores
Reconocimiento	Valoración del desempeño y del esfuerzo del equipo
Autonomía guiada	Autonomía con supervisión según complejidad de tareas
Liderazgo en crisis	Capacidad del líder para coordinar en emergencias
Gestión de conflictos	Existencia de mecanismos para resolver desacuerdos

Nota. Elaboración propia.

Las entrevistas aplicadas a los cincuenta trabajadores de las instituciones sanitarias evidencian que el personal valora especialmente la comunicación directa, el reconocimiento institucional del desempeño y el acompañamiento efectivo del líder durante situaciones críticas.

A manera de ilustración empírica, uno de los participantes destacó que su superior logra inspirarlo al «reconocer el esfuerzo y dar retroalimentación positiva», mientras que otro enfatizó que el líder «se involucra directamente en los casos difíciles y nos guía con experiencia».

Este corpus de respuestas confirma la presencia tangible de elementos asociados al liderazgo transformacional, caracterizado por la capacidad de inspiración y automotivación colectiva.

Asimismo, diversos informantes señalaron que las jefaturas otorgan autonomía operativa en las actividades rutinarias y de dominio técnico, pero intensifican la supervisión ante la presencia de pacientes críticos, personal de nueva incorporación o escenarios de alta presión, lo cual se alinea directamente con los postulados del liderazgo situacional.

De igual forma, el análisis cualitativo revela oportunidades de mejora vinculadas con la optimización de los canales comunicativos, la planificación de turnos y la consolidación de espacios orientados a una escucha más activa por parte de los mandos directivos.

Estas evidencias cualitativas complementan de manera sólida los hallazgos cuantitativos del estudio, aportando los fundamentos contextuales indispensables para el diseño estratégico de optimización del talento humano.

3.4.3. Triangulación de datos

Tabla 10

Triangulación de los resultados

Dimensión	Encuesta	Entrevistas	Interpretación
Liderazgo transformacional	60,67 % de respuestas altas	Reconocimiento, motivación del equipo	Alta presencia de liderazgo inspirador
Liderazgo situacional	53,60 % de respuestas altas	Autonomía con supervisión	Adaptación del liderazgo según contexto
Liderazgo participativo	44,00 % de respuestas medias	Necesidades de comunicación y consulta	Necesidad de fortalecer la participación

Nota. Los porcentajes resumen respuestas a ítems de cada bloque no corresponden a porcentajes de personas clasificadas por estilo de liderazgo.

La triangulación de encuestas, entrevistas y revisión documental permitió contrastar la consistencia de los resultados. El análisis cuantitativo y cualitativo mostró una presencia predominante de rasgos transformacionales y situacionales, mientras que el liderazgo participativo presentó una valoración más moderada, esta convergencia aporta una lectura integrada de la relación entre liderazgo y gestión del talento humano en el contexto hospitalario.

3.4.4. Comprobación de la hipótesis de investigación

Se conserva el análisis de correlación de Pearson reportado en el manuscrito entre el índice de liderazgo adecuado (ILA) y motivación, permanencia y desempeño. ILA se utiliza como denominación del índice analizado, sin implicar que se haya implementado una intervención; la verificación de sus coeficientes requiere la base individual, la regla de cálculo de cada índice y la comprobación de los supuestos correspondientes.

El análisis reporta 50 participantes y 48 grados de libertad, calculados mediante $gl = n - 2$ las tablas agregadas no permiten reconstruir las puntuaciones individuales, comprobar linealidad, observaciones influyentes ni normalidad bivariada tampoco, permiten descartar solapamientos entre los ítems de liderazgo y de gestión del talento humano, por lo que los resultados inferenciales se mantienen sujetos a esa verificación.

Tabla 11*Correlaciones entre liderazgo y gestión del talento humano*

Relación analizada	r de Pearson	p valor	gl	Interpretación
ILA Motivación	0,78	< 0,001	48	Correlación fuerte y significativa
ILA Permanencia	0,71	< 0,001	48	Correlación fuerte y significativa
ILA Desempeño	0,76	< 0,001	48	Correlación fuerte y significativa

*Nota. Elaboración propia.***3.4.5. Interpretación de los resultados**

Los coeficientes consignados muestran asociaciones positivas entre el índice de liderazgo adecuado y las tres dimensiones analizadas, su magnitud corresponde a relaciones fuertes dentro del análisis reportado, la interpretación es asociativa y no permite concluir que la aplicación de la estrategia haya producido cambios en motivación, permanencia o desempeño.

La relación entre liderazgo adecuado y motivación presenta $r = 0,78$ dentro del análisis reportado, las puntuaciones más altas de liderazgo se relacionan con puntuaciones mayores de motivación, este resultado no establece la dirección causal de la relación y requiere verificar que ambos índices se hayan construido con reglas explícitas y con ítems que no generen solapamiento.

La relación entre liderazgo adecuado y permanencia presenta $r = 0,71$, lo que indica una asociación positiva fuerte en el análisis consignado, la medida debe interpretarse como percepción de permanencia o estabilidad según el instrumento

utilizado, no equivale a una disminución comprobada de la rotación ni reemplaza los registros administrativos de entradas y salidas de personal.

La relación entre liderazgo adecuado y desempeño presenta $r = 0,76$ el coeficiente expresa una asociación positiva fuerte entre las puntuaciones reportadas dado el diseño transversal y la naturaleza perceptiva del cuestionario, no demuestra un aumento de productividad ni un efecto de la propuesta, cuya evaluación se plantea para una etapa posterior.

Los valores de significación reportados se expresan como $p < 0,001$, en lugar de $p = 0,000$, y se comparan con $\alpha = 0,05$ bajo los supuestos del análisis, son compatibles con el rechazo de la ausencia de asociación; la significación estadística no elimina posibles sesgos de selección, medición o construcción de los índices.

3.4.6. *Decisión estadística de la hipótesis*

Bajo los supuestos del análisis reportado, los valores $p < 0,001$ permiten rechazar las hipótesis nulas de ausencia de asociación lineal; esta decisión ofrece respaldo estadístico a una hipótesis de relación y no a la eficacia causal de la estrategia; su confirmación documental requiere revisar la base individual, el cálculo de los índices y los supuestos descritos en la sección anterior.

Hipótesis de investigación

Los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo se relacionan positivamente con la motivación, la permanencia y el desempeño del personal en los hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, en el contexto del período 2020–2025.

Las correlaciones reportadas son compatibles con la hipótesis de asociación entre liderazgo y gestión del talento humano, el diagnóstico sirve para fundamentar la propuesta, mientras que su efectividad deberá evaluarse mediante mediciones posteriores a la implementación; esta distinción evita atribuir resultados de intervención a un estudio observacional.

Discusión

El análisis de los resultados obtenidos permitió identificar patrones relevantes en relación con los estilos de liderazgo presentes en los hospitales públicos y privados seleccionados en Guayaquil, así como su relación con la gestión del talento humano, particularmente en términos de motivación, permanencia y desempeño del personal; estos hallazgos se analizan a continuación en relación con los objetivos de la investigación y con los aportes teóricos existentes en la literatura científica.

El bloque transformacional concentra 60,67 % de respuestas altas al reunir las valoraciones de sus quince ítems, el hallazgo puede discutirse a partir de la orientación inspiradora y del acompañamiento del equipo, descritos por Bass (Leadership and performance beyond expectations, 1985) su interpretación corresponde a las percepciones del diagnóstico y reconoce que el bloque reúne también enunciados cercanos a motivación y satisfacción.

Medina Gamero et al. (El liderazgo transformacional en los profesionales de la salud en tiempos de emergencia sanitaria, 2022) discuten la pertinencia del liderazgo transformacional para los profesionales de salud durante una emergencia sanitaria; esta perspectiva ayuda a interpretar el reconocimiento y el apoyo mencionados en las

entrevistas, el antecedente es una contribución conceptual y no se utiliza como una prueba experimental de mejoras en los hospitales participantes.

El bloque situacional reúne 53,60 % de respuestas altas al integrar las valoraciones de sus cinco ítems; la distribución permite examinar la adaptación de la supervisión a las necesidades del equipo, de acuerdo con el planteamiento de Hersey y Blanchard (Life cycle theory of leadership, 1969) este resultado corresponde a respuestas agrupadas y no a una comparación estadística entre hospitales.

Villarreal López y Agrazal García (Estilo de liderazgo situacional en el profesional de enfermería y su relación con factores laborales, 2022) examinan el liderazgo situacional y su relación con factores laborales de enfermería; ese referente permite interpretar la combinación de supervisión y autonomía descrita por los entrevistados; la comparación se limita al plano conceptual, ya que los instrumentos, las poblaciones y los contextos institucionales de ambos estudios son diferentes.

El bloque participativo presenta una mayor concentración de respuestas medias en la muestra conjunta, lo que orienta la atención hacia la comunicación y los espacios de consulta; las entrevistas complementan esta lectura con sugerencias sobre coordinación de turnos y gestión de conflictos; la información agregada no permite afirmar que la magnitud del problema sea estadísticamente mayor en el sector público.

Vroom y Yetton (Leadership and decision-making, 1973) analizan la participación del equipo en la toma de decisiones según las características del problema y del contexto, este marco permite fundamentar mecanismos de consulta en la propuesta;

su aplicación exige definir quién participa, qué decisiones pueden compartirse y cómo se dará seguimiento a los acuerdos, sin presuponer que toda estructura jerárquica impide la participación.

Chiavenato (Gestión del talento humano, 2009) plantea la gestión del talento humano como un conjunto de procesos articulados para incorporar, desarrollar y mantener a las personas en la organización desde ese marco, la propuesta vincula la comunicación y el reconocimiento con actividades de formación y seguimiento; el diagnóstico justifica revisar esos procesos, pero no demuestra que una misma intervención produzca resultados idénticos en todos los hospitales.

Las entrevistas aportan experiencias sobre reconocimiento, apoyo y autonomía que complementan los resultados del cuestionario; la teoría del capital psicológico permite discutir recursos personales vinculados con satisfacción y desempeño (Luthans, Avolio, Avey, & Norman, 2007) sin embargo, esta investigación no midió ese constructo, por lo que no se le atribuye una función mediadora demostrada en las relaciones estadísticas reportadas.

El manuscrito reporta asociaciones positivas de liderazgo con motivación ($r = 0,78$), permanencia ($r = 0,71$) y desempeño ($r = 0,76$); López-Zapata et al. (Transformational leadership and task performance: The mediating role of leader–member exchange, organizational support and work engagement, 2024) aportan un referente sobre liderazgo y desempeño en equipos comerciales colombianos, cuya comparación con el hospital debe ser cautelosa; la interpretación local requiere verificar

los índices y sus supuestos con la base individual antes de sostener conclusiones inferenciales definitivas.

El conjunto de resultados orienta la estrategia hacia el reconocimiento, la adaptación de la supervisión y la participación del personal, las fortalezas y necesidades se interpretan como percepciones del diagnóstico, dentro de los límites de una muestra no probabilística se evita presentar las diferencias entre bloques como efectos causales del liderazgo o como una evaluación de la intervención.

La propuesta del siguiente capítulo integra el cuestionario, las entrevistas, los referentes teóricos y la comparación documental por sector, esta articulación fundamenta actividades de mejora y criterios de seguimiento, las diferencias publicadas se interpretan dentro del alcance de cada fuente, mientras que la implementación y la medición de los efectos de la estrategia corresponden a una fase posterior.

3.4.7. Comparación documental entre hospitales públicos y privados

La comparación integra información externa para examinar diferencias de contexto entre la gestión hospitalaria pública y privada, los registros del INEC permiten describir capacidad y actividad, mientras que los estudios académicos aportan resultados sobre clima y bienestar; estos indicadores contextualizan la gestión del talento humano y no amplían las tres dimensiones de liderazgo del cuestionario (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025).

Capacidad y actividad hospitalaria

Los registros de 2024 muestran una distribución distinta según el territorio a escala nacional, el sector público reúne menos establecimientos y más camas y egresos

que el privado, mientras que en Guayas las camas privadas superan a las públicas, la Tabla 12 presenta las cifras verificadas, con el sector privado integrado por establecimientos con y sin fines de lucro (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025).

