

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE ESTUDIOS EN AMBIENTES VIRTUALES ADMINISTRACIÓN DE  
EMPRESAS

RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS DE LIDERAZGO Y LA ATENCIÓN  
HUMANIZADA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

AUTORES

YURANI MORENO  
MARÍA FERNANDA SILVA

TUTOR

FABIOLA REY SARMIENTO

BOGOTÁ D.C., AGOSTO DE 2019

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Formulación del Problema	8
1.3 Objetivos de la investigación	9
1.3.1 Objetivo General	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
1.4 Justificación	9
1.5 Viabilidad de la investigación	10
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	11
2.2 Marco conceptual	20
2.2.1 El liderazgo	20
2.2.2 El liderazgo transaccional y transformacional	22
2.2.3 Habilidades sociales del líder	226
2.2.4 Atención humanizada en salud	28
2.2.5 Sentimientos que enfrenta la humanización en salud	32
2.2.6 Seguridad del paciente	33
2.2.7 Calidad de salud	34
2.2.8 Problemas e la calidad	34
2.3 Hipótesis de la investigación	35
<b>3. MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>336</b>
3.1 Diseño y enfoque metodológico del estudio	336
3.2 Tipo de investigación	36
3.3 Diseño de la investigación	36
3.4 Técnicas de recolección	37
3.5 Procedimiento metodológico	37
3.6 Contribuciones originales esperadas	38

<b>4. TIPOS Y PRACTICAS DE LIDERAZGO EN ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS</b>	<b>38</b>
4.1 Liderazgo transformacional	38
4.2 Factores del liderazgo transformacional	42
4.3 Metas del liderazgo transformacional	43
4.4 Características del líder transformacional	44
4.5 Liderazgo carismático	446
4.6 Características del liderazgo carismático	47
4.7 La relación entre liderazgo y atención humanizada	49
<b>5. LAS PRÁCTICAS DE LIDERAZGO DE KOUZES Y POSNER Y LA HUMANIZACIÓN DENTRO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS BRINDADOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	<b>543</b>
5.1 Liderazgo de Kouzes y Posner	543
5.2 Características de las prácticas de liderazgo de Kouzes y Posner	554
<b>6. PLAN DE ACCIÓN</b>	<b>59</b>
6.1 Propuesta que fortalezca el liderazgo	59
<b>7. CONCLUSIÓN</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>63</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>pp</b>
Figura 1. Definiciones de liderazgo	21
Figura 2. Dimensiones del liderazgo transformacional y transaccional	25
Figura 3. Las Habilidades Interpersonales y el liderazgo	26
Figura 4. Plan nacional de Mejoramiento de la calidad en Salud (PNMCS)	31
Figura 5. Características del líder	38
Figura 6. Elementos del liderazgo transformacional	41
Figura 7. Lineamientos del Decreto 1011 de 2016	49
Figura 8. Aspectos fundamentales para la humanización en salud	50
Figura 9. Liderazgo para la humanización	53
Figura 10. Las cinco prácticas y los diez compromisos del liderazgo ejemplar de Kouzes y Posner	55



## **INTRODUCCIÓN**

La motivación de un grupo laboral va a depender en buena medida de las habilidades que posea su líder para conducirlo al logro de los objetivos planteados superando situaciones difíciles y conflictivas.

Las habilidades que debe tener un líder son:

- a) La facilidad para las relaciones interpersonales.
- b) El poder de influir de forma positiva sobre otras personas.
- c) La capacidad de canalizar las potencialidades del grupo.
- d) El enfoque hacia el logro de un objetivo común.

Si se considera al liderazgo como necesario en las organizaciones hospitalarias colombianas, este debe estar encaminado al logro de servicios hospitalarios de calidad; es preciso acotar que el liderazgo directivo del personal administrativo, del cuerpo de médicos y de enfermeras, son los liderazgos ejecutores finales que se pueden expresar en una política general organizacional. No toda gestión es conducente a la calidad, por lo tanto, los liderazgos directivos y del resto del personal deben estar sujetos a evaluación de las instancias administrativas superiores, y en un sentido mayormente participativo, de toda la comunidad relacionada con la organización. Es de precisar que, además, de los servicios hospitalarios de calidad, los mismos deben estar acompañados por la cualidad de ser servicios humanizados.

Tomando en cuenta lo anterior, el propósito de este trabajo es proponer una serie de recomendaciones encaminadas a fortalecer el liderazgo en salud para lograr la calidad de los servicios hospitalarios con la cualidad de ser humanizados.

### **1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

El liderazgo tiene implicaciones personales y conductuales en las cuales interactúan las capacidades y los valores personales intrínsecos de un individuo con el conocimiento que este puede ser incrementado y perfeccionado. En este sentido, se armonizan las

cualidades de un líder para influir positivamente en su grupo, con la información adquirida por la experiencia o el aprendizaje, como habilidad social para maximizar el desempeño de las personas.

Es de notar que la presente disertación se fundamenta en la aproximación humanista del liderazgo desarrollada por McGregor (1960), sobre el liderazgo transaccional y transformacional para producir la motivación en las organizaciones.

En primer lugar se plantea que un líder al actuar debe tener la capacidad personal de generar confianza sobre un grupo para conducirlo a la consecución de objetivos organizacionales o colectivos en común, de manera que, se puede identificar como condición principal que las demás personas perciban una sensación de seguridad, apoyo y comprensión por parte del líder.

El liderazgo cumple una función central para entender el comportamiento de los grupos, ya que es el líder, quien generalmente señala la dirección para cumplir una meta. Por tanto, una capacidad de pronóstico más exacta debe ser valiosa para mejorar el desempeño del grupo. (Robbins, 2004, pág.328).

Es por eso que un el líder debe manejar las emociones, conocer las premisas que rodean a una meta y manejar a un grupo bajo los principios lógicos cuyo desarrollo conduzcan a su alcance. Considerando lo descrito con anterioridad, Zúñiga Montalvo (2015), argumenta que el liderazgo emocional es imprescindible porque los seres humanos actuamos básicamente por emociones, y a la hora de convencer y motivar tenemos que estimularlas. Cuando se lidera es importante mover las emociones de la otra persona para influenciarla, de tal modo que, se sienta identificada; esto significa comprometerse con la necesidad del logro de cada individuo.

Por otra parte, es preciso mencionar que la necesidad del liderazgo en las organizaciones hospitalarias, surge a partir de la competitividad entre las organizaciones que por la dinámica económica y social que prevalece en nuestros días, conduce a exigencias de mayor productividad y eficiencia por parte del capital humano, requiriendo la implicación de todos sus empleados y ofreciendo a la vez alcanzar: (a) logros individuales, dando las garantías en la satisfacción personal en cuanto a crecimiento individual y desarrollo profesional (b) logros grupales, llegando a las metas

establecidas por el grupo dentro de la misma organización y (c) logros colectivos, cumpliendo las metas sociales que se trazaron con la proyección de la organización de ofrecer servicios hospitalarios con responsabilidad social.

La participación de los empleados, manejado con el correspondiente ofrecimiento tácito y que se asocia al logro de desempeño de calidad, se refiere a un liderazgo de tipo transaccional, explicado por la relación líder-colaborador como intercambio de intereses y que está definido así: “Este tipo de liderazgo, de transacción o transaccional, considera que el líder ayuda a los colaboradores para que logren los resultados esperados”. (Palomo Vadillo, 2010, p. 43). Sin embargo, este liderazgo de tipo transaccional debe ser complementado a su vez con un liderazgo transformacional, el cual puede ser definido como aquel liderazgo que conlleva al mejoramiento individual con un contenido de inspiración al cambio que puede colaborar ampliamente con modificaciones organizacionales; y esto en específico, se desea considerar para el mejoramiento de las organizaciones hospitalarias colombianas, con miras a que logren el atributo de ser instituciones regidas por la calidad en sus servicios.

Basado en lo ya descrito, las reformas que deben conducir los líderes en las organizaciones hospitalarias colombianas corresponden a:

1. Transformación de los objetivos de la organización con el fin de elevar la calidad de su servicio, consistente en la construcción de un conocimiento actualizado constantemente con la utilización de nuevas tecnologías.
2. Mejoramiento del cuerpo de médicos y enfermeras basado en su formación.
3. Fortalecimiento administrativo de las organizaciones hospitalarias.

Con relación al fortalecimiento administrativo llevado a cabo en las organizaciones hospitalarias, es válido señalar que “las competencias administrativas se refieren a las competencias que un líder posee cuando tiene que conseguir fines y objetivos de una organización. Implican planificación, organización del trabajo, asignación de tareas a las personas adecuadas, y coordinar las actividades de trabajo.” (Palomo Vadillo, 2010, pág. 46). Lo señalado anteriormente corresponde a un punto de vista general, no obstante, puede asimilarse su aplicación a las organizaciones hospitalarias colombianas a través del cumplimiento de recomendaciones que fortalezcan el liderazgo.

Desde otro ángulo, se pretende asociar el liderazgo a la práctica humanizada de salud, que a juicio de Soler Carrero (2015) es:

Humanizar la relación entre las personas que poseen los conocimientos y el ser humano que se enfrenta a la enfermedad, implica, según el profesor Bayon, el ejercicio de las siguientes actividades:

- La benevolencia, que significa querer el bien del otro.
- La beneficencia, que obliga al profesional a poner el máximo empeño en atender al paciente en todos sus aspectos y hacer cuanto pueda para mejorar su salud de la forma que mejor considere; y la efusión hacia el paciente para compartir con él algo que le pertenece íntimamente y que se convierte en confianza que hará que se establezcan tratamientos y cuidados entre las dos partes que beneficien al paciente. (p.3)

En ese orden de ideas, este trabajo pretende asociar el liderazgo en las instituciones hospitalarias con un servicio humanizado del cuidado de la salud. Para ello se realiza un énfasis en los atributos de motivación y orientación de los trabajadores de la salud que ya poseen conocimientos inherentes a la medicina con los valores del ser humano para establecer una asistencia humanizada y de máxima calidad.

Con base en lo descrito se plantea como problema de investigación ¿cómo establecer las mejores prácticas del liderazgo para lograr armonizarlas en servicios hospitalarios que buscan trabajar con calidad y humanizados, considerando como foco de intervención los servicios dedicados a la prestación en salud en instituciones hospitalarias.

## **1.2 Formulación del Problema**

Después del planteamiento del problema surgen los siguientes interrogantes:

¿Cuál es la literatura, tipos y prácticas de liderazgo en organizaciones hospitalarias?

¿Cuáles son las intervenciones específicas en calidad y humanización en la prestación de los servicios de salud teniendo en cuenta las características de la población objeto?

¿Cómo es la relación entre las prácticas de liderazgo de Kouzes y Posner, y la percepción de humanización y calidad en la prestación de los servicios brindados por los profesionales de la salud?

¿Cómo es una propuesta que fortalezca el liderazgo en salud con el propósito de mejorar la humanización en la prestación del servicio en el marco de los modelos y rutas de atención, teniendo en cuenta criterios específicos para la población objeto?

### **1. 3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Describir las mejores prácticas de liderazgo organizacional, que en la literatura se relacionan con procesos de atención humanizada de calidad en los servicios de salud, para proponer aplicarlas en instituciones hospitalarias, a fin de facilitar en estas los procesos de armonización en la práctica de los conceptos de liderazgo, humanización y calidad.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Buscar en la literatura tipos y prácticas de liderazgo en organizaciones hospitalarias.
- Identificar los aportes de las practicas analizadas, en relación a la humanización y la calidad en los servicios de salud.
- Realizar síntesis de las prácticas de liderazgo en organizaciones hospitalarias.
- Relacionar las prácticas de liderazgo de Kouzes y Posner, y la humanización dentro de la calidad en la prestación de los servicios brindados por los profesionales de la salud.
- Evaluar de manera conjunta la lista de prácticas de liderazgo identificadas para seleccionar las mejores, a través de las cuales sea posible armonizar los conceptos de liderazgo y humanización de los servicios de salud.
- Formular una propuesta de aplicación de prácticas de liderazgo, que fortalezca el proceso de humanización en la prestación del servicio para impactar la calidad.

## **1.4 Justificación**

El propósito de este trabajo es conocer la práctica del liderazgo en las organizaciones hospitalarias colombianas; y que ello sea un punto de partida para orientar a estas organizaciones hacia la calidad en la prestación de los servicios de salud. De esta forma, se vincula el liderazgo como una característica a un caso práctico.

Considerar la motivación a través del ejercicio de un liderazgo transformacional y emocional, aplicado a organizaciones hospitalarias e incluso en el desempeño del trabajo para lograr la calidad de los servicios de atención en salud.

Por otro lado, y tomando en consideración el quehacer profesional del personal directivo, administrativo, cuerpo de médicos, de enfermeros y demás trabajadores de las organizaciones hospitalarias; esta investigación es importante, ya que realiza un análisis de aplicación que se justifica en la reforma hecha en Colombia en cuanto al mejoramiento de la calidad en todos los servicios de atención de la salud.

Este trabajo se ve justificado metodológicamente, puesto que su aplicación se puede sistematizar respetando las particularidades en la atención de las organizaciones hospitalarias de diferentes niveles.

La aplicación de las prácticas del liderazgo en conjunto con los servicios humanizados para el logro de la calidad de los servicios hospitalarios es el objetivo final y representa la importancia de este trabajo.

## **1.5 Viabilidad de la investigación**

La viabilidad de la investigación está avalada por la necesidad de mejora de las organizaciones hospitalarias para el logro y mantenimiento de los servicios de salud prestados bajo criterio de calidad.

Desde otro punto de vista, existe un soporte investigativo en referencia a la aplicación del liderazgo en las organizaciones hospitalarias y una comparación entre estas que ofrece una base para la consecución de este trabajo monográfico, cuyo alcance consiste en realizar una revisión detallada de la aplicación de los modelos y rutas de atención en salud en la población objeto en las instituciones hospitalarias de Bogotá, y a partir de los

resultados encontrados, revisar si existe una correlación entre las prácticas de liderazgo y la percepción de calidad y atención humanizada.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Para realizar esta investigación, se han considerado tanto trabajos académicos relacionados con el tema en cuanto a los aspectos organizacionales en instituciones de salud, la motivación y el liderazgo, como trabajos referidos a la humanización en la atención en salud. Para ello se discriminaron los aportes en dos partes, la primera, referida a trabajos realizados en el ámbito internacional, y la segunda, a trabajos nacionales, mejor dicho, hechos en Colombia.

En primer lugar, se consideró a nivel internacional el trabajo realizado por Aspiazu Edwards (2017), titulado “Gestión Hospitalaria”. Este artículo tiene como propósito presentar una visión actualizada de la situación que atraviesa el sistema de salud en Perú haciendo algunas consideraciones al respecto bajo una perspectiva de gestión.

