

EL LIDERAZGO Y EL SÍNDROME DE *BURNOUT*, UNA RELACIÓN QUE IMPACTA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIAS

George Clevin González-Betancourt¹; Alexander Giraldo-Ramírez².

Resumen

El propósito de este documento es analizar la relación entre el liderazgo y el agotamiento profesional del personal médico en los servicios de urgencias, considerando el entorno, la carga laboral, tipos de contratación, volumen de pacientes y la complejidad de sus patologías; así como el efecto que tienen los eventos personales del paciente como su estrés, nivel emocional y relaciones familiares en el comportamiento de los profesionales. Por otro lado, se demostrará cómo el liderazgo, con sus estilos propios, crea un rasgo en los directivos que permite la generación de estrategias, destacando al liderazgo transformacional, que junto a habilidades gerenciales, le dan atributos al líder para motivar y promover la fluidez de la información, incrementar el desempeño del equipo, la generación de autonomía para la adecuada toma de decisiones, igualmente, mejorar la calidad de la atención y el clima laboral; de esta manera, contribuye a restablecer la salud ocupacional del equipo médico, el bienestar de los pacientes y los resultados organizacionales.

Palabras Clave: Agotamiento profesional, liderazgo, servicios médicos de urgencias, cuerpo médico de hospitales, calidad de la atención de salud, diagnóstico clínico.

Abstract

The purpose is to analyze the relationship between the leadership and the professional exhaustion of medical personnel in emergency services, the relation in this vulnerable population considering the environment, the work load, types of contracting, volume of patients, the complexity of their pathologies, without The emotional level, stress in patients, relatives and their effect on

¹ Médico Cirujano General egresado de la Universidad Juan N. Corpas de Bogotá y candidato a Magíster en Administración en Salud de la Universidad del Rosario, Médico de Urgencias, Clínica Reina Sofía, Bogotá D.C., Colombia. Correo: george.gonzalez@urosario.edu.co

² Ingeniero Industrial egresado de Universidad Cooperativa, Especialista en Desarrollo y evaluación de Proyectos de la Universidad del Rosario, candidato a Magíster en Administración en Salud de la Universidad del Rosario, Jefe del Departamento de Logística. Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá D.C., Colombia. Correo: alexander.giraldor@urosario.edu.co

[Escriba aquí]

professionals, at the same time, leadership with their own styles, create a trait in managers that allows the generation of strategies, highlighting transformational leadership, Which together with managerial skills, give the leader attributes to motivate and promote the fluidity of information, increase team performance, generate autonomy for proper decision-making, and improve the quality of care and the work environment , Thus, it contributes to restore the occupational health of the medical equipment, the well-being of the patients and the results organizational.

Key Words: Burnout Professional, Leadership, Emergency Medical Services, Medical Staff Hospital, Quality of Health Care, Clinical Diagnosis.

Introducción

“Cada vez que un médico no puede hacer el bien, debe evitar hacer el daño”

Hipócrates.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 declara: “El estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para las que trabajan” (1). El 1 de febrero de 2017, los trabajadores de urgencias del complejo hospitalario de Navarra España expresaron a los medios de comunicación las inconformidades por las condiciones en las que se prestan los servicios, además de la insuficiencia para la apropiada toma de decisiones por parte de los directivos del plantel (2). Este panorama refleja el estado de los servicios de urgencias a nivel mundial, donde priman la falta de recursos, las pésimas condiciones laborales y la falta de liderazgo por parte de los directivos y/o personal a cargo (3).

En Colombia, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (SDSB) desde la implementación de la Ley 715 de 2001 que obliga a ejercer vigilancia y control sanitario en cada jurisdicción, basados en los sistemas de información del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la SDSB (Sistema de Referencia-Contrarreferencia), reporta desde el año 2016, cada mes, una sobreocupación de pacientes del 250 % en los hospitales de la red pública y del 300 % en promedio en los hospitales de la red privada (4). Carlos Alberto Arango, director médico del Hospital San Ignacio en Bogotá, afirma “El estrés que manejamos es muy grande por la sobreocupación, justamente los médicos de urgencias, enfrentan a diario su más grande temor: equivocarse” (5).