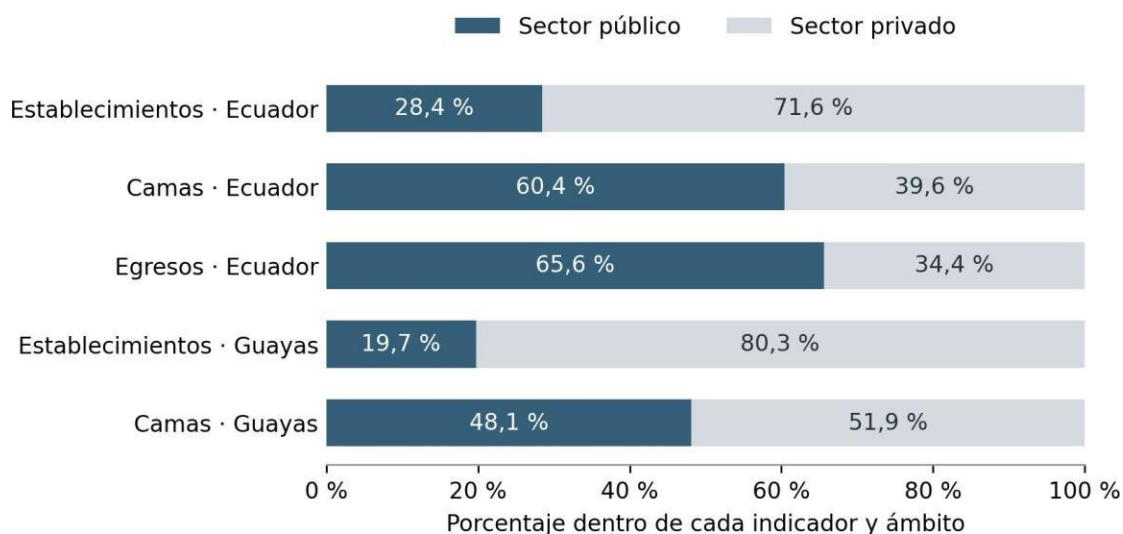
Tabla 12

Capacidad y actividad hospitalaria por sector, 2024

Indicador y ámbito	Público	Privado
Ecuador: establecimientos con internación	178	448
Ecuador: camas disponibles	14.328	9.398
Ecuador: egresos hospitalarios	743.341	389.326
Ecuador: ocupación de camas disponibles	71,96 %	40,99 %
Ecuador: promedio de estadía, días	4,99	3,69
Guayas: establecimientos con internación	27	110
Guayas: camas disponibles	2.803	3.019

Nota. Fuente: (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025), cuadros 3.1.2 y 3.1.5; las cifras de Guayas corresponden a la provincia, camas disponibles excluye camas no censables el promedio y la ocupación privados se toman del total sectorial, sin promediar subsectores.

La ocupación nacional presenta una diferencia descriptiva de 30,96 puntos porcentuales, calculada antes del redondeo; dentro del sector privado también existe heterogeneidad, con 63,15 % en establecimientos sin fines de lucro y 34,64 % en aquellos con fines de lucro; estas magnitudes describen utilización de capacidad y no prueban diferencias de productividad, calidad del liderazgo o carga individual, pues intervienen la complejidad asistencial y la organización de cada institución (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025).

Figura 5*Distribución sectorial de capacidad y actividad hospitalaria, 2024*

Nota. Elaboración propia con los cuadros 3.1.2 y 3.1.5 del INEC; cada barra suma 100 % de su indicador y ámbito; privado incluye entidades con y sin fines de lucro (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025).

Clima organizacional y bienestar del personal

Bustamante et al. (Comparación de factores de clima organizacional entre un hospital público y un hospital privado de Guayas (Ecuador), 2022) compararon dos hospitales de alta complejidad de Guayas con 306 trabajadores del público y 242 del privado; el levantamiento se efectuó en junio y julio de 2019, por lo que se utiliza como antecedente previo al período de la tesis; la diferencia de 0,1227 puntos en el promedio global de clima es descriptiva y no equivale a una clasificación de los tres estilos de liderazgo.

Tabla 13*Indicadores laborales comparados en estudios de Guayas y Guayaquil*

Indicador y estudio	Público	Privado	Diferencia¹
Clima organizacional, escala de 1 a 5 Bustamante et al. (2022)	3,0030	2,8803	+0,1227
Cansancio emocional, media MBI Cerón López (2020)	16,0	6,2	+9,8
Despersonalización, media MBI Cerón López (2020)	4,3	1,9	+2,4
Realización personal, media MBI Cerón López (2020)	38,6	42,6	-4,0

Nota. ¹ Público menos privado, en puntos de cada escala; fuentes: (Bustamante, Lapo, Tello, & Zerda, 2022) y (Cerón López, 2020); MBI = Maslach Burnout Inventory; las escalas no se suman ni se equiparan al cuestionario de esta tesis; una mayor realización personal tiene un sentido favorable, distinto del cansancio y la despersonalización.

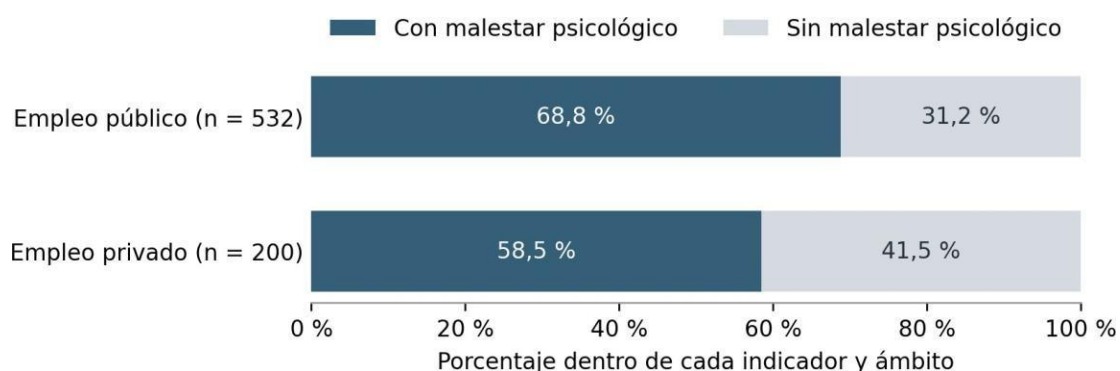
Cerón López (Síndrome de burnout en enfermeros de hospitales públicos y privados en Guayaquil, Ecuador, 2020) analizó 215 respuestas válidas de personal de enfermería de Guayaquil, con 43 participantes del sector público, 170 del privado y dos de ambos sectores; las medias publicadas describen más cansancio y despersonalización y menor realización personal en el grupo público, el desequilibrio de las muestras y el diseño transversal limitan su generalización, y no permiten atribuir estas diferencias exclusivamente a las prácticas de liderazgo.

Durante la pandemia, Ruiz-Frutos et al. (Factors associated to psychological distress during the COVID-19 pandemic among healthcare workers in Ecuador, 2022) estudiaron una muestra de conveniencia de 1.056 profesionales sanitarios de Ecuador; entre quienes informaron su sector laboral, el malestar psicológico alcanzó 68,8% en empleados públicos y 58,5% en privados, una diferencia descriptiva de 10,3 puntos

porcentuales, el contraste global publicado incluye también trabajadores independientes, por lo que no se presenta como una prueba exclusiva entre dos sectores.

Figura 6

Malestar psicológico del personal sanitario según sector laboral, Ecuador



Nota. Fuente: (Ruiz-Frutos, y otros, 2022), tabla 1; GHQ-12 ≥ 3 ; se representan empleados públicos y privados y se excluyen 79 independientes; la metodología fecha la recolección en abril–mayo de 2020, aunque las tablas originales rotulan 2021; no son datos de los cinco hospitales de esta tesis.

Interpretación para la estrategia de liderazgo

La convergencia entre las fuentes justifica incorporar el bienestar del personal a la planificación institucional, pero no permite calcular un efecto conjunto, porque cambian las poblaciones, los períodos y los instrumentos en particular, las diferencias de capacidad hospitalaria y malestar psicológico constituyen antecedentes para revisar la organización del trabajo, y no estimaciones de motivación, permanencia o desempeño de la muestra propia (Ruiz-Frutos, y otros, 2022).

Como aplicación a la propuesta, el liderazgo transformacional puede orientar el reconocimiento del esfuerzo y el sentido compartido del trabajo, el situacional permite ajustar la supervisión y el apoyo a las demandas del servicio; el participativo puede organizar la consulta del personal y el seguimiento de acuerdos, estas acciones se

plantean como decisiones de diseño sustentadas en el diagnóstico y en los referentes de los tres estilos, sujetas a evaluación institucional (Bass, 1985; Hersey & Blanchard, 1969; Vroom & Yetton, 1973).

Para los hospitales públicos se propone comenzar por servicios con mayor ocupación y necesidades documentadas de apoyo, definiendo espacios de consulta compatibles con los turnos en los privados, conviene diferenciar las entidades con y sin fines de lucro y revisar sus condiciones efectivas de trabajo, la prioridad concreta se establecerá con los registros de cada hospital, sin trasladar automáticamente los promedios sectoriales a sus trabajadores (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025).

La comparación queda desarrollada en el plano documental y complementa el diagnóstico mixto, la encuesta conserva sus 50 participantes y sus resultados agrupados, mientras que los registros y estudios externos mantienen sus propias unidades de análisis, esta separación permite fundamentar una estrategia sensible al contexto sin reconstruir respuestas individuales ni declarar diferencias empíricas que el instrumento disponible no permite comprobar.

Capítulo IV. Propuesta de transformación

A partir de los resultados se plantea una propuesta de transformación orientada a responder a las necesidades identificadas. La propuesta busca fortalecer los estilos de liderazgo hospitalario, con mayor atención al componente participativo y sin desatender las prácticas transformacionales y situacionales ya presentes en las instituciones. Su aplicación pretende favorecer la motivación y el compromiso del personal, consolidar equipos de trabajo cohesionados, disminuir la rotación y contribuir a una mejor calidad de atención a los usuarios del sistema de salud.

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación

La propuesta de transformación se fundamenta en la necesidad de responder a los hallazgos de la investigación, los cuales muestran avances en las dimensiones transformacional y situacional, pero debilidades importantes en el liderazgo participativo, esta conclusión deriva del análisis presentado en los capítulos 1, 2 y 3, así como de la evidencia empírica obtenida mediante las encuestas realizadas en hospitales públicos y privados de Guayaquil.

4.1.1. *Fundamento empírico*

El diagnóstico muestra una concentración de respuestas altas en el bloque transformacional y en el situacional, mientras que el participativo reúne principalmente valoraciones medias, esta distribución orienta la propuesta hacia la comunicación, la consulta y la gestión de conflictos; las medias de escala y sus diferencias por sector requieren la base individual para verificarse y no se deducen de porcentajes agrupados.

Las entrevistas recogidas en la Tabla 8 describen el reconocimiento del esfuerzo, el apoyo del líder y la autonomía acompañada de supervisión, también incluyen sugerencias para mejorar la comunicación entre turnos, la planificación y la atención de conflictos, estas experiencias constituyen el respaldo cualitativo de la propuesta, sin introducir testimonios ni códigos de participantes que no figuren en la evidencia presentada.

Las asociaciones estadísticas consignadas complementan el diagnóstico, con las reservas metodológicas expuestas sobre la composición de los índices y la ausencia de la base individual, su función es orientar preguntas y prioridades de mejora; la necesidad de intervención se fundamenta también en la distribución de respuestas y en las experiencias cualitativas, sin depender de una afirmación causal.

La comparación documental incorpora criterios para adaptar la estrategia al sector y al servicio, las diferencias de ocupación hospitalaria y bienestar laboral aconsejan revisar la distribución de tareas, el acompañamiento y los canales de consulta antes de fijar prioridades, esta orientación debe concretarse con los registros de cada institución y no presupone una ventaja uniforme de la gestión pública o privada (Cerón López, 2020).

Por tanto, y para decirlo de otra manera, los datos muestran que, aunque hay fortalezas en la dimensión motivacional y ética, también aparecen debilidades relacionadas con la participación e inclusión activa y la comunicación institucional.