Destaca la investigadora, que la salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Al ser de interés público la protección de la salud de la población, el Estado tiene la responsabilidad de regularla, vigilarla y promoverla. En este sentido, el Estado regula los mecanismos de intervención y de apoyo en temas de salud pública e individual a través de entidades estatales y de los sistemas de administración pública. Estos proyectos están orientados a mejorar los niveles de salud de la población, fortalecer su desarrollo social y elevar su calidad de vida.

Indica la investigadora, que los sistemas generados por el gobierno y el ministerio correspondiente que administran y regulan la adecuada elaboración de los proyectos de inversión enfocados en solucionar los principales problemas de salud, se encuentran expuestos a riesgos de corrupción y de un trabajo que no cumple las expectativas para el que fue diseñado al descentralizar los planes y proyectos con instituciones locales que muchas veces adolecen de un sistema de control y evaluación simple.

De acuerdo con esto, un registro de lecciones aprendidas puede ayudar a generar un soporte adecuado para el control y validación de proyectos de salud en los temas de planificación, ejecución y créditos sustentables, garantizando que la inversión sea de utilidad para la región.

En este orden de ideas, un sistema de control se sugiere que esté integrando a los organismos gestores y ejecutores estatales, y así garantizar que algunos proyectos de Infraestructura de salud del país no queden como inversiones desproporcionadas, fuera de contexto, y la mayoría de las veces sin un estudio adecuado de sustentabilidad.

Otro trabajo considerado es el realizado por Hernández Rodríguez (2017), titulado “Enfoque para el cambio necesario en las organizaciones de salud”. Argumenta el investigador que durante cinco décadas se han estado produciendo profundas modificaciones en el ámbito de la salud cubana, lo cual constituye un desafío que requiere de nuevas decisiones para continuar perfeccionando el sistema.

Su principal reto está en resolver dos demandas: una, alcanzar niveles superiores de calidad en la asistencia, y dos, mantener sus costos a nivel compatible con el desarrollo del país. El trabajo de Hernández Rodríguez (2017), propone realizar un análisis de estrategias para el cambio necesario en nuestro sector haciendo un enfoque básicamente en los recursos humanos. Se abordan las dimensiones de motivación en las organizaciones de la salud, la gestión clínica, económica y de calidad, la necesidad de integración, la activación de las funciones básicas, las nuevas concepciones y las claves estratégicas para el cambio tanto culturales como organizacionales y operativas. El aporte de este trabajo lo constituyen las propuestas de estrategias útiles para el cambio en las organizaciones de salud.

Se consideró el trabajo realizado por Salas Vallina (2013), titulado “Liderazgo transformacional, capacidad de aprendizaje organizativo y felicidad en el trabajo”, presentado como tesis doctoral de la Universidad de Valencia; quien argumenta que existen numerosos estudios en el área de organización de empresas en los que los investigadores buscan proporcionar un objetivo final de mejora del resultado económico empresarial, no hay duda de la importancia de variables como la productividad o el resultado económico como fin último de cualquier modelo de investigación científica, sin

embargo, es importante tener en cuenta una variable que consideramos de especial relevancia en la vida de cualquier persona: la felicidad en el trabajo.

El argumento fundamental de este estudio es que la felicidad podría considerarse el aspecto fundamental que todos pretendemos lograr en nuestras vidas, y parece que sería interesante estudiar cómo lograrla en nuestro trabajo diario gestionando mejor las condiciones en que lo ejercemos. Existen numerosos estudios que afirman que los empleados más felices producen mejores resultados.

El estudio de Salas Vallina (2013), pretende subrayar el papel clave que juega la felicidad en el trabajo para las organizaciones como fin en sí mismo, tratando de concientizar al ser humano, y en particular a investigadores y académicos del área de organización de empresas, de que quizá, para muchas personas, nuestro paso por la vida tiene un objetivo más amplio que el mero hecho de querer mejorar la cuenta de resultados.

La felicidad en el trabajo tiene efectos beneficiosos tanto para las personas como para las organizaciones, además, de poder ser un fin en sí mismo, sabemos que los procesos afectivos y las emociones mantienen la motivación laboral y son esenciales para el liderazgo. Las emociones están continuamente presentes en las cuestiones relativas a nuestro trabajo e influyen tanto a nivel personal como al resultado organizativo.

Argumenta el investigador que la felicidad en el trabajo no es un concepto que se haya utilizado ampliamente en la investigación académica en cuanto a la experiencia de los trabajadores en su puesto de trabajo. No obstante, sí que se ha investigado durante muchos años sobre diferentes constructos que en cierta forma se solapan con este concepto (satisfacción laboral, estado de ánimo en el trabajo, bienestar afectivo en el trabajo, compromiso organizativo, prosperidad laboral, etc.).

En la actualidad la investigación se centra en constructos relacionados con el comportamiento organizativo basados en la perspectiva de Luthans. Esta perspectiva analiza a nivel individual, temporal y organizativo, los antecedentes y consecuencias de constructos como la satisfacción laboral, el compromiso organizativo, la motivación, la implicación, etc. Las medidas de la felicidad en el trabajo varían desde creencias o juicios hasta aspectos más emocionales. El punto en común de todos los estudios anteriores es la creencia de que los empleados que sean felices o estén más satisfechos con su trabajo

producirán mejores resultados. Si bien, hasta ahora las escalas de satisfacción laboral no se focalizan en las emociones.

El aporte de este trabajo consiste en valorar un modelo que contribuya en primer lugar a la medición de un nuevo constructo: la felicidad en el trabajo; lo cual se vincula al humor en el liderazgo, partiendo de una contribución del humor a la felicidad laboral. Para ello propone considerar conceptos como la satisfacción laboral, el compromiso organizativo afectivo y el compromiso individual. La tesis de Salas Vallina (2013), pretende validar esta nueva medida con las escalas propuestas y relacionar este nuevo constructo con variables tan importantes en el área de organización de empresas como son el liderazgo o el aprendizaje organizativo, esto ha representado el principal aporte de este trabajo.

Finalmente, se consideró el trabajo realizado por Mejía Gutiérrez y Amaya Castillo (2012), titulado: "Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe"; esta investigación trata sobre la evaluación de la calidad de la atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe en el periodo de abril a junio del 2011; con este estudio se pretendió analizar la capacidad instalada para brindar servicios del área de emergencia del Hospital así como valorar el proceso de la calidad de la atención de los servicios que este brinda y determinar la eficacia de los servicios de emergencia del nosocomio mencionado.

En este sentido, se realizó un estudio de carácter descriptivo con el objetivo de evaluar la calidad de atención a partir de la percepción que los usuarios tienen de la atención brindada por el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, sometiendo a análisis la estructura, los procesos y los resultados obtenidos cada vez que se solicita atención médica. Simultáneamente se evaluó la percepción de los empleados como prestadores y usuarios del sistema.

Se entrevistó a 80 pacientes que consultaron la emergencia del hospital y a sus familiares y los 28 trabajadores del área de emergencia en horarios diurnos, nocturnos y fines de semana. Se determinó que la unidad de Emergencia del Hospital de Nueva Guadalupe, no cuenta con la capacidad instalada para brindar atención de calidad, pero sus servicios son accesibles a la población. En relación a la calidad técnica existe un cumplimiento de los protocolos y guías de manejo en un buen porcentaje de pacientes, lo que hace que consulten constantemente.

En otro orden de cosas, Mejía Gutiérrez y Amaya Castillo (2012), mencionaron que la dimensión de la continuidad de los servicios brindados, se ha visto alterada por las relaciones interpersonales no apropiadas de los trabajadores, lo cual dificulta la atención; los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala y la demora de tiempo de espera de los usuarios es mayor para recibir la atención del médico y el complemento de los tratamientos, lo que genera muchas veces abandono y atraso en el proceso asistencial.

La contribución de este trabajo consiste en identificar la necesidad de mejora en los servicios de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, y tiene un enfoque en la capacitación al personal de salud para el progreso de las relaciones interpersonales y de los procesos de atención, lo cual subirá la calidad del hospital hacia la población que atienden.

Veliz Rojas y Villanueva Aparco (2013), realizó el trabajo titulado “Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS)” el objetivo de su investigación consistió en analizar la calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual de la DISA en Lima Sur, en el periodo de agosto a octubre del 2011.

Este estudio fue llevado a cabo con una metodología de investigación de tipo exploratorio de corte transversal y descriptivo; y abordó con un enfoque cuantitativo la magnitud de la calidad percibida de los usuarios externos e internos a efectos de explorar las razones que tuvieron sus respuestas.

La población objeto de estudio de Veliz Rojas y Villanueva Aparco (2013), fueron: Usuarios Externos (UE), Población vulnerable al VIH SIDA (HSH, TRANS y TS) que hace uso de la Atención Médica Periódica (AMP) brindada en los CERITS.

De este modo, los investigadores para el análisis de carácter cuantitativo validaron 117 encuestas aplicadas bajo el modelo SERVQUAL. Asimismo, se efectivizaron 9 entrevistas semiestructuradas a usuarios externos que, además, son Promotores Educadores Pares de los CERITS.

Adicionalmente aplicaron 12 entrevistas a no usuarios de AMP: Usuarios Internos (UI). Los prestadores de los servicios de AMP, validaron 8 entrevistas semi-estructuradas y encuestas bajo el modelo SERVQUAL. También realizaron 4 entrevistas semiestructuradas (encuestas dicotómicas): 2 a los responsables de los dos CERITS y 2 a los a los responsables de calidad de las dos redes a las que pertenecen los CERITS.

El aporte de este trabajo fue el hallazgo acerca del Sistema de Gestión de la Calidad, el cual resultó ser empírico debido al desconocimiento de las normas, la falta de seguimiento y del control que asegure el cumplimiento de las mismas, la disponibilidad de tiempo, la necesidad de capacitación, la falta de compromiso del personal a todo nivel, entre otros.

Uno de los estudios considerados es el realizado por Vázquez (2011), titulado “Evaluación de la representatividad de Indicadores de calidad en hospitales de la República Argentina”. El investigador se planteó como objetivo general revelar y precisar la representatividad de indicadores de calidad obtenidos por establecimientos asistenciales de la República Argentina para establecer las posibles relaciones entre ellos e identificar los dominios o aspectos aún no valorados.

Para ello lo primero que obtuvo fue un agrupamiento de los indicadores por dominios de pertenencia a través de un análisis conceptual y de factores; luego, identificó aquellos que pueden ser asumidos como resultados de gestión; acto seguido, estudió las relaciones existentes entre los diferentes dominios investigados a partir de métodos matemáticos como los de regresión; a continuación, reconoció los posibles indicadores faltantes; y finalmente confirmó las conclusiones de su estudio con el rigor metodológico de un grupo Delphi independiente.

Vázquez (2011), argumentó que su estudio fue conceptual/cuantitativo a partir de un grupo de expertos y de una adecuada búsqueda bibliográfica internacional, complementado con un estudio estadístico (análisis de factores exploratorios, regresiones, y otros métodos); y con base en la retrospectiva de la base de datos del PICAM. En su trabajo procuró definir la representatividad de indicadores de calidad para establecimientos de salud en Argentina confirmando las conclusiones preliminares a través de un Grupo Delphi independiente.

El universo de análisis utilizado fueron los 18 indicadores mensuales provenientes de 18 hospitales asociados que conforman la base de datos PICAM. Como unidad de análisis se tomaron los indicadores a partir de sus valores mensuales. El aporte de este trabajo lo constituyó la utilización de indicadores de rendimiento y la metodología de análisis para identificar su relevancia.

En relación a los antecedentes nacionales, se consideró el trabajo realizado por Matabajoy Montilla, Matabachoy Tulcán y Obando Guerrero (2017), titulado: “Procesos de desarrollo del talento humano en una clínica de especialidades de Pasto, Colombia”. Los investigadores parten del argumento que los trabajadores en la organización desempeñan un papel fundamental en el cumplimiento de los objetivos corporativos, siendo así, es importante identificar los procesos de desarrollo de talento humano en el sector salud, puesto que éstos contribuyen en el desarrollo humano y organizacional.

En tal sentido, se caracterizaron los procesos de desarrollo de talento humano, de capacitación, calidad de vida laboral, salud laboral, clima organizacional y evaluación de desempeño en una clínica de especialidades de la ciudad de Pasto, Colombia. Por eso el estudio se abordó desde el paradigma cuantitativo de tipo descriptivo con una muestra de 211 colaboradores. Se construyó la escala denominada “Percepción de los procesos de desarrollo del talento humano”, cuyo alfa de Cronbach fue de 0,97.

En este trabajo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de capacitación (en las subcategorías detección de las necesidades, plan y programas, evaluación de la capacitación, seguimiento), calidad de vida laboral (en las subcategorías significado del trabajo, compromiso laboral) y evaluación de desempeño (en las subcategorías métodos y resultados).

Las conclusiones de este estudio se consideran su principal aporte, ya que reconoce la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos de capacitación, calidad de vida laboral y evaluación de desempeño.

Se consideró también el trabajo de Beltrán, Roa Espitia y Rondón Zarate (2013), titulado: “Diseño de un Modelo de Gestión por Competencias para los Cargos Gerenciales de la Compañía de Soluciones Hospitalarias SAS en Bogotá”. Argumentan los investigadores que el direccionamiento de organizaciones exige en su día a día gerentes integrales y eficaces que respondan a los retos y promuevan el cambio de

modelos de gestión hacia la mejora continua, ante esto las organizaciones se enfrentan a varias opciones, por un lado, es posible realizar procesos de selección donde los perfiles de entrada requieran al gerente con determinadas competencias que se ajusten a las necesidades y características organizacionales, por el otro lado, una buena alternativa es identificar las competencias claves que debe desarrollar un equipo directivo en una organización e incorporar programas en los cuales se les permita formarles sobre estas competencias que aún no adquieren o hasta ahora están adquiriendo.

Por esto su trabajo reúne los planteamientos de diferentes autores, realizando una aproximación a las competencias claves asociadas a la eficiencia y efectividad gerencial. Esta revisión conceptual y teórica constituye la principal contribución de este trabajo.

Un aporte con respecto a la humanización en atención de salud, es el desarrollado por Ceballos Bolívar y Gutiérrez González (2012), en su trabajo titulado “Humanización de la atención en salud”; en el cual argumentan que la atención en salud encara múltiples componentes que abarcan a la persona como “paciente”, en un estado donde como lo dice la O.M.S, salud no es sinónimo de ausencia de enfermedad y donde dicha atención se desenvuelve en un entorno difícil y agobiante por la incertidumbre originada en el desconocimiento de la afección que se tenga: un miedo al padecimiento de algo infernal, temor a los procedimientos, pavor a objetos desconocidos y no tan desconocidos, como sería una simple inyección, siendo ésta sinónimo de dolor. Éstas son solo unas pocas situaciones que se podrían mencionar en el pensar y sentir de una persona que en algún momento llega a ser “paciente” o que requiere, de una u otra manera, la atención en salud. ¿Será que alguna vez el personal de salud ha logrado estar simbólicamente en los zapatos de los pacientes? Si esto fuese afirmativo, estaríamos hablando de una aproximación inicial hacia condiciones favorables para la prestación de un servicio de salud humanizado.

