



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FORMACIÓN EN LIDERAZGO  
TRANSFORMACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA ENFERMERÍA,  
HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE. SOLEDAD – ATLÁNTICO 2022**

Daniela Tatiana Ortega Hernández  
Adriana Paola Romero Carrascal

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional De Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2022

Programa institucional de formación en liderazgo transformacional en seguridad del paciente para enfermería, Hospital Universidad Del Norte. Soledad – Atlántico 2022

Institutional training program in transformational leadership in patient safety for nursing, Hospital Universidad Del Norte. Soledad – Atlántico 2022

Daniela Tatiana Ortega Hernández  
Adriana Paola Romero Carrascal

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Administración Hospitalaria

Asesor:  
Andrés Leonardo Gómez Zona  
Psicólogo – Magíster en Salud Pública

Universidad De Antioquia  
Facultad Nacional De Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Antioquía, Colombia  
2022

## Tabla de contenido

Lista de tablas .....	4
Lista de figuras.....	6
Lista de anexos.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción .....	10
1. Planteamiento del problema .....	12
2. Justificación.....	17
3. Objetivos .....	20
3.2 Objetivos específicos .....	20
4. Marco teórico .....	21
4.1 Calidad en salud .....	21
4.2 Seguridad del paciente .....	24
4.3 Liderazgo .....	30
4.4 Modelo de Liderazgo de Rango Completo.....	35
4.5 Liderazgo en salud.....	52
5. Marco normativo .....	58
6. Marco contextual.....	60
6.1 Contexto internacional .....	60
6.2 Contexto nacional .....	61
6.3 Marco local.....	62
7. Metodología .....	69
7.1 Tipo de estudio.....	69
7.2 Universo .....	69
7.3 Muestra .....	70
7.4 Operacionalización de variables .....	70
7.5 Plan de recolección de datos .....	71
7.6 Plan de procesamiento de los datos .....	71
7.7 Plan de presentación .....	72
7.8 Aspectos éticos.....	73
8. Resultados .....	75
8.1 Características sociodemográficas .....	75
8.2 Satisfacción laboral e influencia de la organización en el líder .....	77
8.3 Estilos de liderazgo según el MLQ 5X (versión corta).....	78
8.4 Factores del liderazgo transformacional .....	79
8.5 Variables de resultado .....	81
8.6 Correlación del liderazgo transformacional y las variables de resultado	81
8.7Diseño del programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional.....	83
8.8 Programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional para enfermeros líderes en seguridad del paciente.....	84
8.9 Aplicación fase inicial programa: formando HUN equipo de ÉLITE SP..	94
8.10 Seguimiento y evaluación.....	101

9.	Discusión.....	102
10.	Conclusiones.....	106
11.	Recomendaciones .....	107
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
	ANEXOS.....	117

## Lista de tablas

Tabla 1. Variables del instrumento MLQ-5X.....	49
Tabla 2. Estructura del Cuestionario Multifactor de Liderazgo MLQ-5X.....	51
Tabla 3. Características sociodemográficas del personal de enfermería líder y equipo, 2022.....	76
Tabla 4. Media y desviación estándar de las variables de liderazgo del MLQ-5X.....	78
Tabla 5. Media y desviación estándar de las variables de resultado del MLQ-5X.....	81
Tabla 6. Resultados de la correlación entre el Liderazgo Transformacional y esfuerzo extra.....	82
Tabla 7. Resultados de la Correlación entre el Liderazgo Transformacional y efectividad.....	82
Tabla 8. Resultados de la Correlación entre el Liderazgo transformacional y satisfacción.....	83

## Lista de figuras

Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de eventos sucesos adversos.....	28
Figura 2. Foto Hospital Universidad del Norte.....	62
Figura 3. Modelo de atención Hospital Universidad del Norte.....	63
Figura 4. Mapa de procesos Hospital Universidad del Norte.....	63
Figura 5. Satisfacción laboral del personal de enfermería, 2022.....	77
Figura 6. Influencia de la organización en los líderes de enfermería del servicio de urgencias, 2022.....	77
Figura 7. Valor promedio de los estilos de liderazgo del MLQ-5x. 2022.....	79
Figura 8. Valor promedio de los componentes del liderazgo Transformacional del MLQ-5x, 2022.....	80
Figura 9. Media obtenida de la evaluación de las sesiones presenciales.....	100

## Lista de anexos

Anexo 1. Cuestionario Multifactorial de Liderazgo Forma Líder (5X) Corta .....	118
Anexo 2. Cuestionario Multifactorial De Liderazgo Forma Equipo (5X) Corta.....	121
Anexo 3 Formato evaluación de la formación.....	124
Anexo 4 Formato consentimiento informado (para líderes).....	125
Anexo 5 Formato consentimiento informado (para equipo).....	127
Anexo 6. Carta aval del proyecto por parte Hospital Universidad del Norte.....	129
Anexo 7.130 Carta aprobación del proyecto por parte del Comité de ética de la Universidad del Norte.....	130
Anexo 8 Registro fotográfico programa institucional de formación.....	135

## Resumen

El liderazgo transformacional ha sido asociado a mejoras en la cultura de la seguridad del paciente (1), un estudio reciente comprobó una correlación positiva entre la frecuencia de incidentes reportados y la adopción de prácticas liderazgo transformacional (2). En el servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, al analizar reportes de incidentes y eventos adversos (2017-2021), las causas relacionadas a fallas en el individuo representaron un 63% y las relacionadas con el trabajo en equipo un 12%, siendo los principales factores contributivos identificados. El objetivo de este proyecto fue implementar un programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional en enfermería, para el desarrollo de líderes en seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Se aplicó instrumento MLQ 5X, identificando al liderazgo transformacional como estilo predominante en enfermería; no obstante, factores como la estimulación intelectual y consideración individualizada, requerían ser fortalecidos desarrollando competencias específicas. Se evidenció una asociación positiva entre el liderazgo transformacional: el esfuerzo extra, la efectividad y la satisfacción del equipo de trabajo. Con la implementación del programa, se esperan mejoras sostenibles y significativas en la seguridad del paciente a nivel institucional, y se impulse el desarrollo de programas enfocados en enfermería como líderes, al ser estos los profesionales encargados de gestionar los cuidados en las organizaciones en salud.

**Palabras claves:** liderazgo transformacional, enfermería, competencias, seguridad del paciente.



## Abstract

Transformational leadership has been associated with improvements in patient safety culture (1), and a recent study found a positive association between the frequency of reported incidents and transformational leadership practices (2). At Hospital Universidad del Norte, according to the analysis of the report of incidents and adverse events in the emergency department (2017-2021), the factor related to the individual represented 63% of these reports, and those related to teamwork, 12%. The aim of this study was the implementation of an institutional training program in transformational leadership competences in head nurses, for the development of leaders in patient safety in the emergency department. The MLQ 5X instrument was applied, finding a predominance of transformational leadership; however, it is evident that factors such as intellectual stimulation and individualized consideration need to be strengthened through the development of leadership competences. Likewise, a positive association was found between transformational leadership and extra effort, efficiency, and satisfaction. With the implementation of the program, it is expected that the program will provide sustainable and significant improvements in patient safety and promote the development of programs focused on head nurses, as professionals in charge of managing care in health organizations.

**Keywords:** transformational leadership, nursing, competences, patient safety.

## Introducción

La alta demanda de la población a la atención de urgencias obliga a las instituciones de salud a invertir en múltiples factores para garantizar la oferta de dicho servicio. Entre los factores en los que más se invierten se encuentran: el empleo de recursos técnicos para diagnósticos costosos, la destinación de áreas e infraestructuras físicas, la localización geoespacial que facilite el acceso de los usuarios y el talento humano especializado (3).

Es precisamente este último factor en el que se centrará el presente trabajo, específicamente en el talento humano de enfermería, debido a la importancia de su rol para materializar la visión organizacional y proteger la calidad de toda la atención. En consecuencia, los enfermeros necesitan evolucionar de modelos rígidos y jerarquizados hacia modelos de liderazgo flexibles y democráticos, que permitan crear espacios de discusión colectiva y favorezcan el trabajo en equipo, la resolución de conflictos y la toma de decisiones oportunas (4), que garanticen la calidad de los servicios prestados ya que suelen ser quienes se enfrentan por primera vez a los usuarios.

Garantizar la calidad de los servicios prestados, requiere de una inversión de las instituciones prestadoras de servicios de salud para capacitar adecuadamente a su talento humano, no solo en las áreas estratégicas sino operativas, para lograr mayor capacidad de respuesta del personal médico y mejorar la comunicación del equipo asistencial, lo que permitirá que los usuarios y sus familias perciban desde el ingreso a la institución que sus procesos son confiables, seguros y de calidad (5) (6).

En el año 2021 el Hospital Universidad del Norte institución de tercer nivel, ubicada en el municipio de Soledad, atendió a 117.886 usuarios de los cuales el 63% ingresaron por urgencias, evidenciando la alta demanda de este servicio, generando con ello constantes retos para garantizar el cumplimiento de las políticas de calidad de la institución. Estos constantes desafíos, implican para su equipo administrativo como asistencial, estar alineados a los procesos de mejoramiento continuo. Dentro del equipo asistencial, los profesionales de enfermería están llamados a desarrollar

habilidades de liderazgo que impulsen la materialización de estas políticas en la atención directa del paciente.

La necesidad de desarrollar en el talento humano habilidades de liderazgo, enfocado en un estilo transformacional a través de un programa de formación será el propósito de este trabajo, ya que al ser un liderazgo más democrático, flexible, participativo y centrado en la creación de ambientes de confianza, puede lograr la colaboración entre los profesionales (7) y la cohesión en el equipo, que permita la mejora en la cultura institucional de seguridad del paciente.

## 1. Planteamiento del problema

El objetivo principal de los sistemas sanitarios es mejorar las condiciones de salud de las personas (8), como lo señala la Organización Mundial de la Salud – OMS, la prestación de servicios en salud se convierte en el eje fundamental para todas las acciones que se desarrollan en salud, para el beneficio de la población en intervenciones sanitarias eficientes y costo razonables (8).

La prestación de servicios de salud debe orientarse a que las personas se conviertan en el centro de atención, al ser los consumidores directos de los servicios proporcionados ya sea de manera individual como pacientes al tratarse de intervenciones, o como población al tratarse de los servicios en salud pública (8). El modelo centrado en el usuario supone que la atención proporcionada por el médico le asegure al paciente una mayor y más activa participación (9), además “implica que se deba reconocer al usuario de los servicios de salud, en el centro del sistema sanitario y respecto al cual, deben girar todas las estrategias requeridas” (9).

La atención centrada en el usuario es una de las seis áreas o dimensiones de la calidad, establecidas por la OMS en el 2006 (10). La calidad se define como la “provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (10). Este concepto, implica que los sistemas de salud deben alinearse de acuerdo con las dimensiones de la calidad que comprenden: la efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad y seguridad (10).

A través del Ministerio de Salud (10), Colombia ha desarrollado las directrices de calidad en salud, con el establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de en Salud – SOGCS , que determina las acciones que cada uno de los agentes del Sistema debe adelantar y plantea un enfoque, en donde la humanización y la calidad confluyen y ubican a la persona como el eje central de su propuesta.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud como agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, deben contribuir con estrategias encaminadas a mejorar los indicadores de calidad actualizados en la Resolución 256

de 2016, a partir de los cuales se hace el monitoreo de la calidad en cuatro dominios: Efectividad, gestión del riesgo, experiencia de la atención y seguridad en la atención, este último se enfoca en la seguridad del paciente con la finalidad de disminuir los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias (11).

Los eventos adversos se convierten en un punto importante para evaluar la calidad de la atención en salud, permite por medio de los análisis causales la identificación y gestión de factores de riesgo presentes durante el proceso de atención, lo que define la implementación de los paquetes instruccionales de prácticas seguras, establecidos por la OMS para la disminución de su incidencia (12).

El estudio Iberoamericano de eventos adversos evidenció que en los hospitales de la región, la incidencia de un evento adverso ligada a la asistencia sanitaria es de 19,8 % y la prevalencia es de 10,5 % lo que quiere decir que de cada 100 pacientes, 20 son susceptibles a presentar un evento adverso (13), siendo el servicio de urgencias donde se refleja una mayor concentración de estos eventos, que representan hasta el 70% de ocurrencia frente a otros servicios (14).

En el servicio de urgencias, la ocurrencia de eventos adversos está estrechamente relacionada a la rotación y dinámica de la atención, dirigida por la gran diversidad de las necesidades de los pacientes y sus diferentes niveles de gravedad. Entre las condiciones facilitadoras se encuentran la fragmentación de la responsabilidad por la asistencia, la discontinuidad en la atención y el fallo en los mecanismos de registro y notificación de estos eventos (14) (15).

Los eventos adversos no son intencionales y pueden obedecer a diferentes condiciones de todo el sistema, sin que la responsabilidad recaiga única y directamente sobre el talento humano en salud (8), sin embargo se estima que el 60% de este tipo de incidentes están relacionados con un fallo del individuo, por lo que son considerados evitables (9). Según el British Medical Journal del 2016 (16) identifica que los fallos humanos en el equipo médico son la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de la enfermedad cardiovascular y el cáncer.

En relación a incidentes o eventos adversos causados por fallos humanos, se considera equivocadamente, como un “acto inseguro cometido por personas con

formación deficiente o falta de atención” (14), lo cual promueve una tendencia en ocultarlo, perdiéndose una clara oportunidad de aprendizaje, de acuerdo a Paranaguá, et al (14).

En la ocurrencia de eventos adversos asociadas a fallas del individuo, se han identificado factores relacionados al trabajo en equipo, debido a fallas en la comunicación, ya sea entre el profesional y los pacientes o en la expresión y comprensión de órdenes verbales entre el equipo de trabajo (15), al respecto la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* en el 2003 (15), reportó que las anomalías en la comunicación eran las responsables de cerca de un 60% de errores médicos.

En el Hospital Universidad del Norte, institución de tercer nivel de atención y escenario de formación académica, de acuerdo a la revisión de los indicadores de seguridad del paciente contenidos en DARUMA, plataforma institucional que contiene los indicadores por procesos, se observa que del total de reportes de eventos de seguridad realizados durante el año 2021, el 29% ocurren dentro del proceso de atención de urgencias, comportamiento que define este proceso como el primero que junto al de hospitalización concentran más del 50% de los eventos reportados en toda la institución.

Al analizar retrospectivamente 325 reportes de eventos de seguridad ocurridos en el proceso de urgencias entre julio de 2017 y abril de 2021, 210 análisis corresponden eventos adversos e incidentes, de estos los eventos adversos prevenibles representaron el 53%, los no prevenibles un 31%, y aquellos catalogados como incidentes un 16%. Teniendo en cuenta que los eventos adversos son multicausales y de acuerdo a ello se realiza su análisis en estos 210 reportes, predominaron factores relacionados con fallas del individuo hasta en un 63%, fallas relacionadas con el trabajo en equipo 12% y por fallas relacionadas con en el ambiente institucional en un 11%.

Las fallas relacionadas con el trabajo en equipo, donde confluyen las exigencias y competencias, el nivel de presión del servicio, los horarios particulares de urgencias y las jornadas laborales extensas (13), afectan el desempeño laboral y el clima organizacional. Lo anterior podría reflejar un inadecuado liderazgo por parte de los

directivos a cargo en la toma de decisiones acertadas y en el desarrollo de actividades que impacta negativamente en la calidad de la atención (13).

Con el objetivo de la mejora en la calidad de la atención, y la satisfacción laboral, se precisa que en la construcción de una cultura de seguridad del paciente, se formen líderes de equipos de personas motivadas (15), por ello, el liderazgo se convierte en una dinámica impulsadora para el mejoramiento continuo de la gestión de la calidad (10).

Teniendo en cuenta los diferentes estilos de liderazgo que se pueden desarrollar al interior de las organizaciones, se evidencia que el liderazgo transformacional fortalece la formación de competencias en liderazgo, junto a la gestión y los procesos de empoderamiento del equipo de trabajo, que influyen en sus actitudes positivas y mejoran la satisfacción laboral de su equipo, además aporta a una comunicación más eficaz, genera una claridad del rol y fomenta una colaboración interdisciplinaria; lo que a su vez influye en la comunicación con el paciente y la continuidad de la atención prestada (17) (18). Sin embargo, “la mayoría de las organizaciones de atención en salud no tienen programas de desarrollo de liderazgo como componente de la formación y gestión del recurso humano” de acuerdo a Pinzón (19).

En el Hospital Universidad del Norte, la valoración y formación en competencias asociadas al liderazgo no hace parte de los programas de educación continua dirigidos al talento humano asistencial, así mismo, no se evalúa de manera estandarizada en los procesos de selección, todo ello permite que existan grandes oportunidades de mejora en el desarrollo de programas orientados a fortalecer las competencias en liderazgo del talento humano en salud. En cuanto a la cultura de seguridad del paciente se muestran deficiencias en el proceso de inducción y entrenamiento en los protocolos institucionales, lo que contribuye a la no mejora de la cultura de seguridad del paciente y en consecuencia, no impacta positivamente en los indicadores de calidad asociados a este proceso.

Por tanto, al considerar que “la formación en liderazgo es una necesidad en la gestión de las instituciones que puede contribuir a la retención y formación del personal de atención de salud” (19), además de impactar en los indicadores de calidad, se pretende diseñar un programa institucional de formación en competencias de

liderazgo transformacional, cuya aplicación estará dirigida al personal de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, teniendo en cuenta que enfermería representa a los colaboradores con mayor presencia dentro del servicio, son las encargadas de administrar los recursos tanto físicos como humanos, dirigiendo el personal auxiliar de enfermería y coordinando la relación con el equipo médico interdisciplinario en pro de la calidad de la atención. El liderazgo transformacional se convierte en un gran instrumento de gestión que propone estrategias efectivas de coordinación y e integración de todo el equipo favoreciendo la comunicación, la toma de decisiones, resolución de conflictos y con ello el trabajo en equipo, estas estrategias podrán causar un impacto decisivo en la seguridad del paciente.



## 2. Justificación

La OMS considera que en la atención sanitaria, la seguridad del paciente es motivo de profunda y urgente preocupación para la salud pública a nivel mundial. Los daños generados al paciente y a su familia por un evento adverso generan una carga muy alta para los sistemas de salud (20). En consonancia a ello, la Organización Panamericana de la Salud – OPS (9) afirma que hoy en día es imprescindible prestar una asistencia de calidad, segura y eficiente, que permita una mejor organización y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de urgencias.

Dado que la seguridad del paciente es uno de los dominios de la calidad, este es imprescindible en los servicios de urgencias, en ese sentido, un objetivo fundamental en los procesos de mejora continua de la calidad, específicamente de la seguridad del paciente, es la detección y prevención del riesgo de aparición de un incidente, e incluso de un evento adverso antes de que suceda (15). Por lo tanto, las instituciones de salud deben establecer acciones que permitan el control y prevención de los incidentes y eventos adversos, además de estimular la notificación de los mismos (14).

En el fortalecimiento de la seguridad de paciente cobra importancia el liderazgo de equipos de personas motivadas que permita la gestión y el acompañamiento a los procesos de empoderamiento del personal y mejoramiento de sus competencias, encaminadas a las mejoras en la atención (15) (21). El concepto de liderazgo es amplio y tiene variaciones de acuerdo con la percepción, aplicación y cultura organizacional de las instituciones. En el ámbito de la salud y a razón de este trabajo se focalizará la atención en las ventajas que aporta el liderazgo transformacional a la mejora en la calidad enfocada en la seguridad del paciente.

El liderazgo transformacional, ha sido asociado a mejoras en la cultura de la seguridad del paciente y a la creación de un entorno de innovación en materia de seguridad (1). Respecto a ello, Pfaff y Hammer citado por Liukka et al. (2), indican que la frecuencia de incidentes reportados se correlaciona positivamente con la adopción de prácticas de liderazgo transformacional, lo que sugiere que un estilo de liderazgo visionario e

interactivo promueve el aprendizaje organizacional y los mejores resultados en la seguridad del paciente.

Es importante resaltar que, al tener un rol de líder en seguridad del paciente, el personal de enfermería, adquiere competencias en liderazgo, que se relaciona con una mayor satisfacción de los pacientes y una menor ocurrencia de errores de medicación (22). Dejando en evidencia, que un líder de enfermería, a través del empoderamiento estructural y el liderazgo clínico, genera mejores resultados en la seguridad del paciente, aumento en la confianza del equipo de enfermería y el trabajo mancomunado para la consecución de una meta en común, la mejora de la calidad en la atención del paciente; considerando que, quienes se desempeñan como líderes juegan un papel esencial al influir en las conductas del equipo (17) (21) (22).

García y March (7) plantean el surgimiento de la necesidad de integrar las prácticas de liderazgo transformacional en un proceso de humanización en salud que genere espacios de comunicación y resolución de conflictos, promoviendo cambios en los comportamientos y actitudes de las personas, especialmente en el bienestar integral de profesionales y pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de crear y ejecutar un programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional dirigido a enfermeros líderes de la seguridad del paciente, en el servicio de urgencias, que proporcione mejoras sostenibles y significativas en la cultura de seguridad.

Entre los beneficios de desarrollar este proyecto se encuentran, la mejora en la calidad de los servicios de urgencias en el Hospital Universidad del Norte, a través de la disminución en la ocurrencia de eventos adversos, el aumento de los niveles de satisfacción de los usuarios y el desarrollo de competencias como líderes transformacionales de los enfermeros que aprobaron la formación, dotando a la institución de un talento humano altamente competente.

Adicionalmente, al ser un proyecto sobre un tema tan dinámico, actual y replicable, con múltiples beneficios desde la atención a los usuarios, la satisfacción laboral y por ende la retención de talento humano, puede convertirse en parte de la política institucional de formación continua.

Por otro lado, es de utilidad al servir como fuente de consulta para otros trabajos académicos, que podrán replicar y adecuar los contenidos del mismo al contexto que lo requieran.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Implementar un programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional en enfermería, para el desarrollo de líderes en seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, 2022.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Identificar el estilo de liderazgo que predomina en enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, a través de la aplicación del instrumento Multifactor Leadership Questionnaire - MLQ 5X versión corta.
- ✓ Definir los factores del liderazgo transformacional susceptibles de mejora en enfermería del servicio de urgencias, a partir de los resultados del MLQ 5X versión corta.
- ✓ Diseñar un programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional para enfermería, alineadas al programa de seguridad del paciente del Hospital.
- ✓ Implementar en su fase inicial el programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional, enfocado hacia la seguridad del paciente por los líderes de enfermería, en el servicio de urgencias del Hospital Universidad Del Norte.

## 4. Marco teórico

La atención en salud es el conjunto de servicios recibidos por los individuos o las poblaciones, con el fin de promover, mantener, monitorizar y restaurar la salud (23), esta atención en la cual intervienen múltiples actores ha evolucionado en un complejo sistema, donde los daños a los pacientes durante la prestación de los servicio han aumentado (24); por ello es ineludible que se garanticen procesos institucionales que giren en torno a la calidad.

### 4.1 Calidad en salud

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS), la calidad de la asistencia sanitaria permite asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (25)

Dentro de las conceptualizaciones de calidad en salud, destaca la definición de Avedis Donabedian citado por Galván y Flores (26) la calidad es la “obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”, y a su vez, depende de la función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que la institución cuenta para proporcionar la atención.

Por otro lado, Suñol citado por Carreño (27) indica que la calidad es “la medida en que los servicios de salud, tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional”.

De acuerdo a Schroeder, Meyer y Rungtusanatham, citado por Vargas-Rozo (28) “ha asumido un significado más amplio, incluyendo el mejoramiento continuo, una ventaja competitiva y un enfoque centrado en el consumidor”. Siendo así, “la calidad de la atención que percibe el paciente está determinada básicamente por la diferencia entre las expectativas y la percepción de los resultados reales” (29).

La calidad en salud es vista como un proceso de mejoramiento continuo y medido, que involucra a toda la organización, para que esta sea percibida por el usuario. De allí que el desafío de las instituciones es lograr evaluar la calidad en su conjunto, de modo tal que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas a través de la propuesta de indicadores de calidad (30).

De acuerdo a diversos autores (26) (31) (32) se identifican los siguientes atributos que permiten evaluar la calidad en la atención:

**Oportunidad:** corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados, de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

**Continuidad:** aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

**Suficiencia e integridad:** provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral.

**Optimización:** balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

**Efectividad:** grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible, por tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo.

**Eficacia:** es el grado en que la atención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado.

**Eficiencia:** capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud. Se considera los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas.

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en su Política de Seguridad del Paciente, contempla en sus objetivos, coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se

evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles, y prevenir aquellos eventos que afecten la seguridad del paciente, disminuir y de ser posible, descartar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas (33).

Contar con instituciones seguras requiere que todos los actores del sistema de salud comprendan el concepto de riesgo en salud, para desarrollar estrategias que permitan su prevención, mitigación y superación (34).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, define el riesgo en salud como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (34).

A su vez, puede clasificarse en primario, referido a la probabilidad de aparición de nueva morbilidad o su severidad (34), y técnico, que alude a la probabilidad de “ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad” (34)

En Colombia, dando cumplimiento a la Ley Estatutaria de salud a través de la Política de Atención Integral en Salud, la cual se hace operativa a través del Modelo Integral de Atención en Salud, basado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud como hilo conductor; plantea las estrategias que permiten articular a todos los actores del sistema hacia intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, que facilite la identificación, evaluación, medición, intervención, seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades; lo que está orientado hacia el logro de resultados en salud y al bienestar de la población (34)

Ahora bien, los distintos agentes del sistema de salud tienen roles y funciones claras en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, desde el Ministerio de Salud quien define políticas y un marco regulatorio, la Entidad Territorial, como rector que coordina a partir del plan territorial de salud las acciones colectivas priorizadas definidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (34).

Así mismo, las acciones de gestión individual del riesgo son ejecutadas por las entidades administradoras de planes de beneficio - EAPB y las ARL y los empleadores; quienes deben garantizar que las intervenciones se realicen a través de sus prestadores de servicios de salud (34).

Los prestadores de servicio de salud, tanto a nivel primario como complementario, a través de su modelo de prestación materializan la gestión integral de riesgo en salud de la población durante la atención (34), garantizando que las intervenciones realizadas sean “las más efectivas, seguras y eficientes, en concordancia a la información científica disponible” según Tolsa, Ji citado por el Ministerio de Salud y Protección Social (34)

El prestador de servicios de salud, a quien se hace responsable por el riesgo técnico asociado a sobrecostos derivados de fallas en la atención, debe garantizar la calidad de la atención, de acuerdo a Alderwick H citado por el Ministerio de Salud y Protección Social (34), esto puede lograrse al fortalecer sus equipos de trabajo multidisciplinarios tanto clínicos como administrativos, de manera que estén orientados a obtener resultados en salud, a mantener intervenciones basadas en la evidencia y a la utilización eficiente de los recursos, estableciendo modelos de atención centrado en la persona (34).

## **4.2 Seguridad del paciente**

La seguridad del paciente se constituye en una prioridad en la gestión de calidad y cobra gran importancia dentro de las instituciones de salud, desde que se ha comprobado una relación de eventos adversos generados por inconvenientes relacionados a la falta de seguridad del paciente, lo que se convierte en un problema de salud pública (35) (36). Por lo anterior, surge la necesidad de “reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura” (37).