4.1.2. *Fundamento teórico*

La propuesta integra la orientación y motivación del liderazgo transformacional de Bass (Leadership and performance beyond expectations, 1985), la adaptación a las

necesidades del equipo de Hersey y Blanchard (Life cycle theory of leadership, 1969) y la participación en decisiones analizada por Vroom y Yetton (Leadership and decision-making, 1973) cada referente cumple una función específica en el diseño de actividades y permite mantener la delimitación de los tres estilos estudiados.

Los resultados del estudio corroboran que, en el contexto hospitalario, los estilos transformacional y situacional ya presentan un cierto grado de desarrollo, mientras que el participativo sería el punto débil que debe ser reforzado para llegar al modelo de liderazgo completo.

4.1.3. *Fundamento normativo*

La legislación ecuatoriana (Constitución, el Código del Trabajo, la Ley Orgánica de Servicio Público y la Ley Orgánica de Salud) estipula la obligación de garantizar condiciones de trabajo dignas, participación a la gestión y procesos de capacitación permanente en el ámbito internacional, la OMS y la OPS se refieren a los liderazgos colaborativos y humanizados como importantes para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

De esta manera, la propuesta se enmarca tanto en la normativa nacional como en las directrices internacionales, asegurando pertinencia y coherencia jurídica y técnica.

4.1.4. *Dimensiones de la fundamentación*

De acuerdo con lo anterior, la propuesta se apoya en tres dimensiones:

- 1) Organizacional: necesidad de estructuras flexibles y descentralizadas que promuevan la corresponsabilidad y faciliten la cohesión de los equipos.
- 2) Humana: apremiante necesidad de potenciar las competencias emocionales, comunicativas y estratégicas en los líderes, tal y como reflejan algunas

de las frases de los encuestados, por ejemplo: "su manera de dirigir al área y equipo" y "felicitando públicamente y apoyando".

3) **Formativa:** necesidad de fortalecer las competencias de comunicación, acompañamiento y gestión de conflictos mediante actividades ajustadas al diagnóstico; la propuesta deberá revisar los programas ya existentes en cada hospital antes de definir nuevas acciones, para evitar duplicidades y adecuar los contenidos a las responsabilidades de directivos y mandos medios.

En conclusión, la fundamentación de esta propuesta descansa en tres pilares:

- 1) La evidencia empírica, que demuestra fortalezas hacia los estilos transformacional y situacional mas con claras debilidades hacia el participativo.
- 2) La coherencia teórica, que respalda la necesidad de integrar los tres estilos para conseguir equipos motivados, cohesionados y eficaces.
- 3) El marco normativo, que reclama liderazgos inclusivos, éticos y participativos en el sector salud.

Con base en estas razones la propuesta integra un modelo de liderazgo hospitalario, que permita motivar al personal, reducir la rotación, incrementar la comunicación y la participación, así como mejorar la calidad de la atención en los hospitales de Guayaquil.

4.2. Estructura de la propuesta de transformación

La propuesta de Estrategias de Estilos de Liderazgo se organiza en cuatro fases estratégicas, que permiten avanzar de manera progresiva desde el diagnóstico de la situación actual hasta la consolidación de un sistema de liderazgo hospitalario participativo y sostenible, cada fase integra actividades específicas, actores responsables,

recursos necesarios y productos esperados, asegurando que el proceso tenga coherencia, continuidad y posibilidad de evaluación.

4.2.1. Objetivo General de la propuesta

Contribuir a optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal mediante una estrategia que integre los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo en los hospitales seleccionados de Guayaquil, la propuesta se fundamenta en el diagnóstico del período 2020–2025 y plantea un horizonte de ejecución 2026–2030.

4.2.2. Objetivos específicos de la propuesta

- 1) Generar conciencia institucional sobre las debilidades actuales en el ejercicio del liderazgo, así como establecer la línea base de indicadores que servirán para evaluar la efectividad de la propuesta
- 2) Fortalecer las capacidades de liderazgo participativo, transformacional y situacional en directivos y mandos medios, incorporando herramientas de comunicación, gestión de conflictos y trabajo en equipo.
- 3) Incorporar prácticas concretas de liderazgo participativo en la gestión hospitalaria, generando espacios formales de participación, comunicación y reconocimiento.
- 4) Medir el impacto de la propuesta mediante indicadores objetivos y retroalimentación cualitativa, garantizando su sostenibilidad en el tiempo

4.2.3. Fase 1. Diagnóstico y sensibilización

Objetivo: Generar conciencia institucional sobre las debilidades actuales en el ejercicio del liderazgo, así como establecer la línea base de indicadores que servirán para evaluar la efectividad de la propuesta.

Actividades principales:

- 1) Socialización de resultados del estudio a directivos y personal.
- 2) Realización de talleres de sensibilización sobre la importancia del liderazgo participativo.
- 3) Creación de un comité interno de liderazgo colaborativo en cada hospital.
- 4) Levantamiento de indicadores de línea base (rotación, ausentismo, satisfacción, estrés laboral).

Actores involucrados: Dirección hospitalaria, jefaturas de talento humano, líderes de enfermería, representantes de personal asistencial.

Producto esperado: Informe diagnóstico institucional y comité operativo constituido.

4.2.4. Fase 2. Capacitación y desarrollo de competencias

Objetivo: Fortalecer las capacidades de liderazgo participativo, transformacional y situacional en directivos y mandos medios, incorporando herramientas de comunicación, gestión de conflictos y trabajo en equipo.

Actividades principales:

- 1) Diseño de un plan formativo modular en liderazgo hospitalario.
- 2) Ejecución de talleres prácticos sobre comunicación efectiva, resolución de conflictos, motivación y delegación de funciones.

- 3) Creación de programas de mentoring y coaching entre líderes experimentados y personal en formación.
- 4) Inclusión de contenidos normativos (LOSEP, Ley de Salud, Reglamento de Bioética) para alinear la práctica directiva con la normativa vigente.

Tabla 14*Áreas de formación prioritaria*

Área formativa	Contenido clave	Modalidad	Producto esperado
Comunicación efectiva	Escucha activa, retroalimentación, empatía	Talleres participativos	Manual de buenas prácticas comunicacionales
Gestión de conflictos	Mediación, negociación colaborativa	Role playing y casos prácticos	Guía de resolución de conflictos
Liderazgo participativo	Delegación, inclusión en decisiones	Seminarios + mentoring	Plan de acción de liderazgo compartido
Liderazgo situacional	Adaptación a contextos críticos	Simulaciones de crisis hospitalarias	Protocolo de respuesta adaptativa

Nota. Elaboración propia.

La tabla presenta las áreas de formación consideradas prioritarias para fortalecer las competencias de liderazgo hospitalario. Se enfatizan la comunicación efectiva, la gestión de conflictos y el liderazgo participativo, por tratarse de aspectos que requieren mayor fortalecimiento según los resultados; el uso de métodos vivenciales y simulaciones prácticas permitirá que mandos medios y directivos desarrollen herramientas aplicables a sus contextos hospitalarios.

4.2.5. Fase 3. Implementación operativa de cambios organizacionales

Objetivo: Incorporar prácticas concretas de liderazgo participativo en la gestión hospitalaria, generando espacios formales de participación, comunicación y reconocimiento.

Actividades principales:

- 1) Formación de comités de mejora continua con inclusión del personal asistencial.
- 2) Establecimiento de reuniones interdisciplinarias periódicas para la discusión y toma de decisiones sobre la asistencia clínica y administrativa.
- 3) Incluir al personal asistencial en la planificación estratégica institucional de la organización.
- 4) Explicitar la existencia de un sistema de reconocimiento y estímulo al liderazgo que promueve la participación y el trabajo en equipo.

Figura 7*Ciclo de implementación participativa*

Nota. Elaboración propia.

La figura expone el ciclo participativo que otorga cobertura a la propuesta de transformación cada una de las etapas (la propuesta, la discusión, la validación, la implementación y la retroalimentación) se asegura de que las decisiones no se adopten de forma unilateral, y respondan a construcciones de manera colectiva; este proceso cíclico optimiza la comunicación interna y permite ajustes continuos, propiciando la sostenibilidad de las transformaciones organizacionales.

Producto esperado: Funcionamiento de comités participativos y registro de decisiones compartidas.

4.2.6. Fase 4. Seguimiento, evaluación y mejora continua

Objetivo: Medir el impacto de la propuesta mediante indicadores objetivos y retroalimentación cualitativa, garantizando su sostenibilidad en el tiempo.

Actividades principales:

- 1) Aplicar encuestas semestrales de clima laboral y satisfacción, que permiten obtener un indicador del clima laboral y la satisfacción de los trabajadores.
- 2) Medir indicadores claves de la práctica del clima laboral y satisfacción: rotación de trabajadores, ausentismo, motivación de los trabajadores, participación de los trabajadores en las decisiones.
- 3) Reuniones de retroalimentación con los comités de liderazgo.
- 4) Ajuste progresivo en el plan a partir de los resultados.

Tabla 15

Indicadores y metas propuestos para la evaluación

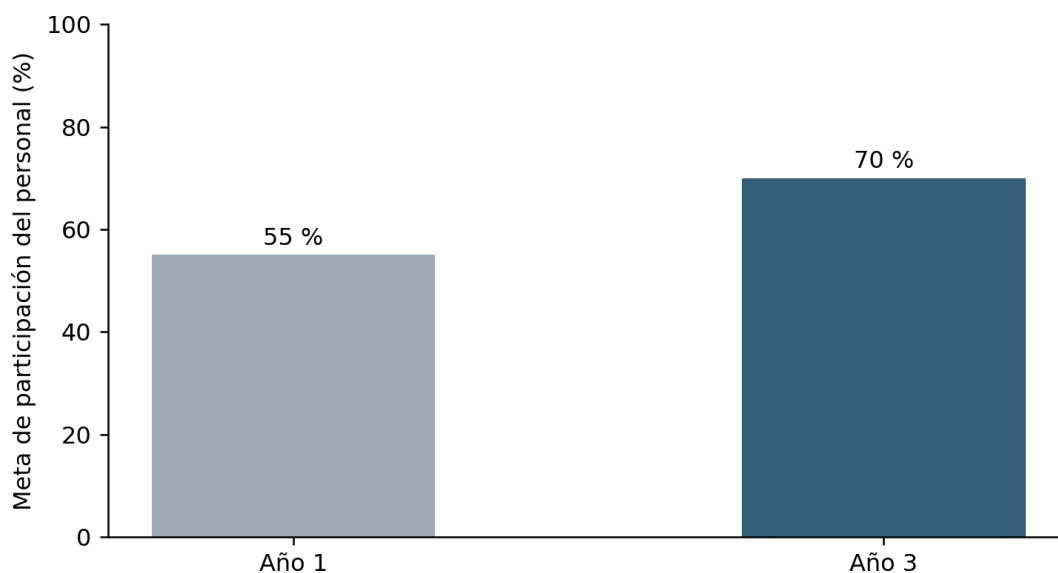
Indicador	Línea base	Meta año 1	Meta año 3	Instrumento
Rotación del personal (%)	Por establecer con registros institucionales	−5 % relativo	−10 % relativo	Reportes RRHH
Estrés laboral reportado (%)	Por establecer con registros institucionales	−10 % relativo	−20 % relativo	Encuestas de salud ocupacional
Satisfacción laboral (%)	Por establecer con registros institucionales	+10 % relativo	+20 % relativo	Encuesta Likert 1–5
Participación en decisiones (%)	Por establecer con registros institucionales	55 % del personal	70 % del personal	Registros de comités

Nota. Elaboración propia.

Esta tabla presenta los indicadores determinados para medir el impacto de la propuesta, de acuerdo con la perspectiva de la que se habla las metas a corto y mediano plazo de la propuesta de transformación están enfocadas en disminuir la rotación y el estrés laboral, y aumentar la satisfacción del personal y su participación en la toma de decisiones; estos indicadores permiten medir de forma objetiva y verificable la efectividad de la propuesta de transformación.

Figura 8

Metas propuestas de participación del personal



Nota. Elaboración propia.