Se consideró el trabajo de Sánchez Naranjo (2013), titulado: “Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor” en el cual este investigador señala que los servicios de atención en salud requieren de acciones reales para lograr su humanización efectiva y deben pasar del discurso a la acción para tener un impacto claro en los pacientes. Son múltiples los casos de personas maltratadas en los diferentes niveles de atención en las instituciones de salud, lo cual se ha ido incorporando a los

comportamientos usuales y se transmite de maestros a estudiantes creando una imagen de los profesionales de la salud muy distante a la del ser humano considerado y cálido que debería ser. La terapia del humor es una estrategia que ha demostrado su utilidad en cambiar paradigmas alrededor del trato al paciente; utiliza “doctores clown” para derrumbar barreras comunicativas y afectivas, y permitir que el paciente pueda canalizar a través del humor su frustración, sus miedos y en general, el estrés derivado de su enfermedad y todos los factores asociados a ella como la hospitalización y los procedimientos diagnósticos. La estrategia se basa en el uso de diversas técnicas artísticas para permitirle al paciente descubrir alternativas expresivas. Por eso sería importante que las escuelas de salud comprendieran la necesidad de insistir en la formación humanista de los estudiantes, promoviendo la formación artística y el conocimiento de las técnicas básicas de la terapia del humor para que puedan ser aplicadas por el profesional de la salud en la cotidianidad de la atención a los pacientes con el fin de alcanzar el trato humano y respetuoso que éstos se merecen.

Otro aporte es el dado por la Fundación Fundesalud (2010); trata de un trabajo realizado en el Hospital Universitario del Valle, “Evaristo García” (HUV), en el marco de sus procesos de aseguramiento y control de la calidad de la atención que brinda a sus usuarios.

Argumenta esta institución que emprendió en el año 2010 con el apoyo de la Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana (FUNDESALUD) la iniciativa de identificar la percepción de los usuarios frente a la calidad de la atención y servicios de salud, y desarrollar la línea de base aplicando un primer proceso de medición de esta percepción de los usuarios sobre la calidad mediante un proceso extramuros y con la aceptación voluntaria y participación anónima de los usuarios como criterios claves.

Para ello se basó en primer lugar en los enfoques conceptuales de Donabedian y Williams, en los que se reconocen que la satisfacción del usuario deber ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad, uno, como un atributo de un cuidado de calidad, y dos, como un legítimo y deseable resultado, dado que la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho; por consiguiente, la satisfacción del usuario se entiende como uno de los atributos de la calidad.

Teóricamente, asimismo, partió de considerar las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención del modelo desarrollado por Donabedian, el cual propone un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones: (a) estructura, (b) procesos y (c) resultados.

Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica, primero, que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos y, segundo, que no todos los procesos dependerán directa e inequívocamente de la estructura.

Con base en lo anterior —señala la institución— se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en los trámites) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

Este proyecto se hizo bajo un estudio de tipo exploratorio-descriptivo que empleó métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, las cuales permitieron identificar la calidad de la atención en salud en el HUV. Se consideró la percepción de 18 usuarios como muestra representativa de usuarios atendidos en el HUV entre el 2009 y el 2010 sobre la calidad de la atención en salud recibida en esta institución.

La contribución de este estudio consistió en la metodología para la indagación de la percepción de la calidad, haciendo referencia a diferentes dimensiones de los servicios de atención en salud contenidas en la perspectiva de evaluación del usuario, sean eventos propios de su relación con la institución o con el proveedor, o ciertos eventos técnicos de la propia atención.

## **2.2 Marco conceptual**

Algunos conceptos relevantes para este estudio están relacionados con el liderazgo, la calidad en salud y la seguridad del paciente, y se detallan a continuación.

## 2.2.1 El liderazgo

El liderazgo es una necesidad en las organizaciones; está relacionado con la influencia para lograr altos niveles de productividad de los trabajadores y provocar la permanencia del capital humano dentro de una organización con grandes niveles de satisfacción tanto individual como grupal. “Es una necesidad para motivar e influir en las personas para que den lo mejor de sí en sus trabajos y en sus actividades rutinarias dentro de la sociedad”. (Castrejón Serrano, 2013. p. 89). En la siguiente figura se puede apreciar frases que expresan diferentes definiciones y las cuales se consideran, además, bajo distintos enfoques de liderazgo. Es de notar que para la existencia de la condición de liderazgo en un individuo, debe tener condiciones innatas y desarrolladas; y necesariamente valores que refuerzan esa condición. Al respecto se lee:

[...] un líder no necesariamente necesita tener una gerencia para guiar a las personas; sin embargo, una gerencia efectiva no podría funcionar sin las cualidades de un buen líder. [...] no se puede ser líder porque se lo proponen o lo ponen, sino porque los demás lo reconocen como tal. De esta manera, valores como la honradez, la congruencia, visión de futuro, inspiración y competencia, entre otros, son fundamentales para ser reconocidos como líderes legítimos. (Figueroa, 2011, s.p.).

**Figura 1. Definiciones de liderazgo**



**Fuente:** Tomado de Palomo Vadillo, 2010, pág. 22.

De esta forma queda claro que el liderazgo es un conjunto de valores implícitos y desarrollados que guían a individuos o colaboradores para alcanzar un fin colectivo, esto último significa que el objetivo satisface tanto a nivel individual como a nivel grupal. Considerando las teorías clásicas sobre el liderazgo, nos basamos en la aproximación humanista de Mc Gregor (1960), la cual plantea la conjugación de intereses individuales de los empleados y los intereses de la organización bajo su concepción llamada Teoría Y.

[...] McGregor parte del supuesto de que es preciso integrar los intereses individuales y los objetivos de la organización. Considera que las personas trabajarán y asumirán responsabilidades si tienen la oportunidad de satisfacer sus necesidades personales al tiempo que consiguen los objetivos organizacionales. (Palomo Vadillo, 2010, pág. 33).

En esta teoría es relevante que el mejoramiento y el desarrollo personal de los individuos pertenecientes a una organización se puede dar a la par que trabajan por la consecución de los objetivos de dicha organización.

### **2.2.2 El liderazgo transaccional y transformacional**

Posterior a la teoría clásica anteriormente descrita, surgen entre otras teorías de esencia humanista, el liderazgo transaccional y transformacional, los cuales no son considerados de aplicación en modo individual y separado, sino ambos tipos de liderazgo de manera complementaria.

El liderazgo transaccional “[...] considera que el líder ayuda a los colaboradores para que logren los resultados esperados” (Palomo Vadillo, 2010, pág.42). Sobre el papel que desempeña un líder transaccional se tiene que son: “Líderes que guían o motivan a sus seguidores en la dirección de las metas establecidas aclarando los roles y tareas. (Robbins, 2004, pág. 343). Destaca como característica principal del líder transaccional el otorgamiento de recompensas a cambio del logro del objetivo de la organización. Otra definición es:

El liderazgo transaccional clarifica lo que espera de sus subordinados y lo que recibirá a cambio. [...] El liderazgo transformacional enfatiza la importancia de las

reacciones emocionales de los subordinados como respuesta a su visión trascendente y subraya los procesos colectivos de motivación tales como identificación social. (Noguera Tur, Pitarch y Esparcia Pérez, 2009, pág. 181).

En cuanto al liderazgo transformacional “[...] está relacionado con el liderazgo que implica o conlleva la modificación de la organización. [...] También se ha definido como la habilidad de desarrollar y movilizar a los recursos humanos hacia los niveles más altos de satisfacción, es decir, que los colaboradores consigan más de lo que esperaban conseguir por ellos mismos antes de ser liderados. (Palomo Vadillo, 2010, pág.43).

Entre las condiciones que se destacan en los líderes transformacionales, sobresale “[...] que logran que sus seguidores vean más allá de sus propios intereses y que ejercen un profundo y extraordinario efecto sobre ellos”. (Robbins, 2004, pág. 343). Algunas de las características del líder transformacional mencionadas por Palomo Vadillo (2010) son:

- La creatividad e innovación en la búsqueda de respuestas ante problemas y situaciones difíciles.
- La interactividad promoviendo y llevando a cabo la comunicación.
- Visión compartida con sus colaboradores.
- Orientación hacia las personas, énfasis en las necesidades individuales y las organizacionales.
- Coherencia entre sus actuaciones y la misión, visión y valores de la organización.
- Actitud de colaboración y participación.

En la Figura 2 se puede apreciar los componentes del liderazgo transaccional y el liderazgo transformacional. Partiendo como primer componente para el liderazgo transaccional el refuerzo contingente, el cual es el premio o castigo por el alcance o no de un objetivo organizacional. El segundo componente es la dirección por excepción, en la que la intervención del líder puede llevarse a cabo de forma activa si actúa para recomendar acerca de ajustes; y de manera pasiva solo ante dificultades. El tercer componente es dejar hacer —*laissez faire*— a un líder que no ejerce la guiatura de sus colaboradores.

Por otra parte, parafraseando a Palomo Vadillo (2010), sobre liderazgo y motivación de equipos de trabajo en relación a los componentes del liderazgo transformacional, el

mismo puede incluir un componente carismático, el cual es la influencia positiva hacia un cambio para mejorar a los colaboradores y a la organización.

El segundo componente es la consideración individualizada de los objetivos particulares de sus colaboradores. El tercer componente es la estimulación intelectual, el cual es la capacitación de los colaboradores; y el cuarto componente es el ejercicio del liderazgo inspiracional formando altas expectativas en sus colaboradores.

Puede apreciarse el carácter complementario que contiene tanto el liderazgo transaccional como el transformacional. En el liderazgo transaccional existe un intercambio entre necesidades y recursos, en otras palabras, el líder cambia recursos con los colaboradores por alcanzar un objetivo; en este liderazgo es fundamental la capacidad interpersonal del líder con los colaboradores.

El liderazgo transformacional se basa fundamentalmente en el carisma del líder, el cual considera las necesidades de los colaboradores y los involucra en una visión compartida de un objetivo grupal. En la siguiente figura puede apreciarse una comparación entre las dimensiones que involucran el liderazgo transformacional y el liderazgo transaccional.

Tomando en cuenta el desempeño de las organizaciones, en la actualidad los logros de una organización están medidos en términos de posicionamiento de mercado, alcance de objetivos institucionales, competitividad y productividad; asimismo, se soportan en el capital humano que captan, mejoren y mantenga a satisfacción en la organización generando un valor de conocimiento. Al respecto, se tiene el siguiente argumento:

Desde hace algún tiempo se está dando una gran competencia entre las empresas por ser los primeros en la implantación de nuevas maneras de hacer negocios. Es un hecho que no son ya los productos tangibles con lo único que las empresas compiten entre sí, ahora el generar conocimiento es un valor que las hace autoproclamarse como líderes en su ramo. (Castrejón Serrano, 2013, pág. 89).

Ante esta argumentación, queda claro que, además, de conformar equipos de trabajo liderados y de considerar los objetivos de los empleados, los objetivos organizacionales y los valores carismáticos e inspiracionales; debe existir un tratamiento interpersonal dentro de dicho equipo que genere productividad, satisfacción y autorrealización. La clave de esto son las habilidades sociales de los líderes de la organización.

**Figura 2. Dimensiones del liderazgo transformacional y transaccional**

<b>Transaccional</b>	<b>Refuerzo Contingente</b>	Proporciona recompensas o promesas de recompensas como consecuencia de la consecución de los objetivos previstos.
	<b>Dirección por excepción</b>	Interviene para dar retroalimentación negativa, crítica constructiva o acciones que impliquen mejorar para que la actividad favorezca el plan previsto, y por ende se logren los objetivos establecidos. Dos formas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activa: El líder espera a que se produzcan los errores o irregularidades, y entonces propicia los ajustes o modificaciones.</li> <li>• Pasiva: El líder interviene sólo si es necesario, y sólo cuando se producen desviaciones.</li> </ul>
	<b>Laissez-faire</b>	El líder se abstiene de guiar, e interviene para proporcionar información cuando alguien de la organización se lo solicita.
<b>Transformacional</b>	<b>Carismático</b>	Destacan por tener una visión clara; ganarse el respeto y la confianza; dar seguridad; y provocar identificación y compromiso de sus colaboradores.
	<b>Consideración individualizada</b>	Prestan atención a cada uno de sus colaboradores de forma individual y personal, y les otorgan responsabilidades diferentes.
	<b>Estimulación intelectual</b>	Anima, estimula y propicia la innovación y creatividad de sus colaboradores para la solución de problemas y el planteamientos de estrategias.
	<b>Liderazgo inspiracional</b>	Dan ánimo y generan entusiasmo mediante la generación de altas expectativas y modificando actitudes/ comportamientos.

**Fuente:** Tomado de Palomo Vadillo, 2010, pág. 44.

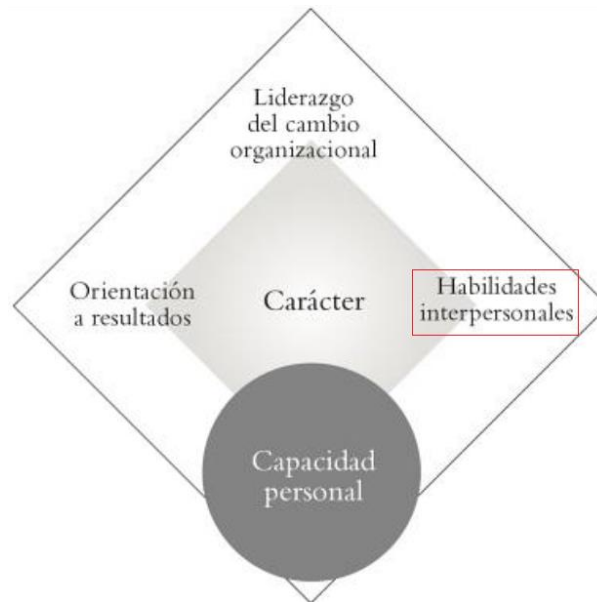
### 2.2.3 Habilidades sociales del líder

Se puede indicar después de lecturas relacionadas con liderazgo, que una habilidad es una aptitud o capacidad propia o aprendida, desarrollada y mejorada, para realizar una actividad de la mejor forma posible. Una característica de la habilidad es que es perfectible, y en la medida que se mejora en el tiempo, el individuo pasa de tener una aptitud a tener un talento.