El *Institute of Medicine* (IOM) de Estados Unidos, define la seguridad del paciente como “una de las seis dimensiones o atributos claves de la calidad de los servicios de salud” (35). Al respecto, la OMS (38) plantea como objetivo principal de la seguridad del paciente “prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes



durante la prestación de la asistencia sanitaria”, para garantizar la prestación de servicios de salud esenciales y con calidad.

A partir del estudio *To err is human* (Errar es humano), una investigación pionera en cuanto a la seguridad del paciente, que incentivó las investigaciones en ese campo. Este estudio alertó a las instituciones sanitarias en cuanto a la magnitud de los eventos adversos, generados por problemas relacionados con la falta de seguridad en dichas instituciones, lo que desencadenaría que en el año 2004, surgiera la alianza mundial para la seguridad del paciente (35) (39).

Actualmente Colombia cuenta con una política nacional de seguridad del paciente, encabezada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (40).

En sus lineamientos, esta política define la seguridad del paciente como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (23).

De ese modo, la seguridad del paciente se convierte en un indicador estructural básico que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas (35), comprendida como “un constructo compuesto por dimensiones o subculturas, tales como el trabajo en equipo, comunicación, y aprendizaje” (35), que con su implementación, conduce hacia una atención con calidad, con el mínimo riesgo para el paciente.

Por lo que toma una mayor relevancia el estudio de la ocurrencia de incidentes, como eventos no deseados que surgen del cuidado, que comprometen la seguridad del paciente, y que al resultar en un tipo de daño al paciente es clasificado como un evento adverso (14), el cual se desarrolla en el siguiente apartado:

#### **4.2.1 Eventos adversos**

Un evento adverso es definido por la OMS “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes” (7), La OPS y su centro colaborador CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) describe el evento adverso como “el resultado clínico que es adverso al esperado y debido a un error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo” (8).

Los eventos adversos pueden ser prevenibles, y están relacionados con la prescripción, preparación y administración equivocada de medicamentos o de eventos quirúrgicos, (9). A continuación se presentan las condiciones en la que se pueden generar eventos de este tipo (37):

- ✓ Fallas en equipos o tecnologías: bombas de infusión endovenosas con deficiencias en las válvulas que originan incremento en la dosis del medicamento, en períodos de tiempo corto, desfibriladores con baterías agotadas, carros de paro con medicamentos vencidos, inapropiada programación del ventilador, entre otros.
- ✓ Reacciones por transfusiones sanguíneas equivocadas.
- ✓ Faltas en la adherencia a órdenes médicas (suministro de dietas diferentes de las ordenadas).
- ✓ Factor ambiental (trauma mecánico caída de cama y daño en la piel).

Los eventos adversos pueden deberse a errores humanos o de sistemas, en el primero, “es originado por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga y/o insatisfacción laboral y negligencia” (37). El cuanto al segundo criterio, se refiere al talento humano susceptible de cometer errores, a pesar de estar en la organización de más alta calidad; por lo tanto, es importante generar mecanismos de defensa para prevenir errores (37).

Para evitar esos errores humanos o incidentes inesperados que no son deseados, y que desencadenan faltas graves, se requiere de acciones que velen por la formación de los profesionales de salud, en aras de aumentar la seguridad de los pacientes (37).

En ese orden de ideas, es necesaria la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. El diseño de estas barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual el Ministerio de Salud recomienda la utilización del protocolo de Londres (23).

#### **4.2.2 Modelo organizacional de causalidad de eventos adversos**

Dentro de los métodos de análisis en la detección de las causas reales de los eventos adversos, el protocolo de Londres desarrollado para el sector sanitario por Taylor-Adams y Vincent, desde un enfoque sistemático, multicausal, “mira el proceso de atención para hallar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error” (12).

Surge como una propuesta de análisis de incidentes basado en el modelo organizacional de James Reason, donde actos inseguros que generan un incidente son vistos más como una consecuencia que como causa (41).

Siendo así, se consolida como una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”, y se constituye como una guía práctica para todos los agentes del sistema de salud interesados en el tema (33); siendo así, el protocolo de Londres, como se muestra en la gráfica 1. El modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos (42) permite identificar los principales problemas y factores contribuyentes relacionados a la ocurrencia de los incidentes (41).

**Figura 1.** Modelo organizacional de causalidad de eventos sucesos adversos.



Dentro del anterior modelo, se define los elementos claves a tener en cuenta en la investigación y análisis de los eventos adversos, entre ellos se encuentra:

**Organización y gerencia:** Referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo (23).

**Contexto institucional:** Referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de las administradoras de recursos, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad, etcétera (23)

Así mismo, los factores contributivos que predisponen una acción insegura (falla activa), de acuerdo al Protocolo de Londres, son (23):

**Paciente:** En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Factores propios del paciente como son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, pueden interferir en la comunicación adecuada con los prestadores, lo cual puede afectar la calidad de atención (23).

**Tarea y tecnología:** Toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas (23).

**Individuo:** El equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etcétera) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica (23).

**Equipo de trabajo:** Todas las conductas del equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etcétera) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo, falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros) (23)

**Ambiente:** Referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral, deficiencias en infraestructura (23).

Para la implementación exitosa del protocolo de Londres se ha recomendado que en lo posible, se aleje de la evaluación del desempeño individual y no genere procesos disciplinarios, ni punitivos directamente hacia el personal en salud (12).

Es así que, para construir una seguridad del paciente efectiva, se requiere de una cultura de seguridad del paciente. Vecina y Gimena (15) indican que, es necesaria una atmósfera de confianza mutua con el talento en salud, que les permita exponer libremente sobre los problemas de seguridad hallados, y que los efectos adversos se valoren de modo imparcial, de esta manera se realicen las acciones para la mejora; para ello se precisa de un liderazgo que conduzca a equipos de personas motivadas.

De allí que radica la importancia de un liderazgo efectivo, esencial para el correcto funcionamiento del trabajo, los equipos y la consecución de los objetivos (22), que para este caso, estén alineados hacia la seguridad del paciente.

### 4.3 Liderazgo

De acuerdo a Andersen citado por García *et al* (43), el liderazgo es la manera en la que se gestionan los intereses y actividades laborales de un grupo de personas, de esta manera, encaminar la intención y las operaciones hacia un determinado fin, conocido como objetivos corporativos, lo que será la base para los procesos de toma de decisiones.

El *líder* al interior de la organización, según lo expuesto por Rossel en el 2006 citado por García, *et al* (43), permanentemente está marcando la dirección hacia la cual debe dirigirse; así mismo, un líder debe caracterizarse por ser creativo y dirigir al grupo hacia las metas establecidas, por lo que debe saber motivar, promover, orientar y relacionarse con las personas; además, deben ser capaces de definir, proponer y hacer lograr las tareas y objetivos clave (43). En ese orden de ideas, “Un verdadero líder es aquel cuya acción, forma de actuar, conducta, ética, representa la imagen misma de la empresa” (43).

En complementación, Muñoz (17), en su investigación, considera al líder como la persona que influye sobre el comportamiento de sus seguidores; mediando y moldeando en el actuar de los trabajadores. Involucra la motivación y entusiasmo, que facilitan el máximo desarrollo y desempeño para lograr la excelencia de la organización. Considerándose líderes exitosos, cuando haya alcanzado un balance entre el alcance de las metas organizacionales y el bienestar personal de cada seguidor o colaborador (17).

Por otro lado, no se puede omitir que el liderazgo, surge de un fenómeno social complejo, por lo tanto, se ven influenciados por la *cultura* y el contexto en el que se desarrollan (44); en tal sentido, “que alguien sea considerado como líder depende de que los otros lo perciban como tal, y dicha consideración, a su vez, responde al sistema de creencias compartidas por una determinada sociedad, esto es, de su cultura” (44).

Lo anterior es concebido, a través de la *teoría implícita de liderazgo*, la cual expone la influencia de la cultura de las personas en la organización, respecto a lo que puede

ser considerado un liderazgo efectivo (44). En ese sentido, “los prototipos de liderazgo influyen en cómo las personas aceptan a los líderes y responden a su liderazgo” (44).

#### **4.3.1 Estilos de liderazgo**

La forma en cómo las personas impactan en sus ambientes de trabajo e influyen y direccionan a sus seguidores, es variada; puesto que los estilos del liderazgo son los resultados de la suma de comportamientos que muestran las personas que lideran una organización o un equipo de trabajo (45).

Debido a esta gran variedad de estilos, en el presente proyecto se mencionan solo aquellos que, a juicio de las autoras, tienen relevancia para el cumplimiento de los objetivos del presente trabajo de intervención.

El primero de ellos es el liderazgo carismático, este posee cinco cualidades: visión y articulación, sensibilidad al entorno, sensibilidad a las necesidades de los miembros, toma el riesgo de forma personal, desarrolla un comportamiento poco convencional (46). Muñoz en el 2019, lo identifica como un estilo antecesor al liderazgo transformacional, ya que lo más importante para este tipo de líder es ser capaz de inspirar entusiasmo y demostrar mucha energía al conducir al equipo. En este sentido, los líderes de conducta carismática tienden a creer más en sí mismos que en sus colaboradores y equipos y esto sin lugar a duda puede generar inconvenientes en el ambiente laboral (47).

En cuanto al liderazgo natural o informal, surge de forma espontánea con la finalidad de mejorar y enfocar el esfuerzo y cualidades del grupo (48). Se basa en la influencia de la persona con el resto de su grupo y está libre de darse en cualquier miembro del grupo; es decir, no se encuentra ligado a rol formal o puesto de trabajo dentro de la organización, sino por el contrario, es desarrollado por cualquier miembro del grupo (49). Se caracteriza por cuatro cualidades: emotividad, predisposición natural, influencia sobre el grupo y ser un predictor en sus conocimientos (50).

Por el contrario, Robbins (51), aclara que en las organizaciones están presentes estructuras de autoridad que precisan quién toma las decisiones y en cuáles de estas los individuos o grupos tienen el poder de actuar. Esta estructura por lo general define

quién es el líder formal del grupo. Por tanto, aunque un grupo puede ser dirigido informalmente por un individuo determinado, el líder formal o dirigente, tiene una autoridad de la que carecen los otros miembros del grupo.

Es así que, se encuentra ligado al liderazgo burocrático propuesto por Weber. Para este autor, todo cargo está bajo el control y supervisión de un superior, y cada seguidor por su parte será el responsable ante su superior jerárquico de sus acciones y de las decisiones que toma, además de las acciones y decisiones de su equipo. Todo está principalmente regido por un sistema de normas y reglas técnicas y en este caso el liderazgo vela por la correcta aplicación de estas reglas (19).

Por último el liderazgo democrático, también conocido como participativo, es un estilo que permite crear mayor compromiso con la organización pues se centra en los seguidores involucrándolos en la toma de decisiones, delegando autoridad y utilizando la retroalimentación como un medio para dirigir y corregir errores (52). Comparte el control, toma las decisiones en conjunto con el equipo, delega funciones y otorga confianza al equipo.

Hasta este momento, se han descrito solo algunos de los estilos más mencionados en la literatura sobre el liderazgo, cuyo estudio y teorización han desencadenado teorías que buscaron en su momento responder a las necesidades de las organizaciones frente a las realidades observadas; por lo que el análisis de las teorías termina siendo recorrido histórico de la evolución de la administración (53) (54), que se desplegará a continuación para una mayor comprensión del surgimiento y conceptualización del liderazgo transformacional.

#### **4.3.2 Teorías de liderazgo**

A lo largo de la historia, han existido diferentes propuestas que han intentado identificar la relación que se forja entre el líder y sus seguidores (43), las cuales se han centrado en características de personalidad y conductas del líder; sin embargo, han surgido nuevos enfoques que tienen en cuenta aspectos relacionados con la transformación de los individuos y las organizaciones, la autenticidad, los aspectos morales y las conductas positivas (55).



En general, los modelos de liderazgo se pueden resumir en, teorías clásicas, conductuales o del comportamiento, contingencia y situacionales, y al modelo de liderazgo de rango completo, incluido entre las teorías emergentes, que plantea tres estilos de liderazgo predominantes: transformacional, transaccional y el Pasivo o Laissez-Faire (55).

A continuación se exponen los principales modelos de las diferentes corrientes de liderazgo, las cuales han sido base fundamental en el desarrollo del liderazgo transformacional (43).

#### 4.3.2.1 *Teorías Clásicas*

Una de los primeros enfoques, tuvo lugar durante los inicios del siglo XX, los estudios sobre liderazgo estaban basados en el estudio de los líderes que sobresalieron en la historia, de esta manera identificaron una serie de cualidades distintivas en este grupo de personas, lo que se le conoció como "*Teoría del gran hombre*", hallando dentro de las características que determinarían la capacidad para ejercer el liderazgo: la energía, determinación, asertividad e inteligencia (43).

Desde otro punto de vista, estas características para otros autores como Dessler en el año 1979 citado por García, et al (43), señala que en realidad son rasgos de la personalidad, y la cataloga dentro de las denominadas "*Teorías de los rasgos*", la cual halla una serie de rasgos en común: honradez, integridad, entre otros, asociados en los líderes exitosos (56).

#### 4.3.2.2 *Teoría del comportamiento*

En años siguientes, Lewin, Lippitt y White en 1939, expresan en su propuesta, la existencia de diferentes tipos de comportamientos de los líderes, como lo son el autoritario-explotador, autoritario-benévolo, consultivo y participativo; los cuales pueden influenciar en el éxito o no del liderazgo y su relación con los seguidores (56).

No es hasta el año de 1945, cuando en los estudios de las universidades de Ohio y Michigan, que identifica dos vertientes básicas en el análisis del desempeño de las

funciones del líder: hacia la tarea y hacia las personas o relacional, lo cual dio origen al enfoque del liderazgo por comportamientos. (43).

Este enfoque permitió que las corrientes teóricas de esa época se reorientan hacia los llamados *estilos de liderazgo*. De allí surgieron modelos como el *Managerial Grid de Blake y Mouton en 1964*, el cual consiste en la ejecución de una matriz numérica para relacionar los diferentes estilos de liderazgo (*Task Management, Country Club Management, Impoverished Management, Team Management*) (43). "El comportamiento de una persona evaluaba por medio de dos escalas, una donde se mostraba su grado de interés por las personas y otra donde se mostraba su interés por la producción".

Por último, el Modelo de Contingencia de Fiedler en 1967 surge como una fase transitoria entre el enfoque por comportamiento y situacional, el cual afirmaba que no era el comportamiento sino las diferentes situaciones las que afectaban el estilo de liderazgo. (43).

#### 4.3.2.3 Teoría Situacional

Otra de las teorías más destacada, se trata de la Situacional o Contingente, en esta teoría, no existe un estilo único de liderazgo, ya que este dependerá del contexto en el que se encuentra el líder (56).

Uno de sus mayores exponentes, Bill Reddin en 1971, desarrolló un primer método que permitió medir las *demandas situacionales*; a partir de las dos dimensiones del liderazgo por comportamientos y una tercera en adición: efectividad; resultado de utilizar el estilo de liderazgo adecuado para una situación determinada. De esta manera, Reddin identificó cuatro estilos principales de liderazgo que representó en una matriz que posee dos planos: uno, sobre el cual situó los estilos de alta efectividad (Promotor, Ejecutivo, Burócrata y Autócrata Benévolo) y un segundo, en el lado opuesto, en el cual ubicó cuatro estilos que denominó de baja efectividad (Misionero, Desertor, Autócrata y de Transacción) (43).

Posteriormente a finales del Siglo XX, Kotze, siguiendo la línea de su predecesor, consideró que "los líderes no debían medirse por sus competencias, talentos o

actitudes, ya que una persona puede no mostrar todo su potencial en un entorno desmotivante” (43); lo que lo condujo a indicar la existencia de un tercer grupo de comportamientos que consumían mucha energía y tiempo, con resultados negativos para la organización, a los que denominó *comportamientos de pérdida de energía* (43).

Así mismo, este autor concluyó que los comportamientos observados dentro de un contexto laboral, no necesariamente se reflejaban fuera de este; es decir, “esos comportamientos no eran propios de la personalidad, sino que se producían como consecuencia de factores externos que a su vez producían sentimientos de frustración, ansiedad, incertidumbre, amenaza e indefensión” (43).

La investigación de Kotse es uno de los más importantes de esta teoría ya que “involucró al campo del estudio del liderazgo nuevas variables que afectan la actuación del líder, tales como el nivel de eficacia de la organización, su actitud hacia la innovación, el clima de la organización, los problemas interpersonales e interdepartamentales” (43).

Respecto a los enfoques emergentes del liderazgo, en el siguiente apartado se describen los fundamentos del Modelo de Liderazgo de Rango completo, que cobra relevancia para este proyecto al estar asociado al liderazgo transformacional:

#### **4.4 Modelo de Liderazgo de Rango Completo**

Dentro de las teorías emergentes, surge el *Modelo de liderazgo de rango completo*, (*Full Range Leadership –FRL*) desarrollada por Bernard Bass, doctor en Psicología Industrial, quien ha orientado sus estudios en la comprensión de los fenómenos organizacionales, especialmente en el comportamiento humano dentro de las organizaciones, y en el año 1985 a través de su libro *Leadership and Performance Beyond Expectation*, desarrolla un modelo de liderazgo transformacional, el cual se origina desde los conceptos fundamentales que Burns propuso en 1978, en su estudio sobre liderazgo político, en el que identificó dos tipos de liderazgo, el primero *Transaccional*, que consiste en un sistema de intercambios para un aumento en la productividad a cambio de recompensas; y un segundo liderazgo *transformacional*, en

el que el líder motiva y estimula a sus empleados en el logro de resultados (43) (56) (57).

A partir de los conceptos de Burns, Bass en su modelo, integra un tercer estilo de liderazgo, denominado *pasivo o no liderazgo*, en el que el líder prefiere no involucrarse o tomar decisiones sobre temas importantes. La gestión pasiva por excepción es dar, sistemáticamente, una respuesta pasiva y reactiva a situaciones y problemas (58).

El modelo Bass, que posteriormente perfeccionaría junto a Avolio, desarrolla una nueva teoría que parte del planteamiento de que un líder transformacional se mide en términos de su influencia sobre los seguidores, en la manera como transforma y motiva a estos por medio la influencia ejercida en sus interrelaciones con los miembros del grupo, se comprometen con el logro de la misión de la organización, dejando de lado sus intereses particulares, para enfocarse en los intereses del colectivo, aun cuando no tenga satisfechas sus necesidades vitales (43) (57).

Bass expone que un líder alterna en el ejercicio diferentes tipos de liderazgo, de acuerdo a las circunstancias y demandas específicas del entorno donde se desenvuelve; como del personal mismo; combinando el estilo de liderazgo transaccional con el transformacional (57).

Esta teoría ha calado entre los académicos de distintas áreas, que se ha estudiado en distintas ocasiones cuáles de los enfoques de liderazgos propuestos por esta, es más efectivo. Puesto que el presente proyecto de intervención se desarrolla teniendo como una de las principales variables el liderazgo transformacional, se hace necesario desarrollar dicho enfoque que se expone a continuación:

#### **4.4.1 Liderazgo Transformacional**

A partir de las investigaciones durante las últimas décadas, la definición de liderazgo transformacional, es el resultado de la integración de las diferentes características desde las teorías clásicas hasta una perspectiva integral del liderazgo, con una visión mucho más profunda en el papel que debe desempeñar un líder en las organizaciones modernas en la consecución de objetivos estratégicos (43) (56).

Como lo señala Bass, el liderazgo transformacional “ocurre cuando los líderes amplían y elevan los intereses de sus empleados, generando conciencia y aceptación de los propósitos y misión del grupo; incitando a sus empleados a mirar más allá de su propio interés por el bien del grupo” (59), y logren comprometerse de manera genuina y duradera con el valor colectivo que cada una de sus acciones tienen dentro de la visión que es capaz de transmitir al grupo (60).

De acuerdo a otros autores como Lussier y Achua citado por García et al (43) "los líderes transformacionales, buscan transformar o cambiar los valores, creencias y actitudes básicas de los seguidores, de manera que estén dispuestos a desempeñarse más allá de los niveles mínimos especificados por la organización". En complementación Daft expone que "los líderes transformacionales son capaces de emprender los cambios en la visión, la estrategia y la cultura de la organización y también de propiciar innovaciones en los productos y las tecnologías" (43).

Es una forma de liderazgo que sucede cuando los líderes aumentan el interés de aquellos a quienes lideran, generando una mayor confianza de los seguidores, para actuar moralmente, motivar a sus seguidores a ir más allá del interés individual por el bien del grupo, involucrando a cada persona en un verdadero compromiso (17) (61).

La relación líder-seguidor, estará caracterizada por ser carismática, de tal forma que los seguidores se identifican y desean emular al líder, inspiran a su equipo, a través de desafíos y persuasión, entregándoles significado y entendimiento (62). Lo anterior, sigue la misma línea de Bass y Avolio (1994), al identificar que los líderes transformacionales logran los resultados cuando son carismáticos a los ojos de los seguidores y son una fuente de inspiración para ellos; pueden tratar individualmente a los subordinados para satisfacer sus necesidades y pueden estimularlos intelectualmente (43).

En síntesis, esta clase de líderes, son individualmente considerados, es decir, prestan mucha atención a las diferencias entre sus empleados y actúan como mentores para aquellos que necesitan ayuda para crecer y desarrollarse (59), estimulan el diálogo entre para generar conciencia en los empleados y un compromiso individual que emerge a partir de la inspiración y la motivación, bajo la visión de un equipo que ve al

líder como un ejemplo a seguir ya que este valora el talento humano y promueve tanto el desarrollo organizacional como individual bajo una visión cooperativa de un meta en común (57).

En cuanto a los componentes del Liderazgo Transformacional, Bass (59) en el artículo “*From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision*”, y más tarde en su estudio realizado con Avolio en 1994, de acuerdo a resultados de una serie de encuestas y pruebas clínicas de estudios de caso, presenta una serie de características distintivas en los líderes transformacionales que representan los cuatro componentes básicos del liderazgo: carisma o influencia idealizada, estimulación intelectual, consideración individualizada y motivación inspiracional, los cuales se describen a continuación (43):

#### 4.4.1.1 *Carisma o influencia idealizada (II)*

Hace alusión a la capacidad que tienen ciertas personas para generar confianza y credibilidad en sus seguidores, ya que estos se ven identificados en los valores e ideales de su líder (63). Estos líderes proporcionan un sentido de propósito claro, una visión de futuro articulada, y un modelo de rol para la conducta ética, con los cuales identificarse, y es capaz de infundir orgullo, ganando respeto y confianza en el equipo de trabajo; sirviendo como modelos a seguir, al demostrar altos valores y comportamientos positivos (59) (61) (62).

Se comportan de tal manera que son tomados como modelos por sus seguidores; son admirados, respetados y se confía en ellos (64). “Es un factor importante para los líderes, ya que podrán obtener tanta influencia sobre sus seguidores, que a la hora de solicitar un esfuerzo extra, estos van a estar dispuestos a realizarlo, sosteniendo niveles óptimos de desarrollo y desempeño” (43).

Dicho componente se puede hallar en sus dos dimensiones: atributo y comportamiento:

**Influencia Idealizada Conductual (IIC):** el líder muestra conductas consistentes, que sirven como modelos de rol para los seguidores o colegas, demostrando

consideración por las necesidades de los otros por sobre sus propias necesidades, de igual manera, transmite valores acordes con sus acciones, promoviendo la importancia de una misión colectiva (62) (65).

**Influencia Idealizada Atribuida (IIA):** el líder es respetado, admirado y tiene la confianza de sus subordinados (62). Siendo modelo de identificación, el líder es capaz de influir en los seguidores “inspirándoles orgullo, respeto y promoviendo una profunda identificación, al ser tomado por sus seguidores como un modelo a seguir” (65).

La influencia idealizada se ve reflejada en los componentes que un líder debe desarrollar para este factor. Como se indica a continuación, para lo que se ha tomado como referencia la investigación bibliográfica proporcionada por Cárdenas, et al (66) en el 2017:

- ✓ *Ser un modelo a seguir:* los líderes que adoptan un estilo transformacional deben desarrollar en sus colaboradores una confianza total, para que los miembros de su equipo adquieran como propia la visión de la institución y de esta manera se logre mejores resultados (66).
- ✓ *Infundir confianza:* el líder debe ser consistente con lo que predica y hace, de esta manera fortalecer la confianza del equipo (66).

#### 4.4.1.2 Motivación inspiracional (MI):

En el segundo componente, los líderes inspiran a los seguidores a través del desarrollo y la comunicación de una visión en común, atractiva e inspiradora para los seguidores, generando un compromiso organizacional, al persuadir con entusiasmo y optimismo a que esta visión sea posible (65). Para ello, los líderes requieren de excelentes habilidades comunicativas que le permitan articular su visión con precisión y expresar sus propósitos importantes de forma clara para la comprensión de su equipo (43) (59) (61).

Cuando un líder logra articular una meta que es compartida por todos miembros del equipo genera una dirección que permite enfocar las energías de todos hacia un aprendizaje dinámico (63).

El líder motiva e inspira a sus seguidores, fomenta el espíritu de grupo y genera expectativas de futuro (64), obteniendo como resultados asociados a este factor de liderazgo, seguidores involucrados y comprometidos en un proyecto compartido, altos niveles de actividad, fuerte autoconfianza, determinación, sentido y pasión por la misión y mensajes positivos de metas alcanzables (43) (65).

En ese orden de ideas, Cárdenas, et al. (66), sintetiza los aspectos que un líder transformacional logre una motivación inspiracional:

- ✓ *Trasmitir expectativas:* los líderes transformacionales expresan de manera clara y propositiva las metas u objetivos a cumplir, de manera entusiasta e inspiracional, de manera que despierte en sus seguidores el espíritu de equipo, a mediante la construcción de confianza y la inspiración por alcanzar la meta trazada (66).
- ✓ *Motivar:* la motivación es un elemento importante para el desarrollo de las actividades y el rendimiento de estas; por tanto, el líder debe trabajar de manera consiente para que la ejecución de las tareas resulten interesantes y les proporcionen satisfacción a el equipo (66).

#### 4.4.1.3 Estimulación intelectual (EI)

“Representa a un líder que potencia la creatividad e innovación en los seguidores, lo cual se logra mediante el cuestionamiento constante por parte del líder y de los seguidores de suposiciones y problemas” (65). De igual manera, estimulan el pensamiento racional en los seguidores, la resolución de problemas y sobre cómo se pueden lograr las metas (59) (61) (63), a partir de la generación de nuevos interrogantes y la formulación de viejos problemas en nuevos términos (64).



En este escenario, el líder dirige al subordinado a cuestionar sus conceptos y creencias para ver las dificultades desde otro ángulo y lograr encontrar soluciones novedosas desde diferentes perspectivas, al proporcionar herramientas innovadoras para la solución de conflictos (59) (61) (63). Cabe resaltar que no se critican los errores individuales ni las ideas que difieran. (64)

Bass citado por García *et al* (43) identifica las siguientes características de la estimulación intelectual:

- ✓ Reformulaciones: la estimulación intelectual puede hacer que el equipo de seguidores salga de sus rutinas conceptuales, impulsándolos a reformular los problemas que requieren ser solucionados. Es decir, induciendo al pensamiento crítico en búsqueda de analogías, casos y ejemplos (66).
- ✓ Inteligencia: el líder debe tener habilidades intelectuales superiores a las del grupo, pero a su vez este nivel intelectual debe estar acompañado de flexibilidad y creatividad de pensamiento.
- ✓ Símbolos e imágenes: el líder transformacional ofrece a la empresa la creación, interpretación y elaboración de símbolos e imágenes que contribuyan a la solución de problemas.