La figura presenta metas propuestas para la participación del personal y no resultados de una intervención realizada; los valores de 55% en el primer año y 70% en el tercero corresponden a objetivos de planificación, sujetos a aprobación institucional y a una línea base documentada la evaluación deberá contrastar las mediciones posteriores con esa línea base antes de afirmar mejoras atribuibles a la estrategia.

4.3. Evaluación y validación de la propuesta

La propuesta de transformación que se orienta a proporcionar una mayor consideración al liderazgo participativo en los hospitales públicos y privados de Guayaquil exige un proceso de evaluación integral y validación sistemática, la idea no es únicamente comprobar los resultados inmediatos, y asegurar, además de la validez de los sistemas, su continuidad a largo plazo, su compatibilidad con la normativa vigente así como su aceptación institucional por los actores hospitalarios.

Dicho proceso de validación se articula a través de las siguientes cuatro dimensiones que se complementan: institucional, operativa, impacto en el talento humano, y sostenibilidad externa.

4.3.1. *Nivel institucional*

La valoración institucional busca garantizar la legitimidad y la viabilidad de la propuesta en el marco normativo y administrativo vigente en Ecuador.

1) Prueba piloto prevista: aplicar la estrategia en un hospital público y uno privado, inicialmente propuestos como el Hospital General Guasmo Sur y el Hospital Luis Vernaza la ejecución estará sujeta a autorización institucional y permitirá revisar la viabilidad de las actividades, la disponibilidad de recursos y los ajustes necesarios en cada contexto.

2) Alineación normativa: revisar la correspondencia de las actividades con la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, la LOSEP, el Código del Trabajo y los reglamentos internos aplicables, la revisión se realizará según el régimen jurídico de cada institución y antes de la puesta en marcha de la estrategia.

3) Aprobación institucional: solicitar a las autoridades competentes la revisión y autorización de la propuesta, con definición de responsables y recursos; los informes de aprobación deberán emitirse por cada institución y conservarse como evidencia del proceso, en este documento se presentan como productos esperados y no como autorizaciones ya obtenidas.

Producto esperado: Informe de validación institucional que asegure la pertinencia legal y organizativa de la propuesta.

4.3.2. Nivel operativo

En este nivel se mide la implementación práctica de las acciones propuestas y el grado de participación real del personal en los procesos decisionales.

Tabla 16

Indicadores operativos de evaluación

Dimensión	Indicador	Método de medición	Periodo	Meta año 1	Meta año 3
Participación	% de personal que interviene en decisiones	Actas de comités, encuestas	Trimestral	55 %	70 %
Capacitación	% de directivos y mandos medios capacitados	Registro de asistencia y evaluación	Semestral	80 %	100 %
Comunicación	Incremento porcentual de reuniones interdisciplinarias respecto a la línea base	Informes de coordinación	Trimestral	+30 %	+60 %
Conflictos	Tiempo promedio de resolución de conflictos	Reportes de RRHH	Semestral	-20 % relativo	-40 % relativo

Nota. Elaboración propia.

La tabla define metas operativas para dar seguimiento a la participación, la formación, la comunicación y la resolución de conflictos los porcentajes de incremento de reuniones se compararán con una línea base registrada y no representan un número absoluto de reuniones, el seguimiento permitirá revisar la viabilidad de las metas y realizar ajustes durante la implementación.

Producto esperado: Informes semestrales con evidencia de la implementación operativa de la propuesta.

4.3.3. Nivel de impacto en el talento humano

La validación no tendría sentido si no se mide el efecto directo en el bienestar, motivación y desempeño del personal hospitalario.

Indicadores clave de impacto

- 1) Rotación del personal: meta propuesta de reducción relativa del 10 % respecto a la línea base a tres años.
- 2) Estrés laboral: meta propuesta de reducción relativa del 20 % respecto a la línea base a tres años.
- 3) Satisfacción laboral: meta propuesta de incremento relativo del 20 % respecto a la línea base a tres años.
- 4) Participación en decisiones: meta propuesta de alcanzar el 70 % del personal a tres años.

Herramientas de medición:

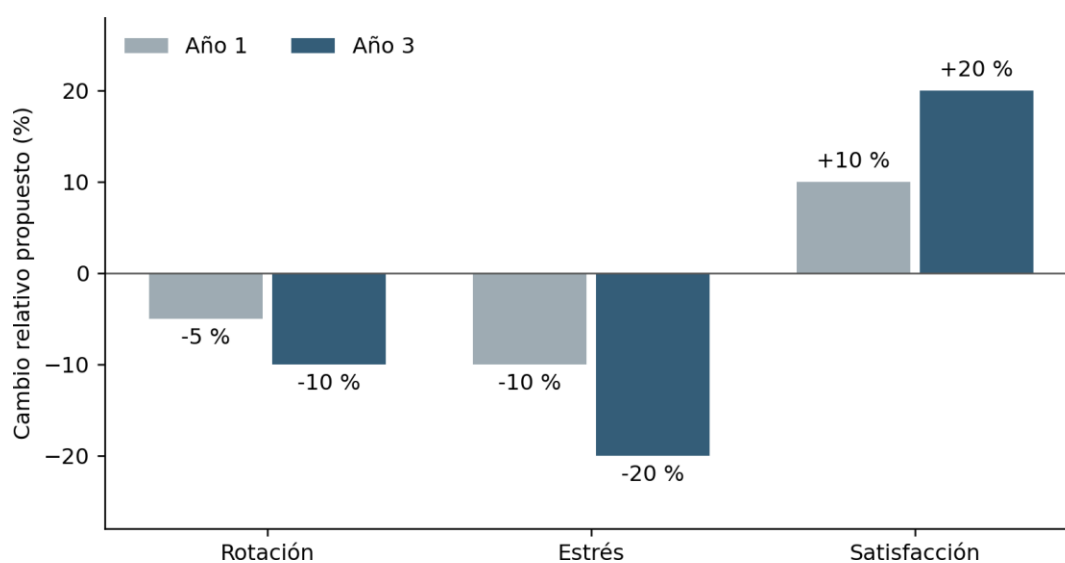
- 1) Encuestas tipo Likert aplicadas semestralmente para medir motivación, satisfacción y percepción del liderazgo.

2) Focus groups con personal asistencial y administrativo, que aporten retroalimentación cualitativa.

3) Indicadores de RRHH (ausentismo, renunciaciones, informes de rotación) que permitan verificar objetivamente los cambios.

Figura 9

Metas propuestas de cambio relativo en los indicadores



Nota. Elaboración propia.

La figura resume las metas de cambio relativas para rotación, estrés y satisfacción, con horizontes de uno y tres años, estos valores son objetivos de la propuesta y no resultados observados antes de utilizarlos como indicadores de impacto, se requiere establecer una línea base con registros institucionales e instrumentos definidos, así como mantener el mismo procedimiento de medición durante el seguimiento.

4.3.4. Validación externa y sostenibilidad de la propuesta

La efectividad de la propuesta de transformación no puede limitarse a resultados inmediatos o internos de cada hospital; para asegurar su pertinencia, legitimidad y permanencia en el tiempo, se requiere de un proceso de validación externa y la construcción de un plan de sostenibilidad organizacional.

La validación externa implica contrastar la propuesta con actores e instituciones reguladoras del sistema de salud ecuatoriano, además de organismos académicos y gremiales vinculados al área hospitalaria, esto permite dar credibilidad al modelo y ampliar sus posibilidades de réplica en otros centros.

Ministerio de Salud Pública (MSP): Validar que la propuesta esté alineada con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública y las políticas nacionales de talento humano en salud.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS): Incorporar retroalimentación sobre cómo el liderazgo participativo puede impactar en la eficiencia de hospitales bajo su gestión.

Junta de Beneficencia de Guayaquil: Revisar su aplicabilidad en hospitales privados y sin fines de lucro, garantizando que la propuesta no dependa únicamente de recursos públicos.

Gremios profesionales y colegios de médicos y enfermeras: Validar la pertinencia de los programas de formación en liderazgo con las necesidades reales del personal sanitario.

Producto esperado: Informes de validación y cartas de respaldo emitidas por organismos externos, que confirmen la pertinencia del modelo y recomienden su expansión.

4.3.5. Plan de sostenibilidad

Para que la propuesta no quede como un esfuerzo aislado o temporal, se diseña un plan de sostenibilidad a 5 años, con revisiones anuales y una estrategia de mejora continua.

- **Elementos clave del plan:**

1. Institucionalización:
2. Incluir los programas de liderazgo en los planes estratégicos de cada hospital.
3. Establecer un reglamento interno de liderazgo participativo aprobado por la dirección.

- **Financiamiento sostenible:**

1. Uso de fondos de capacitación del Ministerio de Salud y de convenios con universidades.
2. Implementación de un sistema de formación interna de formadores, reduciendo costos en el largo plazo.

- **Monitoreo y evaluación anual:**

1. Creación de un Observatorio de Liderazgo Hospitalario encargado de recopilar, analizar y difundir resultados.
2. Uso de indicadores validados (rotación, satisfacción, estrés, participación).

- **Escalabilidad y réplica:**

1. Una vez probada en Guayaquil, la propuesta podrá extenderse a otros hospitales de la Costa y luego al nivel nacional.
2. Publicación de manuales y protocolos para replicar el modelo en contextos hospitalarios diversos.

- **Sostenibilidad cultural:**

1. Integrar el liderazgo participativo como un valor institucional, fomentando que los nuevos directivos lo adopten desde su ingreso.
2. Generar incentivos para que los equipos promuevan prácticas de colaboración y corresponsabilidad.

4.3.6. *Sustento académico y normativo*

La validación y sostenibilidad de esta propuesta se sustentan en:

- 1) Mejora continua: organizar la planificación, la ejecución, la evaluación y el ajuste de las actividades mediante revisiones periódicas y registros institucionales.
- 2) Cambio organizacional: incorporar las prácticas acordadas en los procedimientos internos, la formación y el acompañamiento de directivos y mandos medios; su sostenibilidad se valorará con evidencia de aplicación y seguimiento.
- 3) Normativa ecuatoriana; la Constitución (Art. 32) garantiza el derecho a la salud, la Ley Orgánica de Salud y la LOSEP aseguran el deber de optimizar el talento humano y los servicios, esta propuesta complementa dicho mandato normativo.
- 4) Referentes internacionales: considerar la organización de programas de seguridad y salud ocupacional del personal sanitario como apoyo para integrar el

bienestar laboral y la participación en la gestión institucional (World Health Organization & International Labour Organization, 2022).

El horizonte 2026–2030 se establece como una decisión de planificación de la propuesta, con etapas de preparación, formación, evaluación intermedia, ajuste y consolidación; su duración permite distribuir responsabilidades y prever revisiones anuales; no se atribuye a la OMS o a la OPS la exigencia de un plazo mínimo universal de cinco años, pues la sostenibilidad deberá evaluarse de acuerdo con los recursos y resultados de cada institución.

Tabla 17

Cronograma de implementación y sostenibilidad, 2026–2030

Año	Acción clave	Responsable	Indicador de seguimiento	Producto esperado
Año 1 (2026)	Inicio formal de la propuesta: conformación de comités de liderazgo en todos los hospitales participantes y socialización de lineamientos.	Dirección hospitalaria + Talento Humano	N° de comités creados / N° de talleres de socialización	Informe inicial de implementación
Año 2 (2027)	Consolidación del modelo participativo: capacitaciones intensivas en liderazgo y comunicación efectiva para directivos y mandos medios.	Comité de liderazgo + RRHH + Universidades aliadas	% de personal capacitado / Evaluación de desempeño en talleres	Manual de capacitación institucional en liderazgo
Año 3 (2028)	Evaluación intermedia y ajuste: aplicación de encuestas de clima laboral y medición de rotación, estrés y satisfacción. Ajustes metodológicos según resultados.	Comité de liderazgo + Unidades de Calidad	% de mejora en indicadores (rotación ↓, satisfacción ↑) / N° de ajustes implementados	Informe intermedio de sostenibilidad con recomendaciones

Año	Acción clave	Responsable	Indicador de seguimiento	Producto esperado
Año 4 (2029)	Expansión y réplica: implementación del modelo en hospitales adicionales de la provincia y difusión académica en congresos y publicaciones.	MSP + IESS + Junta de Beneficencia + Hospitales	Nº de hospitales replicando la propuesta / Nº de publicaciones y presentaciones	Informe de expansión y validación externa
Año 5 (2030)	Institucionalización plena: inclusión del modelo de liderazgo participativo en reglamentos internos y planes estratégicos hospitalarios. Evaluación final de sostenibilidad.	MSP + Direcciones hospitalarias	Inclusión del modelo en normativas / Replicación en ≥ 3 hospitales adicionales	Modelo de liderazgo participativo consolidado y sostenible

Nota. Elaboración propia.