En el contexto del estudio del liderazgo, tal como se señalaba anteriormente, la existencia de la condición de liderazgo en un individuo debe tener condiciones innatas o

desarrolladas y necesariamente valores que refuerzan esa condición; una de las condiciones para ejercerlo son las habilidades interpersonales o sociales.

**Figura 3. Las Habilidades Interpersonales y el Liderazgo**



**Fuente:** Zenger, J. H. y Folkman, J. (2008), pág. 33.

Con las habilidades interpersonales o sociales, el líder se comunica con un mayor impacto, buscando motivar a los seguidores, enfocar en el objetivo, persuadir, establecer relaciones estratégicas, orientar al cliente y negociar con el ambiente externo de una organización. Es preciso destacar que la habilidad social es conductual, es decir, es un comportamiento llevado a cabo para resolver una situación de una manera efectiva y aceptada en un determinado contexto social. Las habilidades sociales de un líder pueden vencer la resistencia al cambio, las inseguridades y reforzar conductas positivas de los colaboradores. El hecho de posesión o desarrollo de las habilidades sociales por parte de un líder, puede ser el pronóstico de la gestión con sus colaboradores y con ello el logro de las metas establecidas.

La habilidad social consiste en la capacidad para interrelacionarse con las personas, esto es con los colaboradores, gerentes, clientes, representantes gubernamentales y otros. “Las habilidades sociales son un conjunto de conductas necesarias que nos

permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria. La cultura y las variables sociodemográficas resultan ser imprescindibles para evaluar y entrenar las habilidades sociales [...]” (Sánchez Cuevas 2014).

La inclusión de los elementos de cultura y variables sociodemográficas son indicativos de variación de las habilidades sociales de una sociedad a otra, mejor dicho, pueden cambiar teniendo en cuenta una organización, una comunidad, un departamento, una región, un país, un bloque económico, etc. La importancia de las habilidades sociales reside en el hecho de:

- a) Entender como un líder comprende a los colaboradores o trabajadores de una organización.
- b) Relacionarse de forma efectiva con otros miembros dentro de la misma organización y en el ámbito externo.
- c) Transmitir claramente el enfoque hacia un objetivo.
- d) Manejar de forma exitosa la ansiedad propia y de colaboradores ante nuevos retos.
- e) Compartir soluciones ante problemas previstos y eventuales.
- f) Facilitar la comunicación emocional y realizar motivación ante circunstancias difíciles.
- g) Expresar y considerar temores relacionados con la consecución de las metas.

Existen muchas habilidades sociales y diversas formas de clasificarlas; Arnold P. Goldstein clasifica las habilidades en:

- Sociales básicas
- Sociales avanzadas
- Relacionadas con los sentimientos
- Alternativas a la agresión
- Para hacer frente al stress
- Planificación

Autores Muñoz García, Crespí Rupérez y Angrehs (2011), señalan dos formas de clasificarlas:

1. Habilidades racionales, que se subdividen en:
  - Técnico-funcionales, que están relacionadas con el desempeño de una actividad.
  - Cognitivas, relacionadas con la capacidad de pensar.
2. Habilidades emocionales, las cuales se subdividen en:
  - Intrapersonales, son las habilidades propias de un individuo.
  - Interpersonales, son habilidades para relacionarse con otros.

La mención de las habilidades anteriores nos da la idea que el líder debe sustentarse ante sus colaboradores o empleados con valores que van más allá de una posición de enfoque en los objetivos y la organización para alcanzarlos, en donde las habilidades sociales o relaciones interpersonales son de gran importancia.

Para alcanzar el éxito en el mundo laboral actual, con la importancia que se le da a la colaboración, el trabajo en equipo, la motivación y el liderazgo, es indispensable perfeccionar las habilidades interpersonales. Se espera que trabajadores de todos los niveles no sólo resuelvan problemas y mejoren los procesos, sino que también interactúen en forma eficaz con otros empleados. Las relaciones interpersonales, dentro y fuera del trabajo, tienen un lugar importante en la administración laboral. (Santiago, 2014)

La importancia de las relaciones interpersonales para un líder, reside en el hecho de llevar en forma satisfactoria las relaciones entre sus colaboradores bajo un clima laboral enfocado en que los objetivos se cumplan de manera amena.

#### **2.2.4 Atención humanizada en salud**

Para Ceballos Bolívar y Gutiérrez González (2012), atención humanizada en salud significa:

Humanización es el acto de compenetrarse, de que los seres humanos ocupamos un sitio especial en este universo y de que somos las únicas criaturas capaces de entenderlo. Una mirada sobre la persona humana nos dice que ella es de una condición distinta de los objetos: es un sujeto que me enfrenta.

Observatorio de la Calidad en la Salud (2016), indica sobre la humanización que debe “[...] centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida”.

Por otro lado, Sánchez Navarro (2013), justifica que “la condición de vulnerabilidad del paciente debería ser una motivación para considerarlos especiales por su condición de incapacitados y no debería ser una circunstancia aprovechada por el personal de salud para burlarse, agredir o ignorar”.

La humanización en salud se inicia en Colombia con la aprobación de la nueva Constitución Política en la cual el Art. 48 establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, aplicando los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, humanización y calidad. Además, a través de la Ley 100 de 1993, se creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se enmarca la prestación de los servicios de salud por las EPS- IPS de carácter público, privado y mixto.

El Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del sector de la salud en Colombia, declara en su anexo técnico en cuanto a la calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes (2014) que “el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios, ha sido uno de los principios rectores de la reforma del sector de la salud desde la I Cumbre de las Américas en 1994. En el marco de la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia y los desarrollos técnicos en relación con la atención a infancia y adolescencia, el Ministerio de Salud y Protección Social comprende la calidad y humanización de la atención como un imperativo ético que resulta del respeto por la dignidad humana, haciéndose necesario reconocer y analizar las implicaciones que la atención de salud tiene en la vida de las mujeres gestantes, niñas, niños, adolescentes (GNNA) y sus familias, siguiendo y gestionando sus situaciones, ya que éstas son el reflejo irrefutable de la calidad y humanización de la atención integral en salud.”

Con lo anterior se pretende transformar la cultura de la sociedad hacia la búsqueda de consensos mínimos que produzcan un mejor ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos y en especial de la población infantil.

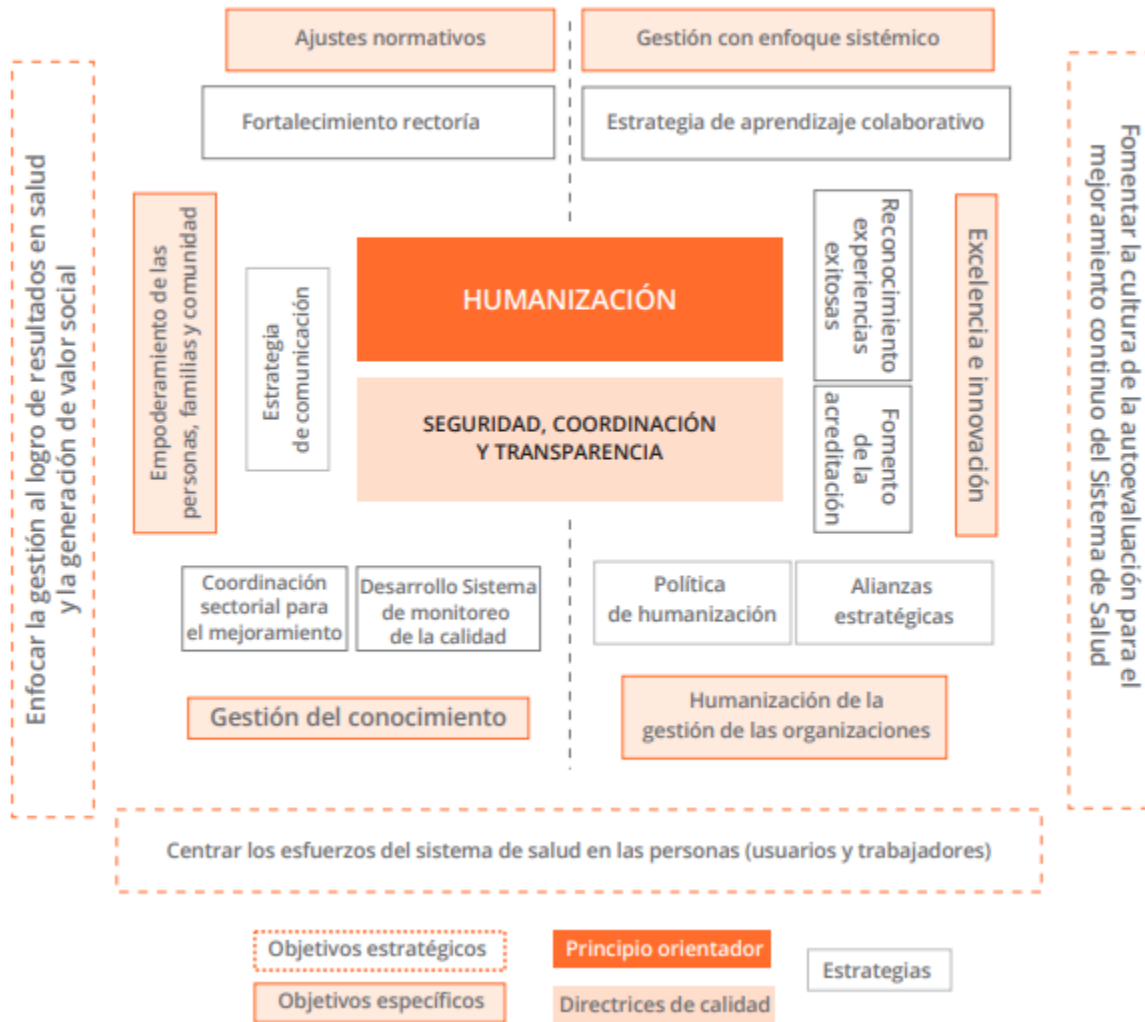
Los niños son una prioridad para la sociedad y es así como la atención en salud deberá ofrecer una garantía de la calidad de los servicios, basada en imperativos éticos.

Luego, el desarrollo del Decreto 1011 de 2006 establece entonces la Calidad de la Atención en Salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Dentro esta ley se enmarcó la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud garantizando los derechos de las personas y así obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

La Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia), en relación a la definición e implementación de un plan nacional de mejoramiento de calidad, atribuye condiciones al Ministerio de Salud y Protección Social en el mejoramiento de la calidad en la atención en salud y la creación de indicadores medibles, demostrables y encaminados a lograr el trabajo de todos los agentes del sistema. El enfoque de la calidad en el Sistema de Salud Colombiano ha venido cambiando en los últimos 20 años. Si bien es cierto partió de una visión de calidad sistémica, al pasar el tiempo los esfuerzos se concentraron en un mayor grado en la calidad de la atención en los prestadores de servicios de salud. En este sentido, han sido múltiples y valiosos los aportes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS) para el sector, en especial del Sistema Único de Acreditación, el cual ha generado un aprendizaje importante en las instituciones prestadoras de servicios de salud y ha sido reconocido internacionalmente por sus aportes en el mejoramiento continuo de la calidad. En consecuencia, los enfoques de calidad han avanzado en la medida en que ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino en que todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) intervengan en el logro de resultados. De esta manera, los nuevos planteamientos se orientan a modelos sostenibles de gestión orientados a la excelencia del sistema en su conjunto.

**Figura 4. Plan nacional de Mejoramiento de la calidad en Salud (PNMCS)**

### Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)



Tomado de: Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021

Una de las mayores críticas que el sistema de Salud ha tenido en los últimos años, es la falta de ver al ser humano como un todo, ya que cuando se está vulnerable ante alguna situación de salud, lo que esperamos es que el personal asistencial de los centros hospitalarios sea, cálido, educado y, de algún modo, se identifique con la situación particular de cada paciente, y aunque con la normatividad actual esto ha ido cambiando, todavía se está en el camino de la transformación: cada vez son más crecientes los planes estratégicos de las instituciones donde uno de los pilares es la humanización en la

prestación de los servicios, además, de la atención de calidad, que muestra la responsabilidad social de los servicios hospitalarios. La tendencia que está buscando el sistema de salud, es tener personal capacitado para prestar servicios de salud con calidad teniendo en cuenta las nuevas tecnologías, lo que también permite tener un margen de vida mucho más prolongado y que exige unas competencias organizacionales responsables, estratégicas y orientadas a los objetivos.

### **2.2.5 Sentimientos que enfrenta la humanización en salud**

A juicio de Soler Carrero (2015), la humanización en salud debe enfrentar de la mejor manera posible los siguientes sentimientos:

- Dolor: Según Albrecht, es una experiencia humana que incapacita, aflige, descompensa y que en muchas ocasiones no se tolera.
- Sufrimiento: Se origina ante una sensación de amenaza, es decir, cuando el origen de la enfermedad es desconocido, cuando se cree que no puede ser aliviado o cuando su significado es funesto.
- Ansiedad: Reacción normal al estrés y a las amenazas percibidas inespecíficamente. Es una emoción que surge ante la percepción de peligros reales o imaginarios que se experimentan de manera física, psicológica o emocional.
- Miedo: Respuesta ante una amenaza específica.
- Estrés: Condición que surge cuando se percibe una situación que resulta amenazante y para la cual se cree que no se tienen los recursos suficientes para la adecuada superación. Es producto de la relación con el medio físico y social que rodea al individuo.
- Desesperanza: Mezcla de sentimientos, emociones y pensamientos que se centra en la creencia fundamental de que no hay solución a las necesidades y problemas de importancia.
- Irritación o agresividad: Producida por la frustración de no poder hacer nada por sí mismo, la pérdida de control de la situación y los conflictos internos que se generan por la enfermedad; es la forma de enfrentar la ansiedad.

Hablar de “humanizar la salud” suena a contrasentido, pues pareciera obvio que la salud lleva implícito el sentido humanístico de contribuir al bienestar del ser humano. Sin embargo, el tema y sobre todo, su aplicación, conllevan la interacción de múltiples factores (7).

Aunque se han realizado múltiples esfuerzos por implementar programas que se dirijan a formar un contexto más humano en las instituciones de salud, los resultados han sido limitados en el tiempo, es decir, no se ha logrado de manera definitiva que el personal de salud se apropie verdaderamente del proceso de humanización, quizás por la carencia de líderes que dirijan sus esfuerzos en este sentido (8).