Sumado a lo anterior, Cárdenas, et al. (66) propone:

- ✓ Promover aprendizaje: el líder debe generar espacios de aprendizaje continuo por medio de comentarios y revisiones constructivas que funcionen como integradores del proceso personal.
- ✓ Empoderar: el líder induzca en su equipo a la autonomía y corresponsabilidad para la toma de decisiones.

De acuerdo a Bass (59), la estimulación intelectual también debe ser nutrida y cultivada como una forma de vida en la organización; los seguidores deben ser nutridos y alentados; de igual manera. Con la innovación y la creatividad deben fomentarse en todos los niveles de la empresa.

#### 4.4.1.4 Consideración individualizada (CI)

“Representa el trato del líder hacia cada uno de sus seguidores de manera individual única y particular, identificando sus necesidades particulares de apoyo y desarrollo” (65), para ellos prestan especial atención a escuchar las necesidades de cada integrante del equipo, de tal forma que puedan responder a los requerimientos y preocupaciones de sus seguidores, desarrollar sus fortalezas, y aprender de sus logros y fracasos. Brinda atención personalizada a cada empleado, reconociendo las diferencias particulares de cada seguidor como un ser individual (59) (61) (63). Lo anterior, les otorga una función orientadora, que llega incluso a convertirse en un asesor y *coach* para su equipo (64).

De acuerdo a Bass (1985) citado por García *et al* (43) la consideración individualizada encierra los siguientes tópicos:

- ✓ *Comunicación informal personalizada:* el líder ve al individuo como persona, mas no como empleado. Recuerda las conversaciones anteriores y está consciente de las preocupaciones de cada uno de los miembros de su equipo. Al respecto, Cárdenas, et al (66), agrega que una comunicación abierta, es indispensable para asegurar que las nuevas ideas se compartan rápidamente y que se brinde un reconocimiento directo al equipo, motivándolo y fomentando la proactividad. Pucheu JA. Citado por Cárdenas (66) resalta que, dentro de la comunicación, el líder también debe “facilitar la escucha para controlar estados emocionales disruptivos”.
- ✓ Información a los seguidores: gracias a la tarea del líder, el seguidor está completamente informado de lo que sucede en su entorno.
- ✓ Diferenciación de los seguidores: distingue las necesidades, motivaciones y deseos peculiares de sus seguidores, además descifra cómo conjugar estas para utilizarlas efectivamente.
- ✓ Consejo a los seguidores: el líder es una persona capaz de ayudar a sus seguidores en sus problemas personales y laborales utilizando una escucha activa y efectiva, caracterizada por compartir experiencias personales con sus

empleados, dar consejo, sugerir otras alternativas y permitir a través de preguntas que estos puedan llegar a generar alternativas propias.

En adición, Cárdenas et al (66) y Calle (67) también proponen estas características a ser tenidas en cuenta para este factor:

- ✓ Toma de decisiones con el equipo: una característica esencial del líder es la capacidad de gestión y de tomar decisiones estratégicas que permitan traducir la visión, los objetivos y las metas, en acciones y resultados (66).
- ✓ Orientación: “El líder debe orientar para corregir deficiencias y promover el desarrollo de su equipo y monitorear de forma regular para sostener los cambios positivos y corregir los elementos negativos” (67).

Otra serie de habilidades del liderazgo transformacional, es que el líder debe buscar ser una persona carismática, persuasiva y que genere oportunidades para la inclusión de nuevas ideas, que puedan despertar en el equipo el afecto y compromiso en el logro de las metas propuestas (66)

Es así que, los factores o dimensiones del liderazgo transformacional “dan como resultado un esfuerzo adicional de los trabajadores, más productividad, moral y satisfacción más altas, eficacia organizacional mayor, menor rotación, menos ausentismo y más adaptabilidad de la organización” (68).

Este estilo de liderazgo puede incrementarse sustancialmente mediante una organización adecuada y políticas de recursos humanos. (59). Lo anterior considerando que en todos los niveles de la organización el personal líder pueden ser capacitados para ser carismáticos tanto verbal y no verbal; en otras palabras, el liderazgo transformacional se puede aprender y debería ser objeto de formación y desarrollo gerencial. Investigaciones ha demostrado que los líderes de todos los niveles pueden entrenarse para ser carismáticos (59).

En síntesis, los líderes transformacionales motivan e inspiran a las personas equilibrando dos intereses: el grupal y el individual, por lo que es tan importante la definición del objetivo como los medios para lograrlo. Así pues, el líder

transformacional tiene éxito al cambiar la base motivacional del individuo sobre la cual opera, buscando elevar el deseo de logros, autorrealización y superación, fomentando el desarrollo del grupo y de la organización (57).

Esta nueva forma de dirección, favorece la habilidad colectiva de una institución para adaptarse, ser más flexible, poder resolver dificultades de una manera asertiva y mejorar la prestación de los servicios a los usuarios; generando cambios significativos en los colaboradores, lo cual permitirá trabajar en un buen clima organizacional, donde las personas aprenden a trascender sus propios intereses por el bienestar del grupo, la organización o comunidad; pero al mismo tiempo, aumenta las expectativas sobre sus propias habilidades (57). Siendo así, los líderes pueden llegar a ser más eficaces cuando usan de manera regular cada uno de los comportamientos transformacionales (68).

Dado el desarrollo de otros estilos de liderazgo, vale la pena proporcionar un acercamiento al liderazgo transaccional, que al igual al transformacional, hace parte del *Modelo de liderazgo de rango completo*, y como se ha mencionado anteriormente, el liderazgo transformacional, transaccional, descrito a continuación, pueden desarrollarse en una misma institución.

#### **4.4.2 Liderazgo transaccional**

Está basado en los modelos tradicionales y se fundamenta en el intercambio o transacción, es decir, en la relación costo-beneficio, en el que el líder ofrece incentivos, recompensas, a cambio de esfuerzo y lealtad, o sancionando a los trabajadores en función de su rendimiento (65). No va más allá de las tareas y se limita a mantener el flujo normal de las operaciones en la organización (58).

El liderazgo transaccional reconoce las necesidades y los deseos de los seguidores y explica cómo podrán satisfacer dichos requerimientos y deseos por medio de recompensas, siempre que los seguidores cumplan los objetivos o tareas que especifique el líder, lo que lleva a comportamientos asociados con transacciones constructivas, o bien correctivas, en las que los premios proporcionados por el líder estarían condicionados por el desempeño de los seguidores (65)(69).

En adición, Bass y Avolio, citado por Roza y Abaunza (64) y Barbosa (70), manifiestan que este tipo de líderes suelen premiar o, por el contrario, intervenir negativamente (sanción) en virtud de verificar si el rendimiento de los seguidores es acorde o no a lo esperado, fundamentando en comportamientos contingentes, basados en la claridad de las tareas que según sus resultados serán premiadas o castigados. En esa misma línea, autores como Lussier y Achua citados por García (43), explican que el liderazgo transaccional, "busca mantener la estabilidad, en lugar de promover el cambio en una organización, mediante intercambios económicos y sociales regulares con los que se logran objetivos específicos, tanto para los líderes como para los seguidores".

Daft en el 2006 al igual que Gutiérrez, citados por García (43), sintetizan este estilo de liderazgo, como el intercambio entre los líderes y sus seguidores, reconociendo las necesidades de los seguidores a cambio del cumplimiento de ciertos objetivos o tareas, por lo tanto este tipo de líder afecta la motivación del seguidor, al estar supeditado o un intercambio de premios.

El liderazgo transaccional contempla dos dimensiones, recompensa contingente y dirección por excepción (43), descritas a continuación:

#### *4.4.2.1 Recompensa contingente (RC)*

Se establece a partir de una relación recíproca de intercambios entre el líder y su equipo, para ello, es necesario que el líder identifique las necesidades de su equipo (64), de esta manera generar una transacción entre las necesidades del grupo y las de cada persona, estableciendo roles y responsabilidades, y lo que el equipo tiene que alcanzar para recibir una recompensa (material o no material), o bien evitar la sanción que se fije; de esta manera se obtiene un compromiso, que a la vez motive, y permita alcanzar altos niveles de desarrollo y desempeño (43) (65).

#### *4.4.2.2 Dirección por excepción*

“Es una transacción correctiva que tiende a ser más inefectiva que la recompensa contingente” (43). En este caso, “el líder interviene solamente cuando hay que hacer correcciones o cambios en las conductas de los seguidores, tienden a ser

intervenciones negativas y de crítica para que los objetivos no se desvíen de su curso” (64). Este componente puede presentarse en dos modalidades: activa o pasiva.

**Dirección por excepción activa (DPEA):** sucede cuando el líder interviene específicamente cuando ocurren fracasos, averías y/o desviaciones, ya que el líder se enfoca en las irregularidades o errores, llamando la atención cuando estos se producen. Hace constantemente un monitoreo activo ante los desvíos en los estándares, errores y equívocos en los seguidores asignados y toma las acciones correctivas que sean requeridas (43) (65).

**Dirección por excepción pasiva (DPEP):** está fundamentado por el tiempo o anticipación con el que el líder interviene ante la ocurrencia de errores o cuando los estándares no han sido alcanzados; a diferencia del activo (65), ya que en este implica que el líder esperará pasivamente la ocurrencia de desvíos, equivocaciones y errores, para después de eso tomar acciones correctivas (43).

A través de las dos dimensiones anteriores, el papel del líder transaccional, estaría más acorde con los modelos tradicionales de cambio planificado, en el que los líderes planean y generan las estrategias para garantizar el cumplimiento de los procesos que llevarán al resultado deseado que busca, primordialmente, a través de recompensas a sus empleados (43) (70). Bass citado por Roza y Abaunza (64) considera que, “los líderes transaccionales que tienden a presentar una actitud correctiva y orientada hacia los resultados son especialmente útiles en contextos más estables”.

Teniendo en cuenta los estilos de liderazgo desarrollados en el presente documento, vale la pena precisar que los comportamientos del liderazgo transaccional y del transformacional, no son excluyentes entre sí, y pueden presentarse simultáneamente en diferentes ambientes laborales sin afectar un estilo de liderazgo característico (70).

#### **4.4.3 *Laissez Faire o no liderazgo***

Dentro del modelo de Rango Completo de Liderazgo, también incluyen el liderazgo Laissez Faire, definida como un no liderazgo, similar al planteado por Lewin y Lippitt

en 1938 (65). En contraste con los anteriores estilos de este modelo, en el Laissez Faire, el líder evita constantemente todo tipo de influencia a sus subordinados, eludiendo su responsabilidad de supervisión, lo que desde otro punto, se puede ver como una mayor libertad para los miembros, y debido a que no interviene en actividades en las que se requiere con su equipo, refleja un bajo compromiso con la organización (17) (65), siendo este un efecto contraproducente cuando no hay liderazgo (62).

Este tipo de liderazgo, “se limita a proporcionar información sólo cuando los miembros de su organización se lo solicitan, no establece metas claras de trabajo y no ayuda a su grupo a tomar decisiones” (65). De acuerdo Pacsi et. al citado por Muñoz (17), se caracteriza por líderes inactivos, que evita tomar decisiones y no hace un seguimiento de supervisión responsable del proceso en ejecución; sin embargo, “es un líder que proporciona los materiales necesarios y deja hacer su trabajo a sus empleados como ellos mejor lo crean conveniente” (17).

Una vez descrito el Modelo de Rango Total y los estilos de liderazgo que pertenece a este, Bass trae a colación un símil con el mensaje del presidente Kennedy a los ciudadanos de Estados Unidos, con el fin de hacer más evidente la diferencia puntual entre liderazgo transaccional y transformacional, siendo esta: “el líder transformacional enfatiza lo que tú puedes hacer por tu país y el líder transaccional se centra en lo que tu país puede hacer por ti”(57).

Para medir el tipo de liderazgo dentro de una organización, Bernard Bass y Bruce Avolio en el año 1990, diseñan a partir del Modelo de Liderazgo de Rango Completo, un instrumento diagnóstico que evalúa el liderazgo a partir del comportamiento y características de los líderes y su efectividad en un grupo (71).

#### **5.3.4 Cuestionario Multifactorial De Liderazgo MLQ-5x**

El Cuestionario Multifactorial de Liderazgo 5x (versión abreviada) - Multifactor Leadership Questionnaire MLQ-5x, por sus siglas en inglés, fue diseñado por Así mismo, facilita el análisis del perfil de liderazgo, tanto de la organización como de los miembros que la integran, de esta manera, estimula que se realicen cambios para

mejorar su desempeño (72); y “puede emplearse en actividades tales como la selección de personas para programas de capacitación, promoción o transferencia de puestos de trabajos” (72).

Ha sido traducido a diferentes idiomas y actualmente es uno de los más empleados para este propósito, que incluye a investigadores del sector en salud a nivel mundial (17) (64). Existen dos versiones del mismo instrumento; la versión líder, que está orientada para que responda el propio jefe o líder (“autopercepción”) y la que responden los seguidores o el equipo (“visto por otros”) (71).

Con los resultados que se obtiene, el líder recibe una “retroalimentación de 360 grados”, al contemplar las fortalezas, así como los elementos que debe seguir desarrollando en su rol como líder de equipo (56). De acuerdo a Bass (59), en los resultados de su investigación, indica que cuando los empleados califican a sus líderes a través del MLQ, describen a los nuevos líderes empresariales como significativamente más transformacionales que los líderes establecidos.

La versión traducida al español fue realizada en Chile por Vega y Zavala en el 2004 del Multifactor Leadership Questionnaire, versión corta (MLQ-5X, Bass y Avolio, 1999), presenta una consistencia interna que oscila entre 0,63 y 0,92 para los distintos factores (44).

Por otro lado, en Colombia fue validado por Roza y Abaunza (71) en el 2010, al realizar una prueba de confiabilidad para la aplicación del cuestionario, obteniendo una consistencia interna del 0,84 (alfa de Cronbach) para su posterior aplicación en docentes de programas de Enfermería. Dicho instrumento ha sido usado en al menos dos estudios en el territorio nacional, uno de ellos aplicado a profesionales de enfermería (71) y el segundo, en jefes del área de Gestión Humana de empresas del sector de servicios (73) .

El cuestionario distingue 9 variables como se aprecia en la Tabla 1, que se encuentran organizadas y ordenadas de acuerdo al Modelo de Liderazgo de Rango Total de Bass y permite, a través de 36 ítems, realizar la medición de 3 estilos de liderazgo:



Transformacional, Transaccional, y el Laissez Faire, cuando no existe un liderazgo definido (71) (73).

**Tabla 1.** Variables del instrumento MLQ-5X

Estilo de liderazgo	Nro.	Variable
Liderazgo Transformacional	1	Influencia idealizada atribuida.
	2	Influencia idealizada conductual.
	3	Motivación Inspiracional.
	4	Estimulación Intelectual.
	5	Consideración Individualizada.
Liderazgo Transaccional	6	Recompensa contingente.
	7	Dirección por excepción activa.
	8	Dirección por excepción pasiva.
Liderazgo Laissez-Faire/ Evitador	9	Laissez-Faire

En cuanto al estilo Transformacional, se distingue las siguientes 5 variables: *influencia idealizada*, considerados como líderes carismáticos, con un alto grado de confianza e integridad, en el que se aprecia dos dimensiones (57), *atribuida*, cuando es admirado por el equipo, al punto de querer imitarlo y la *conductual*, similar a la anterior, pero referido a actividades en concreto (73); la siguiente variable, *motivación inspiracional*, el líder motiva a su equipo para conseguir un esfuerzo extra con la formulación de una visión (57), *estimulación intelectual*, el líder empodera a su equipo y los ayuda a cuestionar sus formas rutinarias de resolver problemas (62), y por último, *consideración individualizada*, el líder es empático y se centra en el entendimiento de las necesidades de cada miembro de su equipo, y los apoya para que desarrollen su potencial (62).

En cuanto a liderazgo Transaccional está compuesto por las siguientes tres variables: *Recompensa contingente*, el líder objetivos claros y recompensas variadas para el alcance de los mismos (57); *dirección por excepción activa*, el líder se enfoca en el monitoreo y constante y en los errores o fallas (62); por otro lado, en la *dirección por*

*excepción pasiva*, el líder se muestra pasivo, tomando acción correctiva solo después de que los errores o fallas han sucedido, y requieren su atención (62) .

En cuanto al Liderazgo Laissez-Faire/ Evitador, es la variable que caracteriza a la ausencia de liderazgo o cuando el líder que evita tomar acción y decidir sobre cualquier asunto (62).

Estas nueve variables se miden a través de las percepciones de actitudes y comportamientos exhibidos por el líder, y de sus efectos (también comportamientos y actitudes) en los seguidores (62).

Además, el MLQ-5x adiciona 3 variables de resultado, para ello se distingue 9 ítems, con reactivos que evalúan tres consecuencias organizacionales (efectos) que se han asociado al Liderazgo Transformacional: efectividad, satisfacción y esfuerzo extra (44) (62), descritas a continuación:

- ✓ **Efectividad:** “el líder optimiza recursos materiales y humanos del grupo obteniendo óptimos resultados al menor coste, promueve el logro de los objetivos y metas, representa su grupo en instancias superiores” (65).
- ✓ **Satisfacción** el líder responde a las expectativas y necesidades de su equipo, y en donde el buen clima organizacional se presta para el desarrollo de las actividades (62) (65).
- ✓ **Esfuerzo Extra:** el líder promueve un aumento de expectativas y fomenta la participación activa del equipo para alcanzar las metas del grupo y de la organización (62) (65).

El MLQ 5x, (Anexo 1 y 2) pretende evaluar actitudes y comportamientos relacionados con estilos de liderazgo que se han descrito en las anteriores variables, para ello el instrumento cuenta con un total de 45 ítems: 36 para los estilos de liderazgo y 9 de variables de resultados del liderazgo ejercido, estos ítems son afirmaciones o juicios frente a los cuales se pide la reacción de las personas a las cuales se les administra, evaluando de esta manera las variables anteriores (62), las cuales son calificadas

basándose en una escala de tipo Likert, para cada afirmación. De esta manera, se solicita a la persona que contesta el MLQ que externalice su reacción ante un ítem eligiendo uno de los cinco puntos de la siguiente escala (62):

Nunca: 0 puntos.

Rara vez: 1 punto.

A veces: 2 puntos.

A menudo: 3 puntos.

Frecuentemente, sino siempre: 4 puntos.

A cada opción se le ha asignado un valor numérico, de manera que el sujeto, al escoger una, obtiene una puntuación respecto de esa afirmación. Cada variable tiene una puntuación directa, lo que significa que, a mayor puntaje en ésta, mayor es la presencia de las conductas y actitudes que la caracterizan. Finalmente, la puntuación total se obtiene sumando todas las puntuaciones obtenidas con relación a las afirmaciones del instrumento, en base a las variables de más alto orden. (62). En la siguiente tabla se expresan las variables, la nomenclatura y los ítems que se requieren para su evaluación (71) (62):

**Tabla 2.** Estructura del Cuestionario Multifactor de Liderazgo MLQ-5X

<b>Variable</b>	<b>Nomenclatura</b>	<b>Ítems</b>
Influencia idealizada atribuida.	II (A)	10, 18, 21, 25
Influencia idealizada conductual.	II (C)	6, 14, 23, 34
Motivación Inspiracional.	MI	9, 13, 26, 36
Estimulación Intelectual.	EI	2, 8, 30, 32
Consideración Individualizada.	CI	15, 19, 29, 31
Recompensa contingente.	RC	1, 11, 16, 35
Dirección por excepción activa.	DPEA	4, 22, 24, 27
Dirección por excepción pasiva.	DPEP	3, 12, 17, 20
Laissez-Faire	LF	5, 7, 28, 33
Esfuerzo extra	EE	39, 42, 44
Efectividad	EF	37, 40, 43, 45
Satisfacción	SAT	38, 41

En cuanto al procesamiento de la información obtenida a través del cuestionario, “cada variable tiene una puntuación directa, lo que significa que, a mayor puntaje en ésta, mayor es la presencia de las características. Finalmente, la puntuación total se obtiene sumando todas las puntuaciones obtenidas con relación a las afirmaciones (45 ítems) del instrumento, con base a las variables de más alto orden” (71).

Ahora bien, con relación al desarrollo de este proyecto de intervención, es conveniente que se distinga el liderazgo como un fenómeno que ocurre al interior de las instituciones de salud, como se aprecia a continuación:

#### **4.5 Liderazgo en salud**

Los cambios a los que se enfrentan las organizaciones a nivel mundial, no son ajenos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que constantemente están expuestas a cambios asociados a los contextos sociales, demográficos, epidemiológicos, y tecnológicos en las cuales están insertas; en este sentido, el liderazgo representa un elemento clave para el crecimiento y la adaptación a los cambios (74).

Al respecto, la OMS citado por Veliz y Paravic, (74), indica que una limitante en los procesos de mejora continua para la atención en salud y en el logro de las metas de desarrollo, está asociada a una falta en la capacidad gerencial y del liderazgo. En ese sentido, hay investigaciones que han tratado de impulsar el estudio, la educación y la buena ejecución de los estilos de liderazgos en el área de la salud, entre ellos se destacan los que abogan por un liderazgo transformacional (74).

A partir del ejercicio de liderazgo transformacional se contribuye a la motivación del personal dentro de cada organización, no siendo ajena las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente en los servicios de urgencias donde el personal asistencial están continuamente expuesto a múltiples situaciones estresantes, que pueden afectar las decisiones clínicas y por consiguiente la calidad y productividad en la prestación de los servicios de salud, aumentando el índice de eventos adversos (50).

#### **4.5.1 Liderazgo en enfermería**

El rol de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado, implica la adquisición de competencias de liderazgo, relacionadas a la comunicación, intercambio de ideas, trabajo en equipo, la toma de decisiones y motivación; puesto que, deben dirigirse directamente al equipo en la realización del trabajo clínico, como parte de la prestación de servicios con calidad; además, estas competencias aportan a la construcción de entornos de trabajo saludables y al desarrollo colectivo de los profesionales de salud (74) (66).

Al respecto, en un estudio canadiense que contó con la participación del personal de enfermería que laboran el servicio de cuidados intensivos, McCutcheon, et al, citado por Boamah et al (75), encontraron relaciones importantes entre los comportamientos de liderazgo transformacional de los enfermeros y la satisfacción laboral. Destacando la importancia de liderazgo transformacional en la creación de entornos de trabajo que apoyan la práctica profesional de enfermería, y promueve mejores resultados en la atención de los pacientes.

Es así que, el rol de liderazgo está definido por los conocimientos y competencias adquiridos por el personal de enfermería, que les permite influir en los miembros de su equipo para el logro de objetivos comunes, a través de canales de comunicación efectiva y de esta manera garantizar la seguridad del paciente (22) (1). Con la finalidad que el profesional de enfermería pueda mejorar su papel de liderazgo en la asistencia sanitaria, el Instituto de Medicina (IOM) en el 2010 publicó *“El futuro de la enfermería: liderando el cambio, promoviendo la salud”* (22).

De acuerdo a Rozo y Abaunza (64), para formar profesionales de enfermería con características de líderes, se hace necesario promover el desarrollo de competencias y destrezas del pensamiento crítico, entre otras.

En la formación de competencias de liderazgo en el personal de enfermería, alineados a calidad en la atención, se debe instar a que el profesional desarrolle un comportamiento de seguridad en el marco de sus actividades asistenciales (22),

logrado a partir de estrategias que favorezcan el trabajo en equipo, la motivación, la comunicación, la delegación de actividades y la creatividad (74).

Xie, et al. (22) en la implementación del programa de liderazgo en seguridad del paciente para enfermeros supervisores, mejoró significativamente el comportamiento de seguridad del personal de enfermería clínico; en base a estos resultados, sugiere que los gerentes de hospitales, promuevan el comportamiento de liderazgo del profesional de enfermería, quienes a su vez, puedan fortalecer las bases teóricas, las habilidades y otras destrezas profesionales en su rol de líderes en seguridad del paciente.

#### **5.4.2. Liderazgo transformacional en la seguridad del paciente**

Las habilidades liderazgo que se asumen dentro de la organización tiene un papel fundamental en las prácticas y comportamientos de seguridad que se quieren alcanzar, puesto que, los líderes pueden influenciar a los seguidores en la consecución de las metas de seguridad, bajo las circunstancias en los que se encuentra la organización y los factores individuales (76).

Es en las investigaciones de Clarke y Ward en el 2006 citado por Martínez (76), demuestran que “el estilo de liderazgo posee un impacto significativo en la seguridad, y los líderes pueden fomentar la participación en la seguridad mediante una combinación de influencias tácticas”. De este modo, el liderazgo es capaz de influenciar positivamente en la actitud hacia la seguridad y la cultura de seguridad.

Dentro de los estilos de liderazgos existentes, Barling y Kelloway en el 2002, citado por Martínez (77), revelan la eficacia del *liderazgo transformacional*, como un estilo de supervisión para la seguridad, en la que los líderes con competencias en este estilo de liderazgo, está asociado al comportamiento de seguridad de los trabajadores del sector hospitalario; al respecto Xie et al (22), reconoce dentro de ese sector, la importancia de un rol de liderazgo del personal de enfermería en la responsabilidad en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Ahora bien, considerando que el liderazgo transformacional tiene como objetivo transformar a la persona percibida como líder y a sus seguidores, simultáneamente; facilita la creación de cambios positivos en los ambientes laborales. Dado el caso, para el sector asistencial en salud, este estilo de liderazgo es clave para crear entornos de trabajo en los que los enfermeros estén estructuralmente empoderadas y estos cambios positivos se vean reflejados en la seguridad del paciente, que es un elemento clave para garantizar una atención óptima al paciente (2) (75) .

Autores como Weng et al citado por Liukka (2) manifiestan que el liderazgo transformacional cobra importancia en el personal profesional de enfermería, al promover la innovación en el comportamiento positivo del personal de sus equipos y alentar al desarrollo de nuevas formas de trabajar o nuevas herramientas, que mejoran la seguridad del paciente.

Al ser los líderes transformacionales modelos a seguir para sus equipos, Marshall citado por Liukka et al. (2) expresa que los profesionales de enfermería deben predicar con el ejemplo, asumiendo activamente las cuestiones de seguridad del paciente; a través de acciones que les permita demostrar los objetivos que se han trazado y los valores para el personal.

Un componente clave en la gestión de la seguridad del paciente, es el reporte de incidentes y eventos adversos. Al respecto, Wong et al. en su estudio, citado por Liukka et al. (2) encontraron que el liderazgo transformacional estaba asociado a una menor mortalidad de pacientes, menores errores de medicación, menores tasas de neumonía e infecciones del tracto urinario y menos caídas de pacientes.

Se ha argumentado que para que se den estas mejoras en la seguridad del paciente, es necesario que el personal pueda aprender a partir de estos y prevenir la ocurrencia de eventos adversos, considerando que los líderes transformacionales tratan los errores como oportunidades para mejorar los procesos y fomentar la notificación de incidentes y eventos adversos (2)

Ahora bien, los autores Vaismoradi, Griffiths, et al. citados por Liukka et al. (2) han indicado que el desarrollo de las habilidades que integran la motivación inspiracional

(MI), factor del liderazgo transformacional, favorece la comprensión de los objetivos compartidos a través de demostraciones y símbolos; que pueden maximizar la capacidad del personal para aprender a partir de los eventos adversos.