Para favorecer la continuidad de la propuesta, se plantea un plan de sostenibilidad entre 2026 y 2030 que especifica acciones, responsables, indicadores y productos esperados; su seguimiento permitirá valorar los avances y ajustar las actividades de acuerdo con los recursos y las necesidades de cada hospital, mientras que su incorporación a la gestión institucional dependerá de los resultados de la implementación.

Y la validación de la propuesta se substancia en un enfoque integrador que considera el nivel institucional, operativo, de impacto sobre el talento humano y en el ámbito externo, asegurando que el liderazgo participativo también se lleve a cabo, y se legitime y consolide en la práctica hospitalaria. A su vez, el plan de sostenibilidad a cinco años ofrece un horizonte temporal realistas para que los puntos alcanzados se sostengan y se afianzen con el tiempo, permitiendo que el modelo propuesto sea replicable en diferentes hospitales del país.

4.3.7. Conclusión de la validación y sostenibilidad

El plan de validación establece revisiones institucionales, operativas y externas para valorar la pertinencia y viabilidad de la propuesta su sostenibilidad depende de recursos, responsabilidades, seguimiento y formación continua, estas condiciones se presentan como compromisos que deberán concretarse durante la implementación, por lo que todavía no permiten afirmar eficacia comprobada ni recomendar una réplica nacional sin evaluación previa.

Conclusiones

La investigación permitió formular una estrategia que integra los estilos de liderazgo transformacional, situacional y participativo para fortalecer la gestión del talento humano de los hospitales seleccionados, la propuesta prioriza la comunicación, el reconocimiento y la participación a partir del diagnóstico mixto, su alcance es propositivo y los datos observacionales no demuestran que su implementación haya mejorado la motivación, permanencia o desempeño.

La sistematización teórica permitió distinguir la orientación inspiradora del liderazgo transformacional, la adaptación del situacional y la consulta propia del participativo, estos referentes ofrecen criterios complementarios para organizar la dirección de equipos, su articulación fundamenta la estrategia y mantiene la correspondencia con las tres dimensiones de liderazgo delimitadas en el estudio.

La caracterización de los 50 participantes mostró más respuestas altas en el bloque transformacional y medias en el participativo, las entrevistas destacaron reconocimiento y autonomía acompañada, junto con necesidades de comunicación, la comparación documental identificó diferencias sectoriales de contexto y bienestar que orientan la adaptación de la propuesta, sin convertir los datos externos en resultados de la encuesta.

La evidencia comparada no respalda una superioridad general de un sector en todos los indicadores; el antecedente de Guayas registró un promedio global de clima algo mayor en el hospital público, mientras que el estudio de enfermería describió mayor cansancio emocional en ese sector; ambos resultados justifican valorar las condiciones

de cada equipo antes de establecer prioridades (Bustamante, Lapo, Tello, & Zerda, 2022; Cerón López, 2020).

La estrategia se organizó en diagnóstico y sensibilización, formación directiva, implementación de prácticas participativas y seguimiento, incluye responsables, actividades e indicadores para orientar su aplicación en los hospitales seleccionados; las metas se presentan como objetivos futuros sujetos a una línea base documentada, evitando confundir la planificación con resultados ya obtenidos.

La pertinencia teórica y contextual de la propuesta se sustenta en el diagnóstico y en los referentes revisados, mientras que su validación institucional y su eficacia quedan pendientes de aplicación, las correlaciones reportadas requieren la base individual y la verificación de los índices y supuestos, estas limitaciones delimitan las conclusiones y orientan las comprobaciones necesarias antes de ampliar o replicar la estrategia.

Recomendaciones

Se recomienda integrar los tres estilos de liderazgo mediante actividades de formación y acompañamiento que respondan a las necesidades de cada hospital, la dirección debe definir responsables, recursos y procedimientos de seguimiento desde el inicio; la continuidad de la estrategia dependerá de la participación del personal y de una evaluación periódica que permita ajustar las acciones según los resultados obtenidos.

Conviene establecer espacios de consulta con representación de distintos cargos y servicios, objetivos definidos y registro de acuerdos, la participación debe acompañarse de información, sobre cuáles sugerencias se incorporan y cómo se aplicarán la selección de hospitales o áreas prioritarias, requiere revisar la información desagregada, sin asumir que todo el sector público o privado presenta la misma situación.

Se recomienda fortalecer la comunicación entre turnos y la retroalimentación sobre el desempeño mediante procedimientos sencillos y verificables, el reconocimiento debe vincularse con criterios conocidos por el personal y con oportunidades de aprendizaje; estas actividades deberán evaluarse con instrumentos consistentes y con evidencias de participación, para establecer si responden a las necesidades identificadas.

La formación de directivos y mandos medios debe incluir adaptación de la supervisión, comunicación en situaciones de presión y responsabilidades éticas en la gestión del personal, las actividades pueden apoyarse en casos del entorno hospitalario y en ejercicios de reflexión sobre decisiones reales antes de su ejecución, corresponde revisar su pertinencia con los responsables institucionales y con las necesidades de los equipos.

Se recomienda formalizar la atención de conflictos y conservar registros de seguimiento, la comparación documental debe actualizarse con fuentes equivalentes en año, territorio y definición, y complementarse con la revisión de la base de 50 respuestas para estimar diferencias propias por hospital, cualquier modificación conceptual de los ítems deberá someterse a revisión y validación antes de una nueva aplicación.

Referencias

- Adeyemi, B., Ebegbetale, C., & Showemimo, I. (2024). Leadership style, change management and job performance of health information management practitioners in tertiary hospitals in South-East, Nigeria. *Leadership in Health Services*, 37(4), 461–476. Obtenido de <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2024-0026>
- Armas Correa, I., & Montaluiza Lasluisa, D. (2025). Estilos de liderazgo y su influencia en la satisfacción laboral del personal de enfermería de unidades de emergencia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(4), 2324–2346. Obtenido de https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.18850
- Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2010). *Ley Orgánica del Servicio Público*. Obtenido de <https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/LEY-ORGANICA-DEL-SERVICIO-PUBLICO.pdf>
- Avolio, B., & Gardner, W. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315–338. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.001>

- Barraza Macías, A. (2023). *Metodología de la investigación cualitativa: Una perspectiva interpretativa*. Editorial UPD. Obtenido de <https://editorialupd.mx/index.php/libros/catalog/book/7>
- Bass, B. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press.
- Bedriñana Sotomayor, J., & Saavedra Muñoz, M. (2023). Estilos de liderazgo y desempeño laboral en médicos del Hospital Vitarte – Lima 2018. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(3), 92–99. Obtenido de <https://doi.org/10.25176/rfmh.v23i3.5631>
- Bustamante, M., Lapo, M., Tello, M., & Zerda, E. (2022). Comparación de factores de clima organizacional entre un hospital público y un hospital privado de Guayas (Ecuador). *Información Tecnológica*, 33(3), 249–260. Obtenido de <https://doi.org/10.4067/S0718-07642022000300249>
- Carstensen, K., Kjeldsen, A., & Nielsen, C. (2024). Distributed leadership in health quality improvement collaboratives. *Health Care Management Review*, 49(1), 46–58. Obtenido de <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000385>
- Cerón López, E. (2020). Síndrome de burnout en enfermeros de hospitales públicos y privados en Guayaquil, Ecuador. *Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil*, 1(1), 33–40. Obtenido de <https://doi.org/10.51597/rmicg.v1i1.55>
- Checa Calderón, V. (2023). Cultura organizacional y la calidad del servicio del hospital Universitario de Guayaquil en el 2022. *Espíritu Emprendedor TES*, 7(2), 68–87. Obtenido de <https://doi.org/10.33970/eetes.v7.n2.2023.335>

- Chiavenato, I. (2009). *Gestión del talento humano* (3.^a ed. ed.). McGraw-Hill.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2005). *Código del Trabajo*. Obtenido de <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3364>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>
- Forbes, J., & Arrieta, A. (2024). Comparing hospital leadership and front-line workers' perceptions of patient safety culture: An unbalanced panel study. *BMJ Leader*, 8(4), 335–339. Obtenido de <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000922>
- González-Cañizalez, Y., & Flor-Mosquera, J. (2022). Occupational health in nurses' staff of local hospitals: Relationship between leadership role and post-pandemic psychosocial risks. *DYNA*, 89(224), 123–131. Obtenido de <https://doi.org/10.15446/dyna.v89n224.103346>
- Greenleaf, R. (1977). *Servant leadership: A journey into the nature of legitimate power and greatness*. Paulist Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed. ed.). McGraw-Hill Education.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education. Obtenido de

https://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf

Hersey, P., & Blanchard, K. (1969). Life cycle theory of leadership. *Training and Development Journal*, 23(5), 26–34. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/1970-19661-001>

Hu, S., Välimäki, M., Liu, S., Li, X., Shumaila, B., Huang, W., . . . Hu, J. (2024). Coaching to develop leadership of healthcare managers: A mixed-methods systematic review. *BMC Medical Education*, 24, Artículo 1083. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06081-y>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). *Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios 2024: Tabulados y series históricas*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/2024/Tabulados_series_ECEH_2024.xlsx

López-Zapata, E., Torres-Vargas, Y., & Ortiz-Puentes, M. (2024). Transformational leadership and task performance: The mediating role of leader–member exchange, organizational support and work engagement. *Academia Revista Latinoamericana de Administración*, 37(3), 424–443. Obtenido de <https://doi.org/10.1108/ARLA-05-2023-0069>

Luthans, F., Avolio, B., Avey, J., & Norman, S. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel*

Psychology, 60(3), 541–572. Obtenido de
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>

Medina Gamero, A., Regalado Chamorro, M., del Pino Robles, J., & Caballero Medina, C. (2022). El liderazgo transformacional en los profesionales de la salud en tiempos de emergencia sanitaria. *Atención Primaria Práctica*, 4(2), Artículo 100133. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100133>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Reglamento sustitutivo del Reglamento para la aprobación y seguimiento de los comités de ética de investigación en seres humanos (CEISH) y comités de ética asistenciales para la salud (CEAS) (Acuerdo Ministerial 00005-2022)*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/nuevo-reglamento-para-comites-de-etica-esta-vigente/>

Mohanty, R., Saini, R., Rampal, S., Mane, A., Malathi, H., Bansal, S., & Shah, B. (2024). Exploring the impact of transformational leadership on healthcare quality improvement. *Health Leadership and Quality of Life*, 3, Artículo 365. Obtenido de <https://doi.org/10.56294/hl2024.365>

Mwangi, L., Macharia, W., Wachira, B., Kimeu, J., Mativa, B., & Atwoli, L. (2024). Role of hospital leadership in pandemic preparedness: Experience at a tertiary hospital in Kenya during the COVID-19 pandemic. *BMJ Leader*, 8(2), 111–118. Obtenido de <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000833>

Poveda Torres, A., & Zambrano Meza, Á. (2019). *Estilos de liderazgo y factores de riesgo psicosocial, en dos organizaciones ecuatorianas del sector salud*. [Tesis

de maestría, Universidad de Especialidades Espíritu Santo]. Obtenido de <https://repositorio.uees.edu.ec/bitstreams/8a8ff0fc-962c-4291-9fa1-d718a325f318/download>

Presidencia de la República del Ecuador. (2011). *Reglamento General a la Ley Orgánica del Servicio Público*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic5_ecu_ane_mdt_4.4_reg_losep.pdf

Presidencia de la República del Ecuador. (2024). *Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto Ejecutivo 255)*. Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/reglamento-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo/>

Robbins, S., & Judge, T. (2009). *Comportamiento organizacional* (13.^a ed. ed.). Pearson Educación.