Por otra parte, la atención de urgencias la define el MSPS como la modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de pacientes que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad (6); por lo cual, el servicio médico de urgencias (SMU) es un servicio especialmente preparado (recursos humanos y equipos) para dar atención de emergencias a pacientes (7); sin embargo, los SMU son conocidos por la falta de oportunidad, complejidad y por generar desgaste en los profesionales que realizan la gestión clínica, involucrando sentimientos y afectación del área psíquica en los profesionales que allí

[Escriba aquí]

prestan la atención a los pacientes, lo cual puede eventualmente afectar la calidad de la atención, definida desde el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos (8).

La insuficiencia en la prestación de los servicios de salud en el sistema de salud colombiano conduce a la población de pacientes a utilizar como puerta de acceso los SMU, a causa de las barreras que tienen otros servicios médicos del sistema. Como resultado, acuden masivamente y generan una saturación importante de los SMU, hecho que repercute negativamente entre el personal asistencial y pacientes desencadenando sensaciones de desilusión, miedos, enojo, o impaciencia por parte de los profesionales, siendo determinadas como hábitos que producen estrés (9).

Los médicos, como pilar de la consulta médica en urgencias, frecuentemente ven afectado su desempeño debido a múltiples variables propias de los SMU tales como el clima laboral, las exigencias y competencias, además del nivel de presión del servicio, horarios particulares de urgencias y jornadas laborales extensas, remuneración con modalidad particular (bonos) por sus servicios, además de un inadecuado liderazgo por parte de los directivos a cargo, factores que pueden generar confusión en la toma acertada de decisiones en el desarrollo de sus actividades diarias (10) y con ello impactar la calidad de la atención.

En el ambiente reseñado se reconocen varios de los factores generadores de estrés y agotamiento, algunos que pueden conducir a la aparición del *Síndrome de Burnout* (SB) o síndrome de agotamiento profesional, patología de riesgo ocupacional descrita en 1974 por Herbert Freunderberger, psicólogo norteamericano, e identificada por Maslach (1976), como una crisis física y mental por efecto de un estrés intenso en personas que desarrollan actividades de ayuda, de atención o cuidado, la cual se estructura en tres etapas, a saber, despersonalización, agotamiento emocional y reducción de la realización personal, determinado por la pérdida progresiva de energía con un impacto en la motivación, además de presentar ansiedad e incluso hasta agresividad en sus actividades laborales (11).

En este entorno, *el liderazgo* (LI) que se aplica en los SMU y su relación con el grupo de colaboradores clínicos es bastante influyente, el LI, se enfoca en promover la productividad, aumentar la competitividad y respaldar la sostenibilidad de un grupo organizacional (12). De

[Escriba aquí]

acuerdo con Bass (1985) el LI se clasifica en tres estilos: el transaccional o dictador, el *laissez faire* o sin LI y el LI transformacional o motivacional (LT) (13).

En virtud de los estilos de LI mencionados es posible determinar la aparición, permanencia o agudización del SB en el personal médico que conforma los equipos de atención en salud en los SMU, y es posible indagar en qué medida el LI del personal a cargo de los SMU de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) de alto nivel de complejidad, determina la manifestación del SB en el personal médico asistencial que labora en estos servicios.

De tal manera, el propósito de esta reflexión es brindar al lector una perspectiva de cómo los médicos generales en los SMU de las instituciones de alta complejidad están expuestos a múltiples factores de estrés que contribuyen a la aparición del SB, patología que puede afectar la toma de decisiones clínicas de los profesionales y por ende la calidad del servicio; así mismo, se busca analizar los estilos de LI del personal directivo administrativo y asistencial y cómo podrían influir en la aparición o mitigación del SB, considerando que el LT podría tener un impacto positivo en las SMU, razón por la cual debería ser promovido en las IPS.