Deshumanización, desmotivación y burn-out son situaciones que, a menudo, van unidas. Los profesionales que sufren altas dosis de estrés y que son víctimas de la autoexigencia, a menudo no son conscientes de las señales de alarma ante esta situación. Resisten y se van agotando, llegando al denominado “síndrome de agotamiento y despersonalización”. Llegados a este punto, suele existir un descompromiso que es deshumanizador, donde el profesional interpone una distancia emotiva con el paciente. Es lo que se ha denominado preocupación distanciada y deshumanización defensiva. Contemplar el sufrimiento de otros, sin duda, produce estrés emocional. (10)

### **2.2.6 Seguridad del paciente**

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), la seguridad del paciente es 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. Los elementos que inciden en la seguridad del paciente son:

1. Paciente.
2. Tarea y tecnología, son los insumos, equipos y procedimientos.

3. Individuo, es el equipo de salud conformado por las enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos.
4. Equipo de trabajo, son todas las conductas de equipo de salud. La atención humanizada esta inmiscuida en este elemento de la seguridad del paciente.
5. Ambiente, se refiere al ambiente físico de la institución hospitalaria.
6. Organización y gerencia, son las decisiones de la gerencia.
7. Contexto institucional, se refiere a las situaciones externas a la institución.

### **2.2.7 Calidad de salud**

La calidad en salud contiene el manejo de capital humano, recursos técnicos de infraestructura y gestión, para proveer servicios de atención que proporcionen la restitución del estado de salud y bienestar de un individuo.

Según el Ministerio de la Protección Social, el Decreto 1011 del 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud 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". La humanización se relaciona con la calidad en salud cuando es considerada como atributo de su capital humano en sus relaciones organizacionales manejadas por el líder para la consecución de las metas de las instituciones hospitalarias como la atención al paciente.

### **2.2.8 Problemas en la calidad**

Para el Observatorio de la Calidad en la Salud (2016), los problemas de la calidad identificados en el proceso de construcción del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021 se resumen a continuación:

1. Dispersión de normas que han producido la falta de continuidad en los lineamientos generales de política pública en materia de calidad.

2. Enfoque del mejoramiento continuo centrado en los agentes del sistema y no en las personas, lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes.
3. Enfoque instrumental de la calidad que ha dificultado la implementación de ciclos continuos de mejora en la gestión y cierre gradual de brechas.
4. Desarticulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC) con los demás sistemas de gestión.
5. Debilidad y falta de articulación en la gestión de los agentes que dificulta el logro de resultados en salud.
6. Limitación en los incentivos a los agentes y los trabajadores de la salud para el mejoramiento continuo.
7. Deficiencias en la formación del talento humano en salud.
8. Asimetría de la información para el monitoreo de la calidad de los agentes que ha dificultado la visión sistémica y el análisis para la toma de decisiones.
9. Dificultad en el acceso de la información a los usuarios del sistema para la toma de decisiones informadas.
10. Crisis de legitimidad y confianza.

### **2.3 Hipótesis de la investigación**

Es necesaria la práctica del liderazgo transformacional, conjuntamente aplicado con una atención humanizada, realizado en las organizaciones hospitalarias colombianas para mejorar o alcanzar la calidad de los servicios hospitalarios.

## **3. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Diseño y enfoque metodológico del estudio**

El marco metodológico es una parte fundamental de este estudio en virtud que sistematiza la investigación describiendo tanto el tipo y el diseño de investigación como los instrumentos de recolección de datos. La modalidad de la investigación seleccionada está relacionada con una investigación cualitativa.

Basado en lo argumentado por Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista (2007), la investigación cualitativa “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (p. 4). Para la realización de este trabajo se tomarán en cuenta datos secundarios, o sea, datos recolectados por investigadores e instituciones.

### **3.2 Tipo de investigación**

En cuanto al tipo de investigación que se llevará a cabo se puede clasificar según los siguientes criterios:

- Según la manipulación, es una investigación observacional, puesto que identifica características que deben estar presentes en el liderazgo en las organizaciones hospitalarias colombianas.
- Según su desarrollo en el tiempo es una investigación transversal, ya que se realizan las observaciones en un tiempo determinado, esto es el año 2018.
- Según la finalidad, es un estudio descriptivo, pues detalla las características deseables de liderazgo en las organizaciones hospitalarias colombianas.
- Según la orientación del proceso, es un estudio prospectivo, puesto que son observadas en organizaciones tomando en consideración en el ámbito de la consecución de la mejora o mantenimiento de la calidad de los servicios hospitalarios.

### **3.3 Diseño de la investigación**

En relación al diseño de la investigación, la situación planteada se sustentó en el enfoque metodológico de la investigación de carácter descriptivo, donde Tamayo y Tamayo (2004), plantean que: “comprende el registro de análisis e interpretación de la naturaleza actual (...) su característica fundamental es la de presentarnos una interpretación correcta de los hechos...” (p. 8). Se considera que la investigación se adecua al nivel de conocimiento descriptivo debido a que la misma será dirigida a recabar información

acerca de un hecho para recibir sus implicaciones; de igual modo, se fundamenta en el estudio del problema planteado y en la búsqueda de alternativas para alcanzar las conclusiones.

### **3.4 Técnicas de recolección**

Sobre las técnicas de recolección de información se utilizará la observación y el análisis bibliográfico. La observación consiste en la recolección de información desde afuera y en base a las necesidades de liderazgo que se han verificado en las organizaciones hospitalarias colombianas. El análisis bibliográfico se aplicará como instrumento de recopilación y organización de la información extraída de las referencias, así se logrará tener a la vez tanto la recopilación de información como a disposición aspectos de interés para la investigación proporcionando el orden y la clasificación en el área.

### **3.5 Procedimiento metodológico**

El procedimiento metodológico a utilizar para la realización de este trabajo se basa en la división de tareas por fases:

**Fase I.** En esta fase se llevó a cabo la selección del tema en la que se realizó la contextualización del problema, se plantearon los interrogantes que condujeron al objetivo general y a los objetivos específicos; y por último, la justificación y la viabilidad de la investigación.

**Fase II.** En esta fase se procedió a considerar el estado los antecedentes de la investigación con base en todo el material bibliográfico encontrado tomando en consideración 11 investigadores académicos y las bases teóricas que apoyaron el entendimiento del trabajo.

**Fase III.** Esta fase abarcó el marco metodológico, el cual estuvo estructurado por el tipo y diseño de la investigación, la técnica utilizada para la recolección de datos y el procedimiento metodológico que se llevó a cabo para realizarla.

**Fase IV.** En esta fase se procederá a estructurar el análisis de lo recabado en base a la búsqueda de material bibliográfico y la descripción.

**Fase V.** En esta fase se realizarán las conclusiones.

### 3. 6 Contribuciones originales esperadas

La contribución esperada de este trabajo es que las recomendaciones aplicadas puedan ser sistematizadas para su uso en otras organizaciones hospitalarias de atención de diferentes niveles con el objetivo final que las prácticas de liderazgo para el logro de la calidad de los servicios hospitalarios sean, además, humanizadas.

## 4. TIPOS Y PRACTICAS DE LIDERAZGO EN ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS

### 4.1 Liderazgo transformacional

Según Acosta (2018), “el liderazgo es la capacidad de influir sobre las personas con el fin de lograr una meta común. El líder transformacional lidera el proceso permanente de readecuación a la realidad cambiante, busca potenciar el desarrollo continuo de sus colaboradores” (Acosta, 2018, s.p.) Se parte de las siguientes características generales del líder que se muestran en la siguiente figura:

**Figura 5. Características del líder**

<b>Comunicador</b>	Los líderes saben expresarse bien. Este rasgo incluye buenas habilidades de la comunicación oral y escrita, pero no solamente eso, significa también que saben quiénes son, que conocen sus cualidades y defectos y que saben aprovecharlos al máximo. Saben, además, lo que desean en la vida y porqué y cómo conseguirlo. Se fijan metas y las cumplen comunicándose con aquellos cuyo apoyo y colaboración desean.
	Los líderes toman decisiones sin sentirse presionados y proceden con sensatez, así recaban hechos y organizan la información.

<b>Decisor</b>	Asimismo, poseen la disposición a decidir una vez examinadas todas las alternativas y según la complejidad de esta pueden utilizar varios modelos que casi siempre se adoptan en forma independiente y por lo que asumen toda la responsabilidad, ya que aceptan el riesgo de que la decisión no sea acertada.
<b>Aceptador de riesgos</b>	Un buen líder a menudo se guía por el instinto o por presentimientos y está dispuesto a ensayar todo lo que le permita lograr los resultados deseados. El deseo de correr riesgos lo distingue de la multitud. Este tipo de individuos no temen al fracaso; para ellos es simplemente un “fracaso temporal” o tal vez una “corrección a mitad del camino”, pues saben que el fracaso actual no excluye el éxito mañana. Algunas compañías estadounidenses integran la aceptación del riesgo a su cultura, quienes lo corren tienden a estar orientados al logro y a las metas, además, de ser seguros de sí mismos. Son grandes experimentadores de la vida. La disposición a probar ideas nuevas a menudo les aporta excelentes beneficios a ellos y a la compañía; muchos expertos han dicho que esta característica es sinónimo de líder exitoso.
<b>Motivador</b>	Los líderes necesitan ser capaces de influir en los demás para conseguir buenos resultados. En el clima del siglo XXI, la motivación de los empleados, refleja la transición de los métodos autocráticos del pasado, al estilo nuevo en el que se les inspira y faculta. John P. Kotter, autor de The leadership Factor, señala que el liderazgo es “el proceso de encauzar a la gente en alguna dirección principalmente con métodos no coercitivos”. Un buen líder admite que las personas son el elemento clave del éxito de la empresa, del proyecto o la visión.
<b>Delegador</b>	En líder eficiente delega obligaciones a los demás para que desarrollen sus habilidades y formen un equipo más cohesivo. La delegación significa asignar tareas a los subordinados y dar seguimiento para cerciorarse de que se lleven a cabo debidamente y a tiempo.

**Fuente:** Tomado de Dalton, Hoyle y Watts (2006), p.306.

Acosta (2018), señala, además, sobre el liderazgo lo siguiente:

El liderazgo debe ser analizado como conducta. Se trata del comportamiento de un individuo en un equipo dado en una situación determinada. Su consecuencia es la influencia sobre el equipo de cara a alcanzar sus objetivos (los del equipo). La influencia que se ejerce puede ser positiva o negativa. Y las metas, personales o colectivas. Lo normal es que la influencia sea al menos positiva a corto plazo y las metas colectivas. (1)

A juicio de Dalton, Hoyle y Watts (2006), el liderazgo transformacional se caracteriza por la motivación que realiza el líder al equipo de trabajo “[...] el liderazgo transformacional los motiva para que hagan más de lo previsto inicialmente: aumentando el valor percibido de la tarea, consiguiendo que antepongan la meta del grupo a su interés personal y elevando su necesidad al nivel de autorrealización”. (p.310). Por su parte Benítez Moreno (2010), señala sobre al liderazgo transformacional como: “[...] un tipo de liderazgo que desde la gestión de personas pretende llevar a los límites más altos la satisfacción organizacional, es decir, que sus colaboradores consigan más de lo que esperaban conseguir por sí solos antes de ser liderados”. Por su parte EAE Business School (2014), indica sobre el liderazgo transformacional que: “[...] busca la transformación de la empresa y los trabajadores cambiando la motivación por la recompensa para convertirla en un compromiso por los objetivos, la empresa y las personas” (p.5).

De este modo, la característica principal del liderazgo transformacional es su incidencia en la reorganización de las organizaciones hospitalarias dejando de manera secundaria las expectativas individuales. El liderazgo transformacional apela al discernimiento de la importancia de los objetivos de una organización para generar grandes resultados haciendo referencia al compromiso en la prestación de servicios de salud a través de una connotación ética y moral al alcance de las metas de estas instituciones y dejando en segundo plano los objetivos individuales, de forma que busca alcanzar resultados superiores a los esperados. El liderazgo transformacional se sitúa en un extremo en comparación al ejercicio de ningún liderazgo, tal como se aprecia en la figura siguiente, en la cual se distinguen, asimismo, los factores que lo constituyen.

**Figura 6. Elementos del liderazgo transformacional**



**Fuente:** Tomado de Aiteco (s.f)

Indica Aiteco (s.f) que: “El líder transformacional inspira cambios positivos en los seguidores, preocupándose por las tareas y el bienestar de aquellos. Es así como se hace acreedor de la confianza y el respeto de los demás”. Este autor señala la existencia de varios factores sobre el liderazgo transaccional:

1. Vinculación de los seguidores con la misión y visión de la organización.
2. Confianza en las capacidades de los seguidores.
3. Establecimiento de retos para los seguidores.
4. Atención de las necesidades de las personas, reconociendo sus logros y apoyándolos en su desarrollo.
5. Promoción de la innovación y la participación de los seguidores en la solución de problemas.

Benítez Moreno (2010), argumenta sobre los líderes transformacionales que “[...] ayudan a los demás a superarse, proporcionan reconocimiento individual e incluso subordinan sus propios intereses frente a los objetivos del grupo. Con todo esto podemos decir que el líder transformacional es la versión mejorada al líder transaccional”. En este punto, es preciso mencionar que, en el liderazgo transaccional a diferencia del transformacional, existe una conexión entre el líder y sus colaboradores que premia o

remunera el alcance de un rendimiento óptimo. Este autor indica como elementos del liderazgo transformacional los siguientes:

1. Conocimiento de las necesidades que mueven al equipo de trabajo, y una posición abierta a la comunicación y retroalimentación con el mismo.
2. Inclusión del elemento de la creatividad e innovación para el logro de los objetivos; generar y considerar nuevas ideas para llegar a un cambio.
3. Perspectivas superiores al estado actual para la organización y el equipo de colaboradores.
4. Empoderamiento del equipo de trabajo para encaminarse a la satisfacción a través de la apropiación de los cambios a realizar.
5. Implicación en los objetivos para la participación del equipo, para ello se debe contar con canales abiertos de comunicación y retroalimentación del proceso.
6. Debe existir un respeto y credibilidad en el líder que actúa sobre principios de ética y moral para ser creíble ante sus colaboradores.
7. A grandes rasgos, el liderazgo transformacional se basa en la guía y orientación de su equipo con base en la sumatoria de los objetivos individuales.

#### **4.2 Factores del liderazgo transformacional**

Según Aiteco (s.f.), los factores del liderazgo transformacional son cuatro:

1. **Influencia Idealizada.** El liderazgo transformacional constituye el componente emocional del liderazgo transformacional. Inicialmente a este factor se le denominó “carisma”. Incluso en ocasiones el liderazgo transformacional es asimilado al liderazgo carismático. No obstante, existen diferencias entre ambos, de ahí que se prefiera hablar de influencia idealizada. El líder transformacional actúa como potente modelo para sus seguidores, tanto en conductas como en valores de integridad y ética. Sitúa los objetivos de los seguidores en un ámbito superior al de los intereses personales, dirigiéndoles hacia una meta superior que atañe al bien colectivo.
2. **Motivación Inspiradora.** El liderazgo transformacional implica también comunicar elevadas expectativas a los seguidores. Se les motiva a alcanzar metas retadoras.