Teniendo en cuenta lo anterior, hay una asociación entre el liderazgo transformacional mejora en seguridad de la atención; por lo que en ese orden de ideas, se establece una relación entre los elementos derivados de la seguridad del paciente y los factores del liderazgo transformacional, establecido por Liukka et al. (2):

Paciente en el centro como un principio de acción común: En las acciones que promueven la seguridad en la atención, es el paciente quien se encuentra en el centro de esta, lo que puede verse reflejada en la influencia idealizada, al establecimiento de los valores en el equipo. En el que el personal de enfermería debe estar comprometido a trabajar de una manera centrada en el paciente, promoviendo los intereses de los pacientes.

Reformar los modelos operativos para prevenir futuros eventos adversos: De igual forma, tras la notificación de un evento adverso, se debe enfatizar en la importancia de discutir los eventos adversos, para que el personal comprenda por qué ocurren estos errores, con el objetivo de asegurar que el personal de enfermería pueda identificar de antemano situaciones en las que podría ocurrir un evento. Es así como el personal de enfermería también muestra el factor de influencia idealizada, en su reconocimiento de la necesidad de pautas y reglas escritas para asegurar que todo el personal comprende cómo se debe realizar el trabajo y los intereses de los pacientes debe ser la principal prioridad.

El estímulo del personal de enfermería de discusión abierta y libre de culpas: Los profesionales de enfermería se ven a sí mismos como motivadores que animan al equipo, a reportar eventos adversos, y reconocen la importancia de discutir los eventos adversos. Lo anterior, se puede considerar como un ejemplo de motivación inspiracional, en el sentido de que el personal de enfermería aliente a sus equipos de trabajo al alcanzar sus metas.



Desafío para reconocer eventos adversos: La discusión acerca de los eventos adversos debe proporcionar la estimulación intelectual, factor del liderazgo transformacional. Tras la ocurrencia de un evento adverso, el personal de enfermería debe encontrar una nueva forma de trabajar para asegurarse de que no se repita, con ideas que resulten de la estimulación de un pensamiento creativo.

Por lo tanto, es necesario que el personal líder de enfermería facilite espacio para la discusión de eventos adversos en reuniones de equipo, lo que puede dar una oportunidad a la consideración individualizada, si las discusiones se llevan a cabo con regularidad y con una actitud positiva.

## 5. Marco normativo

En el 2008 el entonces Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”, posteriormente en marzo del 2010 fue aprobada a través de consulta pública como la Guía Técnica en Salud 001, este documento sirvió de base para desarrollar la “Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en Salud” documento que imparte recomendaciones técnicas que explica cómo realizar la operativización e implementación práctica de los lineamientos en los procesos asistenciales de los prestadores de servicios de salud (40).

El Decreto 780 de 2016 que compila las normas que reglamentan el sector de la salud, incluyendo las disposiciones para el adecuado funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOG, el cual lidera en Colombia la política de seguridad del paciente, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (33).

La Resolución 0256 del 2016 establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud agrupados de acuerdo con los dominios, en el de seguridad se describen todos los relacionados a eventos adversos obligando a los diferentes actores del sistema al reporte de estos.

En la Resolución 3100 de 2019, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, contempla como objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, para ello como criterio explícito para la evaluación de la calidad en cada uno de sus estándares verifican el análisis de los riesgos y la seguridad en la atención de los pacientes.

Actualmente, el Decreto 376 de 2022, establece los lineamientos del sistema de formación continua para el talento humano en salud, los cuales deben ser acatados por todos los actores del sistema de salud, incluyendo las Instituciones de Educación Superior que oferten programas académicos del área de salud, así como a los colegios

profesionales, gremios y sociedades científicas que ofrezcan capacitaciones. El decreto establece las directrices para diseñar los planes institucionales de formación continua y los lineamientos pedagógicos orientados a actualizar, complementar y profundizar, con enfoque de competencias, los conocimientos del talento humano en salud.

## 6. Marco contextual

### 6.1 Contexto internacional

En el estudio desarrollado en Turquía por Duygulu y Kublay (78) en el 2010, en su artículo *“Transformational leadership training programme for charge nurses”* (Programa de capacitación en liderazgo transformacional para enfermeras a cargo), describen la evaluación de los efectos de un programa de capacitación en liderazgo transformacional en las prácticas de liderazgo de las enfermeras a cargo de una unidad; considerando el papel de liderazgo transformacional de enfermería como vital para determinar y lograr los objetivos a largo plazo dentro de una institución en salud.

Para ello implementaron como evaluación el *“Leadership Practices Inventory (LPI)”* (inventario de prácticas de liderazgo). El programa de capacitación en liderazgo transformacional contó con estudios teóricos e individuales en cinco sesiones. De acuerdo con los resultados obtenidos, las prácticas de liderazgo aumentaron de manera estadísticamente significativa con la implementación del programa.

Un segundo estudio en Suecia, de los autores Richter, et al (79) en el 2010, tuvo como objetivo desarrollar y evaluar una intervención de liderazgo transformacional, basada en el *“Full Range Leadership Model”* (Modelo de Liderazgo de Rango Completo), el cual es el más empleado para la descripción de gamas de liderazgo; este modelo fue aplicado para el entrenamiento de gerentes en la formación del liderazgo, de esta manera, aumentar las habilidades de liderazgo en la atención médica. Concluyendo que los estudios en organizaciones sanitarias han demostrado liderazgo transformacional asociado con unos mejores resultados en la atención de los pacientes.

Otros estudios, como el programa de formación en liderazgo transformacional a entrenadores deportivos realizado en Alemania por Stewart (61) expone la combinación de diferentes métodos y fuentes para un programa de liderazgo transformacional, desde retroalimentación, capacitación, coaching hasta Coaching de equipos basado en pares – PTC. Lo anterior arrojó como parte de los resultados, que el liderazgo transformacional mejoró seis meses después de la capacitación.

Además de un proyecto de intervención, en el que los autores Xie, et al. (22), diseñaron e implementaron un programa de liderazgo en seguridad del paciente (PLSP) para enfermeras supervisoras, realizado en un hospital en China, con el objetivo de evaluar el impacto del PLSP sobre las enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas de la misma unidad de enfermería; a través de instrumentos que midieron el comportamiento seguro y el desgaste laboral. El resultado del Programa para las enfermeras supervisoras mejoró la autoeficacia y el comportamiento de liderazgo, promoviendo al mismo tiempo el comportamiento de seguridad y autoeficacia de las enfermeras clínicas y reduciendo su desgaste laboral.

## **6.2 Contexto nacional**

En el proyecto de intervención desarrollado en una empresa de Medellín, para la implementación de un programa de líderes, la autora Flórez (80), socializan en sus resultados los cambios que se evidencian en cuanto a la cercanía entre jefes y su personal, el aumento del sentido de pertenencia tanto de empleadores como de empleados, lo anterior conseguido a través de una serie de capacitaciones enmarcadas en el tema de liderazgo.

En un segundo estudio, Arévalo, et al. (81) proponen un modelo de liderazgo efectivo mediante un proceso de formación para desarrollar las capacidades y habilidades del nivel táctico, a través de la aplicación de una entrevista, identificaron las características de los líderes y el estilo de liderazgo que predominó, a partir de los resultados, desarrollaron un modelo de liderazgo basado en la formación de un líder transformacional por medio de un proceso de coaching

Los anteriores estudios, demuestran el diseño o implementación de modelos o programas de formación de liderazgo transformacional, que facilitaron la adquisición de competencias de este estilo de liderazgo en los grupos intervenidos, lo que a su vez permite la consecución de logros en las entidades u organizaciones donde se desarrollaron.

### 6.3 Marco local

El Hospital Universidad del Norte nace en 1997 como una respuesta a la necesidad de contar con un escenario de prácticas formativas para los programas de la División Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte, que al mismo tiempo pudiese brindar servicios de calidad a la comunidad vulnerable del área de influencia en Soledad y el Departamento del Atlántico.

Se encuentra ubicado en un punto estratégico entre los municipios de Barranquilla y Soledad, sobre la calle 30, autopista al Aeropuerto Internacional Ernesto Cortissoz. Actualmente presta servicios de salud de tercer nivel de complejidad en las unidades de unidad de cuidados intensivos adultos (14 camas), unidad de cuidados intensivos neonatales (10 camas), hospitalización adultos (70 camas), Urgencias (62 camas), Consulta externa con cerca de 40 especialidades, Apoyo diagnóstico, Centro de rehabilitación integral, Clínica odontológica, Unidad quirúrgica para cerca de 15 especialidades quirúrgica, Centro de entrenamiento internacional y Centro de investigación Clínica.

**Figura 2.** Foto Hospital Universidad del Norte\*



\*Nota: Tomada de Hospital Universidad del Norte, 2022. <https://www.uninorte.edu.co/web/hospital>

El Hospital Universidad del Norte en su plataforma estratégica describe su misión como: “somos un hospital con vocación académica que brinda servicio de salud enfocados en la seguridad y la humanización”. Describe en su visión: “En 2022 seremos reconocidos como Hospital Universitario, sostenible y modelo nacional en la prestación de servicio de salud”. En cuanto a sus valores institucionales se describen la Humanización, el Trabajo en equipo, la Seguridad, Compromiso con la excelencia y Ética y honestidad.

**Figura 3.** Modelo de atención Hospital Universidad del Norte\*



\*Nota: Tomada de Hospital Universidad del Norte, 2022. <https://www.uninorte.edu.co/web/hospital/politicas>

**Figura 4.** Mapa de procesos Hospital Universidad del Norte



\*Nota: Tomada de Hospital Universidad del Norte, 2022. <https://www.uninorte.edu.co/web/hospital/politicas>

La organización Hospital Universidad del Norte desde su direccionamiento manifiesta dentro de sus políticas el interés sentido con la gestión del talento humano, donde se comprometen con: *“atraer, elegir, desarrollar y retener seres humanos acordes con los valores y competencias institucionales, promoviendo ambientes sanos y seguros”* a través de los diferentes programas creados para tal fin.

En su modelo de gestión del talento humano, describe las competencias institucionales organizacionales y define el desarrollo de ellas, dentro de las que se encuentran: compromiso, gestión del conocimiento, orientación a las personas y a la excelencia, comunicación, trabajo en equipo, liderazgo, investigación y docencia.

Actualmente el talento humano por contrato laboral se encuentra conformado por 575 colaboradores, de los cuales el 35% pertenecen al departamento de enfermería, conformado por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería, quienes prestan su labor asistencial en los diferentes procesos misionales.

### **6.3.1 Proceso de urgencias**

El proceso de urgencias es la principal puerta de entrada a los diferentes servicios de salud que oferta el hospital, el perfil epidemiológico del 2021 muestra que se atendieron un total de 74,538 pacientes, representando el 63% de toda la población que ingresa a la institución. Su capacidad instalada está conformada por 7 consultorios médicos para la consulta inicial de urgencias: 1 para ginecoobstetricia, 2 para pediatría y 4 para atención de adultos; así mismo cuenta con salas de procedimientos menores, yesos, curación, y sala de reanimación con 4 camas para la atención de pacientes críticos, en el área de observación se encuentran 58 camas divididas en pabellones para hombres (18 camas), mujeres (18 camas), ginecobstetricia (14 camas) y pediatría (8 camas).

La gestión del cuidado de los pacientes dentro del proceso de urgencia está a cargo de 23 profesionales de enfermería, quienes lideran un equipo de 40 auxiliares de enfermería, convirtiéndose en el talento humano en salud con mayor presencia en esta área asistencial.



### **6.3.2 Política institucional de seguridad del paciente**

Una las políticas institucionales de gran relevancia para el planteamiento de nuestro problema, en su política de seguridad del paciente que describe como eje fundamental de su proceso de atención, comprometiéndose a: “identificar, vigilar y controlar los riesgos que pueden generar eventos adversos e incidentes mediante la implementación de prácticas seguras”, para ello su objetivo es incentivar, promover y gestionar practicas seguras, promocionar la cultura de seguridad y promover el mejoramiento continuo de sus procesos.

En el programa de seguridad del paciente: Hospital Seguro, el Hospital Universidad del Norte describe el conjunto de conceptos, políticas, estrategias y herramientas que se integran para reducir los riesgos y mejorar los resultados del paciente. Este documento describe a través de paquetes instruccionales las recomendaciones para que cada uno de los procesos institucionales sean seguros entre los cuales tenemos:

- ✓ Paquete instruccional 1 seguridad del paciente y atención segura.
- ✓ Paquete instruccional 2 evaluación de la frecuencia de eventos adversos y
- ✓ monitoreo de aspectos claves relacionados con seguridad del paciente.

Así mismo, describe paquetes para que los procesos asistenciales definen estrategias para la prevención de eventos adversos con la generación de guías de actuación clínica y las recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica y aumentar la efectividad de los cuidados prestados a pacientes con problemas de seguridad. Las guías son las siguientes:

- ✓ Paquete instruccional 1: detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud/ Higiene de manos.
- ✓ Paquete instruccional 2: mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos/uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos.
- ✓ Paquete instruccional 3: procesos para prevención y reducción de la frecuencia de caídas/ Guía de Prevención de Caídas.

- ✓ Paquete instruccional 4: Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos/ Estrategias para una Cirugía segura - Instructivo de mecanismos redundantes para pacientes prequirúrgicos.
- ✓ Paquete instruccional 5: Prevenir úlceras por presión/ Guía de Prevención de Escaras o Ulceras por Presión (UPP).
- ✓ Paquete instruccional 6: asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales/ identificación del paciente.
- ✓ Paquete instruccional 7: garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
- ✓ Paquete instruccional 8: reducir el riesgo de atención en pacientes cardiovasculares.
- ✓ Paquete instruccional 9: Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
- ✓ Paquete instruccional 10: Reducir el riesgo de atención del paciente crítico.
- ✓ Paquete instruccional 11: reducir en riesgo de atención en pacientes con enfermedad mental/ Prevención de Pérdida o Fuga de Pacientes.
- ✓ Paquete instruccional 12: prevención de la malnutrición y desnutrición.
- ✓ Paquete instruccional 13: garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.
- ✓ Paquete instruccional 14: Prevenir las complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.
- ✓ Paquete instruccional 15: Atención de urgencias en población pediátrica.
- ✓ Paquete instruccional 16: Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.

- ✓ Paquete instruccional 17: sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.

Además, define como debe ser la actuación de los diferentes profesionales, entre los que se contemplan la gestión y desarrollo de la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente.

En cuanto a la gestión de incidentes, indicios o eventos adversos, contempla las diferentes herramientas para identificar, analizar, medir y realizar las intervenciones, cuando esto ocurra. Para ello como parte del monitoreo los indicadores de adherencia al programa de seguridad del paciente nos muestran en detalle el impacto a nivel institucional de estos eventos.

Dentro de los indicadores asociados a eventos de seguridad se encuentra que en el consolidado del 2021, el total de reportes fue de 968, de los cuales los incidentes representaron el 43,7%, aquellos catalogados como no eventos un 33,2%, los eventos adversos no prevenibles un 13% y los eventos adversos prevenibles un 10,1%.

Los procesos asistenciales con mayor reporte de eventos de seguridad fueron urgencias y hospitalización con el 29% cada uno, seguido de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos con un 14%, Cirugía y maternidad con un 7%, consulta externa, laboratorio e imágenes con un 3% y por último la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con un 1%.

El proceso de urgencias quien concentra uno de los mayores porcentajes de reportes de eventos adversos llama especialmente la atención, al ser un servicio con tan alta demanda, según el perfil epidemiológico del Hospital Universidad Del Norte, se atendieron un total de 74,538 pacientes en esta área, representando el 63% de toda la población que ingresa a la institución.

Al analizar retrospectivamente 325 reportes de eventos de seguridad ocurridos en el proceso de urgencias entre julio de 2017 y abril de 2021, 210 análisis corresponden a eventos adversos e incidentes, de estos los eventos adversos prevenibles representaron el 53%, los no prevenibles un 31%, y aquellos catalogados como

incidentes un 16%. Teniendo en cuenta que los eventos adversos son multicausales, se realiza su análisis en estos 210 reportes, donde predominaron factores relacionados con fallas del individuo hasta en un 63%, fallas relacionadas con el trabajo en equipo 12% y por fallas relacionadas con en el ambiente institucional en un 11%.

## **7. Metodología**

### **7.1 Tipo de estudio**

El presente proyecto se desarrolló bajo una metodología de carácter mixto, por la necesidad de comprender la naturaleza compleja del problema, ya que está constituido por dos realidades, una objetiva y otra subjetiva (82). Brindado así una visión mucho más holística y confiable que si se utilizaran los métodos y técnicas de los modelos cualitativos y cuantitativos por separado.

Además del logro de una perspectiva más amplia del problema, el método mixto permite poder explorar y mostrar los datos de distintas formas, de esta manera, llegar a toda clase de público (82).

Teniendo en cuenta las clasificaciones creadas por Hernández, Fernández y Batista en su libro metodología de la investigación (83), se puede afirmar que la rama cualitativa de este trabajo responde a un diseño de investigación - acción, ya que se busca comprender a profundidad la situación, conocer detalladamente su contexto, diagnosticar y caracterizar un problema de orden práctico y proponer planes de acción que permitan que la institución alcance un nivel óptimo de funcionamiento y desarrollo.

Por su parte, la vertiente cuantitativa, se hace presente a través del uso de material estandarizado para analizar la situación actual de la institución respecto a las variables, en este caso la aplicación del instrumento MLQ 5X versión corta y su posterior análisis en el programa SPSS, sirvió como base para determinar el programa de intervención.

### **7.2 Universo**

El universo estuvo representado por personal de enfermería, que prestan sus servicios asistenciales en el proceso de urgencias, representada por 23 profesionales de enfermería y 40 auxiliares de enfermería. De estos, se escogió a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión estipulados para este proyecto.

**I. Criterios de inclusión:**

- ✓ Perfil profesional: enfermería y auxiliares de enfermería.
- ✓ Personal con más de seis (6) meses de antigüedad en el servicio de Urgencias
- ✓ Personal vinculado mediante contratación directa con la institución.

**II. Criterios de exclusión:**

- ✓ Todo personal técnico, tecnólogo, profesional y con postgrado distintos a enfermeros y auxiliares de enfermería.
- ✓ Todo personal con menos de seis (6) meses de antigüedad en el servicio de urgencias.

**7.3 Muestra**

Luego de aplicar los criterios de exclusión la muestra final del proyecto de intervención se conformó por 46 personas de las cuales 40 fueron de sexo femenino y 6 de sexo masculino, todos con una edad superior a 20 años. Estos sujetos diligenciaron el consentimiento informado, y respondieron el instrumento MLQ5X de manera presencial e individual, en la versión que se ajusta a cada perfil: la versión líder por enfermeros profesionales y la versión Equipo por auxiliares de enfermería.

**7.4 Operacionalización de variables****I. Variables independientes:**

- ✓ Liderazgo transformacional.
- ✓ Liderazgo transaccional.
- ✓ Liderazgo Laissez faire

**II. Variables dependientes:**

Las variables dependientes del presente proyecto fueron aquellas con las que se buscó establecer una relación directa con el liderazgo transformacional, entre estas se encontraron:

- ✓ Esfuerzo extra

- ✓ Efectividad
- ✓ Satisfacción.

### **7.5 Plan de recolección de datos**

Los datos recolectados para el presente estudio parten de fuentes primarias, ya que son la población objeto quienes brindarán la información relevante para el desarrollo de este. De igual manera, se recolectó de fuentes secundarias toda la información proveniente de los referentes bibliográficos, de papers y páginas oficiales de internet, entre otros.

Como primera parte del proyecto se realizó la aplicación del instrumento MLQ 5x a los participantes. El personal de enfermería que de manera voluntaria y consentida expresó su deseo de participar en el proyecto, realizó el diligenciamiento del instrumento de manera presencial, en la versión que se ajustaba a su perfil. Cada participante dispuso de un tiempo de 15 a 20 minutos para responder a los enunciados y al terminar se revisa el documento garantizando que los ítems estén debidamente diligenciados y evitar la pérdida de datos.

En la segunda parte del proyecto, se realizó una búsqueda de personal profesional capacitado para el apoyo en los talleres de formación, para ello se consideró que los perfiles, contarán con estudios en psicología de trabajo en organizaciones, y con experiencia en programas de formación y liderazgo transformacional.

Posteriormente, para la puesta en marcha de la fase inicial del programa institucional de formación en liderazgo transformacional diseñado, se adjuntó como evidencia de las sesiones realizadas: evaluaciones y registros fotográficos obtenidos en los encuentros (Anexo 3. Formato de evaluación institucional).

### **7.6 Plan de procesamiento de los datos**

Los datos obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados en la primera parte de la intervención fueron ingresados a una base de datos en Microsoft Excel 2016 y posteriormente al software estadístico IBM SPSS Statistics ® versión 27.

El análisis descriptivo univariado de las variables cualitativas se hizo utilizando distribuciones de frecuencia absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se evaluó la distribución de los datos con la prueba de Shapiro Wilk, y según el resultado se calculó el promedio y la desviación estándar para las que se distribuyeron normal, y la mediana y el rango intercuartil para las distribuciones no normales; sin embargo, en el documento se incluyeron los valores promedio, con el fin de poder hacer comparaciones con la literatura disponible, que contiene sólo el valor promedio.

Posteriormente, se procedió a un análisis bivariado, al cruzar dos variables cuantitativas (liderazgo transformacional y las variables de resultado: esfuerzo extra, efectividad y satisfacción), para ello se utilizó el coeficiente (Rho) de Spearman, debido a la distribución no normal de los datos, que se interpretó como positiva o negativa, y como débil, moderada o fuerte; considerando que:

Si valor  $p > 0.01$  existe una relación entre las dos variables, ya que al aumentar una de las variables también aumenta la otra,

Si valor  $p < 0.01$  se rechaza la existencia de una relación entre las dos variables, puesto que al aumentar una de las variables disminuye la otra.

De acuerdo a lo anterior, para los niveles de correlación se tuvo en cuenta la siguiente clasificación:

- ✓ Entre 0 y 0,10: correlación inexistente.
- ✓ Entre 0,11 y 0,29: correlación débil.
- ✓ Entre 0,30 y 0,50: correlación moderada.
- ✓ Entre 0,51 y 1,00: correlación fuerte.

## **7.7 Plan de presentación**

Los datos fueron recopilados mediante tablas y gráficos que permitieron la comparación y análisis de las diferentes variables, los cuales expresaron los objetivos de la intervención. Posterior a ello, se diseñó el programa institucional de formación de liderazgo transformacional de acuerdo con el análisis del informe de resultados del cuestionario MLQ 5X versión corta.



Para la segunda parte que es la implementación del programa institucional de formación, los datos se presentaron por medio de un informe, donde se describió el desarrollo de los contenidos planteados, además de las actividades y evaluaciones realizadas.

## **7.8 Aspectos éticos**

Para este proyecto de intervención se consideró como principio básico el respeto por el individuo, estipulado en la Declaración de Helsinki (76), por el derecho de los participantes a tomar decisiones una vez se les ha informado los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación, además, se pretende dar cumplimiento de los cuatro principios éticos que enmarcan toda intervención en salud: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, sumado la normatividad vigente en Colombia, Resolución 8430 de 1993 (77), en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se toman las siguientes precisiones:

### *I. En Consentimiento informado, confidencialidad y tratamiento de la información:*

cumplimiento de los artículos 15 y 20 de la Constitución Política de Colombia que versan sobre el derecho y protección de la información, y atendiendo los postulados de la Ley 1581 de 2012 por medio de la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Se utilizó un consentimiento informado por escrito donde cada persona, objeto del estudio, autorizó de manera voluntaria, la participación y el uso de la información recolectada estrictamente para el tratamiento y desarrollo del presente proyecto. En el cual también expresaron tener pleno conocimiento de los riesgos asociados y sus beneficios, los participantes contaron con la capacidad de revocar el consentimiento en cualquier momento durante la realización del proyecto (Anexo 4. Formato consentimiento informado)

Para garantizar a quienes participaron la confidencialidad de los datos, se aclaró que el uso de la información recolectada durante el proyecto tiene fines estrictamente académicos. Toda la información recabada, se manejó de manera responsable y cuyo material será conservado, garantizando tanto la confidencialidad de la información

(77), como la preservación de la identidad de los participantes, lo que incluyó el anonimato de las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios MLQ 5X (versión corta).

Para el acceso a la información pertinente de la institución, se contó con el aval del Hospital Universidad del Norte, y del Comité de ética de la Universidad Del Norte. De esta manera, facilitó la cooperación a nivel institucional y el apoyo al proceso de custodia de la información. (Anexo 5. Aval de la institución - Anexo 6. Aprobación del comité de ética).

## **II.** *Clasificación del Riesgo:*

Según lo establecido en el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 (77), este proyecto de intervención representó un riesgo mínimo para los participantes, pues empleó para su desarrollo el registro de datos a través de procedimientos comunes como: cuestionarios, evaluaciones y demás, que pudieron causar afectaciones a nivel psicológico, al exponerse a condiciones donde puedan sentirse estresados como resultado de su participación.

Estos riesgos inherentes al proceso se mitigaron al garantizar el consentimiento de los participantes del proyecto, explicando de manera detallada el propósito del proyecto, las características del mismo, los objetivos, expectativas futuras y aclarando que su participación no generará implicaciones en su relación laboral con la institución (77).

## **III.** *Difusión y publicación de resultados*

En cumplimiento a las responsabilidades establecidas en la Declaración de Singapur (78) del 2010 y de los deberes de tener a la disposición del público los resultados de acuerdo a la Declaración de Helsinki (76), se mantiene una documentación clara y precisa durante el desarrollo de la intervención, de manera que otros puedan verificar la información expuesta, una vez se hayan establecido la prioridad sobre el uso de los resultados del proyecto y se pueda obtener al menos un artículo original producto de la intervención este podrá ser publicado en una revista académica indexada.

## 8. Resultados

Fue aplicado el instrumento Multifactor Leadership Questionnaire MLQ 5X (versión corta), en sus dos versiones: Líder, realizada por los profesionales de enfermería y, equipo, diligenciada por los auxiliares de enfermería. Teniendo como muestra final 46 participantes, que correspondió a 22 enfermeros profesionales, y 24 auxiliares de enfermería.

A continuación, se describen los resultados obtenidos para cada una de las variables:

### 8.1 Características sociodemográficas

La población comprendida por 46 sujetos, en su mayoría por personas del sexo femenino en un 87%(40) y por personas del sexo masculino un 13%(6).

En cuanto al rango de edad, en los participantes se concentró entre las edades de 20 a 29 años, que representó un 41,3%. La edad media para los líderes (enfermeros) fue de 30( $\pm$ 8) años y para el equipo (auxiliares de enfermería) de 36( $\pm$ 8) años.

Del total de la población analizada, el estrato socioeconómico que predominó fue el estrato 2 en un 60,9%(28), seguido del estrato 1 con un 21,7%(10), el estrato 3 con un 15,2%(7) y, por último, el estrato 4 que representó un 2,2%(1).

En relación al nivel educativo, los enfermeros líderes que habían completado estudios de posgrado representaron el 45,4%(10), con estudios de especialización y maestría, ambos con un 22,7%(5) respectivamente.