¿Los factores de estrés de los SMU estimulan la aparición del SB?

Los SMU de alta complejidad, niveles III y IV definidos en la Ley 100/93 (14), son en la actualidad uno de los servicios que presentan mayores dificultades dentro de las IPS, sobre todo porque se han vuelto la primera opción de los pacientes cuando requieren alguna asistencia médica por pequeña que sea debido a las debilidades en la cobertura de aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado, esta sobredemanda del servicio recae en mayor estrés laboral, lo cual puede generar trastornos en la salud del personal asistencial y poca motivación para realizar el trabajo asignado, condiciones que pueden causar errores médicos con el consecuente deterioro de la calidad de los servicios (15).

En este escenario, es común encontrar la saturación del SMU por causas externas, que se relacionan con la generación de demanda espontánea, consultas urgentes que no siguen un patrón de pertinencia y que por lo tanto la afluencia es inevitablemente discontinua, además, se presentan factores dependientes del propio servicio, tales como la espera de resultados de laboratorio o exámenes de diagnóstico radiológico, o pacientes pendientes de evolución por parte de otro

[Escriba aquí]

especialista, y factores no dependientes de urgencias, ni del hospital, como la espera de un familiar, la asistencia social o ambulancia (16).

Dentro de este contexto se encuentran los médicos generales que prestan atención clínica en el SMU quienes están expuestos continuamente a un ambiente altamente estresor junto a factores generadores de agotamiento. Una de las situaciones más graves ocurre cuando se producen agresiones físicas o verbales a los profesionales de la salud, lo que conduce a consecuencias negativas en la integridad del equipo médico tratante, del paciente y genera un impacto negativo en la imagen corporativa para la IPS (17); en algunos casos esta situación coadyuva a la aparición del SB, pues la situación de otros individuos impacta en la salud física y psicológica de los profesionales (18).

Como consecuencia, es probable que se genere insatisfacción laboral, factor que puede considerarse predisponente a la aparición del SB, además de la presencia de otros sentimientos como el aburrimiento y la pérdida de interés, los cuales pueden ser importantes desencadenantes del síndrome, que unidos con importantes niveles de estrés, con la personalidad del individuo, la sobrecarga de trabajo y las características del ambiente potencian la aparición del SB. En situaciones extremas, el SB sin la atención adecuada puede evolucionar en un cuadro de ansiedad o depresivo que eventualmente lleve al suicidio (11).

De la misma manera, la aparición del síndrome afecta la calidad de la atención y puede provocar la generación de eventos adversos, entendiéndose estos como el resultado de la atención en salud que de manera no intencional produjo daño, siendo o no prevenibles (19), eventos que se convierten en factores sistémicos propios de cada IPS, su cultura, su planteamiento de la gestión de la calidad, la prevención de riesgos y su capacidad de aprender de los errores y resiliencia, todos ellos aspectos que deben ser tenidos en cuenta al momento de adoptar medidas correctivas para mejorar la seguridad del paciente (20).

Sin embargo, la literatura especializada no evidencia resultados concluyentes que identifiquen de manera clara a los profesionales más vulnerables a desarrollar el SB basados en las variables sociodemográficas (21). De hecho, en este sentido se reconocen entre los principales factores de

[Escriba aquí]

riesgo del síndrome la edad, los años de experiencia y la carga laboral, por lo que es poco probable el hecho que a mayor experiencia profesional se desarrollen o perfeccionen mecanismos eficaces para afrontar de manera personal o profesional el síndrome (10). Otras variables como el estado civil o el número de hijos no se asocian directamente con la aparición del SB (22). Así mismo, el nivel de complejidad del hospital en el que se ejerce la labor asistencial y adscripción al sector público o al privado, podría ser un factor asociado al trastorno, visto en los profesionales que están en los hospitales públicos que son los menos afectados por el síndrome, y por el contrario, tener otros empleos no parece tener influencia en el desarrollo del SB (23).