Ruiz-Frutos, C., Arias-Ulloa, C., Ortega-Moreno, M., Romero-Martín, M., Escobar-Segovia, K., Adanaque-Bravo, I., & Gómez-Salgado, J. (2022). Factors associated to psychological distress during the COVID-19 pandemic among healthcare workers in Ecuador. *International Journal of Public Health*, 67, Artículo 1604626. Obtenido de <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604626>

Spilg, E., McNeill, K., Dodd-Moher, M., Dobransky, J., Sabri, E., Maniate, J., & Gartke, K. (2025). Physician leadership and its effect on physician burnout and satisfaction during the COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, 17, 49–61. Obtenido de <https://doi.org/10.2147/JHL.S487849>

- Uhl-Bien, M., Marion, R., & McKelvey, B. (2007). Complexity leadership theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. *The Leadership Quarterly*, 18(4), 298–318. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.04.002>
- Valdevila Figueira, J., Tomalá Barco, R., Castellanos Davalo, N., Abad Moran, M., Carvajal Parra, I., & Madero Dutazaka, M. (2024). Leadership style in hospital management and perception from followers at the Guayaquil Institute of Neurosciences. *Gaceta Médica de la Junta de Beneficencia de Guayaquil*, 2(2), 39–56. Obtenido de <https://doi.org/10.61708/j2e8r915>
- Villarreal López, Y., & Agrazal García, J. (2022). Estilo de liderazgo situacional en el profesional de enfermería y su relación con factores laborales. *Enfoque*, 30(26), 21–38. Obtenido de <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2806>
- Vroom, V., & Yetton, P. (1973). *Leadership and decision-making*. University of Pittsburgh Press.
- World Health Organization & International Labour Organization. (2022). *Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers*. World Health Organization. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779>
- Zheng, X., Song, J., Shi, X., Kan, C., & Chen, C. (2025). The effect of authoritarian leadership on young nurses' burnout: The mediating role of organizational

climate and psychological capital. *BMC Health Services Research*, 25, Artículo 292. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12403-7>

Anexo 1. Cuestionario de encuesta

Estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025

El cuestionario conserva los 27 enunciados utilizados y su codificación P1–P27 según las fichas de validación y los resultados; se organiza en los tres bloques de liderazgo del estudio; algunos enunciados recogen motivación, condiciones de trabajo o gestión de conflictos, cuya función contextual se precisa en el diccionario del Anexo 3.

Hospital: _____

Área funcional o servicio: _____

Cargo: _____

Instrucciones: marque una sola opción por enunciado según su percepción; 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo.

Liderazgo transformacional

Código y enunciado	1	2	3	4	5
P1. Mi líder comunica una visión clara e inspiradora del hospital.	☐	☐	☐	☐	☐
P2. En el hospital se reconoce y fomenta la innovación y la mejora de los procesos.	☐	☐	☐	☐	☐
P3. Mi jefe actúa como referente de ética y profesionalismo.	☐	☐	☐	☐	☐
P4. Recibo atención personalizada para mi desarrollo profesional por parte de la dirección o supervisión.	☐	☐	☐	☐	☐
P5. En el hospital se fomenta el pensamiento crítico para la resolución de problemas.	☐	☐	☐	☐	☐

Código y enunciado	1	2	3	4	5
P6. Durante momentos de presión, mi líder logra mantener motivado al equipo.	☐	☐	☐	☐	☐
P7. Se fomenta la comunicación abierta entre trabajadores y líderes.	☐	☐	☐	☐	☐
P8. Mi líder escucha y toma en cuenta las opiniones del equipo.	☐	☐	☐	☐	☐
P9. Recibo retroalimentación constructiva sobre mi desempeño.	☐	☐	☐	☐	☐
P10. Los líderes tratan a los trabajadores con respeto y empatía.	☐	☐	☐	☐	☐
P11. Siento que la institución valora mi trabajo y esfuerzo.	☐	☐	☐	☐	☐
P12. Me siento motivado a dar lo mejor de mí en mi área.	☐	☐	☐	☐	☐
P13. En mi área se trabaja en un ambiente de confianza y colaboración.	☐	☐	☐	☐	☐
P14. Se aplican prácticas de liderazgo que fortalecen la satisfacción laboral.	☐	☐	☐	☐	☐
P15. El estilo de liderazgo actual contribuye a reducir la rotación de personal.	☐	☐	☐	☐	☐

Liderazgo situacional

Código y enunciado	1	2	3	4	5
P16. El estilo de liderazgo en mi área se adapta a la experiencia y habilidades del equipo.	☐	☐	☐	☐	☐
P17. En situaciones críticas, el liderazgo en mi área es claro y directivo.	☐	☐	☐	☐	☐
P18. El nivel de supervisión en mi área se ajusta según la complejidad del trabajo asignado.	☐	☐	☐	☐	☐
P19. Recibo autonomía en el trabajo que domino y orientación cuando la necesito.	☐	☐	☐	☐	☐
P20. El volumen de pacientes es adecuado al número de trabajadores disponibles.	☐	☐	☐	☐	☐

Liderazgo participativo

Código y enunciado	1	2	3	4	5
P21. La dirección comunica oportunamente los cambios en actividades prioritarias o urgentes.	☐	☐	☐	☐	☐
P22. La dirección me permite involucrarme en decisiones que afectan mi desempeño laboral.	☐	☐	☐	☐	☐
P23. La comunicación con mi jefe/a es clara y directa.	☐	☐	☐	☐	☐
P24. La dirección gestiona adecuadamente los conflictos en el equipo.	☐	☐	☐	☐	☐
P25. En mi área contamos con recursos materiales y tecnológicos suficientes para el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐
P26. Los protocolos y procesos en mi área están claros y actualizados.	☐	☐	☐	☐	☐
P27. En el hospital existen mecanismos efectivos para resolver conflictos laborales.	☐	☐	☐	☐	☐

Codificación para las gráficas: bajo = respuestas 1 y 2, medio = respuesta 3 y alto = respuestas 4 y 5; los porcentajes por ítem utilizan un denominador de 50 encuestados; los índices compuestos y su correspondencia con motivación, permanencia y desempeño requieren documentación específica antes de reproducir el análisis correlacional.

Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada

Objetivo: profundizar en las experiencias de liderazgo transformacional, situacional y participativo y su relación con la motivación, la permanencia y el desempeño; la guía comprende siete preguntas abiertas, con posibilidad de solicitar ejemplos y aclaraciones los códigos de participantes utilizados en los resultados son R1–10.

Código del participante: _____ Hospital: _____

Fecha: _____ Cargo o función: _____

1. ¿Qué acciones de su jefe/a le inspiran o motivan en el trabajo?
2. ¿Cómo reconoce su líder los logros del equipo?
3. ¿Cómo actúa su jefe/a durante emergencias?
4. ¿Cuándo le brinda autonomía o supervisión?
5. ¿Ha tenido la oportunidad de participar en decisiones importantes?
6. ¿Qué actitudes del jefe le motivan a permanecer?
7. ¿Qué debería cambiar su jefe para mejorar el ambiente?

Anexo 3. Diccionario de los instrumentos

Las únicas dimensiones de estilos de liderazgo consideradas son transformacional, situacional y participativo la motivación, permanencia y desempeño pertenecen a la gestión del talento humano los recursos, protocolos y carga laboral se registran como contexto la clasificación conceptual de este diccionario se distingue de la agrupación operativa histórica de los 27 ítems.

Tabla 18*Liderazgo transformacional*

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Visión estratégica	P1. Mi líder comunica una visión clara e inspiradora del hospital.	Likert 1–5	Medir la capacidad del líder para inspirar y comunicar dirección.
Innovación	P2. En el hospital se reconoce y fomenta la innovación y la mejora de los procesos.	Likert 1–5	Evaluar si el liderazgo impulsa procesos de innovación.
Ética profesional	P3. Mi jefe actúa como referente de ética y profesionalismo.	Likert 1–5	Identificar si el líder es modelo moral para su equipo.
Desarrollo del personal	P4. Recibo atención personalizada para mi desarrollo profesional por parte de la dirección o supervisión.	Likert 1–5	Medir apoyo al crecimiento profesional del personal.
Pensamiento crítico	P5. En el hospital se fomenta el pensamiento crítico para la resolución de problemas.	Likert 1–5	Evaluar si el líder estimula el análisis y soluciones estratégicas.
Motivación en presión	P6. Durante momentos de presión, mi líder logra mantener motivado al equipo.	Likert 1–5	Medir la capacidad motivadora del líder ante situaciones de estrés.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

Tabla 19*Liderazgo situacional*

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Adaptación al personal	P16. El estilo de liderazgo en mi área se adapta a la experiencia y habilidades del equipo.	Likert 1–5	Evaluar si el líder ajusta su estilo a las competencias del equipo.

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Liderazgo en crisis	P17. En situaciones críticas, el liderazgo en mi área es claro y directivo.	Likert 1–5	Medir la claridad y dirección durante emergencias.
Supervisión flexible	P18. El nivel de supervisión en mi área se ajusta según la complejidad del trabajo asignado.	Likert 1–5	Examinar si la supervisión se ajusta a las tareas.
Autonomía guiada	P19. Recibo autonomía en el trabajo que domino y orientación cuando la necesito.	Likert 1–5	Evaluar la delegación balanceada con acompañamiento.
Comunicación situacional	P21. La dirección comunica oportunamente los cambios en actividades prioritarias o urgentes.	Likert 1–5	Medir la eficacia comunicacional en contextos cambiantes.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

Tabla 20

Liderazgo participativo

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Participación en decisiones	P22. La dirección me permite involucrarme en decisiones que afectan mi desempeño laboral.	Likert 1–5	Medir el nivel de participación real en las decisiones.
Comunicación abierta	P7. Se fomenta la comunicación abierta entre trabajadores y líderes.	Likert 1–5	Evaluar apertura y transparencia comunicativa.
Escucha activa	P8. Mi líder escucha y toma en cuenta las opiniones del equipo.	Likert 1–5	Medir sensibilidad del líder hacia sugerencias del personal.
Claridad comunicativa	P23. La comunicación con mi jefe/a es clara y directa.	Likert 1–5	Evaluar eficacia de la comunicación interpersonal.

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Retroalimentación	P9. Recibo retroalimentación constructiva sobre mi desempeño.	Likert 1–5	Medir la calidad del feedback profesional.
Respeto y empatía	P10. Los líderes tratan a los trabajadores con respeto y empatía.	Likert 1–5	Examinar las prácticas de relación con el equipo.
Gestión de conflictos del equipo	P24. La dirección gestiona adecuadamente los conflictos en el equipo.	Likert 1–5	Examinar las prácticas de relación con el equipo.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

Tabla 21

Motivación y experiencias de trabajo

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Valoración institucional Motivación/ satisfacción	P11. Siento que la institución valora mi trabajo y esfuerzo.	Likert 1–5	Medir reconocimiento recibido.
Motivación intrínseca Motivación/ satisfacción	P12. Me siento motivado a dar lo mejor de mí en mi área.	Likert 1–5	Evaluar nivel de motivación laboral.
Colaboración Clima laboral	P13. En mi área se trabaja en un ambiente de confianza y colaboración.	Likert 1–5	Medir la calidad del clima organizacional.
Prácticas de liderazgo y satisfacción Satisfacción laboral	P14. Se aplican prácticas de liderazgo que fortalecen la satisfacción laboral.	Likert 1–5	Examinar la percepción del liderazgo en satisfacción.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

Tabla 22*Permanencia laboral*

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Estabilidad laboral Permanencia	P15. El estilo de liderazgo actual contribuye a reducir la rotación de personal.	Likert 1–5	Examinar la percepción del liderazgo en retención.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

Tabla 23*Recursos y condiciones de trabajo*

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Recursos adecuados Condiciones de trabajo	P25. En mi área contamos con recursos materiales y tecnológicos suficientes para el trabajo.	Likert 1–5	Medir suficiencia de recursos.
Protocolos claros Condiciones de trabajo	P26. Los protocolos y procesos en mi área están claros y actualizados.	Likert 1–5	Evaluar claridad operativa.
Carga laboral Condiciones de trabajo	P20. El volumen de pacientes es adecuado al número de trabajadores disponibles.	Likert 1–5	Medir equilibrio de carga de trabajo.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

Tabla 24*Relaciones laborales y gestión de conflictos*

Indicador y dimensión	Ítem y enunciado	Escala	Finalidad
Gestión de conflictos Relaciones laborales	P27. En el hospital existen mecanismos efectivos para resolver conflictos laborales.	Likert 1–5	Medir eficacia institucional de resolución de conflictos.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

Tabla 25*Categorías de la entrevista semiestructurada*

Pregunta abierta	Indicador cualitativo	Propósito
E1. ¿Qué acciones de su jefe/a le inspiran o motivan en el trabajo?	Motivación	Identificar conductas inspiradoras.
E2. ¿De qué manera su líder reconoce sus logros o el esfuerzo del equipo?	Reconocimiento	Estudiar formas reales de valoración.
E3. ¿Cómo actúa su jefe/a para guiar al equipo durante una emergencia o situación crítica?	Liderazgo en crisis	Comprender gestión de crisis.
E4. ¿En qué situaciones su jefe/a le brinda más autonomía y en cuáles requiere más supervisión?	Autonomía guiada	Evaluar equilibrio entre control y libertad.
E5. ¿Ha tenido la oportunidad de participar en decisiones importantes de su área? Describa un ejemplo.	Participación	Identificar prácticas reales de inclusión.