Acerca de la experiencia laboral, aquellos con más de 13 años de experiencia laboral, representaron la mayoría, con un 34,8%(16) del total de la población encuestada; seguidos de aquellos de entre 5 a 8 años con un 26,1%(12) y de entre 9 a 12 años, el 21,7%(10).

En cuanto a la antigüedad en el hospital, se vio mayormente concentrada en el rango de 1 a 4 años que representó el 34,8%(16) de los participantes. Referente a la antigüedad en el servicio de urgencia del hospital, presentó una mayor concentración en el rango entre 1 a 4 años equivalente al 50%(23) del total de los encuestados.

Los resultados anteriores se aprecian detalladamente en la Tabla 3. Características sociodemográficas.

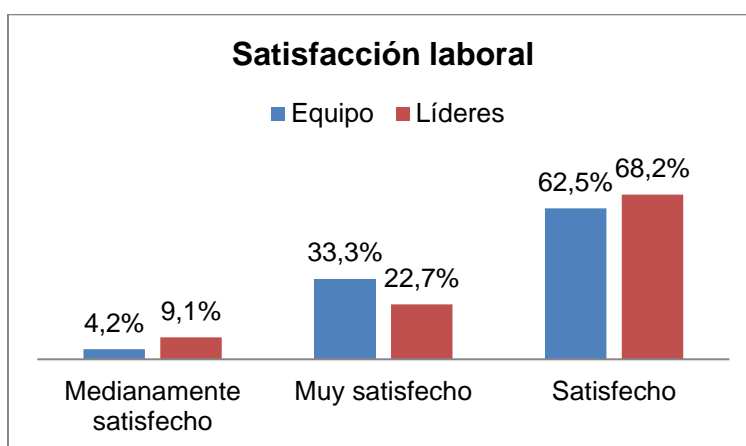
**Tabla 3.** Características sociodemográficas del personal de enfermería líder y equipo, 2022.

Variable	Valor	Equipo		Lideres		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>	Femenino	21	87,5	19	86,4	40	87
	Masculino	3	12,5	3	13,6	6	13
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Rango de Edad</b>	20 a 29 años	6	25	13	59,1	19	41,3
	30 a 39 años	9	37,5	8	36,4	17	37
	40 a 63 años	9	37,5	1	4,5	10	21,7
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Estrato socioeconómico</b>	1	6	25	4	18,2	10	21,7
	2	16	66,7	12	54,5	28	60,9
	3	2	8,3	5	22,7	7	15,2
	4	0	0	1	4,5	1	2,2
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Nivel de estudios</b>	Técnico	24	100	0	0	24	52,2
	Universitario	0	0	12	54,5	12	26,1
	Especialista	0	0	5	22,7	5	10,9
	Magister	0	0	5	22,7	5	10,9
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Experiencia laboral</b>	1 a 4 años	2	8,3	6	27,3	8	17,4
	5 a 8 años	4	16,7	8	36,4	12	26,1
	9 a 12 años	6	25	4	18,2	10	21,7
	13 a 16 años	7	29,2	2	9,1	9	19,6
	17 a 33 años	5	20,8	2	9,1	7	15,2
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Antigüedad en el hospital</b>	Menos de 1 año	6	25	5	22,7	11	23,9
	1 a 4 años	6	25	10	45,5	16	34,8
	5 a 8 años	8	33,3	3	13,6	11	23,9
	9 a 12 años	2	8,3	2	9,1	4	8,7
	13 a 18 años	2	8,3	2	9,1	4	8,7
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Antigüedad en el servicio de urgencias</b>	Menos de 1 año	5	20,8	4	18,2	9	19,6
	1 a 4 años	11	45,8	12	54,5	23	50
	5 a 8 años	4	16,7	3	13,6	7	15,2
	9 a 12 años	2	8,3	2	9,1	4	8,7
	13 a 18 años	2	8,3	1	4,5	3	6,5
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

## 8.2 Satisfacción laboral e influencia de la organización en el líder

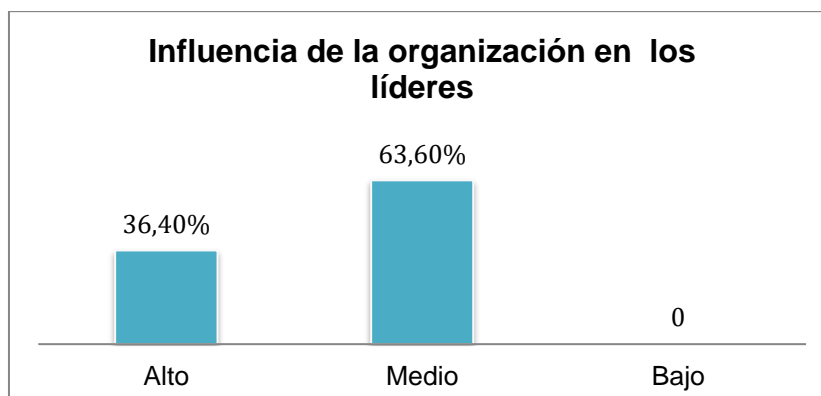
La medición de la variable de satisfacción laboral permitió conocer la percepción de los participantes a través de una escala de Likert, desde poco satisfecho a muy satisfecho. Se encontró que la mayoría de los participantes estaban satisfechos en su lugar de trabajo, esto en los líderes representó un 68.2%(15) y en el equipo 62.5%(15), como se aprecia en la figura 5.

**Figura 5.** Satisfacción laboral del personal de enfermería, 2022



Se incluyó la percepción de los líderes en cuanto a la influencia que tiene la organización sobre su estilo de liderazgo, como resultado el 64%(14) de los líderes consideraron que la forma de dirigir está medianamente condicionada por las características propias de la organización y un 36%(8) consideraron que su liderazgo se encontraba altamente condicionado, tal como lo señala la figura 6.

**Figura 6.** Influencia de la organización en los líderes de enfermería del servicio de urgencias, 2022



### 8.3 Estilos de liderazgo según el MLQ 5X (versión corta)

El MLQ-5X (versión corta) identificó a través de 9 variables las características o factores determinantes a cada estilo de liderazgo. Este cálculo se realizó a partir de la media estadística en los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems, considerando que el puntaje mínimo es 0 y el máximo 4.

Teniendo en cuenta los resultados más representativos, se observó que la motivación inspiracional, factor del estilo transformacional, obtuvo la mayor puntuación, siendo esta de 3,19; seguido por, recompensa contingente, variable perteneciente al liderazgo transaccional, con un resultado de 3,13.

Por otro lado, los puntajes más bajos obtenidos fueron el factor que mide el estilo Laissez-Faire con un puntaje de 1,38 y dirección por excepción pasiva, factor del liderazgo transaccional, con una media de 0,98.

Los anteriores resultados son evidenciados en la tabla 4.

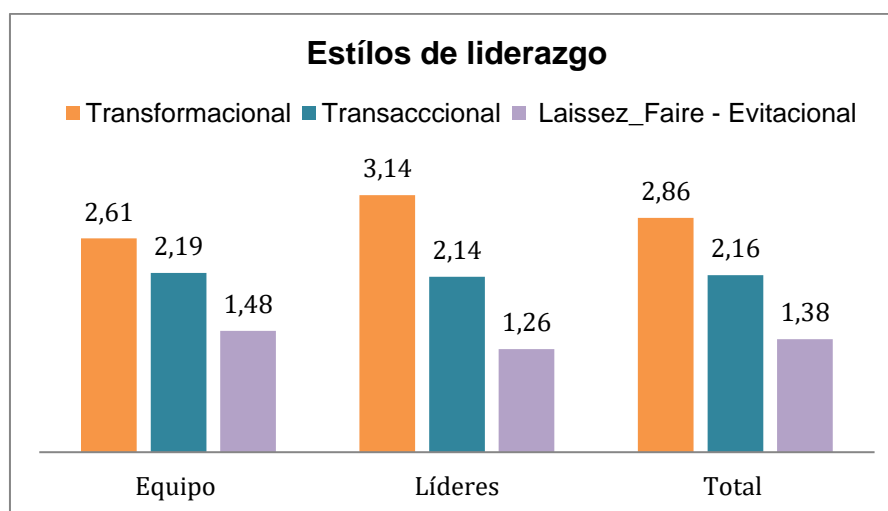
**Tabla 4.** Media y desviación estándar de las variables de liderazgo del MLQ-5X\*

MLQ 5X	Equipo		Líderes		Total	
	M	DS	M	DS	M	DS
<b>Liderazgo transformacional</b>						
<b>II (A)</b>	2,59	0,59	3,03	0,55	2,8	0,61
<b>II (C)</b>	2,73	0,53	3,18	0,78	2,95	0,69
<b>MI</b>	<b>2,92</b>	0,7	<b>3,49</b>	0,58	<b>3,19</b>	0,7
<b>EI</b>	2,48	0,61	2,85	0,69	2,66	0,67
<b>CI</b>	2,32	0,74	3,14	0,55	2,71	0,77
<b>Liderazgo Transaccional</b>						
<b>RC</b>	2,92	0,6	3,35	0,55	<b>3,13</b>	0,61
<b>DPEA</b>	2,48	0,74	2,3	0,87	2,39	0,8
<b>DPEP</b>	<b>1,17</b>	0,75	<b>0,77</b>	0,6	<b>0,98</b>	0,7
<b>Liderazgo Laissez-Faire</b>						
<b>LF</b>	1,48	0,59	1,26	0,7	1,38	0,65

\*Nota: II(A): Influencia idealizada atribuida; II(C): Influencia idealizada conductual; MI: Motivación inspiracional; EI: Estimulación intelectual; CI: Consideración individualizada; RC: Recompensa contingente; DPEA: Dirección por excepción activa; DPEP: Dirección por excepción pasiva; LF: Laissez-faire

Una vez obtenido los puntajes para cada factor que componen los estilos de liderazgo, se identificó que, en el personal de enfermería del servicio de urgencias del hospital, el liderazgo transformacional fue el estilo que predominó tanto en la percepción de líderes como del equipo, con una media de 2,86, seguido por el transaccional, con un puntaje de 2,16 y en un menor grado el estilo Laissez-Faire con un 1,38. Distribución que se observa en la siguiente figura:

**Figura 7.** Valor promedio de los estilos de liderazgo del MLQ-5x. 2022

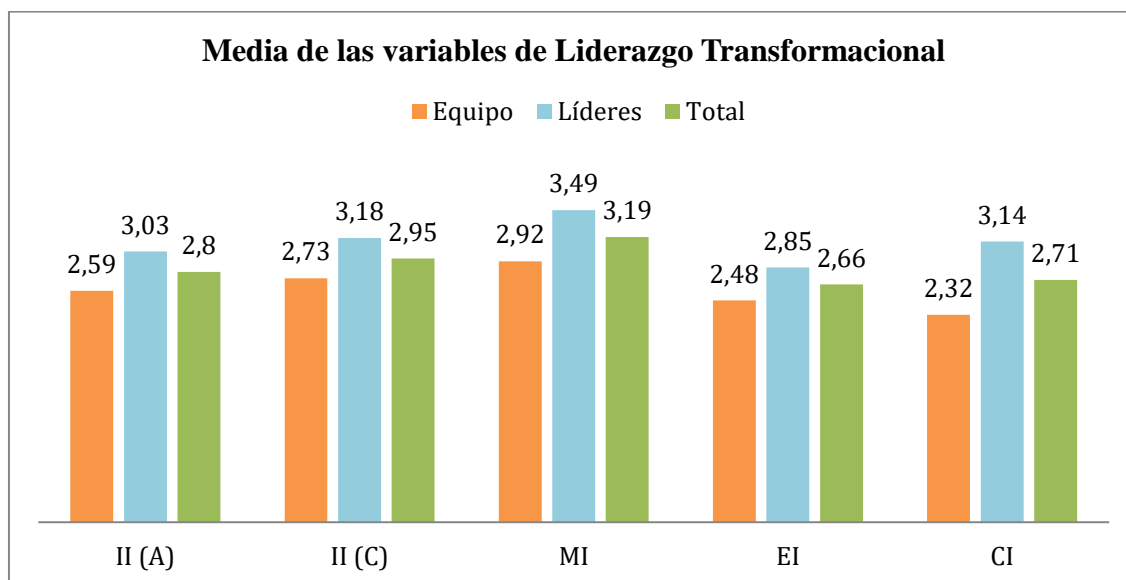


Al comparar los resultados obtenidos entre los dos grupos, se apreció una mayor percepción del estilo transformacional entre los líderes con una media de 3,14, a diferencia del equipo con un resultado del 2,61. Es decir, había una mayor autopercepción del perfil enfermería profesional como un líder transformacional que el evidenciado por su equipo.

#### 8.4 Factores del liderazgo transformacional

El análisis del comportamiento de los resultados correspondiente a las variables del estilo de liderazgo transformador: influencia idealizada conductual, influencia idealizada atribuida, motivación inspiracional, estimulación intelectual, y consideración individualizada; permitieron identificar tanto las características más representativas como aquellas que eran susceptibles de mejora, como se muestra en la figura 8.

**Figura 8.** Valor promedio de los componentes del liderazgo Transformacional del MLQ-5x, 2022



Los resultados de las variables del estilo transformador indicaron que la motivación inspiracional (MI) obtuvo el puntaje total más alto, siendo este de 3.19. En los líderes con un resultado de 3.49 y en el equipo 2.92. Este factor permite reconocer al líder como modelo a seguir, y es capaz de formular una visión atractiva para su equipo.

En segunda posición influencia idealizada conductual (IIC), obtuvo una puntuación de 2,95, siendo para los líderes una media de 3,18 y para el equipo 2.73. Este factor está relacionado al líder que se convierte en un modelo a seguir, capaz de crear en su equipo una confianza total, infundiendo en sus colaboradores respeto y admiración.

La influencia idealizada es la siguiente, atribuida (IIA) obtuvo un resultado total de 2.8; específicamente un puntaje con los líderes de 3.03 y en el equipo de 2.59. En este factor, el líder tiene un amplio conocimiento del área en que se desempeña y puede responder a las posibles exigencias de su equipo y del ambiente de trabajo.

Por su parte la consideración individualizada (CI) obtuvo un puntaje de 2,71, siendo para los líderes una media de 3,14 y en el equipo un 2,32. Esta variable describe la capacidad de escucha y atención del líder, reconociendo las necesidades, capacidades y motivaciones de cada individuo, de esta manera fomenta la claridad del rol de cada uno en el trabajo en equipo.



La variable con la puntuación más baja fue la estimulación intelectual (EI), con un resultado de 2,66, siendo la autopercepción de los líderes un 2,85, y con la evaluación del equipo de 2,48. Este factor describe a un líder que fomenta en su equipo de trabajo la participación en las tareas a desarrollar, estimulando el análisis de diferentes situaciones para encontrar soluciones novedosas y trabajar en los logros de los objetivos organizacionales.

De acuerdo a los resultados anteriores, se observó que para los factores de: consideración individualizada y estimulación intelectual, existía una oportunidad de mejora en los líderes de enfermería, con base en ello se diseñó el programa institucional de formación enfocado en fortalecer dichos factores.

### 8.5 Variables de resultado

Las variables de resultado representadas en el MLQ-5x son esfuerzo extra, efectividad y satisfacción, las cuales evalúan los efectos del liderazgo en la población de estudio. Se evidenció para el esfuerzo extra un puntaje total de 2,93, siendo mayor en profesionales de enfermería con 3,2 mientras que en los auxiliares fue de un 2,6. En cuanto a la efectividad percibida del líder, obtuvo una media de 3, entre los líderes con 3,2 y el equipo con 2,9. Por último, la satisfacción del desempeño del líder, arrojó un puntaje de 1,43, en los líderes con un 1,6, y en el equipo de 1,43; por lo que se consideró a esta variable de resultado con el puntaje más bajo. Los anteriores datos se describen en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Media y desviación estándar de las variables de resultado del MLQ-5X

MLQ 5X	Equipo		Líderes		Total	
	M	DS	M	DS	M	DS
EE	2,67	0,7	3,21	0,59	2,93	0,7
EF	2,89	0,56	3,19	0,58	3,03	0,58
SAT	1,43	0,45	1,6	0,27	1,51	0,38

### 8.6 Correlación del liderazgo transformacional y las variables de resultado

Para determinar el grado de relación existente entre el liderazgo transformacional y cómo este influye en las variables de resultado, se aplicó el coeficiente (Rho) de Spearman. Para ello se consideró que:

Si el valor  $p > 0,01$  existe una relación entre las dos variables.

Si el valor  $p < 0,01$  se rechaza la existencia de una relación entre las dos variables.

En la relación evaluada entre el liderazgo transformacional y el esfuerzo extra, el coeficiente de correlación Rho de Spearman arrojó un resultado de 0,643, lo que implicó que existe una correlación significativa entre las dos variables, es decir, que un liderazgo transformacional influye positivamente en el esfuerzo extra del equipo, como se evidencia en la tabla 6.

**Tabla 6.** Resultados de la correlación entre el Liderazgo Transformacional y esfuerzo extra

Correlación	Rho de Spearman	Liderazgo Transformacional	Esfuerzo extra
<b>Liderazgo Transformacional</b>	Coeficiente de correlación	1,000	,643**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	46	46
<b>Esfuerzo extra EE</b>	Coeficiente de correlación	,643**	1,000
	Sig. (bilateral)	0	
	N	46	46

\*\* La correlación es significativa a nivel de 0.01 (bilateral).

Respecto a la relación entre el liderazgo transformacional y la efectividad, el Rho de Spearman fue de 0,678, lo que mostró una correlación significativa, positiva y de magnitud fuerte entre las dos variables, como se aprecia en la tabla 7. Ello implicó que a mayor presencia de un estilo transformacional hay una mayor efectividad en el desempeño del equipo.

**Tabla 7.** Resultados de la Correlación entre el Liderazgo Transformacional y efectividad

Correlación	Rho de Spearman	Liderazgo Transformacional	Efectividad
<b>Liderazgo Transformacional</b>	Coeficiente de correlación	1,000	,678**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	46	46
<b>Efectividad</b>	Coeficiente de correlación	,678**	1,000
	Sig. (bilateral)	0	
	N	46	46

\*\* La correlación es significativa a nivel de 0.01 (bilateral).

En cuanto a la relación del liderazgo transformacional y la satisfacción, el Rho de Spearman fue de 0,455 lo que indicó una correlación significativa, de magnitud

moderada entre las dos variables, como se aprecia en la tabla 8. Este resultado implica una relación entre el estilo transformacional y la satisfacción del equipo en la realización de sus funciones.

**Tabla 8.** Resultados de la Correlación entre el Liderazgo transformacional y satisfacción

Correlación	Rho de Spearman	Liderazgo Transformacional	Satisfacción
<b>Liderazgo Transformacional</b>	Coeficiente de correlación	1,000	,455**
	Sig. (bilateral)		0,001
	N	46	46
<b>Satisfacción</b>	Coeficiente de correlación	,455**	1,000
	Rho de Spearman	Liderazgo Transformacional	Satisfacción
	Sig. (bilateral)	0,001	
	N	46	46

\*\* La correlación es significativa a nivel de 0.01 (bilateral).

De acuerdo a los resultados anteriores, se evidenció la relación positiva entre el liderazgo transformacional y las variables de resultado; por lo que las variaciones en el liderazgo transformacional modificarían directamente la satisfacción, efectividad y el esfuerzo extra de todo un equipo de trabajo.

### **8.7 Diseño del programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional**

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el MLQ-5x, se identificaron los factores o características del liderazgo transformacional que obtuvieron el puntaje más bajo; por lo tanto, son susceptibles de mejora a través del fortalecimiento en competencias propias de este estilo de liderazgo, adaptadas al rol de enfermería como líderes en la seguridad del paciente.

El diseño del programa de entrenamiento parte de la estimulación intelectual, como un factor relacionado al liderazgo transformacional, para ello, las competencias que se abordan son creatividad, racionalidad y capacidad resolutoria. Estas competencias permiten visualizar los conflictos como oportunidades para plantear soluciones novedosas desde diferentes perspectivas.

Como segundo factor a desarrollar, la consideración individualizada, a través del fortalecimiento de competencias en inteligencia emocional, comunicación y trabajo en equipo; lo que permite que el líder pueda reconocer las necesidades de cada miembro de su equipo, de esta manera pueda adaptar su estilo de liderazgo y lograr los mejores resultados alineados al programa institucional de seguridad del paciente.

Una vez establecidas las competencias a fortalecer, se definieron los talleres necesarios para cumplir con el proceso formativo del personal de enfermería del servicio de urgencias.

Dentro de estos talleres se establecieron los objetivos de aprendizaje, contenidos específicos, metodología a emplear, duración y evaluación de los encuentros; lo anterior como parte del diseño del programa institucional de formación.

### **8.8 Programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional para enfermeros líderes en seguridad del paciente**

El programa institucional de formación titulado: *“Formando HUN equipo de ELITE SP (Enfermeros Líderes Transformacionales En Seguridad del Paciente)”*, se compuso de tres módulos, el primero de ellos, fue una introducción a las características principales del estilo de liderazgo transformacional y los siguientes, correspondieron a los factores de este estilo de liderazgo que fueron priorizados para el desarrollo de sus competencias: estimulación intelectual y consideración individualizada.

Con el fin de lograr un programa que mejorara competencias, se asignaron 20 horas de formación, distribuido en cinco sesiones teóricas con énfasis práctico, en el diseño se propuso un entrenamiento por misiones, donde cada sesión correspondió a una misión; una vez terminada el participante podría ganar una insignia, que va desde la plata, oro, platino, diamante hasta llegar a la insignia ELITE.

Cada misión, detalló el objetivo de la misma, las estrategias metodológicas que permitieron la apropiación de los contenidos por los participantes a través de tres fases: sensibilización (en adelante: Etapa I. Revisión de escenarios), aplicación (en adelante: Etapa II. Pon en marcha la estrategia), y evaluación (Etapa III. Evaluación

de la misión). Lo anterior, tuvo como objetivo que el programa fuera visto de una manera alcanzable y dinámica entre los participantes, esperable en un entrenamiento en liderazgo transformacional.

A continuación, se expone las características a tener en cuenta para cada una de las fases:

### **Etapa I. Revisión de escenarios:**

Durante esta fase introductoria, se estimula la participación en función de los conocimientos y experiencias previas, que los participantes aportan a través de reflexiones y diálogos, con estrategias como: preguntas, y recreación de situaciones, entre otras.

### **Etapa II. Pon en marcha la estrategia:**

Dirigida específicamente a exponer mediante una presentación dinámica los temas a tratar en cada una de las sesiones, dentro de las estrategias propuestas para ello se encuentra la socialización de estudios de casos ocurridos en la institución, realización de talleres prácticos y ejercicio de juego de roles, cuyo objetivo es aclarar conceptos claves del contenido temático.

### **Etapa III. Evaluación de la misión:**

Esta fase permite que al finalizar cada encuentro se realice una retroalimentación inmediata del mismo, que permita la socialización de los aportes proporcionados durante la formación y las estrategias que podrían aplicarse para mejorar la cultura institucional de seguridad del paciente y la prevención en la ocurrencia de eventos adversos. Además, fomentar una reflexión final en modalidad plenaria, en la que se busca una definición del liderazgo transformacional en la gestión de enfermería.

Para llevar a cabo el objetivo de esta fase se propuso entre otros: encuestas de satisfacción de la sesión impartida.

**Título:**

Formando HUN equipo de ÉLITE SP.

Enfermeros Líderes Transformacionales En Seguridad del Paciente.

**Objetivo:**

Fortalecer competencias de liderazgo transformacional en enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, que permita el desarrollo de líderes en la atención segura del paciente.

**Alcance:**

El programa institucional de formación está dirigido a los profesionales de enfermería, que se desempeñan de manera asistencial en el servicio de urgencias del Hospital Universidad Del Norte.

**Contenidos:**

A continuación, se describe cada uno de contenidos y objetivos específicos relacionados a los factores que se desea fortalecer en el personal asistencial de enfermería, líder en seguridad del paciente:

<b>Misión I: HUN líder transformacional</b>	
<b>Insignia: Plata</b> ★	
<b>Objetivo de la misión</b>	Identificar las competencias de cada participante hacia un liderazgo transformador, reconociendo la importancia de los enfermeros como líderes y generadores de cambios dentro de la organización.
<b>Nivel I. Líder Transformacional</b>	
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar las competencias del líder transformacional, en los factores de estimulación intelectual y consideración individualizada.</li> <li>✓ Describir las fortalezas de cada participante para su desarrollo como líder transformacional.</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Liderazgo Transformacional.</li> <li>✓ La consideración individualizada y estimulación intelectual, como factores del líder transformacional.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Competencias del líder transformacional en la estimulación intelectual: Toma de decisiones y Pensamiento creativo</li> <li>✓ Competencia del líder transformacional en la consideración individualizada: Inteligencia Emocional, Comunicación y Trabajo en equipo</li> </ul>
<b>Tiempo de ejecución</b>	Taller teórico- práctico, en modalidad presencial, con 4 horas de duración.
<b>Estrategia de la operación</b>	
<b>Etapas</b>	
<b>Etapa I. Revisión de escenarios:</b>	Se inicia la primera sesión con una actividad de presentación de los participantes, en el cual deben decir su nombre y en una sola palabra indicar cómo se sienten al iniciar la sesión, esto acompañado de un gesto que caracterice esa palabra.
<b>Etapa II. Pon en marcha la estrategia:</b>	A través de una presentación dinámica, los participantes podrán reconocer las diferencias del liderazgo transformacional frente a otros estilos de liderazgo, logrando identificar las competencias que lo caracterizan, con énfasis en los dos factores priorizados.
<b>Etapa III. Evaluación de la misión:</b>	Mediante la actividad: ¿cómo me reconoce mi equipo como líder? se insta a los participantes a escribir un listado de sus fortalezas y oportunidades de mejora como líder y que cree son reconocidas por los demás, posteriormente se divide el grupo en parejas, de esta manera cada uno expondrá al otro lo escrito, la otra persona le dirá si reconoce en ella esto que describe, además aportará tanto fortalezas como oportunidades de mejora de acuerdo a su propia percepción del otro, cada uno realiza el mismo ejercicio. Al final, se contará al grupo cómo les pareció la actividad y si encontraron grandes diferencias o similitudes entre lo que cada uno cree que es como líder y como lo percibe el otro. Posteriormente, se diligencia la encuesta de satisfacción de la formación.
<b>Armamento didáctico</b>	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros.