Esta motivación inspiradora se basa en la confianza explícita del líder en las capacidades de los seguidores para alcanzar logros ambiciosos. En esta comunicación de expectativas superiores para direccionar los esfuerzos, el líder utiliza apelaciones emocionales y símbolos e imágenes en su comunicación.

3. Estímulo intelectual. El liderazgo transformacional apoya a los seguidores, impulsándoles a desarrollar enfoques innovadores para enfrentar las situaciones del trabajo. De igual modo, los anima a desafiar sus propias creencias y valores, y a que perciban los problemas de modo diferente al habitual.
4. Consideración individualizada. Consiste en proporcionar empatía y apoyo a los seguidores, escuchándolos y atendiendo a sus necesidades únicas. El líder actúa como mentor y entrenador, ayudándoles a desarrollar sus habilidades, competencias y su máximo potencial. Para eso el líder mantiene una comunicación abierta y propone desafíos.

#### **4.3 Metas del liderazgo transformacional**

Como las metas del liderazgo transformacional son las mismas que las relacionadas con las metas de otros liderazgos, en este caso consistiría en mejorar la productividad en las organizaciones hospitalarias y efectuar un desarrollo proveniente de un servicio de salud renovado y de mayor calidad; en el caso que nos ocupa, las instituciones del cuidado de salud, por ende, se enfocan en los servicios sanitarios. Para esto los líderes transformacionales, en un sentido general, motivan en función del logro de los objetivos comunes por encima de los objetivos personales infundiendo credibilidad y respeto.

#### **4.4 Características del líder transformacional**

Como características del líder transformacional en las organizaciones hospitalarias, es de señalar que el líder en principio, se apoya en la confianza de su equipo médico, entendiendo por este, el personal médico, enfermeras y personal administrativo. Para un líder transformacional es importante ganar la confianza de su equipo para establecer un vínculo y así alcanzar en armonía y cooperación los objetivos establecidos. En tal sentido,

existe en el liderazgo transformacional un soporte relacionado con la moral, principios y valores asociados a las metas a lograr; estos valores integran el atributo de la humanización en los servicios de salud.

En este orden de ideas, el líder transformacional debe contar con una serie de habilidades. Según Dalton, Hoyle y Watts (2006), argumentan como habilidades del líder transformacional:

1. Habilidades anticipatorias: capacidad de prever en un ambiente en cambio constante.
2. Habilidades de visualización: capacidad de convencer a los demás de que hagan lo que coincida con los objetivos del líder o con los de la empresa.
3. Habilidades de valores-congruencia: capacidad de entender las necesidades económicas, de seguridad, psicológicas, espirituales, estética y físicas de los seguidores a fin de motivarlos a partir de valores y metas conjuntas.
4. Habilidades de facultamiento: capacidad de compartir el poder.
5. Conocimiento de sí mismo: capacidad de conocer las propias necesidades y objetivos así como los de los seguidores. (p. 310).

Con respecto al equipo de trabajo, el líder organizacional establece y determina la capacitación que requerirá su equipo para que contribuya efectivamente en el alcance de las metas, además, de promover la creatividad. Benítez Moreno (2010), señala:

- El líder transformacional está en capacidad de lograr cambios en la visión, la estrategia y la cultura de la empresa. Además, de generar innovaciones en la producción y la tecnología implementada.
- Se centra en cualidades intangibles, como las ideas, la visión, la participación, los valores compartidos con el fin de crear relaciones sólidas, amenas, donde los subordinados se sientan identificados con la nueva visión y dar mayor fuerza al proceso de cambio.
- El líder ejerce como un guía, interviene para proporcionar ayuda e información a alguien que la ha solicitado en busca de entender mejor el cambio que se está dando.

Es de mencionar que el liderazgo transformacional guarda similitudes con el liderazgo carismático con base en la capacidad de transmitir respeto y confianza, considerado no como la tenencia de una característica personal, sino como una capacidad de tener

autoconfianza y un comportamiento abierto hacia las demás personas que produce que éstas sean comprometidas y leales.

- Cada uno de los miembros del equipo es visto como una herramienta útil y a cada uno se le otorgan responsabilidades diferentes e importantes todas en el cumplimiento de los objetivos planteados para la empresa.
- Es un tipo de liderazgo motivacional, estimula, anima y propicia la innovación y creatividad, mediante la generación de altas expectativas, la modificación de actitudes y comportamientos en las personas que integran el equipo de trabajo en pro de alcanzar objetivos comunes.

Cada miembro del equipo de trabajo se constituye en talento particular e imprescindible que de forma conjunta posibilita el logro de las metas de la organización.

#### **4.5 Liderazgo carismático**

Puede decirse que el liderazgo carismático deriva de los principios fundamentales del liderazgo transformacional. Para Maxwell (2011), “[...] el carisma parece ser una energía invisible o un magnetismo atrayente. No se puede negar su presencia, pero es difícil apuntar su origen. Hay algunos que piensan que el carisma es una cualidad con la que se nace”. Por su parte, Kolakowski (2006), argumenta:

Los líderes carismáticos surgen de la combinación de necesidades sociales, de esperas humanas y de su propia capacidad personal. Allí radica, también, la importancia de las condiciones sociales y políticas que crean la necesidad de un líder carismático: a veces no bastan para que aparezca, si no hay un candidato viable para este papel. [...] La posición de un líder carismático no está dada para siempre: se la puede perder. (p.39)

Castillo Morales (2009), aludiendo lo establecido por Max Weber, lo define como:

[...] el liderazgo que descansa sobre una dedicación especial a la santidad, el heroísmo o sobre el carácter ejemplar de una persona individual y sobre patrones normativos o sobre ordenes reveladas u ordenadas por él”. Weber crea un modelo denominado “democracia plebiscitaria del líder”, donde sus tres elementos (Líder carismático, Parlamento y Burocracia profesional) sirven de contrapeso unos con

otros, y donde la legitimidad surge de la creencia de los subordinados de la validez del poder del líder, ya sea por la legitimidad racional (legal), la legitimidad tradicional (costumbre) o la legitimidad carismática. (p.4)

Siendo así, el manejo de poder para conseguir cambios en el liderazgo carismático reside en la fortaleza de las creencias del líder, las habilidades para comunicar su visión a futuro, su seguridad y deseos por influir para dominar, y “[...] por tener una fuerte convicción en sus creencias, y por tender al continuismo, a permanecer en su puesto por un periodo extenso de tiempo. Lo cual se complementa con poseer una visión compulsiva o un sentido de propósito [...]” (Castillo Morales, 2009, p.4)

El mencionado autor puntualiza acerca de cuatro etapas para el logro de la transformación de una organización:

1. Es capaz de percibir las deficiencias en la situación existente, sentir la necesidad del cambio y formular una nueva visión.
2. Debe lograr transmitir a los miembros de la organización la importancia de su visión y de inculcar en sus seguidores la necesidad del cambio.
3. Debe inspirar en los miembros de su organización una gran fe y confianza tanto en él como en la visión que sostiene.
4. Conseguir que los seguidores adquieran una gran confianza en sí mismos y, en definitiva, que la visión inicial se cumpla.

Castillo Morales (2009), argumenta y describe que en los países latinoamericanos existe cierta vulnerabilidad que puede dar cabida a la entrada de un liderazgo carismático impulsado por las necesidades que estructuralmente no pueden cubrir los gobiernos; es por esta razón que el liderazgo carismático ha predominado mayormente en el mundo.

De manera que, las herramientas que puede utilizar el líder carismático en las organizaciones hospitalarias son la inteligencia emocional, la motivación, el ánimo y el aliento a través de unas marcadas habilidades comunicativas que, asimismo, de transmitir las metas y objetivos, realiza el reconocimiento y gratificación de su equipo.

Así, el líder carismático se caracteriza por tener el deseo de influir en los demás seguridad y plena convicción de sus propios valores, prevaleciendo en él, de modo

personal, el deseo de continuar su liderazgo a través del tiempo. Esto último puede convertirse a largo plazo en una figura de continuismo, que por lo general desvirtúa el proceso de mejora, innovación y adecuación a los cambios de las organizaciones hospitalarias.

Es necesario que líder carismático cuente con la habilidad de la comunicación para transmitir a su equipo la visión por la cual se emprenden los cambios y promover el apropiamiento de la mencionada visión.

#### **4.6 Características del liderazgo carismático**

Aun cuando el liderazgo carismático parte del liderazgo transformacional, este tiene características propias. Para convencer a su equipo de colaboradores y promover cambios que pueden inferirse a organizaciones hospitalarias, el líder carismático, en primer lugar, puede apropiarse de sus capacidades comunicativas e infundir respeto y credibilidad. Por otra parte, el líder carismático debe tener una alta capacidad para confrontar riesgos e incertidumbres, con la capacidad de aprender de sus errores y replantearse el camino para alcanzar las metas.

Según Maxwell (2011):

1. Sienten amor por la vida: Aquellos líderes que generan seguidores son apasionados respecto de la vida. Son personas a quienes les gusta celebrar, no quejarse. Destacan por su alegría y empatía. Son energéticos y lo irradian de una forma contagiosa. No hay que mirar mucho más allá de la sonrisa para darnos cuenta del poder de su carisma.
2. Valorar el potencial de las personas: Para convertirte en un líder atractivo, has de esperar lo mejor de tu equipo. Los líderes ven a las personas no como son, sino como pueden llegar a ser. Desde su altura ayudan a los demás a construir puentes que les faciliten el paso desde el presente al futuro que desearían.
3. Dan esperanza: Todos deseamos mejorar nuestras fortunas y futuro. Los líderes carismáticos llegan a enganchar con las personas a través de pintar un mañana

mejor que el presente. Para ellos el futuro está lleno de maravillosas oportunidades y sueños por realizar.

4. Comparten con los demás: Los líderes carismáticos añaden valor a las personas al compartir su sabiduría, recursos y tiempo. Consideran que el poder de la inclusión es esencial y por ello invitan a otros a unirse a él en el proceso de compartir y aprender de las experiencias, realizar tormentas de ideas o, sencillamente, para tomar una taza de café. Los líderes carismáticos abrazan el espíritu del trabajo en equipo y valoran la compañía de una forma positiva. Por ello los líderes carismáticos no están solos en la cúspide.
5. Piensan continuamente en los demás: Para los líderes carismáticos, no existe mayor satisfacción que aquella de servir a los demás. Encuentran gran placer en las celebraciones de los éxitos de sus compañeros y de quienes los siguen. Lo que más les gusta es el triunfo de un equipo.
6. Descubren y utilizan su estilo propio y su voz.
7. Utilizan su carisma como una forma de incrementar su influencia para hacer el bien: El carisma es una parte esencial de la capacidad de influencia de un líder. Sin él, estos tienen dificultades para inspirar pasión y transmitir energía a sus equipos. Con él, los líderes son capaces de conseguir lo mejor de quienes los siguen, haciendo que estos rindan y se sientan plenos. El carisma no es una energía manipuladora o un regalo mágico dado a ciertas personalidades, sino una atractiva mezcla de cualidades que se pueden aprender.

Como ventajas del liderazgo carismático, puede decirse que la motivación que ejerce el líder sobre su equipo de trabajo es una de ellas. En la forma de interactuar con su equipo, el líder carismático se hace formar parte del mismo, es decir, no está en una posición superior. Esto representa una fortaleza a la hora de medir el clima organizacional, el equipo se siente identificado con las metas que propone y ocurre un apoderamiento que conduce al logro al realizar labores de manera conjunta.

En relación a las desventajas del liderazgo carismático, cabe resaltar que en un momento dado, el equipo puede carecer de modos de control de sus funciones y alcance

de su productividad generando situaciones de incumplimiento de origen indeterminado. Otra desventaja proviene de la omisión de los errores del equipo de trabajo y la exageración del reconocimiento de los logros por parte del líder carismático conduciendo a resultados poco significativos.

#### 4.7 La relación entre liderazgo y atención humanizada

El mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios, ha sido uno de los principios rectores de la reforma del sector de la salud desde la I Cumbre de las Américas en 1994.

En la prioridad de la calidad y humanización de la atención de las mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, se espera reconocer cuál es el papel que juegan los diferentes actores del sector salud en el cumplimiento o afectación de los atributos de calidad y humanización, con el propósito de apoyarlos en los ajustes requeridos para los procesos de atención, atendiendo la diversidad poblacional y territorial, y desarrollando las capacidades del talento humano de las organizaciones comunitarias; aparte de seguir los procesos de atención y los resultados en salud.

Figura 7. Lineamientos del Decreto 1011 de 2016



Fuente: Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006, Art.3

Calidad y humanización en la norma se refiere al imperativo ético de la atención integral en salud; hace referencia a la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención a GNNA, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad. (24)

**Figura 8. Aspectos fundamentales para la humanización en salud**



Fuente: Anexo técnico: Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes

La Participación de la familia y la comunidad: este elemento hace referencia a la necesidad de reconocer a la familia como un determinante en la salud y, por consiguiente, en el logro de la calidad y humanización de la atención, en la medida en que sus valores, principios, prácticas, creencias, entre otros, inciden directamente en la situación de salud.

En un estudio del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta de Trujillo, en noviembre de 2015, se buscó la relación entre el trato humanizado con la calidad de atención en pacientes que son atendidos en el servicio de Radiodiagnóstico. El estudio se realizó mediante un enfoque cuantitativo de tipo no experimental correlacional-transversal, y se concluyó que sí existe relación de la percepción del cuidado humanizado con la calidad de atención en el servicio en los pacientes que son atendidos.

El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que se establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado. (29)

La atención en salud encara múltiples componentes que abarcan a la persona como “paciente”, en un estado donde, como lo dice la O.M.S(1), salud no es sinónimo de ausencia de enfermedad y donde dicha atención se desenvuelve en un entorno difícil y agobiante, por la incertidumbre originada en el desconocimiento de la afección que se tenga: un miedo al padecimiento de algo infernal, temor a los procedimientos, pavor a objetos desconocidos y no tan desconocidos, como sería una simple inyección, siendo ésta sinónimo de dolor... Éstas, son solo unas pocas situaciones que se podrían mencionar en el pensar y sentir de una persona que en algún momento llega a ser “paciente” o que requiere de una u otra manera, la atención en salud.

El liderazgo para lograr una atención humanizada debe desarrollarse desde la ética médica actual que está sustentada en tres pilares o principios de bases sólidas: el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia. Como se mencionó atrás, la aceptación de una ética humanista fundamentada en el principio de beneficio es susceptible de objeción si se tuviera en cuenta apenas al hombre aislado, al individuo egoísta, mediando su bienestar físico con único criterio de valor ético, sin nada que lo trascienda.

La Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria a través de la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, han diseñado un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, cuyo slogan dice; “Quien soy, deja huella” y que empieza con un capítulo de testimonio, en donde quien es profesional de la salud y paciente narra desde su vivencia cómo ve la humanización de los servicios sanitarios. (32)

En el prólogo de este plan, el doctor Jesús Sánchez Martos, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid escribe: “La calidad y la excelencia de nuestro Sistema Sanitario Público, sumadas al gran potencial humano de nuestros profesionales, que se verá apoyado y reconocido por este Plan de Humanización, serán sin duda las claves fundamentales para poder asegurar la sostenibilidad durante las próximas décadas de una sanidad universal, cercana y más humanizada, gracias a los programas y planes estratégicos dirigidos a los ciudadanos sanos, a los pacientes y a los familiares, como “cuidadores principales y expertos”, con el objetivo de conseguir lo que hoy se ha venido en denominar como “empoderamiento”, que no es otra cosa que potenciar la Educación para la Salud de todos, con el fin de conseguir ciudadanos, pacientes y cuidadores proactivos, que constituyen sin duda el apoyo fundamental de la sostenibilidad de cualquier sistema sanitario”, en su plan ellos han propuesto desarrollar tres H en el talento humano para lograr su objetivo, “Humildad” para saber reconocer nuestros propios errores y la “Honestidad” para tratar de corregir y mejorar día a día, respaldan todas y cada una de nuestras actuaciones, potenciando sin duda la “H”, que enmarca la razón de ser de este Plan, la “Humanización”(32).

Como señalaba A. Jovell, “habrá que caminar hacia una armonización entre los valores procedentes del conocimiento científico-técnico y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona. Razón y corazón han de dialogar. Si queremos que los profesionales sean agentes de humanización, es preciso recuperar la formación humanística, antropológica y filosófica en las actividades de formación continuada”.

**Figura 9. Liderazgo para la humanización**



Fuente: Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de sanidad, Comunidad de Madrid

Los comportamientos humanizados de los líderes hacia los profesionales en salud son una condición necesaria para que todas las personas se orienten en el valor de una atención más humana: comunicación adecuada, participación, reconocimiento de esfuerzos y logros, conciliación, asignación de responsabilidades, promoción de la formación y la capacitación, etc. Toda la organización necesita hacer un esfuerzo coordinado para prevenir y tratar el síndrome de desgaste profesional (burn out) de los profesionales y para facilitar un desarrollo competencial humanístico de los mismos. Por lo tanto, los directivos serán ejemplo y modelo de presencia, actitud y comportamientos humanizadores (33)

## **5. LAS PRÁCTICAS DE LIDERAZGO DE KOUZES Y POSNER Y LA HUMANIZACIÓN DENTRO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS BRINDADOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

### **5.1 Liderazgo de Kouzes y Posner**

Kouzes y Posner elaboraron el Inventario de Prácticas de Liderazgo (IPL) con el objetivo

de determinar cinco prácticas de liderazgo:

1. Servir de modelo.
2. Inspirar una visión compartida.
3. Desafiar el proceso.
4. Habilitar a otros para actuar.
5. Brindar aliento.

Este inventario se ha aplicado en diferentes países como México, Estados Unidos, Asia, Europa, Australia y otros, con base en el siguiente concepto:

El liderazgo es una relación entre aquellos que aspiran a liderar y aquellos que eligen obedecer. A veces la relación es de uno a uno. A veces es de uno a muchos. Independientemente del número, para poder emerger, crecer y prosperar en estos tiempos inquietantes, los líderes deben dominar la dinámica de esta relación. Deben aprender cómo movilizar a otros para que quieran luchar por aspiraciones compartidas. (Kouzes y Posner, 2003, p.1)

Este inventario de prácticas de liderazgo intenta romper los esquemas predominantes que se fundamentan en una figura de poder y supremacía que ordena a subordinados, y propone que el líder haga la conjunción del logro de metas de una organización con las metas personales de los colaboradores dándole un matiz afectivo al quehacer de las actividades.

## **5.2 Características de las prácticas de liderazgo de Kouzes y Posner**

Las prácticas de liderazgo en sí mismas, tanto para su antigua concepción como para la introducida por los autores Kouzes y Posner, implica el manejo del poder que en definitiva se encamine a los logros de una organización hospitalaria de forma productiva. A continuación, se muestra esquemáticamente la propuesta de estos autores.

**Figura 10. Prácticas y compromisos del liderazgo ejemplar de Kouzes y Posner**

**Modelar** el camino

1. Ponga en claro los valores descubriendo sus capacidades y afirmando los ideales compartidos.
2. Ponga el ejemplo alineando las acciones con los valores compartidos

**Inspirar** una visión compartida

3. Piense en el futuro imaginándose posibilidades apasionantes y dignificantes.
4. Integre a los demás en una visión común apelando a las aspiraciones compartidas.

**Desafiar** el proceso

5. Busque oportunidades tomando la iniciativa y buscando abiertamente formas innovadoras de mejorar.
6. Experimente y asuma riesgos generando constantemente pequeños logros y aprendiendo de la experiencia.

**Habilitar** a los demás para que actúen

7. Fomente la colaboración desarrollando confianza y facilitando las relaciones.
8. Fortalezca a los demás aumentando la autodeterminación y desarrollando las capacidades.

## **Alentar** el corazón

9. Reconozca las aportaciones demostrando la valoración de la excelencia individual.

10. Celebre los valores y las victorias creando un espíritu de comunidad.

**Fuente:** Tomado de Kouzes, J. M. y Posner, B. Z. (2003), p.12.

En relación a modelar el camino, significa que el líder debe implicarse bajo las cualidades de la credibilidad y el respeto. “Los líderes modelan el camino poniendo en claro sus valores y dando el ejemplo [...] deben defender sus creencias, así que es mejor que tengan creencias que defender [...] deben dejar en claro cuáles son sus principios rectores”. (Kouzes y Posner, 2003, p.2). Para modelar el camino, los líderes basados en sus potencialidades, en coherencia deben determinar los valores a transmitir; es preciso tener claro que la sola transmisión de valores no implica su aceptación por parte de los colaboradores, en virtud de que no se trata de una imposición, debe promover un interés que lleve a una armonización de los intereses organizacionales y particulares. “Los líderes ponen un ejemplo y crean compromiso mediante actos simples y diarios que generan progreso e impulso”. (Kouzes y Posner, 2003, p.1).

En relación a inspirar una visión compartida, “Los líderes están impulsados por la clara imagen de posibilidad y de lo que su organización podría llegar a ser. Los líderes inspiran una visión compartida pensando en el futuro e integrando a otros en una visión común”. (Kouzes y Posner, 2003, p.2). Los líderes mantienen una visión esperanzadora del futuro donde la organización destaca en su mercado alcanzando el éxito a través de la innovación, a la par y en armonía con sus colaboradores; todo ello logrado por el estímulo, comunicación y aceptación de una visión compartida. “Los líderes elevan los espíritus de las personas con una perspectiva que los ennoblece acerca de por qué deberían esforzarse por ser mejores de lo que son hoy”. (Kouzes y Posner, 2003, p.2).

Para desafiar el proceso, los líderes deben contar con una capacidad importante que consiste en la disposición para asumir riesgos y enfrentar nuevos retos y desafíos; los líderes son conscientes que deben realizar variaciones sobre los procesos, productos,

servicios y sistemas; para lograr innovar y obtener resultados diferentes y mejores. En este sentido, los líderes cuentan con una agudeza para detectar situaciones que les permitan crecer a las organizaciones.

Los líderes desafían el proceso buscando oportunidades y experimentando, asumiendo riesgos y aprendiendo de la experiencia. Los líderes son innovadores, están dispuestos a entrar en lo desconocido. La aportación principal del líder radica en reconocer y apoyar las buenas ideas y en estar dispuesto a desafiar al sistema para hacer que se adopten nuevos productos, procesos, servicios y sistemas. (Kouzes y Posner, 2003, p.4)

Por lo general, los líderes tienen una sensibilidad para evaluar las circunstancias actuales y detectar como se pudiera optimizar dicha situación a través de la mejora, innovación y crecimiento progresivo; por otra parte, son abiertos a aceptar asesoramiento externo, todo ello sin dejar de considerar que los desafíos conllevan un margen de riesgo y fracaso, pero parten del aprendizaje dentro de la experimentación del ejercicio de nuevas propuestas. “Los líderes son personas que aprenden. El cambio puede ser estresante, así que los líderes también deben crear un clima en el que las personas sean psicológicamente fuertes, en el que se sientan responsables del cambio”. (Kouzes y Posner, 2003, p.4) Los líderes se motivan y transmiten a sus colaboradores el éxito alcanzado en los sucesivos pasos hacia la optimización total planteada como desafío.

Los líderes habilitan a los demás para que actúen, este principio de Kouzes y Posner se basa en la simple premisa que para la existencia y ejercicio de un liderazgo, se debe contar con un grupo de colaboradores; es decir el liderazgo es un trabajo en conjunto.

Los líderes habilitan a los demás para que actúen fomentando la colaboración y fortaleciendo a los demás. En los casos que analizamos, los líderes explicaban orgullosos cómo el trabajo en equipo, la confianza y el otorgamiento de autoridad eran fundamentales para fortalecer la capacidad de todos de cumplir promesas y, en el proceso, con frecuencia superaban sus propias expectativas. La colaboración es la habilidad principal que permite que los equipos, las asociaciones y otras alianzas funcionen en forma efectiva. (Kouzes y Posner, 2003, p.6)

De tal manera que, los líderes para llevar a cabo transformaciones y para que los cambios en pro de mejorar la productividad de una organización hospitalaria sean posibles, involucran con base en el respeto, la confianza y la cooperación al mayor número de colaboradores que sea posible. Al involucrar el mayor número posible de colaboradores de una organización se crea un ambiente de identificación, empoderamiento y apropiación de los objetivos por todas las personas con las metas de dicha organización. “Las estructuras de compromiso y apoyo han reemplazado a las estructuras de mando y control”. (Kouzes y Posner, 2003, p.7)

Es preciso destacar que para que se lleve a cabo el adecuado ejercicio de un equipo de liderazgo debe existir de forma importante la comunicación con el personal médico, las enfermeras y el personal administrativo así como la conexión, esto es crear canales abiertos de continua retroalimentación y una adecuada capacitación en coherencia con las necesidades para el cambio.

En relación al principio de alentar al corazón, se trata del ánimo, impulso y valor que el líder proyecta hacia su equipo para seguir adelante con los cambios y transformaciones cuando en un momento dado decaiga el ánimo; este principio se vincula gracias a la humanización en la prestación de los servicios de salud. De esta manera, los líderes deben valerse de realizar los justos reconocimientos y celebrar los pequeños y grandes logros. Por consiguiente, los líderes promueven y animan a que renazca el ímpetu del equipo “[...] personalizando el agradecimiento y manteniendo una actitud positiva. Parte del trabajo del líder consiste en mostrar agradecimiento por las aportaciones de los demás y crear un clima de celebración. El aliento puede provenir de grandes gestos o de actos simples”. (Kouzes y Posner, 2003, p.9)

El hecho de alentar al equipo es un asunto que va más allá de la celebración, que no puede tener el mero sentido de diversión o juego; es un aspecto serio que denote la distinción asociada al logro alcanzado. “Mediante la celebración de los logros de los demás en forma notoria y en reuniones de grupo, los líderes crean y mantienen el espíritu del equipo; y basando las celebraciones en el logro de valores clave y eventos importantes [...]” (Kouzes y Posner, 2003, p.9).

El modo como los líderes alientan al corazón, es la manera como se exaltan los logros y se cohesiona el equipo, formando una identificación grupal hacia las metas

establecidas, esta unión es la que en momentos de bajos ánimos permite retomar el camino de los cambios y transformaciones.

Es en este punto que finalmente se presenta la propuesta que responde a su objetivo general: “Describir las mejores prácticas de liderazgo organizacional, que en la literatura se relacionan con procesos de atención humanizada de calidad en los servicios de salud, para proponer aplicarlas en instituciones hospitalarias, a fin de facilitar en estas los procesos de armonización en la práctica de los conceptos de liderazgo, humanización y calidad”.

## **6. PLAN DE ACCIÓN**

### **6.1 Propuesta que fortalezca el liderazgo**

Para desarrollar un plan de acción y lograr establecer las mejores prácticas de liderazgo con enfoque humanista en los servicios de salud, se retomará la siguiente pregunta que ya se había formulado cuando se planteó el problema. (págs. 8 y 9)

¿Cómo sería una propuesta que a través de proponer practicas para fortalecer el liderazgo pueda impactar de manera positiva los procesos de humanización en la prestación del servicio y de esta manera impactar la calidad de estos?

Dicha propuesta debería incluir el modelo de Kouzes y Posner, en el cual el manejo del poder debe encaminarse a conseguir los logros de una organización hospitalaria de forma productiva y cuyas prácticas de liderazgo son ejemplares.

Por lo tanto, esta propuesta tiene como plan de acción seguir los pasos expuestos por Kouzes y Posner en las prácticas de liderazo (figura 6); respondiendo así también al objetivo específico que se propuso cumplir. (pág. 9).

- Formular una propuesta que fortalezca el liderazgo en salud con el propósito de mejorar la humanización en la prestación del servicio en el marco de los modelos y rutas de atención, teniendo en cuenta criterios específicos para la población objeto.

Asimismo, ante la necesidad de mejora de las organizaciones hospitalarias para el logro y mantenimiento de los servicios de salud prestados bajo criterio de calidad, se propone que dichas organizaciones enfoquen sus esfuerzos en la capacitación de líderes con un tipo de liderazgo carismático, para que hagan uso de herramientas como la inteligencia emocional, la motivación, el ánimo y el aliento a través de unas marcadas habilidades comunicativas, y, además, transmitan las metas y objetivos de la organización, que harán que tengan un equipo conciente y, sobre todo, unido.

En síntesis hasta este punto, la propuesta que fortalezca el liderazgo habla de capacitar líderes de tipo carismático, aplicando el modelo de Kouzes y Posner .

Por otro lado, contestándole a otro objetivo específico trasado. (pág. 9).

- Determinar las medidas de intervención para lograr servicios de calidad y humanizados en la prestación de servicios de salud.

Se determinó que despertar la conciencia, en cuanto a la calidad y la humanización del servicio prestado, del grupo que se compone del personal administrativo y del cuerpo de médicos y enfermeros, es de suma importancia para cumplir el objetivo general.