Pregunta abierta	Indicador cualitativo	Propósito
E6. ¿Qué formas de comunicación o reuniones consideras que ayudan a que todos los trabajadores sean escuchados?	Comunicación y escucha	Identificar espacios que favorecen la expresión del personal.
E7. ¿Qué comportamiento o forma de actuar de su jefe o supervisores hace que usted quiera seguir trabajando en este hospital?	Permanencia	Determinar factores de retención laboral.

Nota. Elaboración propia; se conservan los enunciados del instrumento y se homologa su codificación.

El diccionario permite rastrear cada enunciado hasta su finalidad conceptual; el bloque transformacional de resultados incluye P1–P15, el situacional P16–P20 y el participativo P21–P27 esta agrupación reúne también contenidos de gestión del talento humano y contexto, por lo que no debe asumirse como comprobación de tres escalas independientes ni utilizarse para construir índices superpuestos sin revisión metodológica.

Anexo 4. Formato actualizado de validación de contenido

Estrategia de estilos de liderazgo para optimizar la gestión del talento humano y mejorar la motivación, permanencia y desempeño del personal en hospitales públicos y privados seleccionados de Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025

Formato editable para una nueva revisión; este formulario no sustituye las constancias firmadas del Anexo 5 ni acredita una validación posterior; se limita a los estilos transformacional, situacional y participativo; para evaluar cada enunciado, consulte el código y el texto íntegro del Anexo 1.

Nombre del experto: _____

Formación y experiencia: _____

Institución: _____ Fecha: _____

Criterios: claridad, comprensión y ausencia de ambigüedad; coherencia, correspondencia con el objetivo y el contenido; relevancia, pertinencia del enunciado; escala: 1 = no cumple, 2 = cumple parcialmente, 3 = adecuado y 4 = cumple totalmente; registre observaciones cuando el ítem corresponda a motivación, permanencia, desempeño o condiciones de trabajo y no a una conducta de liderazgo.

Bloque transformacional

Código	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
P1				
P2				
P3				
P4				
P5				

Código	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
P6				
P7				
P8				
P9				
P10				
P11				
P12				
P13				
P14				
P15				

Bloque situacional

Código	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
P16				
P17				
P18				
P19				
P20				

Bloque participativo

Código	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
P21				
P22				
P23				
P24				

Código	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
P25				
P26				
P27				

Valoración de las siete preguntas de entrevista: _____

Observaciones generales: _____

Dictamen: _____

Firma del experto: _____

Anexo 5. Constancias originales del juicio de expertos

Se conservan las constancias originales como evidencia del proceso documentado; sus firmas, calificaciones y denominaciones históricas no se modifican; el título y los formatos editables de esta versión se han homologado en los Anexos 1–4; cualquier modificación conceptual posterior deberá someterse a una nueva valoración.

Experto 1

FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES DEL PROYECTO

Investigadora: Lcda. Vanessa Lisbeth Heras Yungaicela
Estrategia de estilos de liderazgo para la optimización de la gestión del talento humano en relación con la motivación, permanencia, desempeño del recurso humano en organizaciones del ámbito sanitario de los Hospitales Públicos y Privados seleccionados en Guayaquil, Ecuador, período 2020-2025.

Título de la Tesis:

Objetivo General: Diseñar una estrategia de estilos de liderazgo orientada a optimizar la gestión del talento humano, considerando la motivación, permanencia y desempeño en el sector sanitario.

DATOS DEL INSTRUMENTO

Objetivo del instrumento: Proponer una estrategia de estilos de liderazgo para la optimización de la gestión del talento humano en relación con la motivación, permanencia, desempeño del recurso humano en organizaciones del ámbito sanitario de los Hospitales Públicos y Privados seleccionados en Guayaquil, Ecuador, período 2020-2025.

Población Objetivo: Personal sanitario de instituciones públicas y privadas de Guayaquil.

Dimensiones de Análisis: Liderazgo General. - Liderazgo Situacional. - Liderazgo Participativo.

DATOS DEL EXPERTO

Nombre completo: *Sergio Vazquez Gonzalez Guilfrido*

Cédula: *0912475985*

Profesión: *Psicólogo General*

Cargo: *Director Clínico Sagunto*

Área de experiencia: *Psicología General - Administración*

Años de experiencia: *15 años*

INSTRUCCIONES

Evalúe cada ítem del Instrumento considerando los siguientes criterios:

- **Claridad:** Redacción comprensible y precisa
- **Coherencia:** Relación lógica con la variable de estudio
- **Relevancia:** Importancia del ítem dentro del Instrumento

Escala de valoración:

(1) NO CUMPLE | (2) PARCIAL | (3) ADECUADO | (4) TOTALMENTE

MATRIZ DE EVALUACIÓN

DIMENSIÓN 1: LIDERAZGO

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observacion Recomendacion
1	Mi líder comunica una visión clara e inspiradora del hospital.	4	4	4	4
2	En el hospital se reconoce y fomenta la innovación y la mejora de los procesos.	4	4	4	
3	Mi jefe actúa como referente de ética y profesionalismo.	4	4	4	
4	Recibo atención personalizada para mi desarrollo profesional por parte de la dirección o supervisión	4	4	4	
5	En el hospital se fomenta el pensamiento crítico para la resolución de problemas.	4	4	4	
6	Durante momentos de presión, mi líder logra mantener motivado al equipo.	4	4	4	
7	Se fomenta la comunicación abierta entre trabajadores y líderes.	4	4	4	
8	Mi líder escucha y toma en cuenta las opiniones del equipo.	4	4	4	
9	Recibo retroalimentación constructiva sobre mi desempeño.	4	4	4	
10	Los líderes tratan a los trabajadores con respeto y empatía.	4	4	4	

11	Siento que la institución valora mi trabajo y esfuerzo.	4	4	4	
12	Me siento motivado a dar lo mejor de mí en mi área.	4	4	4	
13	En mi área se trabaja en un ambiente de confianza y colaboración.	4	4	4	
14	Se aplican prácticas de liderazgo que fortalecen la satisfacción laboral.	4	4	4	
15	El estilo de liderazgo actual contribuye a reducir la rotación de personal.	4	4	4	

DIMENSIÓN 2: LIDERAZGO SITUACIONAL

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
16	El estilo de liderazgo en mi área se adapta a la experiencia y habilidades del equipo.	3	4	4	
17	En situaciones críticas, el liderazgo en mi área es claro y directivo.	4	4	4	
18	El nivel de supervisión en mi área se ajusta según la complejidad del trabajo asignado.	4	4	3	
19	Recibo autonomía en el trabajo que domino y orientación cuando la necesito.	3	3	3	
20	El volumen de pacientes es adecuado al número de trabajadores disponibles.	4	4	4	

DIMENSIÓN 3: LIDERAZGO PARTICIPATIVO

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
21	La dirección comunica oportunamente los cambios en actividades prioritarias o urgentes.	4	4	4	
22	La dirección me permite involucrarme en decisiones que afectan mi desempeño laboral.	4	4	4	

23	La comunicación con mi jefe/a es clara y directa.	4	4	4	
24	La dirección gestiona adecuadamente los conflictos en el equipo.	2	4	4	
25	En mi área contamos con recursos materiales y tecnológicos suficientes para el trabajo.	2	4	4	
26	Los protocolos y procesos en mi área están claros y actualizados.	4	4	4	
27	En el hospital existen mecanismos efectivos para resolver conflictos laborales.	4	4	4	

MATRIZ DE VALIDACIÓN – INSTRUMENTO CUALITATIVO

N.º	Ítem	Indicador Cualitativo	Propósito del Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observación / Recomendación
1	¿Qué acciones de su jefe/a le inspiran o motivan en el trabajo?	Motivación	Identificar conductas inspiradoras para el modelo de liderazgo.	2	4	4	
2	¿Cómo reconoce su líder los logros del equipo?	Reconocimiento	Estudiar formas reales de valoración y brechas de incentivos.	4	4	4	
3	¿Cómo actúa su jefe/a durante emergencias?	Liderazgo en crisis	Comprender la gestión de crisis en el entorno sanitario.	4	4	4	
4	¿Cuándo le brinda autonomía o supervisión?	Autonomía guiada	Evaluar el equilibrio entre control y libertad operativa.	4	4	4	

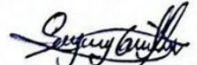
5	¿Ha participado en decisiones importantes?	Participación	Identificar prácticas reales de inclusión en la gestión.	4	21	4	
6	¿Qué actitudes del jefe le motivan a permanecer?	Permanencia	Determinar factores críticos de retención laboral.	4	21	4	
7	¿Qué debería cambiar su jefe para mejorar el ambiente?	Conflictos / Clima	Identificar áreas de mejora y puntos de intervención.	4	21	41	

DECLARACIÓN DE IDONEIDAD Y CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Sagua Penecha Gonzalez Guilfoche, con C.I. 0919475985 en mi calidad de experto, certifico que he revisado el instrumento del maestrante **Vanessa Lisbeth Heras Yungaicela**.

Declaro que los ítems evaluados cuentan con la **VALIDEZ DE CONTENIDO** necesaria, guardando estricta coherencia con los indicadores de liderazgo y el objetivo de diseñar una estrategia de optimización del talento humano para el sector sanitario de Guayaquil.

Por lo tanto, doy fe de que el instrumento es apto para su aplicación inmediata.


FIRMA DEL EXPERTO VALIDADOR
 C.I.: 0919475985

*Experto 2***FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS****DATOS GENERALES DEL PROYECTO**

Investigadora: Leda. Vanessa Lisbeth Heras Yungaicela

Título de la Tesis: *Estrategia de estilos de liderazgo para la optimización de la gestión del talento humano en relación con la motivación, permanencia, desempeño del recurso humano en organizaciones del ámbito sanitario de los Hospitales Públicos y Privados seleccionados en Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025.*

Objetivo General: Diseñar una estrategia de estilos de liderazgo orientada a optimizar la gestión del talento humano, considerando la motivación, permanencia y desempeño en el sector sanitario.

DATOS DEL INSTRUMENTO

Objetivo del instrumento: Proponer una estrategia de estilos de liderazgo para la optimización de la gestión del talento humano en relación con la motivación, permanencia, desempeño del recurso humano en organizaciones del ámbito sanitario de los Hospitales Públicos y Privados seleccionados en Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025.

Población Objetivo: Personal sanitario de instituciones públicas y privadas de Guayaquil.

Dimensiones de Análisis: Liderazgo General. - Liderazgo Situacional. - Liderazgo Participativo.

DATOS DEL EXPERTO

Nombre completo: Jessica Paola Llongo Ambi

Cédula: 0926290008.

Profesión: Magister en Administración de Empresas.

Cargo: Administradora del Centro Médico Pw Dermalerg.

Área de experiencia: Administrativo y Financiero.

Años de experiencia: 15 años.