<b>Misión IIA: HUN líder: estimula intelectualmente a su equipo</b>	
<b>Insignia: oro ★★</b>	
<b>Objetivo de la misión</b>	Desarrollar en enfermería las competencias del liderazgo transformacional, que permitan dar soluciones creativas e innovadoras a partir de un análisis de los retos que plantea la seguridad del paciente.
<b>Nivel I. Enfermería: un llamado a transformar la cultura de seguridad del paciente.</b>	
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reconocer el pensamiento creativo como una herramienta esencial para el logro de objetivos en los equipos de trabajo.</li> <li>✓ Desarrollar en los líderes el pensamiento creativo para proponer soluciones a los retos que plantea la seguridad del paciente.</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El pensamiento creativo como una herramienta para el líder transformacional.</li> <li>✓ La creatividad en la gestión de enfermería.</li> <li>✓ El desarrollo del pensamiento creativo en la seguridad del paciente.</li> </ul>
<b>Tiempo de ejecución</b>	Taller teórico- práctico, en modalidad virtual con 4 horas de duración.
<b>Estrategia de la operación</b>	
<b>Etapas</b>	
<b>Etapa I. Revisión de escenarios:</b>	Espacio de conexión con los participantes, mediante la conducción a través de una serie de preguntas, en donde se pueda mostrar cómo el pensamiento creativo puede aplicarse a la seguridad del paciente: <i>¿Consideran que es necesario ser creativos en los puestos de trabajo? ¿Cómo podría relacionarse la creatividad con la seguridad del paciente?</i>
<b>Etapa II. Pon en marcha la estrategia:</b>	El facilitador guiará a los participantes en la importancia del desarrollo del pensamiento creativo, como una herramienta de liderazgo que permite en el rol de enfermería la reformulación de sus problemas cotidianos; además, invita a los participantes a fortalecer sus habilidades intelectuales al incluir la flexibilidad y la creatividad del pensamiento.



<b>Etapa III.</b> <b>Evaluación de la misión:</b>	Reflexión final: Se insta a los participantes a reflexionar sobre los contenidos desarrollados, a partir de las siguientes preguntas: ¿por qué la creatividad e imaginación deben ser capacidades a destacar en el liderazgo de enfermería? ¿Para usted cuáles son los retos en la seguridad del paciente que requieren de soluciones creativas? ¿Qué soluciones propondría?  Cuestionario de satisfacción de la formación.
<b>Armamento didáctico</b>	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros, casos de estudio.

<b>Misión IIB: HUN líder: estimula intelectualmente a su equipo</b>	
<b>Insignia: platino</b> ★★ ★	
<b>Objetivo de la misión</b>	Desarrollar en enfermería las competencias del liderazgo transformacional, que permitan dar soluciones creativas e innovadoras a partir de un análisis de los retos que plantea la seguridad del paciente.
<b>Nivel II. Pensamiento creativo</b>	
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar espacios para el análisis multicausal de eventos adversos.</li> <li>✓ Proponer alternativas de soluciones creativas ante los retos identificados en la seguridad del paciente en el servicio de urgencias.</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Retos en la seguridad del paciente en el servicio de urgencias</li> <li>✓ Más allá de las fallas humanas: análisis de eventos adversos.</li> <li>✓ Aprender desde el error.</li> </ul>
<b>Tiempo de ejecución</b>	Taller teórico- práctico, en modalidad presencial con 4 horas de duración.
<b>Estrategia de la operación</b>	
<b>Etapas</b>	
<b>Etapa I.</b> <b>Revisión de escenarios:</b>	A través de la experiencia de los participantes, se entablará un diálogo en el que expongan su punto de vista sobre lo que consideran son los retos actuales de seguridad del paciente, con énfasis en el servicio de urgencias.

<b>Etapa II. Pon en marcha la estrategia:</b>	El facilitador guía a los participantes hacia la apropiación de los contenidos a desarrollar durante la sesión, a través de la revisión y análisis multicausal de un evento adverso ocurrido en el servicio de urgencias, se identifican las causas posibles asociadas a su ocurrencia, y con base a ello, se orienta a la creación de propuestas y/o alternativas novedosas que permitan dar respuesta a esas oportunidades de mejora detectadas.
<b>Etapa III. Evaluación de la misión:</b>	Mediante una actividad por grupos, propondrán, desde la experiencia del equipo, alternativas cuyo objetivo sea la mejora de la seguridad del paciente. Realización de encuesta de satisfacción
<b>Armamento didáctico</b>	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros.

<b>Misión IIIA: HUN líder: considera</b>	
<b>Insignia: Diamante</b> ★★☆☆	
<b>Objetivo de la misión</b>	Desarrollar competencias de comunicación y resolución de conflictos, que permitan crear una relación basada en la confianza mutua, potenciando el trabajo en equipo
<b>Nivel I: Comunicación al alcance del equipo</b>	
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Concientizar en el uso del lenguaje como factor de éxito en las relaciones interpersonales.</li> <li>✓ Fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos.</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cápsulas de memoria para una comunicación efectiva.</li> <li>✓ Estrategias de comunicación para la seguridad de paciente: ¿Cómo podemos mejorar el reporte de eventos adversos? Notificar un evento adverso al equipo de trabajo, al paciente y a su familia.</li> <li>✓ Motivación e inspiración para crear ambientes laborales positivos.</li> </ul>
<b>Tiempo de ejecución</b>	Taller teórico- práctico, en modalidad presencial, con 4 horas de duración.
<b>Estrategia de la operación</b>	

<b>Etapas</b>	
<b>Etapa I. Revisión de escenarios:</b>	Comienza el encuentro con la actividad “el semáforo”, se dividen los participantes en 3 grupos para definir las reglas que regirán todo el encuentro, el grupo rojo define las normas que no pueden romperse, el grupo amarillo describe normas que pueden negociarse, y el grupo verde define lo que está permitido durante la sesión; posteriormente se socializan con todos los asistentes y deciden si está de acuerdo con cada una de ellos, estas se colocan en el tablero de manera visible para guiar la actuación durante toda la jornada.
<b>Etapa II. Pon en marcha la estrategia:</b>	Mediante un ejercicio de juego de roles, el facilitador ejemplifica una situación ocurrida en el servicio durante una jornada de trabajo, a partir de esta, orienta a los participantes a reconocer errores comunes en la comunicación de equipos de trabajo; en la que se identifiquen, entre todos, los elementos o situaciones que condujeron a estos y se propongan estrategias a implementar hacia una relación asertiva, de esta manera, se fortalece las habilidades comunicativas, y cómo estas son también la base en la notificación de eventos adversos.
<b>Etapa III. Evaluación de la misión:</b>	Luego del desarrollo de esta sesión, los participantes deberán responder a las siguientes preguntas: ¿Considera qué debe fortalecer la forma en la que interactúa con su equipo de trabajo? si es así, ¿qué estrategias emplearía para facilitar una comunicación asertiva con cada miembro? Proponga, cómo se dirigiría a un miembro de su equipo de trabajo que recientemente estuvo involucrado en un incidente o evento adverso.  Realización de encuesta de satisfacción.
<b>Armamento didáctico</b>	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros.

<b>Misión IIIB: HUN líder: considera individualmente a cada miembro de su equipo</b>	
<b>Insignia: ELITE ★★☆☆★</b>	
<b>Objetivo de la misión</b>	Fortalecer el trabajo en equipo y su compromiso con los objetivos institucionales.
<b>Nivel II: líderes de nuestro equipo de trabajo</b>	
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reconocer las fortalezas y necesidades de cada individuo y su papel en el equipo de trabajo.</li> <li>✓ Aprender a crear espacios sanos de confrontación para gestionar conflictos y situaciones críticas.</li> <li>✓ Fomentar el trabajo en equipo para garantizar la seguridad del paciente.</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Liderazgo enfocado en las necesidades y fortalezas de los miembros del equipo.</li> <li>✓ Técnicas para la gestión de conflictos y situaciones críticas.</li> <li>✓ El trabajo en equipo como estrategia de seguridad.</li> </ul>
<b>Tiempo de ejecución</b>	Taller teórico- práctico, en modalidad presencial con 4 horas de duración.
<b>Estrategia de la operación</b>	
<b>Etapas</b>	
<b>Etapa I. Revisión de escenarios:</b>	A través de una primera actividad, se invita al autoconocimiento de cada uno de los líderes. Se les pide a los participantes que escriban en una hoja de papel del 1 al 5 que tanto se conocen, siendo 5 si se conocen perfectamente, en seguida, se les pide que dibujen el croquis de una de sus manos en la hoja de papel, y posteriormente, que dibujen cada una de las líneas de su palma sin verla, al final, al contraponer lo dibujado con la realidad, deben reflexionar la exactitud de la calificación, respecto a las líneas trazadas en el dibujo y la realidad al observar la palma de su mano.
<b>Etapa II. Pon en marcha la estrategia:</b>	El facilitador mediante una presentación dinámica expone herramientas de resolución de conflictos, las cuales permitirán

	mediar situaciones críticas que a diario se pueden presentar entre los participantes y sus equipos de trabajo.
<b>Etapa III. Evaluación de la misión:</b>	<p><i>Cierre:</i></p> <p>Se invita a que cada participante elabore su proyecto personal, para ello se proporcionará las siguientes preguntas como guía:          ¿cómo identifico el rol de los miembros del equipo que lidero?          ¿Cómo mejoro la interacción con cada miembro de mi equipo de trabajo? ¿Cómo adapto las competencias de liderazgo transformacional a mi rol de enfermería en la seguridad del paciente? ¿Qué me llevo de esta formación y cuál es mi oportunidad de mejora?</p> <p>Realización de encuesta de satisfacción.</p>
<b>Armamento didáctico</b>	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, tablero, hojas para participantes, lapiceros.

**Cronograma de actividades:**

Actividades	Semana			
	1	2	3	4
Convocatoria participación	X			
Presentación del programa institucional de formación y socialización de los resultados del instrumento MLQ-5X	X			
Misión I: HUN Líder transformacional Nivel I. Líder Transformacional		X		
Misión IIA: HUN Líder: estimula intelectualmente a su equipo Nivel I. Enfermería: un llamado a transformar la cultura de seguridad del paciente.		X		
Misión IIB: HUN Líder: estimula intelectualmente a su equipo. Nivel II. Pensamiento creativo			X	
Misión IIIA: HUN Líder: considera Nivel I: Comunicación al alcance del equipo			X	
Misión IIIB: HUN Líder: considera individualmente a cada miembro de su equipo Nivel II: líderes de nuestro equipo de trabajo			X	
Orientación para la ejecución de actividades asincrónicas relacionadas al proyecto personal de liderazgo,				X

**8.9 Aplicación fase inicial programa: formando HUN equipo de ÉLITE SP**

Durante la fase de implementación del programa institucional de formación, se realizaron encuentros presenciales y virtuales entre la última semana de agosto y la tercera semana de septiembre, que permitieron dar cumplimiento al cronograma

establecido, para ello quedan registrados como anexos las evidencias fotográficas (Anexo 7).

A continuación, se describen los resultados obtenidos en su desarrollo:

### **8.9.1 Presentación del programa institucional de formación y socialización de los resultados del instrumento MLQ-5X**

En el marco del equipo de mejoramiento primario del proceso de urgencias, reunión que convoca de manera periódica el subdirector, con la participación del personal asistencial de urgencias; además de los líderes de otros procesos como: seguridad del paciente, humanización, atención primaria en salud, operaciones asistenciales y jefe del departamento de enfermería; fueron presentados los resultados obtenidos de la aplicación del MLQ 5X en el equipo de enfermería, con lo cual se identificó el estilo de liderazgo que prevalece en el servicio, y el comportamiento de los factores que lo componen.

Posteriormente, se realizó la convocatoria para la participación en el programa institucional de formación dirigido a los profesionales de enfermería del servicio de urgencias, y fueron aclaradas las dudas surgidas acerca del propósito del estudio, ratificando la aprobación del departamento de enfermería y de los líderes para su desarrollo.

Una vez definido el grupo de participantes, y de acuerdo al cronograma establecido, se realizaron las sesiones, cuyos resultados se describen a continuación:

### **8.9.2 Misión I: HUN líder transformacional. Nivel I. Líder Transformacional**

El primer encuentro fue llevado a cabo de manera presencial. Durante el ejercicio inicial, se propició un espacio para que definieran en una sola palabra el estado anímico con el que iniciaban la sesión; lo que permitió identificar la predisposición y sus expectativas; demostrando el interés de los participantes en los temas a tratar.

A través de conceptos claves se presentó la definición de liderazgo transformacional y sus diferencias frente a otros estilos de liderazgo, además de las competencias que lo caracterizan, con énfasis en los dos factores priorizados, que fueron: estimulación

intelectual y consideración individualizada, dando paso posteriormente a la resolución de dudas e inquietudes al respecto.

Durante la actividad de cierre “*¿cómo me reconoce mi equipo como líder?*”, se dividió el grupo en parejas, entre ellas expusieron sus fortalezas y oportunidades de mejora frente al liderazgo que ejercen, y recibieron inmediatamente una retroalimentación de la percepción de su compañero al respecto. Al finalizar el ejercicio, todos los participantes reflexionaron a cerca de las diferencias entre lo que identificaron de sí mismos y lo percibido por su par.

### ***8.9.3 Misión IIA: HUN líder: estimula intelectualmente a su equipo: Nivel I. Enfermería: un llamado a transformar la cultura de seguridad del paciente***

A través de una invitación personal, se envió el acceso en línea al material preparado para esta sesión asincrónica, el cual describía la importancia del pensamiento creativo para la solución de los retos en la seguridad del paciente. Al finalizar este contenido, se planteó una actividad de cierre que consistía en que cada participante identificara en su área de trabajo oportunidades de mejora en cuanto a la seguridad del paciente, además, propusiera acciones que impactara positivamente en las oportunidades identificadas, las cuales fueron socializadas posteriormente en mesas de trabajo en la siguiente sesión.

Esta sesión asincrónica se desarrolló paralelamente a las actividades desarrolladas en el marco de la semana institucional de seguridad del paciente, durante la cual fueron socializados protocolos de seguridad del paciente, instando a los participantes del programa institucional de formación para que asistieran activamente.

### ***8.9.4 Misión IIB: HUN líder: estimula intelectualmente a su equipo. Nivel II. Pensamiento creativo***

La sesión se desarrolló de manera presencial a través de una mesa de trabajo, en la que los participantes compartieron experiencias y vivencias relacionadas a la ocurrencia de eventos adversos en el servicio de urgencias y los retos de seguridad del paciente de esta área, socializando al final sus propuestas de mejora.



En un segundo momento, se realizó el análisis multicausal de un evento adverso prevenible: caída con lesión grave de un adulto mayor femenino, ocurrido el mes de agosto en el área de reanimación, y que tuvo como desenlace la enucleación en el lado izquierdo. Se realizó un análisis exhaustivo de todos los factores que contribuyeron a su ocurrencia, donde cada uno de los participantes expresó su opinión al respecto.

Al finalizar la sesión, se expusieron las enseñanzas que este evento generó para el equipo y las propuestas encaminadas a mejorar la comunicación en el equipo de trabajo, y la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente. A continuación se mencionan algunas de las propuestas presentadas:

- ✓ Adecuada aplicación de la escala de riesgo.
- ✓ Registro del riesgo en tablero, colocación de sticker en manilla si es alto riesgo.
- ✓ Informar reiterativamente al paciente y familia las medidas preventivas como: No deambulación solo, si es de riesgo medio o alto, uso de calzado, uso del llamado de enfermería que debe estar a la mano del paciente, mantener barandas de la cama elevada siempre que esté acostado el paciente.
- ✓ Registrar toda la educación brindada al paciente y familia sobre las medidas preventivas, y dado el caso registrar la negativa del paciente o familia frente a esta.
- ✓ En reanimación, las cortinas deben permanecer abiertas, únicamente se cerrarán para realizar un procedimiento que amerite la privacidad del paciente.
- ✓ Los estudiantes deberán ser supervisados mientras abordan al paciente, especialmente los críticos.
- ✓ Si es evento adverso con daño moderado o grave debe notificarse de inmediato al líder del proceso y este a seguridad del paciente.
- ✓ No se puede egresar al paciente víctima de un evento, hasta tanto no se hayan realizado todas las acciones necesarias para mitigar.

### **8.9.5 Misión IIIA: HUN líder: considera Nivel I: Comunicación al alcance del equipo**

Durante esta jornada presencial, los participantes realizaron un ejercicio de juego de roles recreando una situación ocurrida en el servicio de urgencias durante un turno nocturno, que implicó a un paciente que se encontraba en uno de los cubículos de observación y de repente, sostuvo un arma blanca delante de la auxiliar de enfermería que lo estaba atendiendo, inmediatamente, fue activado el protocolo de seguridad diseñado para estas situaciones, a dirigirse el equipo al cubículo del paciente encontró discrepancias entre lo manifestado por el auxiliar de enfermería y el relato del paciente.

A partir de la situación planteada, se designaron los roles y se dio inicio a la interpretación de acuerdo al rol asignado. Se identificaron las falencias relacionadas a la comunicación tanto del equipo de trabajo, como entre personal asistencial y el paciente; además de la adherencia en los protocolos de ingreso, que pudieron desencadenar en un evento de seguridad.

Durante el proceso de retroalimentación, se dirigió a los participantes para que identificaran cuál debió ser la mejor forma de actuar de cada uno de los roles representados. Dentro de los conceptos que se aclararon y fortalecieron estuvo la comunicación en crisis, cómo calmar la ansiedad de algún miembro del equipo de trabajo, se insta a mantener la calma y el apoyo en la gestión de las emociones.

Adicionalmente, se expusieron herramientas claves para la comunicación en estos casos como: toque y acercamiento al colaborador en estado de crisis, promover la expresión de sus emociones en un ambiente seguro, no juzgar o utilizar expresiones negativas y recordar el entorno donde se encuentra.

### **8.9.6 Misión IIIB: HUN Líder: considera individualmente a cada miembro de su equipo. Nivel II: líderes de nuestro equipo de trabajo**

Esta sesión realizada de manera presencial, incentivó desde su fase de sensibilización a que los participantes reflexionaran en la autoconfianza y el autoconocimiento como parte fundamental para reforzar su rol como líderes. A través de las cápsulas de

información impartidas por las facilitadoras se explicó de manera detallada y con ejemplos situados en la vida diaria, cómo la integración del equipo es una estrategia fundamental para lograr los objetivos propuestos.

Llamó especialmente la atención en el grupo de participantes cómo debe realizarse el proceso de retroalimentación de los líderes hacia su equipo, el cual debe ser basado en la mejora y no en el error, reconocido actualmente como retroalimentación hacia adelante. Las facilitadoras incentivaron a que cada líder llevara a cabo sesiones con cada miembro de su equipo de trabajo que le permitirán definir un plan de acción individualizado para mejorar aspectos claves identificados.

Las facilitadoras también recomendaron como estrategia, intervenir situaciones de crisis de manera inmediata, los líderes deben ser capaces de realizar acciones que busquen que su equipo de trabajo gestione los eventos de estrés postraumáticos que pueden presentarse de manera frecuente en el servicio de urgencias. Estas estrategias pueden ser las reuniones periódicas para expresar los sentimientos e inquietudes del equipo, brindar apoyo psicológico especializado, entre otros.

#### ***8.9.7 Orientación para la ejecución de actividades asincrónicas relacionadas al proyecto personal de liderazgo***

Al finalizar la última sesión se impartieron recomendaciones para que los participantes pudieran iniciar su proyecto personal como líderes, teniendo presente que la verdadera transformación está en que cada uno reconozca sus fortalezas y debilidades, y plantearan de manera individual su plan de acción.

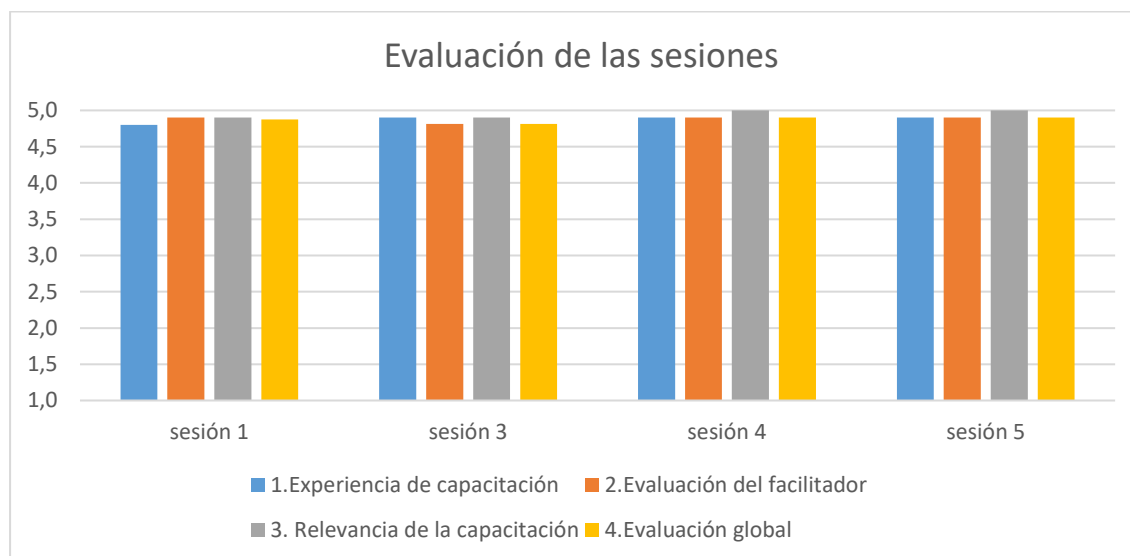
#### **8.9.8 Evaluación de las sesiones:**

Al finalizar cada sesión se pidió a los participantes que realizaran una encuesta para conocer su percepción respecto al acto educativo, esto permitió que de manera anónima se valorará la experiencia en una escala del 1 al 5, donde 1 representa estar en total desacuerdo y 5 en total acuerdo.

Los ítems considerados fueron: experiencia de la capacitación, evaluación del facilitador, relevancia de la capacitación, y por último, la evaluación global del acto

educativo. En la siguiente figura se señala la media para cada uno de los anteriores ítems correspondientes a las sesiones presenciales.

**Figura 9.** Media obtenida de la evaluación de las sesiones presenciales



De acuerdo a la figura anterior, se observó que la experiencia de la capacitación obtuvo una calificación superior a 4, es decir, los participantes se mostraron de acuerdo en que el lugar y la información previa al encuentro, fue clara y adecuada.

En cuanto a la evaluación del facilitador se mostraron en total acuerdo, expresando que estos dominaban el tema, comunicaban de forma clara y fácil, estimulaban la participación y demostraron cómo aplicar el contenido en su entorno laboral.

Al valorar la relevancia del programa, fue percibido por los participantes en que las actividades fueron realizadas en el momento oportuno y que sus conocimientos aumentaron gracias a estas.

En la evaluación global consideraron estar en total acuerdo con que la actividad fue de muy buena calidad.

## 8.10 Seguimiento y evaluación

Posterior a la implementación del programa institucional, se espera que las prácticas de liderazgo transformacional en los líderes de seguridad del paciente del servicio de urgencia aumenten de manera significativa; en consonancia con las metas que el Modelo de Gestión de Talento Humano de la institución, plantea, siendo pertinente para este programa la siguiente:

**Satisfacción del cliente:** incrementar el nivel de satisfacción del cliente interno en un 80%.

Así mismo, se considerará el seguimiento a los indicadores del Programa institucional de seguridad del paciente, cuya medición permitirá conocer no solo el comportamiento de los eventos de seguridad ocurridos en el servicio de urgencias, sino también los datos relacionados a la cultura de seguridad del paciente en el proceso, entre ellos:

**Adherencia a protocolos de seguridad del paciente:** en el que se ha establecido, reforzar la adherencia en más de un 80%

**Reporte de incidentes y eventos adversos:** en el que se propuso un aumento del 30%.

Adicionalmente se propone que, en un plazo de 6 meses sea diligenciado por segunda vez el cuestionario MLQ 5X por los líderes de enfermería que culminaron el programa institucional de formación, de esta manera, realizar un comparativo que permita medir el comportamiento de las variables de liderazgo transformacional.

## 9. Discusión

El instrumento MLQ-5x permitió identificar el liderazgo transformacional como estilo predominante en el equipo de profesionales de enfermería de urgencias, seguido del transaccional, resultados consistentes con el estudio de Calle en el 2019 (67), realizado con directivos de la red de hospitales públicos en España, en el que el liderazgo transformacional fue el estilo que prevaleció, tanto en la autoevaluación realizada por los líderes, como en la percibida por los seguidores.

En Colombia los hallazgos reportados por Calderón (4) en una investigación con enfermeras coordinadoras y supervisoras de una institución de salud de tercer nivel de Bogotá—Colombia, y en el estudio de Rozo y Abaunza (64) realizado con docentes de enfermería del nororiente colombiano, concluyeron resultados similares, donde el grupo estudiado presenta un liderazgo transformacional alto, en comparación con el transaccional.

En consonancia a los anteriores estudios, Bass y Avolio (59) afirman que al interior de una organización no se manifiesta un único estilo de liderazgo, y que características de estilos complementarios pueden presentarse simultáneamente, aunque con un predominio marcado de uno de estos. Al respecto, Robbins y Judge (68) concluyen que los liderazgos transaccional y transformacional no deben considerarse como enfoques opuestos, sino complementarios, teniendo en cuenta que el estilo transformacional tiene una mayor relevancia relacionado al aumento de los niveles de esfuerzo y desempeño de los seguidores.

Los resultados hallados por Rozo y Abaunza citado por Calderón (4), indican que el liderazgo transformacional actualmente es el más empleado en el ámbito laboral, seguido del transaccional. Es así que, en el personal de enfermería en el servicio de urgencias, si bien se hallaron características del liderazgo transaccional y transformacional, es este último el que predomina.

En relación a las características del liderazgo transformacional considerados para este proyecto, el factor que obtuvo el puntaje más alto, tanto en los líderes enfermeros en la autoevaluación, así como en los miembros del equipo, fue la motivación inspiracional. Este factor ha sido asociado a un mayor compromiso organizacional, y

concede la importancia de que se establezcan relaciones de confianza y respeto entre líderes y seguidores que conduzcan al alcance de metas planteadas (84) (66), lo que indica que al interior del servicio de urgencias, hay una percepción positiva de los líderes que infunden respeto.

Por otro lado, la influencia idealizada conductual obtuvo el segundo puntaje más alto entre los factores del estilo transformacional, este factor, con frecuencia, está relacionado a un liderazgo carismático, y a la obtención de un esfuerzo extra por parte del equipo para el logro óptimo de desarrollo y rendimiento de metas u objetivos que se hayan establecidos (85). Una vez más, se aprecia que el equipo, auxiliares de enfermería, en el servicio de urgencias, resaltan el rol del personal de enfermería como líderes carismáticos.

Si bien existe una mayor apreciación por los líderes carismáticos se debe considerar que el liderazgo transformacional es más amplio que el estilo carismático, por lo que esta característica pasa a convertirse en uno de los factores del liderazgo transformacional (64).

Al comparar estos hallazgos con diversos estudios, como el de Rozo y Abaunza en el 2010 (64) y Calderón en el 2016 (4), se refleja un comportamiento similar en sus resultados, siendo la motivación inspiracional y la influencia idealizada conductual, los factores que tuvieron una mayor percepción entre el personal de enfermería de los respectivos estudios.

Adicionalmente, Santos en el 2016 (85), describió cómo la motivación inspiracional fue el único factor transformacional que se presentó entre enfermeros directivos de una institución de primer nivel de atención de Perú. Así mismo, Calle 2019 (67), describe que los gerentes hospitalarios mostraron como factor destacado, a la influencia idealizada conductual, seguida de la motivación inspiracional.

Ahora bien, los resultados del instrumento aplicado al grupo de enfermería, no solo identificó los factores destacados del liderazgo transformacional, sino también muestra aquellos factores que obtuvieron las puntuaciones más bajas, es decir, los que son poco percibidos por el equipo.

Los factores del liderazgo transformacional que obtuvieron las puntuaciones más bajas fueron: estimulación intelectual y consideración individualizada, estos resultados son congruentes a los encontrados por Calle en España en 2019 (67) y por Calderón en el 2016 (4), en los cuales la estimulación intelectual arrojó el puntaje más bajo entre el grupo de coordinadores y enfermeros asistenciales.