De otro lado, la mayor parte de las investigaciones que analizan el estrés laboral y el SB en el personal sanitario se ha realizado en hospitales generales y de atención primaria (24). En Colombia se han hecho varias investigaciones al respecto, donde se describe el SB y su impacto en la calidad de vida del trabajador sanitario (25), por ende en la mayoría de los estudios se incluyen varios grupos de personal asistencial, entre ellos, enfermería, médicos, terapeutas, auxiliares y demás personal que tiene contacto con el paciente en los servicios asistenciales, donde es posible concluir, que las características del sistema de salud colombiano pueden incidir en la generación del SB.

Por otra parte, algunas de las condiciones en las que labora el personal de la salud en Colombia como la inestabilidad causada por el tipo de contratación por prestación de servicios y la sobrecarga laboral, conlleva al personal médico-asistencial a tener múltiples vinculación laborales simultáneas, trabajando entre 40 y 50 horas a la semana (26), convirtiéndose en factores desencadenantes de un trabajo que será cada vez más estresante para el médico, porque se acerca a un modelo que incluye muchas exigencias psicológicas, poco control sobre la propia tarea, falta de apoyo social en el trabajo y escasez de recompensas o compensaciones (10). Al mismo tiempo, es de especial importancia para los entes rectores del SGSSS a nivel territorial como las secretarías de salud departamentales y municipales, y para las IPS reconocer y evaluar la importancia del LI en el personal médico (27) que permita establecer la existencia del SB en un servicio tan importante como el SMU, y así motivar la toma de decisiones médico-administrativas, reduciendo los factores desencadenantes del síndrome e incentivando la mejora de la calidad de los servicios médicos.

[Escriba aquí]

¿El SB afecta las decisiones médicas y la calidad del servicio en los SMU?

En los SMU existen variables que afectan el servicio y producen desgaste profesional, tales como los recursos disponibles, infraestructura, las relaciones interpersonales como la médico-paciente y la relación entre el grupo de trabajadores que puedan participar en el acto médico, este aspecto puede desencadenarse por efectos de procesos, deficiencias del sistema y características que conllevan al personal profesional a cometer errores, generando potenciales eventos adversos. No obstante, una atención médica de calidad debe ser eficiente, eficaz, segura, oportuna, equitativa, y por supuesto, centrada en el paciente; asociada a un LI que permita orientar la atención de los recursos y así evitar estas situaciones clínicas o eventos adversos (28). En el estudio de prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria, IBEAS, donde se generalizan estos elementos, evidenciaron que en hospitales de Latinoamérica la incidencia de un evento adverso ligada a la asistencia sanitaria es de 19,8 % y la prevalencia es de 10,5 % (29); lo que quiere decir que de cada 100 pacientes 20 son susceptibles a presentar un evento adverso, cifras que podrían aumentar cuando se adicionan factores estresores sobre el personal médico.

En este entorno, las circunstancias retan a los profesionales diariamente condicionándolos para que tomen las mejores decisiones para el paciente; además, la autonomía, las demandas psicológicas, la gratitud por el servicio y el apoyo de los supervisores permiten la prevención del SB, patología que impacta directamente en la prestación del servicio, la existencia de una adecuada comunicación y disposición de ambas partes de la atención (pacientes y médicos), crean un vínculo afectivo que tiene repercusiones en los comportamientos, contribuyendo a un clima organizacional que permite la mitigación del SB en las SMU (30).

La calidad de los servicios se aprecia desde la perspectiva tanto del paciente como de los profesionales, por lo tanto, la satisfacción del usuario está concebida por la relación entre el servicio usado y el profesional que lo concede, asimismo, esta interacción permite evaluar la calidad recibida, por esto, la relación en tiempo por parte de los profesionales con los pacientes es corta y solo tienen un contacto mínimo debido a la permanencia del paciente en los SMU, en donde la meta es solucionar las patologías que sufren de forma aguda, conduciendo a un compromiso emocional que marca al personal asistencial, atribuible a la gran demanda de pacientes y su nivel de complejidad, afectando su juicio clínico (31).