Por ello se debe dejar estipulado como principio o valor fundamental, no hacer distinción en términos de la humanización o de la calidad con la que se brinda los servicios de salud; puesto que este grupo objeto debe ser tratado de igual forma en distintos grupos de interés como menores de edad, pacientes de tercera edad, los pacientes con enfermedades crónicas, entre otros. Por consiguiente, tanto el personal administrativo como el cuerpo de médicos y enfermeros deben ser conscientes de prestar un servicio de salud de calidad y humanizado para todos.

## **7. CONCLUSIÓN**

Enseguida de haber cumplido los objetivos del trabajo y basado en cada uno de estos, o sea, apoyado tanto en los objetivos específicos como en el objetivo general, se concluye que la armonización de las prácticas de liderazgo y el enfoque en la humanización de la atención integral en salud en organizaciones hospitalarias, debe partir de saber que la atención humanizada garantiza un modelo de servicio de calidad, basado en un trato

amable, respetuoso, cálido y seguro al paciente y su familia que involucre a cada uno de los colaboradores, con el fin de fortalecer las relaciones de los pacientes y los médicos durante el proceso de atención.

Se concluye, asimismo, que acto seguido, de relacionar las prácticas de liderazgo de Kouzes y Posner, y la humanización dentro de la calidad en la prestación de los servicios brindados por los profesionales de la salud, es necesario crear líderes carismáticos capaces de generar en su entorno tanto experiencias memorables como ambientes que favorezcan los procesos de recuperación, además, de brindar cercanía y confianza a los pacientes garantizando que se den procesos claros suministrando información confiable y orientación a lo largo de la ruta vivencial de cada paciente.

Se concluye también, que para lograr que los servicios de salud sean de calidad y humanizados, se debe partir de comprender que la atención humanizada en las entidades prestadoras de salud, hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual que influyen en la calidad de vida del hombre. Es por esta razón que surge la primicia de humanizar al personal de salud, orientándolo hacia el servicio por el enfermo considerándolo en su globalidad, de misma manera se busca ofrecer una asistencia integral con calidez y competencia que responda a todas las dimensiones física, emocional, social, y espiritual de las personas.

Se concluye, además, luego de revisar la literatura de tipos y prácticas de liderazgo en organizaciones hospitalarias que es de carácter constitucional y urgente emplear dichas prácticas de liderazgo en el sistema de salud colombiano.

La humanización en la atención en salud, constituye un pilar fundamental para la calidad brindada a los pacientes durante su estadía en un hospital. Tanto las organizaciones como los profesionales en salud son conscientes que es imposible desconocer la evolución de la ciencia con el desarrollo de nuevas tecnologías en los servicios de salud y el impacto positivo que estos han generado sobre la calidad de vida

del ser humano, sin embargo, a medida que esto ha ocurrido se ha ido debilitando la dimensión humana en los procesos de atención, es decir, se ha deshumanizado progresivamente la atención y se ha agudizado una problemática actual en sistema de salud.

Como conclusión general, después de realizar una revisión detallada de la aplicación de los modelos y rutas de atención en salud en la población objeto en las instituciones hospitalarias de Bogotá y según los resultados encontrados, acto seguido, se elaboró la propuesta expuesta con anterioridad, en la que se alinearon dos modelos de liderazgo, uno, el del líder ejemplar de Kouzes y Posner, y dos, el tipo de líder carismático, para concluir que es de carácter urgente, que como parte de la misión de las organizaciones hospitalarias se incluya el tema de liderazgo humanizado, de tal modo que, se hagan actividades dirigidas a lograr su desarrollo como meta medible, bien sea, desde la selección del personal, o realizando permanentes capacitaciones para ir formando de manera teórica y práctica al personal tanto administrativo como de médicos y enfermeros, para que cada vez sea más humanizado y bajo criterio de calidad el servicio prestado en instituciones hospitalarias.

Finalmente este trabajo logra mostrar a través de una revisión bibliográfica como es posible establecer una relación estrecha y directa entre implementar prácticas de liderazgo, especialmente las relacionadas con la motivación de la emoción, como liderazgo carismático y transformacional, o liderazgo ejemplar, para lograr desarrollar procesos de humanización de los servicios de salud como estrategia para elevar la calidad de los mismos, ya que como quedo evidenciado a lo largo de la revisión, no es posible hablar de calidad en salud, si no se hace referencia a la humanización de los servicios de salud, pues dentro de los procesos organizacionales, donde se evalúa cualitativa o cuantitativamente la calidad, se considera y mide lo avanzado por las organizaciones en términos de humanización de los servicios y percepción de la misma, tanto para los usuarios internos, como para los pacientes.



## REFERENCIAS

### Textos

1. Acosta, J. M. (2018). Dirigir. Liderar, motivar, comunicar, delegar, dirigir reuniones. Editorial ESIC.
2. Aspiazu Edwards, E. (2017). Gestión Hospitalaria. Universidad Ricardo Palma, Perú.
3. Beltrán, X. del C.; Roa Espitia, G. y Rondón Zarate, E. P. (2013). Diseño de un Modelo de Gestión por Competencias para los Cargos Gerenciales de la Compañía de Soluciones Hospitalarias SAS en Bogotá. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de Recursos Humanos de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.
4. Castrejón Serrano, F. (2013). Calidad y liderazgo: una manera de ser y una forma de hacer. Editorial Palibrio.
5. Ceballos Bolívar, C. E. y Gutiérrez González, S. (2012). Humanización de la atención en salud. Medellín, Colombia.
6. Dalton, M.; Hoyle, D. G. y Watts, M. W. (2006). Relaciones humanas. Editorial Cengage Learning Editores.
7. EAE Business School (2014). Los secretos de liderazgo. Como convertirte en un gran líder. Editorial EAE Business School.
8. Fundación Fundesalud. (2010). Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. Hospital Universitario del Valle, HUV, "Evaristo García", ESE. Cali, Valle, Colombia.

9. Hernández Rodríguez, A. R. (2017). Enfoque para el cambio necesario en las organizaciones de salud. *Revista Médica Infomed*, Número 25 (2017).
10. Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2007). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill.
11. Kouzes, J. M. y Posner, B. Z. (2003). *Las cinco prácticas de liderazgo ejemplar*. Editorial de John Wiley & Sons, Inc.
12. Matabajoy Montilla, J. M.; Matabachoy Tulcán, S. M. y Obando Guerrero, L. M. (2017). Procesos de desarrollo del talento humano en una clínica de especialidades de Pasto, Colombia. *Revista Universidad y Salud*. 2018; vol. 20(1).
13. Mejía Gutiérrez, Y. E. y Amaya Castillo, R. C. (2012). Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe, en el período de abril a junio 2011. Maestría en gestión hospitalaria. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador.
14. Muñoz García, C.; Crespí Rupérez, P. y Angrehs, R. (2011). *Habilidades Sociales*. Editorial ediciones Paraninfo S.A.
15. Palomo Vadillo, M. T. (2010). *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*. Libros profesionales de empresa. Editorial ESIC.
16. Robbins, S.P. (2004). *Comportamiento organizacional*. Editorial Pearson Educación.
17. Salas Vallina, A. (2013). *Liderazgo transformacional, capacidad de aprendizaje organizativo y felicidad en el trabajo*. Tesis doctoral de la Universitat de Valencia.

18. Sánchez Naranjo, J. C. (2013). Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.
19. Tamayo y Tamayo, M. (2004). El proceso de la investigación científica. Editorial Limusa Noriega Editores.
20. Vázquez, F. R. (2011) Evaluación de la representatividad de Indicadores de calidad en hospitales de la República Argentina. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
21. Veliz Rojas, M. I. y Villanueva Aparco, R. (2013). Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de la Disa II Lima Sur.
22. Zenger, J. H. y Folkman, J. (2008). El líder extraordinario. Editorial Bresca Editorial S.L. Barcelona.
23. Zúñiga Montalvo, J. C. (2015). Inteligencia emocional para el liderazgo. Editorial Palibrio.
24. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22o período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).
25. CNCCOL (2012), Centro Nacional de Consultoría, Estudio de Calidad para la construcción de línea base de la estrategia de Cero a Siempre.
26. DEFENSORIA DEL PUEBLO (2013), Vigésimo Informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República, Capítulo A 1 – 1.1 El Derecho a la Salud: el más vulnerado durante el 2012.

27. GOMEZ, Hector Abad (2008). Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un análisis. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia Muñoz Y, Coral R., Moreno D., Pinilla D., Suárez Y.
28. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Repert. Med*; 2009; 18(4): 246 – 250
29. Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. FARFAN PESANTE, Romy Natalie. UCV – Scientia 8(2) 2016.
- 30, Quintero DI. Propuestas para humanización de la salud. Cuestión de dignidad. El Pulso. 63.a ed. Medellín, Colombia; 2003;
31. Alzate Gomez JG. Mercadeo integral en servicios de salud. Medellín: CES; 2004.
32. Consejería de sanidad, Comunidad de Madrid, Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.
33. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Descléer de Brouwer; 2014.
34. Hernández, P. A. H., Ramírez, M. A. C., & Sánchez, D. C. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y educación en enfermería*, 26(2), 218-225.
35. Arango Dávila, C. A., & Floyd Aldana, M. (2013). Humanización en Salud. *Carta de la salud*; 211.
36. Ortiz, A., Beca, J. P., Salas, S. P., Browne, F., & Salas, C. (2008). Acompañamiento del enfermo: Una experiencia de aprendizaje sobre el significado de la enfermedad. *Revista médica de Chile*, 136(3), 304-309.

37. Brunner, J. J. (2003). La educación al encuentro de las nuevas tecnologías. Las nuevas tecnologías y el futuro de la educación, 15-68.

## **Leyes**

Colombia. Constitución Política de 1991. Asamblea Nacional Constituyente.

Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Diario Oficial 49427 de febrero 16 de 2015.

Colombia. Ley 100 de 1993. Diario Oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993.

Colombia. Decreto 1011 de 2006. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006.

Colombia. Circular externa 30 de 2006. Diario Oficial 46.278 de 24 de mayo de 2006.

Colombia. Ley 23 de 1981. Código de Ética Médica.

Colombia. Resolución 0256 de 2016. Indicadores de calidad en salud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

## **Materiales en línea**

Aiteco (s.f.). Liderazgo Transformacional: Qué es y Cómo Desarrollarlo. [Consulta realizada 17 de agosto de 2018].

Disponible en:

<https://www.aiteco.com/liderazgo-transformacional/>

Benítez Moreno, R. (2010). Liderazgo transaccional vs. liderazgo transformacional. [Consulta realizada 17 de agosto de 2018].

Disponible en:

<http://www.benitezrafa.es/liderazgo-transaccional-vs-liderazgo-transformacional/>

Castillo Morales, E. D. (2009). ¿Es el liderazgo carismático una característica de la democracia latinoamericana, o el resultado de una falla estructural de los sistemas y procesos políticos de la región? [Consulta realizada el 01 de octubre de 2018]

Disponible en:

[http://www.iri.edu.ar/publicaciones\\_iri/IRI%20COMPLETO%20-%20Publicaciones-V05/cerpi%20censud%2009/fichas/CastilloTR.pdf](http://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/IRI%20COMPLETO%20-%20Publicaciones-V05/cerpi%20censud%2009/fichas/CastilloTR.pdf)

Durán Silva, L. M. (2004). Calidad en la prestación de servicios de salud. [Consulta realizada el 17 de diciembre de 2018]

Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/viewFile/1928/1794>

Figuerola, N. (2011). Liderazgo Transaccional y Transformacional. Las dimensiones del Liderazgo. [Consulta realizada 17 de agosto de 2018].

Disponible en:

<https://articulosbm.files.wordpress.com/2011/10/liderazgo-transaccional-y-transformacional.pdf>

Forero Caballero, H. (1998). Ética médica y sociedad actual. Revista de Medicina: Junta, Volumen 20 No. 1 (47). [Consulta realizada el 15 de junio de 2018]

Disponible en:

[https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-47/art\\_hfc/](https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-47/art_hfc/)

Kolakowski, L. (2006). Líder carismático, maestro carismático. [Consulta realizada 17 de agosto de 2018].

Disponible en:

[https://www.letraslibres.com/sites/default/files/files6/files/pdfs\\_articulos/pdf\\_art\\_13047\\_11958.pdf](https://www.letraslibres.com/sites/default/files/files6/files/pdfs_articulos/pdf_art_13047_11958.pdf)

Maxwell, J. (2011). Liderazgo carismático. [Consulta realizada 17 de agosto de 2018].

Disponible en: [http://www.gref.org/nuevo/articulos/art\\_011211.pdf](http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_011211.pdf)

McGregor, D. (1960). Teorías X e Y. [Consulta realizada 17 de agosto de 2018].

Disponible en:

[https://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/270/contenidos/5880/teoria\\_x\\_e\\_y\\_teoría\\_z.pdf](https://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/270/contenidos/5880/teoria_x_e_y_teoría_z.pdf)

Ministerio de la Protección Social. (2011). Dirección General de Calidad de Servicios. Grupo de Calidad. [sede Web]. Guía Práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC). [Consulta realizada el 17 de diciembre de 2018]

Disponible en:

[http://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla\\_didactica.pdf](http://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf)

Ministerio de la Protección Social. (2008). Paquetes instruccionales. Buenas prácticas para la atención en salud. [Consulta realizada el 17 de diciembre de 2018]

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Seguridad del paciente y la atención segura, paquetes instruccionales. [Consulta realizada el 17 de diciembre de 2018]

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Observatorio de la Calidad en la Salud. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) Plan Estratégico 2016-2021. [Consulta realizada el 17 de diciembre de 2018]

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud y derechos humanos. [Sede Web]. Nota descriptiva N°323. Diciembre de 2015. [Consulta realizada el 17 de diciembre de 2018]

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Rodríguez Pérez, M. P. y Grande Arnesto, M. (2014). Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. [Consulta realizada el 08 de julio de 2018]

Disponible en:

[http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1\\_Calidad\\_asistencial.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf)

Sánchez Cuevas, G. (2014). ¿Qué son las habilidades sociales? [Consulta realizada 21 de julio de 2018].

Disponible en:

<http://lamenteesmaravillosa.com/que-son-las-habilidades-sociales/>

Santiago, I. (2014). Liderazgo y relaciones humanas. [Consulta realizada 21 de julio de 2018].

Disponible en:

<https://prezi.com/r99lunuwj-jg/liderazgo-y-relaciones-humanas/>

Soler Carrero, M. (2015). [Consulta realizada 04 de septiembre de 2018].

Disponible en:

[http://www.dep17.san.gva.es/PDF/urgencias/MontserratSoler\\_FactorHumanoUrgencias.pdf](http://www.dep17.san.gva.es/PDF/urgencias/MontserratSoler_FactorHumanoUrgencias.pdf)