INSTRUCCIONES

Evalúe cada ítem del instrumento considerando los siguientes criterios:

- **Claridad:** Redacción comprensible y precisa
- **Coherencia:** Relación lógica con la variable de estudio
- **Relevancia:** Importancia del ítem dentro del instrumento

Escala de valoración:

(1) NO CUMPLE | (2) PARCIAL | (3) ADECUADO | (4) TOTALMENTE

MATRIZ DE EVALUACIÓN

DIMENSIÓN 1: LIDERAZGO

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observacion / Recomendacion
1	Mi líder comunica una visión clara e inspiradora del hospital.	4	4	4	
2	En el hospital se reconoce y fomenta la innovación y la mejora de los procesos.	3	3	4	Podría especificarse qué tipo de innovación (clínica, administrativa).
3	Mi jefe actúa como referente de ética y profesionalismo.	4	4	4	
4	Recibo atención personalizada para mi desarrollo profesional por parte de la dirección o supervisión	3	4	4	
5	En el hospital se fomenta el pensamiento crítico para la resolución de problemas.	4	4	4	
6	Durante momentos de presión, mi líder logra mantener motivado al equipo.	4	4	4	
7	Se fomenta la comunicación abierta entre trabajadores y líderes.	4	4	4	
8	Mi líder escucha y toma en cuenta las opiniones del equipo.	4	4	4	
9	Recibo retroalimentación constructiva sobre mi desempeño.	4	4	4	

10	Los líderes tratan a los trabajadores con respeto y empatía.	4	4	4	
11	Siento que la institución valora mi trabajo y esfuerzo.	4	4	4	
12	Me siento motivado a dar lo mejor de mí en mi área.	4	4	4	
13	En mi área se trabaja en un ambiente de confianza y colaboración.	4	4	4	
14	Se aplican prácticas de liderazgo que fortalecen la satisfacción laboral.	3	3	4	Ítem algo general, se sugiere especificar qué prácticas.
15	El estilo de liderazgo actual contribuye a reducir la rotación de personal.	4	4	4	

DIMENSIÓN 2: LIDERAZGO SITUACIONAL

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
16	El estilo de liderazgo en mi área se adapta a la experiencia y habilidades del equipo.	4	4	4	
17	En situaciones críticas, el liderazgo en mi área es claro y directivo.	3	4	4	Diferenciar situaciones
18	El nivel de supervisión en mi área se ajusta según la complejidad del trabajo asignado.	4	4	4	
19	Recibo autonomía en el trabajo que domino y orientación cuando la necesito.	4	4	4	
20	El volumen de pacientes es adecuado al número de trabajadores disponibles.	3	3	4	Separar carga laboral

DIMENSIÓN 3: LIDERAZGO PARTICIPATIVO

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
21	La dirección comunica oportunamente los cambios en actividades prioritarias o urgentes.	4	4	4	

22	La dirección me permite involucrarme en decisiones que afectan mi desempeño laboral.	4	4	4	
23	La comunicación con mi jefe/a es clara y directa.	4	4	4	
24	La dirección gestiona adecuadamente los conflictos en el equipo.	3	4	4	Precisar conflictos
25	En mi área contamos con recursos materiales y tecnológicos suficientes para el trabajo.	3	4	4	Mayor relación con recursos que con liderazgo.
26	Los protocolos y procesos en mi área están claros y actualizados.	4	4	4	
27	En el hospital existen mecanismos efectivos para resolver conflictos laborales.	4	4	4	

MATRIZ DE VALIDACIÓN – INSTRUMENTO CUALITATIVO

N.º	Ítem	Indicador Cualitativo	Propósito del Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observación / Recomendación
1	¿Qué acciones de su jefe/a le inspiran o motivan en el trabajo?	Motivación	Identificar conductas inspiradoras para el modelo de liderazgo.	4	4	4	
2	¿Cómo reconoce su líder los logros del equipo?	Reconocimiento	Estudiar formas reales de valoración y brechas de incentivos.	3	4	4	
3	¿Cómo actúa su jefe/a durante emergencias?	Liderazgo en crisis	Comprender la gestión de crisis en el entorno sanitario.	4	4	4	

3	¿Cómo actúa su jefe/a durante emergencias?	Liderazgo en crisis	Comprender la gestión de crisis en el entorno sanitario.	4	4	4	
4	¿Cuándo le brinda autonomía o supervisión?	Autonomía guiada	Evaluar el equilibrio entre control y libertad operativa.	4	4	4	
5	¿Ha participado en decisiones importantes?	Participación	Identificar prácticas reales de inclusión en la gestión.	4	4	4	
6	¿Qué actitudes del jefe le motivan a permanecer?	Permanencia	Determinar factores críticos de retención laboral.	4	4	4	
7	¿Qué debería cambiar su jefe para mejorar el ambiente?	Conflictos / Clima	Identificar áreas de mejora y puntos de intervención.	3	4	4	Orientar a propuestas

DECLARACIÓN DE IDONEIDAD Y CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Jessica Paola Llongo Ambi, con C.I. 0926290008, en mi calidad de experto, certifico que he revisado el instrumento del maestrante **Vanessa Lisbeth Heras Yungaicela**.

Declaro que los ítems evaluados cuentan con la **VALIDEZ DE CONTENIDO** necesaria, guardando estricta coherencia con los indicadores de liderazgo y el objetivo de diseñar una estrategia de optimización del talento humano para el sector sanitario de Guayaquil.

Por lo tanto, doy fe de que el instrumento es apto para su aplicación inmediata.



FIRMA DEL EXPERTO VALIDADOR C.I.:
0926290008

*Experto 3***FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS****DATOS GENERALES DEL PROYECTO**

Investigadora: Leda. Vanessa Lisbeth Heras Yungaicela

Título de la Tesis: *Estrategia de estilos de liderazgo para la optimización de la gestión del talento humano en relación con la motivación, permanencia, desempeño del recurso humano en organizaciones del ámbito sanitario de los Hospitales Públicos y Privados seleccionados en Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025.*

Objetivo General: Diseñar una estrategia de estilos de liderazgo orientada a optimizar la gestión del talento humano, considerando la motivación, permanencia y desempeño en el sector sanitario.

DATOS DEL INSTRUMENTO

Objetivo del instrumento: Proponer una estrategia de estilos de liderazgo para la optimización de la gestión del talento humano en relación con la motivación, permanencia, desempeño del recurso humano en organizaciones del ámbito sanitario de los Hospitales Públicos y Privados seleccionados en Guayaquil, Ecuador, período 2020–2025.

Población Objetivo: Personal sanitario de instituciones públicas y privadas de Guayaquil.

Dimensiones de Análisis: Liderazgo General. - Liderazgo Situacional. - Liderazgo Participativo.

DATOS DEL EXPERTO

Nombre completo: Daniel Stalin Moncada Godoy.

Cédula: 0930026224.

Profesión: Ingeniero comercial.

Cargo: Analista de servicio generales (Supervisor) Hospital Abel Gilbert Pontón.

Área de experiencia: Supervisor hospitalario.

Años de experiencia: 10 años.

INSTRUCCIONES

Evalúe cada ítem del instrumento considerando los siguientes criterios:

- **Claridad:** Redacción comprensible y precisa
- **Coherencia:** Relación lógica con la variable de estudio
- **Relevancia:** Importancia del ítem dentro del instrumento

Escala de valoración:

(1) NO CUMPLE | (2) PARCIAL | (3) ADECUADO | (4) TOTALMENTE

MATRIZ DE EVALUACIÓN

DIMENSIÓN 1: LIDERAZGO

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observacion / Recomendacion
1	Mi líder comunica una visión clara e inspiradora del hospital.	4	4	4	
2	En el hospital se reconoce y fomenta la innovación y la mejora de los procesos.	4	4	4	
3	Mi jefe actúa como referente de ética y profesionalismo.	4	4	4	
4	Recibo atención personalizada para mi desarrollo profesional por parte de la dirección o supervisión	3	4	4	Redacción un poco extensa; podría simplificarse.
5	En el hospital se fomenta el pensamiento crítico para la resolución de problemas.	4	4	4	
6	Durante momentos de presión, mi líder logra mantener motivado al equipo.	4	4	4	
7	Se fomenta la comunicación abierta entre trabajadores y líderes.	4	4	4	
8	Mi líder escucha y toma en cuenta las opiniones del equipo.	4	4	4	
9	Recibo retroalimentación constructiva sobre mi desempeño.	3	4	4	Se podría precisar el tipo de retroalimentación
10	Los líderes tratan a los trabajadores con respeto y empatía.	4	4	4	

11	Siento que la institución valora mi trabajo y esfuerzo.	4	4	4	
12	Me siento motivado a dar lo mejor de mí en mi área.	4	4	4	
13	En mi área se trabaja en un ambiente de confianza y colaboración.	4	4	4	
14	Se aplican prácticas de liderazgo que fortalecen la satisfacción laboral.	3	4	4	Podría concretarse más.
15	El estilo de liderazgo actual contribuye a reducir la rotación de personal.	4	3	4	Percepción puede variar según área; considerar en análisis.

DIMENSIÓN 2: LIDERAZGO SITUACIONAL

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
16	El estilo de liderazgo en mi área se adapta a la experiencia y habilidades del equipo.	4	4	4	
17	En situaciones críticas, el liderazgo en mi área es claro y directivo.	3	4	4	Diferenciar situaciones
18	El nivel de supervisión en mi área se ajusta según la complejidad del trabajo asignado.	4	4	4	
19	Recibo autonomía en el trabajo que domino y orientación cuando la necesito.	4	4	4	
20	El volumen de pacientes es adecuado al número de trabajadores disponibles.	4	3	4	Aclarar vínculo con liderazgo.

DIMENSIÓN 3: LIDERAZGO PARTICIPATIVO

N.º	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
21	La dirección comunica oportunamente los cambios en actividades prioritarias o urgentes.	4	4	4	

22	La dirección me permite involucrarme en decisiones que afectan mi desempeño laboral.	4	4	4	
23	La comunicación con mi jefe/a es clara y directa.	4	4	4	
24	La dirección gestiona adecuadamente los conflictos en el equipo.	4	4	4	
25	En mi área contamos con recursos materiales y tecnológicos suficientes para el trabajo.	3	3	4	Relacionado con recursos; mantener, pero considerar como apoyo contextual.
26	Los protocolos y procesos en mi área están claros y actualizados.	4	4	4	
27	En el hospital existen mecanismos efectivos para resolver conflictos laborales.	4	4	4	

MATRIZ DE VALIDACIÓN – INSTRUMENTO CUALITATIVO

N.º	Ítem	Indicador Cualitativo	Propósito del Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observación / Recomendación
1	¿Qué acciones de su jefe/a le inspiran o motivan en el trabajo?	Motivación	Identificar conductas inspiradoras para el modelo de liderazgo.	4	4	4	
2	¿Cómo reconoce su líder los logros del equipo?	Reconocimiento	Estudiar formas reales de valoración y brechas de incentivos.	4	4	4	
3	¿Cómo actúa su jefe/a durante emergencias?	Liderazgo en crisis	Comprender la gestión de crisis en el entorno sanitario.	4	4	4	
4	¿Cuándo le brinda autonomía o	Autonomía guiada	Evaluar el equilibrio entre control y	4	4	4	

	supervisión?		libertad operativa.				
5	¿Ha participado en decisiones importantes?	Participación	Identificar prácticas reales de inclusión en la gestión.	4	4	4	
6	¿Qué actitudes del jefe le motivan a permanecer?	Permanencia	Determinar factores críticos de retención laboral.	4	4	4	
7	¿Qué debería cambiar su jefe para mejorar el ambiente?	Conflictos / Clima	Identificar áreas de mejora y puntos de intervención.	3	4	4	

DECLARACIÓN DE IDONEIDAD Y CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Daniel Stalin Moncada Godoy, con C.I. 0930026224, en mi calidad de experto, certifico que he revisado el instrumento del maestrante **Vanessa Lisbeth Heras Yungaicela**.

Declaro que los ítems evaluados cuentan con la **VALIDEZ DE CONTENIDO** necesaria, guardando estricta coherencia con los indicadores de liderazgo y el objetivo de diseñar una estrategia de optimización del talento humano para el sector sanitario de Guayaquil.

Por lo tanto, doy fe de que el instrumento es apto para su aplicación inmediata.



FIRMA DEL EXPERTO VALIDADOR

C.I.: 0930026224.