Así mismo, en la investigación citada por Santos (85), que tuvo como objetivo determinar el perfil transformacional entre estudiantes y docentes de enfermería, se evidenció debilidades significativas en la estimulación intelectual y consideración individualizada, en el que los porcentajes de opinión sobre estos factores fueron los más bajos a comparación de los demás factores.

En ese orden de ideas, el diseño y posterior aplicación en su fase inicial del programa institucional en formación en liderazgo transformacional, estuvo enfocado en la estimulación intelectual y la consideración individualizada, como las características de liderazgo transformacional con las mayores oportunidades de mejora entre el personal de enfermería líder en el servicio de urgencias.

Teniendo en cuenta que en la estimulación intelectual, el líder debe motivar a su equipo en la búsqueda de nuevas alternativas en los retos que se puedan presentar en un contexto laboral (4); es necesario que los líderes enfermeros, puedan promover nuevas ideas y estimular la creatividad en la solución de problemas con el equipo, como lo indica Santos (85) en su estudio.

Por lo tanto, el programa institucional de formación para este factor de liderazgo estuvo orientado hacia las competencias en la toma de decisiones y el desarrollo del pensamiento creativo dirigido hacia los retos que plantea la seguridad del paciente en el servicio de urgencias.

En cuanto a la consideración individualizada, Calderón (4), y López, Hincapié, et al, (86), indican que el líder debe identificar las necesidades y competencias de los miembros que componen su equipo, así como sus motivaciones particulares, desarrollando espacios participativos.

Para la construcción e implementación del programa institucional de formación para este factor, se fundamentó en el fortalecimiento de competencias en comunicación



efectiva, y trabajo en equipo, soportado por herramientas que le permitan al líder de enfermería la cohesión de sus equipos de trabajo al conocer las destrezas y aspectos a mejorar de los miembros que los componen.

Para el programa institucional de formación en liderazgo transformacional, enfocado en la seguridad del paciente, se establecieron contenidos relacionados al reporte de eventos adversos y su análisis multicausal, propiciando espacios de comunicación en el que se crean propuestas para los retos identificados.

Lo anterior sustentado por el análisis de Liukka, et al. (2) en su investigación sobre el liderazgo transformacional en la seguridad del paciente, en el que se reconoce la importancia de la generación de espacios para la discusión de eventos adversos, para la búsqueda de nuevas formas de trabajar que evite la ocurrencia de estos a través del pensamiento creativo, lo que hace alusión a la estimulación intelectual, y a la consideración individualizada, cuando en estas reuniones de equipo se lleven a cabo con regularidad, en espacios de confianza e interacción de los miembros del equipo y los líderes de enfermería.

## 10. Conclusiones

El estilo de liderazgo transformacional fue predominante en enfermería en el servicio de urgencias, especialmente en los factores de motivación inspiracional e influencia idealizada conductual.

Se evidenció la presencia de características del liderazgo transaccional, lo que podría indicar que al interior del servicio, el desempeño del equipo de trabajo depende de un estímulo o recompensa.

Existe una asociación positiva entre el liderazgo transformacional y el esfuerzo extra, efectividad y satisfacción, por lo que al fortalecer las competencias en este estilo de liderazgo, pueda dar como resultados, un mejor desempeño del equipo de trabajo.

Se aprecia una tendencia positiva hacia el liderazgo transformacional; no obstante, se evidencia que factores como la estimulación intelectual y consideración individualizada, requieran ser fortalecidas a través del desarrollo de competencias de liderazgo.

La implementación del programa permitió reconocer en el personal de enfermería, la importancia de fortalecer competencias relacionada a la comunicación asertiva y la gestión de trabajo en equipo, para garantizar una atención segura.

La metodología a través de talleres dinámicos y el es estímulo a la participación, permitió una mayor apropiación de los contenidos, e incentivó la permanencia de los participantes el programa.

## 11. Recomendaciones

Para el desarrollo de futuros proyectos teórico-prácticos que tengan como propósito la mejora de las competencias de liderazgo transformacional en equipos de salud, se plantean algunas sugerencias mitiguen las limitaciones que puedan presentarse:

Es importante que se impulse el desarrollo de programas enfocados en enfermería como líderes, al ser estos los profesionales encargados de gestionar los cuidados en las organizaciones en salud.

Generar espacios de participación activa de enfermería en cada institución en salud, permitirá que compartan su visión y opinión para la toma decisiones, no solo a nivel operativo sino estratégico, lo que fomentará en estos profesionales la autonomía y su empoderamiento como líderes en los procesos asistenciales.

Se debe dar continuidad al programa formación diseñado, en el que se adapte su contenido a la realidad de cada servicio y contexto institucional, alineado a los objetivos de la organización.

Se recomienda, posterior a la implementación, el un seguimiento y evaluación planteado, que permita establecer el impacto y la contribución que la formación de líderes transformacionales podría aportar en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Los equipos asistenciales afectados por situaciones estresantes requieren que se establezca estrategias de acompañamiento y fortalecimiento, que permitan el manejo de las emociones. A través de la formación de líderes transformacionales se puede dar respuesta a esta necesidad.

Se sugiere incluir en el plan institucional de formación continua, liderado por gestión humana, para garantizar que los participantes del programa puedan disponer del tiempo requerido para su participación activa, además, para garantizar el seguimiento y evaluación del mismo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Céspedes Santacreu M. Liderazgo de Enfermería y seguridad del paciente en quirófano. Una revisión de la literatura [Internet]. Universidad Internacional de Catalunya; 2020. Disponible en: <http://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/1675>
2. Liukka M, Hupli M, Turunen H. How transformational leadership appears in action with adverse events. A study for Finnish nurse manager. *J Nurs Manag*. 2018;26(6):639–46. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jonm.12592>
3. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. *Univ y Salud* [Internet]. 2018;20(3):215–26. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n3/2389-7066-reus-20-03-00215.pdf>
4. Calderon S. Estilos de liderazgos de las enfermeras coordinadoras y supervisoras de una IPS de tercer nivel de Bogotá [Internet]. Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/56025/1/1022363661.2016.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Municipal de Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.; 2010. 1–66 p. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS\\_IS\\_Manual\\_Sistema\\_Tiraje\\_CuartosUrgencias2011.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf)
6. Villatoro A. Definiciones Básicas En Medicina De Urgencia [Internet]. Vol. 26, *Emergency Medicine News*. México D.F; 2005. p. 11. Disponible en: [https://reeme.arizona.edu/materials/Definiciones utiles en medicina de urgencia.pdf](https://reeme.arizona.edu/materials/Definiciones%20utiles%20en%20medicina%20de%20urgencia.pdf)
7. García-Romera A, March-Cerdà J. Liderazgo transformacional en las organizaciones sanitarias. Una revisión bibliográfica. *Rev Comun y Salud* [Internet]. 2016;6:81–95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5786978>
8. Organización Mundial de la Salud. Capítulo 3. Servicios de salud: ¿se seleccionan adecuadamente y están bien organizados? En: Informe sobre la salud en el 2000 [Internet]. p. 30. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2000/es/>
9. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente. Boletín CONAMED. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2019;(23):1–15. Disponible en: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1013:presenta-conamed-el-boletin-del-centro-colaborador-de-opsoms-sobre-la-calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=401](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1013:presenta-conamed-el-boletin-del-centro-colaborador-de-opsoms-sobre-la-calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=401)

10. Ministerio de Salud de Colombia. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2016;1–29. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
11. Minsalud. Gestión del mejoramiento continuo de la calidad [Internet]. Web Ministerio De La Salud. Bogotá - Co; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>
12. MinSalud. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet]. Vol. 2, Ministerio de la Protección Social. Bogotá - Co; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Monitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>
13. González-Betancourt GC, Giraldo-Ramírez A. El Liderazgo Y El Síndrome De Burnout, Una Relación Que Impacta En La Calidad De La Atención En Los Servicios Médicos De Urgencias [Internet]. Bogotá - Co; 2017. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13695>
14. Paranaguá TT de B, Braga Q de P, Bezerra ALQ, e Silva AEB de C, Filho FM de A, de Sousa MRG. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Enfermería Glob [Internet]. 2014;13(2):206–18. Disponible en: [http://ezproxy.library.dal.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/1664552045?accountid=10406%5Cnhttp://sfxhosted.exlibrisgroup.com/dal?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Anursing&atitle=Event](http://ezproxy.library.dal.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/1664552045?accountid=10406%5Cnhttp://sfxhosted.exlibrisgroup.com/dal?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Anursing&atitle=Event)
15. Vecina ST, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010;33(1):131–48. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015)
16. Peñaloza-Guadarrama M. Factores humanos y error médico. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2017;40(1):65–6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171v.pdf>
17. Muñoz Soto C. Liderazgo Transformacional en la gestión hospitalaria [Internet]. Universitat de Lleida; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/668315>
18. Espinoza Quiroz P, Peduzzi M. Equipos de salud interdisciplinarios y liderazgo transformacional, juntos pueden propiciar mejores resultados para pacientes y profesionales. Horiz enferm [Internet]. 2013;24(1):50–9. Disponible en: [http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/24-1/49\\_equipos de salud interdisciplinarios y liderazgo transformacional juntos pueden propiciar mejores resultados para pacientes y profesionales\\_horizonte 24-12013.pdf](http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/24-1/49_equipos%20de%20salud%20interdisciplinarios%20y%20liderazgo%20transformacional%20juntos%20pueden%20propiciar%20mejores%20resultados%20para%20pacientes%20y%20profesionales_horizonte_24-12013.pdf)

19. Pinzón O. Liderazgo en los servicios de salud. Cienc y salud virtual [Internet]. 2014;20(4):442–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6635354>
20. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Seguridad del paciente. 2010. p. 1. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_2)
21. Mesa-Serna I. Diseño metodológico de un modelo para el desarrollo de líderes basado en el liderazgo transformacional [Internet]. Repositorio Universidad de Antioquia. Universidad de Antioquia; 2018. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/10659>
22. Xie J, Ding S, Zhang X, Li X. Impact of a patient safety leadership program on head nurses and clinical nurses: a quasi-experimental study. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2021;29(3478):11. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bhqCFsfDQg7hW9sDs3NbpNp/abstract/?lang=es>
23. Ministerio de Salud de Colombia. Paquete instruccional. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá - Co; Report No.: Versión 2.0.
24. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. [citado el 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
25. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services%0Afile:///D:/REV/TESIS CAPITULO UNO/Servicios sanitarios de calidad-oms.html>
26. Galván A, Flores G. La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. Rev del Hosp Gen Dr Man Gea González [Internet]. 2006;7(2):59–62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg062c.pdf>
27. Carreño A. Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá. Rev Univ Empres [Internet]. 2008;17:203–22. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/1089/987>
28. Vargas Rozo OBG. La medición de la percepción de la calidad de los servicios odontológicos como herramienta para su mejoramiento, aplicación en las clínicas odontológicas integradas de Bogotá [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/56421>
29. Rodríguez Prieto I. Proyecto de gestión de un servicio de cirugía general en un hospital de nueva creación: análisis del funcionamiento [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2018. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/47201/1/T39837.pdf>

30. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. *Rev Cuba Hematol Inmunol y Hemoter* [Internet]. 2014;30(2):179–83. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>
31. Vargas O. La Medición de la Percepción de la Calidad de los Servicios Odontológicos como Herramienta para su Mejoramiento. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/52178/>
32. Gaviria-García G, Lastre-Amell G, Suárez-Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. *Enfermería Univ* [Internet]. 2014;11(2):47–51. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200002)
33. Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá - Co; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. Lineamientos de Política para el Mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia. Bogotá - Co; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
35. da Silva Gama ZA, de Souza Oliveira AC, Sturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29(2):283–93. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf>
36. Dominguez Lozano BS, Ortega Crespo G, Díaz Pérez A, Broullon Dobarro A. Incidencias y causas de la cancelación de cirugía en un hospital universitario, Barranquilla, Colombia 2016. *Enfermería Glob* [Internet]. 2020;19(1):507–26. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/380441>
37. Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* [Internet]. 2007;23(1):112–9. Disponible en: Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad
38. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. *Organ Mund la Salud* [Internet]. 2008;1:32. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)
39. Amaya Arias AC, Idarraga D, Giraldo V, Gómez LM. Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. *Rev Colomb Anestesiol* [Internet]. 2015;43(1):68–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.09.006>
40. Minsalud. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá - Co;

2016. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
41. Toffoletto MC, Ruiz XR. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. *Rev da Esc Enferm.* 2013;47(5):1098–105. Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4MfVYTvqLkVqtwCvnZMcfLs/?lang=es&format=pdf>
  42. Vergara J. Enfermería y seguridad del paciente | PSNet. *Enfermería y Seguridad del paciente* [Internet]. 2020;1–27. Disponible en:  
<https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/15/metodologias-de-analisis-de-eventos-adversos-analisis-de-causa-raiz-ancla-y-protocolo-de-londres/>
  43. García M, Pantoja M, Duque L. El liderazgo transformacional en la organizaciones: Un análisis descriptivo. *Rev Latinoam Investig En Organ Ambient Y Soc* [Internet]. 2011;2(2):94–110. Disponible en:  
<https://revistas.elpoli.edu.co/index.php/teu/article/view/1117>
  44. Espinosa J, Contreras F, Barbosa D. Prácticas de liderazgo y su relación con la cultura en un grupo de países latinoamericanos. *Divers perspect Psicol* [Internet]. 2015;11(2):303–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.10%0A>
  45. Chiavenato I. *Administración. Proceso Administrativo*. Editorial. 2001. Disponible en:  
[https://www.academia.edu/33028175/PROCESO\\_ADMINISTRATIVO\\_TERCE\\_RA\\_EDICION](https://www.academia.edu/33028175/PROCESO_ADMINISTRATIVO_TERCE_RA_EDICION)
  46. Conger, J. A., & Kanungo RN. *Charismatic leadership in organizations*. Sage Publi. 1998. Disponible en: <https://sk.sagepub.com/books/charismatic-leadership-in-organizations>
  47. Claudio MS. *Liderazgo Transformacional en la gestión hospitalaria*. Universidad de Lleida, 2019. Disponible en:  
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/668315/Tcms1de1.pdf?sequence=3.xml>
  48. González M d. *Cómo mejorar las relaciones humanas con enfoque al crecimiento personal y empresarial*. México D.F: Editorial Fiscales ISEF S.F; 1998. Disponible en:  
<https://books.google.com.gt/books?id=Esfh0EG5JF4C&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>
  49. Torrado J. Liderazgo entre iguales en equipos deportivos: una revisión camino a la integración. *Escritos Psicol / Psychol Writings*. 2012;5(2):12–9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092012000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000200002)
  50. Mallma J, Córdova J. El liderazgo natural. *Rev Cuad Empres*. 2014;1(1):66–72.



- Disponible en: [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri\\_ce/article/view/855](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_ce/article/view/855)
51. ROBBINS SP. Comportamiento Organizacional. Teoría y práctica. Universidad de San Diego.; 1987. Disponible en:  
[https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15550/mod\\_resource/content/0/ROBBINS%20comportamiento-organizacional-13a-ed-\\_nodrm.pdf](https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15550/mod_resource/content/0/ROBBINS%20comportamiento-organizacional-13a-ed-_nodrm.pdf)
  52. Villalva M, Fierro I. El liderazgo Democrático: Una Aproximación Conceptual. INNOVA Res J [Internet]. 2017;2(4):155–62. Disponible en:  
<https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/210>
  53. Bernard LL. An introduction to social psychology. 1926. Disponible en:  
[https://brocku.ca/MeadProject/Bernard/1926/1926\\_toc.html](https://brocku.ca/MeadProject/Bernard/1926/1926_toc.html)
  54. Ghiselli EE. Traits differentiating management personnel. Pers Psychol. 2006;535-544. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/229818676\\_Traits\\_Differentiating\\_Management\\_Personnel](https://www.researchgate.net/publication/229818676_Traits_Differentiating_Management_Personnel)
  55. Alejandro I, Martínez M, Carlos J, Benjumea C, Rosa B, Rivera G. Caracterización del liderazgo transformacional del sector salud en Colombia. En: XXI Congreso Internacional de Contaduría Administración e Informática [Internet]. México D.F; 2016. p. 18. Disponible en:  
<http://congreso.investigacion.fca.unam.mx/docs/xxi/docs/3.01.pdf>
  56. Cruz-ortiz V, Salanova M, Martínez IM. Liderazgo transformacional: investigación actual y retos futuros. Univ Empres [Internet]. 2013;15(25):13–32. Disponible en:  
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/2871>
  57. Mendoza M, Ortiz C. El Liderazgo Transformacional, Dimensiones e Impacto en la Cultura Organizacional y Eficacia de las Empresas. Rev Fac Ciencias Económicas [Internet]. 2006;14(1):118–34. Disponible en:  
<https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rfce/article/view/4588>
  58. Torres FC, Ramírez DB. Del liderazgo transaccional al liderazgo transformacional : implicaciones para el cambio organizacional. From Transactional Leadership to Transformational Leadership : Implications for Organizational Change Du leadership transactionnel au leadership transf. 2013;152–65. Disponible en:  
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/433>
  59. Bass BM. From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. Organ Dyn [Internet]. 1990;18(3):19–31. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/009026169090061S>
  60. BASS BM. Bass y Stogdill's handbook of leadership: Theory, research and managerial applications. 3° ed. New York; 1990. 1182 p. Disponible en:  
[https://books.google.com.co/books/about/Bass\\_Stogdill\\_s\\_Handbook\\_of\\_Leadership.html?id=KxLizZ3aYmUC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Bass_Stogdill_s_Handbook_of_Leadership.html?id=KxLizZ3aYmUC&redir_esc=y)
  61. Vella SA, Oades LG, Crowe TP. A pilot test of transformational leadership

- training for sports coaches: Impact on the developmental experiences of adolescent athletes. *Int J Sport Sci Coach* [Internet]. 2013;8(3):513–30. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1260/1747-9541.8.3.513>
62. Vega C, Zavala G. Adaptación del Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ forma 5x corta) de B. Bass y B. Avolio al contexto organizacional chileno [Internet]. Universidad de Chile. Universidad de Chile; 2004. Disponible en: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/vega\\_c/sources/vega\\_c.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/vega_c/sources/vega_c.pdf)
  63. Navarro-Corona C. Consideraciones teóricas sobre el concepto de liderazgo y su aplicación en la investigación educativa. *Rev Educ* [Internet]. 2016;40(1):53–66. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/16148>
  64. Rozo Mogollón SM, Abaunza de González M. Liderazgo transaccional y transformacional. *Av en Enfermería* [Internet]. 2010;28(2):62–72. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21380>
  65. Silva Peralta Y. Aplicación del MLQ a Formadores de RRHH: un estudio descriptivo. *Cuad Estud Empres* [Internet]. 2010;20(0):127–44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3934716>
  66. Cárdenas LM, Tovar DC, Vela M, Garcia J. Liderazgo Transformacional En Enfermería Recomendaciones Para Un Hospital Universitario. *Rev Salud Hist Sanid* [Internet]. 2017;12(3):41–51. Disponible en: <http://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/254>
  67. Calle C. Análisis del modelo de liderazgo en las organizaciones sanitarias [Internet]. Universidad Internacional de Catalunya. Universidad Internacional de Catalunya; 2019. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/668433#page=1>
  68. Robbins SP, Judge TA. Comportamiento organizacional (decimotercera edición) [Internet]. 13 a. ed. Pearson Education, editor. Vol. 27, Nutrición Hospitalaria. México D.F; 2011. 756 p. Disponible en: <http://public.ebib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=3192621>
  69. Almirón V. Liderazgo transaccional vs Liderazgo Transformacional. Blog: Pensamiento Imaginativo. 2015. [citado en marzo, 2022]
  70. Contreras-Torres F, Barbosa-Ramírez D. Del liderazgo transaccional al liderazgo transformacional: implicaciones para el cambio organizacional. *Rev virtual Univ Católica del Norte* [Internet]. 2013;(39):152–65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194227509013.pdf>
  71. Panadero LE. Características De Liderazgo De Los Estilos Transformacional / Transaccional En Los Profesionales De Enfermería De Una Ips De Bogota 2011 [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2013. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/21012>
  72. Bazzani JC, Villalobos D. Liderazgo de Rango Total: Revisión teórica del Modelo [Internet]. Universidad Colegio Mayor de Nuestr Señora del Rosario;

2014. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10072>
73. Sánchez N, Vargas E. Comparación por Género y Profesión de los Estilos de Liderazgo en Jefes de Gestión Humana de la Ciudad de Bucaramanga [Internet]. Vol. 11, Analytical Biochemistry. Universidad Pontificia Bolivariana; 2018. Disponible en: [https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6233/digital\\_37754.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6233/digital_37754.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  74. Veliz Rojas L, Paravic Klijn T. Coaching Educativo Como Estrategia Para Fortalecer El Liderazgo En Enfermería. Cienc y enfermería [Internet]. 2012;18(2):111–7. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-62762008000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762008000100007)
  75. Boamah SA, Wong HKSLC, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nurs Outlook. 2017;1:1–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29174629/>
  76. Martínez Oropesa C. La gestión de la seguridad basada en los comportamientos. ¿Un proceso que funciona? Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2015;61(241):424–35. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2015000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2015000400002)
  77. Martínez-Oropesa C. El proceso de gestión de la seguridad basado en los comportamientos. El nuevo rol de los supervisores. Rev Glob Compet y Gob [Internet]. 2011;5(2):106–21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=511851327005>
  78. Duygulu S, Kublay G. Transformational leadership training programme for charge nurses. J Adv Nurs [Internet]. 2011;67(3):633–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21077934/>
  79. Richter A, von Thiele Schwarz U, Lornudd C, Lundmark R, Mosson R, Hasson H. iLead-a transformational leadership intervention to train healthcare managers' implementation leadership. Implement Sci [Internet]. 2016;11(1):1–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0475-6>
  80. Flórez P. Proyecto de intervención “Palabras de líderes” SILVOTECNIA S.A.S [Internet]. Universidad de Antioquia; 2018. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/17732>
  81. Arévalo N, Garay Á, Velásquez F. Propuesta de un modelo de liderazgo para el nivel táctico de la empresa SYPELC S.A.S., en la ciudad de Villavicencio - Meta [Internet]. Universidad Piloto de Colombia; 2016. Disponible en: <http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/3162>
  82. Wileidys Artigas, Miguel Robles. Metodología de la investigación: Una discusión necesaria en Universidades Zulianas. Rev Digit Univ [Internet]. 2010;11(11):1–17. Disponible en: [https://www.ru.tic.unam.mx/tic/bitstream/handle/123456789/1825/art107\\_2010](https://www.ru.tic.unam.mx/tic/bitstream/handle/123456789/1825/art107_2010).

pdf?sequence=1&isAllowed=y

83. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta edic. News.Ge. Mc Graw Hill; Disponible en: <https://news.ge/anakliis-porti-aris-qveynis-momava>.
84. Evangelista Leiva SR. Liderazgo transformacional y compromiso organizacional en enfermeros del servicio de Emergencia de un hospital nivel IV Lima 2018 [Internet]. Universidad César Vallejo. Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/22801>
85. Santos J. Liderazgo transformacional en enfermeros que desempeñan cargos directivos en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Jaén - Perú 2016 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/1809>
86. López-Zapata E, Hincapié-Montoya SM, Zuluaga-Correa YC. Dimensiones del liderazgo transformacional y capacidad de aprendizaje organizacional en Pymes. Espacios [Internet]. 2017;38(57):16–27. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/335149307\\_Dimensiones\\_del\\_liderazgo\\_transformacional\\_y\\_capacidad\\_de\\_aprendizaje\\_organizacional\\_en\\_Pymes](https://www.researchgate.net/publication/335149307_Dimensiones_del_liderazgo_transformacional_y_capacidad_de_aprendizaje_organizacional_en_Pymes)

**ANEXOS**

**ANEXO1**  
**CUESTIONARIO MULTIFACTORIAL DE LIDERAZGO**  
**Forma Líder (5X) Corta**

Fecha y hora de diligenciamiento: \_\_\_\_\_ Nro. asignado:  
 \_\_\_\_\_

Este cuestionario describe de manera general su estilo de liderazgo, tal como usted se percibe. Por favor, responda todos los ítems de este cuestionario. Antes de empezar diligencie los siguientes datos sociodemográficos:

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Responda las siguientes preguntas, y en las opciones de múltiple respuesta, marque con una "X" la opción elegida.

1. **Sexo** Femenino: \_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_      2. **Fecha de nacimiento:**  
 \_\_\_\_\_

3. **Municipio de residencia:** \_\_\_\_\_      4. **Estrato socioeconómico:**  
 \_\_\_\_\_

5. **Nivel de estudios:** Técnico:\_\_\_\_ Universitario:\_\_\_\_ Especialista:\_\_\_\_  
 Magíster:\_\_\_\_ PhD:\_\_\_\_

6. **Año de obtención de su título:** \_\_\_\_\_

7. **Años de experiencia laboral relacionadas a su título:** \_\_\_\_\_

8. **¿Cuántos años y meses lleva trabajando en el Hospital Universidad del Norte?** \_\_\_\_\_

9. **¿Cuánto años y meses lleva trabajando en el servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte?** \_\_\_\_\_

10. **Salario mensual:** 1-2 smlmv:\_\_\_\_ 3-4 smlmv:\_\_\_\_ 5 o más smlmv:\_\_\_\_

11. **Tipo de contratación:** Término fijo: \_\_\_\_ Término indefinido: \_\_\_\_

12. **¿Qué tan satisfecho se encuentra en su trabajo?**

Insatisfecho: \_\_\_\_ Poco satisfecho: \_\_\_\_ Medianamente satisfecho: \_\_\_\_

Satisfecho: \_\_\_\_

Muy satisfecho: \_\_\_\_

13. **¿hasta qué punto su forma de dirigir está condicionado por las características de la organización?**

Muy poco: \_\_\_\_ Poco: \_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_ Alto: \_\_\_\_ Muy alto: \_\_\_\_

14. ¿Practica un hobby?: Sí \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No

### CUESTIONARIO DE LIDERAZGO:

En las siguientes páginas se presentan 45 afirmaciones descriptivas. Indique cuán frecuentemente cada afirmación se ajusta a usted. La palabra “demás” se refiere al equipo que usted lidera en el servicio de urgencias.

Use la siguiente escala de clasificación para sus respuestas, marcando la categoría correspondiente con un círculo. Por favor, seleccione una respuesta por frase.

Nunca	De vez en cuando	A Veces	Bastante	Casi Siempre
1	2	3	4	5

1	Proporciono asistencia a otros a cambio de sus esfuerzos.	1	2	3	4	5
2	Reexamino suposiciones críticas para analizar si estas son adecuadas.	1	2	3	4	5
3	Trato de no interferir en los problemas, hasta que se vuelven serios.	1	2	3	4	5
4	Enfoco mi atención en irregularidades, errores, excepciones y desviaciones de las normas fijas.	1	2	3	4	5
5	Evito involucrarme cuando surgen asuntos importantes	1	2	3	4	5
6	Hablo acerca de mis creencias y valores importantes	1	2	3	4	5
7	Me ausento cuando es necesario.	1	2	3	4	5
8	Busco perspectivas opuestas al solucionar problemas.	1	2	3	4	5
9	Hablo con optimismo acerca del futuro	1	2	3	4	5
10	Infundo orgullo en otros por estar asociados conmigo	1	2	3	4	5
11	Me refiero en términos específicos al determinar quién es responsable de haber logrado las metas de desempeño.	1	2	3	4	5
12	Espero a que las cosas salgan mal antes de tomar medidas	1	2	3	4	5
13	Hablo con entusiasmo acerca de lo que se debe lograr.	1	2	3	4	5
14	Especifico la importancia de tener un fuerte sentido del propósito.	1	2	3	4	5
15	Dedico tiempo a enseñar y entrenar	1	2	3	4	5
16	Dejo en claro lo que se puede esperar recibir cuando se logran las metas de desempeño.	1	2	3	4	5
17	Demuestro que soy un fiel creyente de que “que si algo no ha dejado de funcionar totalmente, no es necesario arreglarlo”	1	2	3	4	5
18	Abandono mis intereses personales por el bien del grupo.	1	2	3	4	5

19	Trato a los demás como individuos, en vez de como si fueran solo un miembro del grupo.	1	2	3	4	5
20	Demuestro que los problemas deben convertirse en crónicos antes de tomar medidas.	1	2	3	4	5
21	Actúo de tal manera que hago que los demás tengan respeto por mí.	1	2	3	4	5
22	Me concentro plenamente en tratar errores, quejas y fallas.	1	2	3	4	5
23	Considero las consecuencias de las decisiones morales y éticas.	1	2	3	4	5
24	Realizo un seguimiento de todos los errores que se producen	1	2	3	4	5
25	Me muestro confiable y seguro.	1	2	3	4	5
26	Expreso clara y convincente mi visión de futuro.	1	2	3	4	5
27	Dirijo mi atención hacia el incumplimiento de normas.	1	2	3	4	5
28	Evito tomar decisiones	1	2	3	4	5
29	Considero a cada individuo como personas que tienen diferentes necesidades, habilidades y aspiraciones entre sí.	1	2	3	4	5
30	Hago que los demás vean los problemas desde diferentes ángulos.	1	2	3	4	5
31	Ayudo a que los demás desarrollen sus puntos fuertes.	1	2	3	4	5
32	Sugiero nuevas formas de ver como terminar las tareas asignadas.	1	2	3	4	5
33	Medito detenidamente la respuesta a asuntos urgentes, aunque esto implique demora.	1	2	3	4	5
34	Enfatizo la importancia de tener un sentido colectivo de lograr una misión.	1	2	3	4	5
35	Expreso satisfacción cuando los demás logran expectativas.	1	2	3	4	5
36	Expreso confianza en que las metas serán logradas	1	2	3	4	5
37	Soy eficaz en satisfacer las necesidades de los demás, relacionadas con el trabajo.	1	2	3	4	5
38	Utilizo métodos de liderazgo que resultan satisfactorios para los miembros de mi grupo de trabajo.	1	2	3	4	5
39	Hago que los demás hagan más de lo que se espera que hagan.	1	2	3	4	5
40	Soy efectivo/a representando a los demás frente a los superiores.	1	2	3	4	5
41	Trabajo con los demás de manera satisfactoria.	1	2	3	4	5
42	Elevo los deseos de los demás de tener éxito	1	2	3	4	5
43	Soy eficiente en lograr los requisitos organizacionales	1	2	3	4	5
44	Aumento la disposición de los demás de esforzarse	1	2	3	4	5
45	Encabezo un grupo eficiente.	1	2	3	4	5



**ANEXO 2**  
**CUESTIONARIO MULTIFACTORIAL DE LIDERAZGO**  
**Forma Equipo (5X) Corta**

Fecha y hora de diligenciamiento: \_\_\_\_\_ Nro. asignado:  
 \_\_\_\_\_

Este cuestionario describe de manera general el estilo de liderazgo de su líder en el servicio de urgencia, tal como usted lo percibe. Por favor, responda todos los ítems de este cuestionario. Antes de empezar diligencie los siguientes datos sociodemográficos:

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Responda las siguientes preguntas, y en las opciones de múltiple respuesta, marque con una "X" la opción elegida.

**2. Sexo** Femenino: \_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_ **2. Fecha de nacimiento:**  
 \_\_\_\_\_

**4. Municipio de residencia:** \_\_\_\_\_ **4. Estrato socioeconómico:**  
 \_\_\_\_\_

**15. Nivel de estudios:** Técnico:\_\_\_\_ Universitario:\_\_\_\_ Especialista:\_\_\_\_  
 Magíster:\_\_\_\_ PhD:\_\_\_\_

**16. Año de obtención de su título:** \_\_\_\_\_

**17. Años de experiencia laboral relacionadas a su título:** \_\_\_\_\_

**18. ¿Cuántos años y meses lleva trabajando en el Hospital Universidad del Norte?** \_\_\_\_\_

**19. ¿Cuánto años y meses lleva trabajando en el servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte?** \_\_\_\_\_

**20. Salario mensual:** 1-2 smlmv: \_\_\_\_ 3-4 smlmv: \_\_\_\_ 5 o más smlmv: \_\_\_\_

**21. Tipo de contratación:** Término fijo: \_\_\_\_ Término indefinido: \_\_\_\_

**22. ¿Qué tan satisfecho se encuentra en su trabajo?**

Insatisfecho: \_\_\_\_ Poco satisfecho: \_\_\_\_ Medianamente satisfecho: \_\_\_\_  
 Satisfecho: \_\_\_\_  
 Muy satisfecho: \_\_\_\_

**23. ¿Practica un hobby?:** Sí\_\_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_ No

**CUESTIONARIO DE LIDERAZGO:**

En las siguientes páginas se presentan 45 afirmaciones descriptivas. Indique cuán frecuentemente cada afirmación se ajusta con su líder en el servicio de urgencias.

Use la siguiente escala de clasificación para sus respuestas, marcando la categoría correspondiente con un círculo. Por favor, seleccione una respuesta por frase.

Nunca	De vez en cuando	A Veces	Bastante	Casi Siempre
1	2	3	4	5

*La persona que estoy calificando:*

1	Me proporciona asistencia a cambio de mis esfuerzos.	1	2	3	4	5
2	Reexamina suposiciones críticas para analizar si estas son adecuadas.	1	2	3	4	5
3	Trata de no interferir en los problemas, hasta que se vuelven serios.	1	2	3	4	5
4	Enfoca su atención en irregularidades, errores, excepciones y desviaciones de las normas fijas.	1	2	3	4	5
5	Evita involucrarse cuando surgen asuntos importantes	1	2	3	4	5
6	Habla acerca de sus creencias y valores importantes	1	2	3	4	5
7	Se ausenta cuando es necesario.	1	2	3	4	5
8	Busca perspectivas opuestas al solucionar problemas.	1	2	3	4	5
9	Habla con optimismo acerca del futuro	1	2	3	4	5
10	Infunde orgullo en mí por estar asociados con él/ella.	1	2	3	4	5
11	Se refiere en términos específicos al determinar quién es responsable de haber logrado las metas de desempeño.	1	2	3	4	5
12	Espera a que las cosas salgan mal antes de tomar medidas	1	2	3	4	5
13	Habla con entusiasmo acerca de lo que se debe lograr.	1	2	3	4	5
14	Especifica la importancia de tener un fuerte sentido del propósito.	1	2	3	4	5
15	Dedica tiempo a enseñar y entrenar	1	2	3	4	5
16	Deja en claro lo que se puede esperar recibir cuando se logran las metas de desempeño.	1	2	3	4	5
17	Demuestra que es un fiel creyente “ <i>que si algo no ha dejado de funcionar totalmente, no es necesario arreglarlo</i> ”	1	2	3	4	5
18	Abandona sus intereses personales por el bien del grupo.	1	2	3	4	5
19	Me trata como individuo, en vez de como si fueran solo un miembro del grupo.	1	2	3	4	5
20	Demuestra que los problemas deben convertirse en crónicos antes de tomar medidas.	1	2	3	4	5
21	Actúa de tal manera que hace ganar mi respeto.	1	2	3	4	5
22	Se concentra plenamente en tratar errores, quejas y fallas.	1	2	3	4	5

<b>23</b>	Considera las consecuencias de las decisiones morales y éticas.	1	2	3	4	5
<b>24</b>	Realiza un seguimiento de todos los errores que se producen	1	2	3	4	5
<b>25</b>	Se muestra confiable y seguro.	1	2	3	4	5
<b>26</b>	Expresa clara y convincente su visión del futuro.	1	2	3	4	5
<b>27</b>	Dirige mi atención hacia el incumplimiento de normas.	1	2	3	4	5
<b>28</b>	Evita tomar decisiones	1	2	3	4	5
<b>29</b>	Considera que tengo diferentes necesidades, habilidades y aspiraciones entre sí.	1	2	3	4	5
<b>30</b>	Me ayuda a mirar los problemas desde diferentes ángulos.	1	2	3	4	5
<b>31</b>	Me ayuda a que desarrolle mis puntos fuertes.	1	2	3	4	5
<b>32</b>	Sugiere nuevas formas de ver como terminar las tareas asignadas.	1	2	3	4	5
<b>33</b>	Medita detenidamente la respuesta a asuntos urgentes, aunque esto implique demora.	1	2	3	4	5
<b>34</b>	Enfatiza la importancia de tener un sentido colectivo de lograr una misión.	1	2	3	4	5
<b>35</b>	Expresa satisfacción cuando cumpla con las expectativas.	1	2	3	4	5
<b>36</b>	Expresa confianza en que las metas serán logradas	1	2	3	4	5
<b>37</b>	Es eficaz en satisfacer mis necesidades relacionadas con el trabajo.	1	2	3	4	5
<b>38</b>	Utiliza métodos de liderazgo que me resultan satisfactorios	1	2	3	4	5
<b>39</b>	Consigue que haga más de lo que esperaba hacer.	1	2	3	4	5
<b>40</b>	Es efectivo/al representarme frente a los superiores.	1	2	3	4	5
<b>41</b>	Trabaja conmigo de manera satisfactoria.	1	2	3	4	5
<b>42</b>	Eleva mis deseos de tener éxito	1	2	3	4	5
<b>43</b>	Es eficiente en lograr los requisitos organizacionales	1	2	3	4	5
<b>44</b>	Aumenta la disposición para esforzarme más	1	2	3	4	5
<b>45</b>	Encabeza un grupo eficiente.	1	2	3	4	5

Cuestionario Multifactorial de Liderazgo MIQ-5X, versión corta en su versión equipo, diseñado por Benard & Avolio (2000) y validado en Colombia (Rozo & Abaunza, 2010)

### ANEXO 3 FORMATO EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

<b>HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE</b>	<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE FORMACIÓN</b>	<b>VERSION: 2</b> <b>CODIGO: FA-REC-010</b> <b>PAGINA : 1 de 2</b>			
<b>GESTIÓN HUMANA</b>					
Tema: _____ Facilitador: _____ Hora: _____ Fecha: _____					
Su opinión es muy importante para nosotros, por ello le solicitamos que responda esta breve encuesta para conocer su percepción respecto a este acto educativo que acaba de concluir, de manera de que su aporte nos permita tomar decisiones sobre los aspectos a mantener y mejorar en la realización de futuros actos educativos.					
Marque con una X la alternativa en la escala que mejor represente su opinión.					
<b>1</b> En total desacuerdo	<b>2</b> En desacuerdo	<b>3</b> Neutra 	<b>4</b> De acuerdo	<b>5</b> En total acuerdo	
<b>Experiencia de capacitación</b>					
El lugar donde se realizó la capacitación fue adecuado (tamaño, temperatura, equipos)	1	2	3	4	5
La información previa sobre sala, horario y objetivos fue clara.	1	2	3	4	5
<b>Evaluación del facilitador</b>					
Domina el tema, argumentando con evidencia y respondiendo a preguntas complejas.	1	2	3	4	5
Se comunica con claridad y facilita el aprendizaje.	1	2	3	4	5
Estimula la participación generando un ambiente cálido y motivante.	1	2	3	4	5
Demuestra cómo aplicar el contenido en su entorno laboral.	1	2	3	4	5
<b>Relevancia de la capacitación</b>					
La actividad fue realizada en el momento oportuno.	1	2	3	4	5
Mis conocimientos y habilidades aumentaron/aumentarán gracias a esta actividad.	1	2	3	4	5
<b>Evaluación global</b>					
El acto educativo fue de muy buena calidad.	1	2	3	4	5
<b>Responde lo siguiente:</b>					
Lo que más me gustó de la capacitación fue:					
Este acto educativo mejoraría si:					
¡Muchas gracias!					

## ANEXO 4 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para líderes)

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Desarrollo de competencias de liderazgo transformacional en el personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, para mejorar el desempeño en la atención segura del paciente. Soledad – Atlántico 2021-2022.**

**Nombre de los investigadores:** Adriana Paola Romero Carrascal y Daniela Tatiana Ortega Hernández. **Director de tesis:** Andrés Leonardo Gómez Zona

**Institución:** Universidad De Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Maestría en administración Hospitalaria.

**Teléfonos:** 3184022849 y 3225919557 **Correos:** [adriana.romeroc@udea.edu.co](mailto:adriana.romeroc@udea.edu.co) y [daniela.ortegah@udea.edu.co](mailto:daniela.ortegah@udea.edu.co)

**Lugar de ejecución del proyecto:** Hospital Universidad Del Norte.

**Introducción:** Le estamos invitando a participar en el proyecto de intervención: “Desarrollo de competencias de liderazgo transformacional en el personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, para mejorar el desempeño en la atención segura del paciente. Soledad – Atlántico 2021-2022”. Los líderes juegan un papel esencial al influir positivamente las conductas de todo su equipo, por ello las acciones encaminadas a la adquisición de competencias de liderazgo transformacional, permitirá un aumento en la confianza del equipo, de manera que se unan esfuerzos para lograr como meta común la seguridad del paciente en todos los procesos asistenciales, mejorando la calidad en la prestación de los servicios de salud.

**Objetivo:** Esta intervención tiene por objetivo: “Diseñar para la implementación de un modelo de entrenamiento en liderazgo transformacional, para el personal de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Norte, que permita el desarrollo de competencias de liderazgo y el mejoramiento del programa de seguridad del paciente, en el periodo 2021-2022”.

**Invitación a participar:** usted ha sido seleccionado debido a que pertenece al personal de enfermería, que presta sus servicios asistenciales en el área de urgencias del Hospital Universidad del Norte.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar debe contestar un cuestionario llamado MLQ 5X (Multifactor Leadership Questionnaire) que le tomara aproximadamente 30 minutos, en este cuestionario se plantean situaciones que se pueden presentar en su trabajo y usted responderá de acuerdo a su percepción. Posterior a ello, se iniciarán sesiones de formación que incluyen encuentros y tareas tanto grupales como individuales con una dedicación semanal de 4 horas durante aproximadamente 3 meses.

**Riesgos:** Según lo establecido en el Artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, se establece que este proyecto de intervención representa un **riesgo mínimo**, al emplear para su desarrollo el registro de datos a través de cuestionarios. Estos riesgos son mitigados al garantizar que su participación no generará implicaciones en su relación laboral con la institución y se tratará de manera confidencial toda la información.

**Costos:** Su participación en el proyecto de intervención será completamente gratis y todos los costos asociados de este serán asumidas por las investigadoras.

**Beneficios:** Además del beneficio que esta intervención significara para el proceso de conocimiento en los campos de gestión del talento humano, seguridad del paciente y liderazgo de equipos asistenciales. Su participación permitirá favorecer las competencias de liderazgo tanto individuales como colectivas del servicio de urgencias.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada, se manejará de manera responsable con fines estrictamente científicos y académicos y cuyo material será conservado, garantizando tanto la confidencialidad de la información, como la preservación de la identidad del

participante, por ello NO se le solicitara nombre ni su identificación para diligenciar el cuestionario y los resultados se presentaran de forma general y no individual.

**Derechos del participante:** Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con: Adriana Paola Romero Carrascal al teléfono: 3184022849 y Daniela Tatiana Ortega Hernández al teléfono 3225919557.

**Retiro voluntario:** Usted podrá retirarse en cualquier momento del proyecto de intervención, aun después de dar su aprobación en la firma del consentimiento informado.

**Conclusión:** Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto de intervención: "Programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional para líderes de enfermería en seguridad del paciente, Hospital Universidad Del Norte. Soledad – Atlántico 2022".

_____ Nombre del sujeto	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del Investigador	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del Investigador	_____ Firma	_____ Fecha

## ANEXO 5 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para equipo)

**Desarrollo de competencias de liderazgo transformacional en el personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, para mejorar el desempeño en la atención segura del paciente. Soledad – Atlántico 2021-2022.**  
**Nombre de los investigadores:** Adriana Paola Romero Carrascal y Daniela Tatiana Ortega Hernández. **Director de tesis:** Andrés Leonardo Gómez Zona  
**Institución:** Universidad De Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Maestría en administración Hospitalaria.  
**Teléfonos:** 3184022849 y 3225919557 **Correos:** [adriana.romeroc@udea.edu.co](mailto:adriana.romeroc@udea.edu.co) y [daniela.ortegah@udea.edu.co](mailto:daniela.ortegah@udea.edu.co)

**Lugar de ejecución del proyecto:** Hospital Universidad Del Norte.

**Introducción:** Le estamos invitando a participar en el proyecto de intervención: “Desarrollo de competencias de liderazgo transformacional en el personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte, para mejorar el desempeño en la atención segura del paciente. Soledad – Atlántico 2021-2022”. Los líderes juegan un papel esencial al influir positivamente las conductas de todo su equipo, por ello las acciones encaminadas a la adquisición de competencias de liderazgo transformacional, permitirá un aumento en la confianza del equipo, de manera que se unan esfuerzos para lograr como meta común la seguridad del paciente en todos los procesos asistenciales, mejorando la calidad en la prestación de los servicios de salud.

**Objetivo:** Esta intervención tiene por objetivo: “Diseñar para la implementación de un modelo de entrenamiento en liderazgo transformacional, para el personal de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Norte, que permita el desarrollo de competencias de liderazgo y el mejoramiento del programa de seguridad del paciente, en el periodo 2021-2022”.

**Invitación a participar:** usted ha sido seleccionado debido a que pertenece al personal de enfermería, que presta sus servicios asistenciales en el área de urgencias del Hospital Universidad del Norte.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar debe contestar un cuestionario llamado MLQ 5X (Multifactor Leadership Questionnaire) que le tomara aproximadamente 30 minutos, en este cuestionario se plantean situaciones que se pueden presentar en su trabajo y usted responderá de acuerdo a su percepción.

**Riesgos:** Según lo establecido en el Artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, se establece que este proyecto de intervención representa un **riesgo mínimo**, al emplear para su desarrollo el registro de datos a través de cuestionarios. Estos riesgos son mitigados al garantizar que su participación no generará implicaciones en su relación laboral con la institución y se tratará de manera confidencial toda la información.

**Costos:** Su participación en el proyecto de intervención será completamente gratis y todos los costos asociados de este serán asumidas por las investigadoras.

**Beneficios:** Además del beneficio que esta intervención significara para el proceso de conocimiento en los campos de gestión del talento humano, seguridad del paciente y liderazgo de equipos asistenciales. Su participación permitirá favorecer las competencias de liderazgo tanto individuales como colectivas del servicio de urgencias.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada, se manejará de manera responsable con fines estrictamente científicos y académicos y cuyo material será conservado, garantizando tanto la confidencialidad de la información, como la preservación de la identidad del participante, por ello NO se le solicitara nombre ni su identificación para diligenciar el cuestionario y los resultados se presentaran de forma general y no individual.

**Derechos del participante:** Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con: Adriana Paola Romero Carrascal al teléfono: 3184022849 y Daniela Tatiana Ortega Hernández al teléfono 3225919557.

**Retiro voluntario:** Usted podrá retirarse en cualquier momento del proyecto de intervención, aun después de dar su aprobación en la firma del consentimiento informado.

**Conclusión:** Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto de intervención: "Programa institucional de formación en competencias de liderazgo transformacional para líderes de enfermería en seguridad del paciente, Hospital Universidad Del Norte. Soledad – Atlántico 2022"

_____ Nombre del sujeto	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del Investigador	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del Investigador	_____ Firma	_____ Fecha



## ANEXO 6

### Carta aval del proyecto por parte Hospital Universidad del Norte

**HOSPITAL  
UNIVERSIDAD  
DEL NORTE**  
Servimos con Corazón

Soledad, 30 de Agosto de 2021

**Investigadores: Enfermera Adriana Romero Carrascal y Fonoaudióloga Daniela Ortega**

**Asesor: Psi. MSP. Andres Leonardo Gomez Zona**

**Asunto: "Mejoramiento de la seguridad del paciente mediante la implementación de un modelo de liderazgo transformacional para el servicio de urgencias del Hospital el Universidad del Norte".**

**Estimados investigadores:**

En reunión del comité de investigación del Hospital Universidad del Norte, el 05 de Agosto del 2021, legalizada según acta N°29, el consenso de sus miembros considera factible el desarrollo del proyecto en asunto en las instalaciones de nuestra institución.

Esta comunicación NO se constituye como una aprobación formal para el desarrollo del proyecto, para la cual se requiere la revisión y aprobación previa por parte de un comité de ética. Dicha aprobación debe ser enviada por medio del correo electrónico de contacto: [huninvestigacion@uninorte.edu.co](mailto:huninvestigacion@uninorte.edu.co).

En caso de cualquier inquietud agradecemos contactarse con la oficina Docencia Servicio HUN, correo electrónico: [docenciaserviciohun@uninorte.edu.co](mailto:docenciaserviciohun@uninorte.edu.co), Tel. 3715610 Ext: 557 y Centro de Investigación, correo electrónico: [huninvestigacion@uninorte.edu.co](mailto:huninvestigacion@uninorte.edu.co), Tel. 3715510.

Cordialmente,



**Dr. Hugo Macareño**  
Director Científico  
Hospital Universidad Del Norte



## ANEXO 7

### Carta aprobación del proyecto por parte del Comité de ética de la Universidad del Norte



Comité de Ética en Investigación de la División  
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

**ACTA DE EVALUACION: N° 250**

**Fecha:** 30 de septiembre de 2021

**Nombre Completo del Proyecto:** "Mejoramiento de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital el Universidad del Norte Soledad- Atlántico, mediante la implementación de un modelo de liderazgo transformacional 2021-2022".

**Investigadores Principales:** Adriana Paola Romero Carrascal y Daniela Tatiana Ortega Hernández

**Director del proyecto:** Andrés Leonardo Gómez Zona

**Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación:** En el Departamento del Atlántico.

**Fecha en que fue sometido a consideración del comité:** 30 de septiembre de 2021

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo con la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

**El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Proyecto de Investigación
- Resumen ejecutivo
- Instrumentos de recolección de datos

 UNIVERSIDAD DEL NORTE  
Comité de Ética en Investigación  
en el Área de la Salud



- Información para el participante y formulario de consentimiento informado.
- Hojas de vida

**2. El presente proyecto fue evaluado por los siguientes miembros:**

- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN  
Profesión: MD. Pediatra  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico.
- Dr. PEDRO VILLALBA AMARIS  
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Dr. JUAN CARLOS DIB DÍAZ GRANADOS  
Profesión: MD. Mg en Salud Pública y Medicina Tropical, Phd en Biología con entrenamiento en Bioética.  
Comité de Ética: Representante especialista en Bioética (Suplente).
- Dra. DANIELA NAVARRO REYES  
Profesión: Abogado. Mg. en Derecho con énfasis en Derecho Privado- Modalidad Investigativa, Phd. en Derecho.  
Comité de Ética: representante no científico.
- QF. GREGORIO DÍAZ MORALES  
Profesión: Químico Farmacéutico, Mg en Toxicología.  
Comité de Ética: representante Químico Farmacia (Suplente).
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RÍOS  
Profesión: PhD en Psicología  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ  
Profesión: Administradora de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad.
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ  
Profesión: Administrador de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Q.F. DONALDO DE LA HOZ  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química.
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**  
Comité de Ética en Investigación  
en el Área de la Salud



3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya quórum es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:

- Enf. DANIELA DÍAZ AGUDELO. Mg en Enfermería  
Profesión: Enfermera, Mg. Enfermería.  
Cargo en el Comité de Ética: Presidente y Representante de Profesores
- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN  
Profesión: MD. Pediatra  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico.
- Enf. GLORIA CECILIA VISBAL ILLERA  
Profesión: Enfermera. Mg en Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- DR. DANIELA NAVARRO REYES  
Profesión: Abogado. Mg. en Derecho con énfasis en Derecho Privado- Modalidad Investigativa, Phd. en Derecho.  
Comité de Ética: representante no científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS  
Profesión: PhD en Psicología  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ  
Profesión: Administradora de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad.
- Q.F. DONALDO DE LA HOZ  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dr. PEDRO VILLALBA AMARIS  
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Dr. JUAN CARLOS DIB DÍAZ GRANADOS  
Profesión: MD. Mg en Salud Pública y Medicina Tropical, Phd en Biología con entrenamiento en Bioética.  
Comité de Ética: Representante especialista en Bioética (Suplente)
- Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES  
Profesión: MD. Mg. Ciencias Clínicas  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)

**UN** UNIVERSIDAD DEL NORTE  
Comité de Ética en Investigación  
en el Área de la Salud



- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS  
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO  
Profesión: Ingeniero Mecánico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ  
Profesión: Administrador de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Enf. DIANA CAROLINA DÍAZ MASS  
Profesión: Enfermera  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- QF. GREGORIO DÍAZ MORALES  
Profesión: Químico Farmacéutico, Mg en Toxicología.  
Comité de Ética: representante Químico Farmacia (Suplente).

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

**Contactos:**

Correo electrónico: [comite\\_eticaunorte@uninorte.edu.co](mailto:comite_eticaunorte@uninorte.edu.co)

Página Web: [www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite\\_etica](http://www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica)

Teléfono: 3509260 – 3509509 Ext. 3493

**4. El Investigador principal deberá:**

- a. Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- b. Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- c. Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- d. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.







e. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el Investigador responsable.

**5. Concepto del Comité de Ética:**


a. En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, efectuada el 30 de septiembre de 2021 y legalizada mediante acta No. 250, el consenso de sus miembros aprueba el siguiente proyecto de Investigación:

- Mejoramiento de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital el Universidad del Norte Soledad- Atlántico, mediante la implementación de un modelo de liderazgo transformacional 2021-2022.

Atentamente,

**NELLY LECOMPTE BELTRAN MD. Pediatra**

**Presidente (E) Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad del Norte.**

 **UNIVERSIDAD DEL NORTE**  
Comité de Ética en Investigación  
en el Área de la Salud

**ENTREGADO 20 OCT. 2021**

## ANEXO 8

### Registro fotográfico programa institucional de formación

#### SESIÓN INTRODUCTORIA

Presentación del programa institucional de formación y socialización de los resultados del instrumento MLQ-5X



**SESIÓN 1**

Misión I: HUN líder transformacional  
Nivel I. Líder Transformacional

**SESIÓN 3**

Misión IIB: HUN líder: estimula intelectualmente a su equipo.  
Nivel II. Pensamiento creativo







#### SESIÓN 4

Misión IIIA: HUN Líder: considera  
Nivel I: Comunicación al alcance del equipo



**SESIÓN 5**

Misión IIIB: HUN Líder: considera individualmente a cada miembro de su equipo

Nivel II: líderes de nuestro equipo de trabajo