[Escriba aquí]

Con respecto al argumento anterior, la calidad del servicio en la profesión médica se encuentra sometida a la exigencia permanente de actualización, orientada a mejorar las decisiones sobre el bienestar y la salud de otros, facultando la satisfacción de los usuarios y contribuyendo a un desempeño que permita la sostenibilidad de la institución y por lo tanto su imagen corporativa, lo que aporta a los profesionales una adecuada calidad de vida que impacta sobre su ejercicio profesional, realizando un acto médico provechoso para los pacientes, de no hacerlo, podría conllevar a problemas psicológicos en los galenos que pueden estropear su determinación diagnóstica y por ende afectar la calidad de la prestación del servicio (32, 33).

De tal manera, se debe recordar que los profesionales se ven afectados por condiciones que conllevan a la aparición del SB, convirtiéndose en un factor que influye en el adecuado diagnóstico médico, además, los niveles de fatiga restringen el modelo de atención fomentado por las IPS, por otra parte, cuando estos hábitos son exorbitantes y los individuos no se sienten con la capacidad psicológica para asumirlos, se producirán trastornos anímicos, que en el sector salud son trascendentales en la asistencia de los pacientes, damnificando la evaluación clínica (34).

En cuanto al *estrés*, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (35) lo considera una circunstancia propia de los individuos y sostiene que dependiendo de la respuesta cognoscitiva puede ser amenazante para las personas; cada sujeto tiene diferentes reacciones y genera diversas respuestas de estrés de acuerdo a cada suceso presentado, desencadenando ansiedad según la trascendencia impuesta por ellos mismos. El estrés laboral es una oscilación percibida entre las capacidades de control y las exigencias del trabajo, afectando su desempeño de dos formas, en cantidad y calidad o en ambas, se considera una conducta adaptativa a los eventos del entorno, desencadenando una fatiga como respuesta patológica y fisiológica en varios grados, impidiendo la adecuada respuesta frente a las situaciones del servicio, afligiendo la productividad y competitividad de la organización al aquejar la salud mental del empleado (36), cabe señalar que los aspectos anteriormente mencionados fueron estudiados en un metaanálisis realizado en el 2014, el cual se estudiaron a 1032 participantes, en cuyas conclusiones se proponen medidas para reducir los niveles de SB para evitar los errores médicos (37).

De manera semejante, los conflictos personales que afectan a los profesionales del SMU están muy ligados por su predisposición a desarrollar el SB, de hecho, la asociación de variables tales como la diversidad de los estados de ánimo, la plenitud y el confort en el campo laboral, son agentes

[Escriba aquí]

influyentes para la tranquilidad de los trabajadores (38), más aún, para lograr un equilibrio en la integridad mental, aumentar las destrezas y capacidad de respuesta, se requiere relacionar la atención plena e integral de las funciones asistenciales y administrativas que fomentan beneficios, con el fin de disminuir los factores ocupacionales del entorno en la atención de calidad (39), contribuyendo a la prestación de calidad en los servicios de salud de las SMU.

Por otro lado, la actitud laboral crea una impresión en el rendimiento, convirtiéndose de esta manera en un integrante vital en la salud y el confort afectivo, los profesionales de la salud están expuestos a fatiga emocional, lo cual repercute de manera directa en la aparición de fatiga por compasión, que se podría describir como el comportamiento consecuente secundario a evidenciar el sufrimiento de otros, asimismo, en muchas ocasiones van ligadas a factores del SB, estas características conllevan al personal de profesionales de cuidado al agotamiento laboral, afectando la empatía, la comunicación terapéutica y el compromiso organizacional. En este contexto, se considera al *estrés* como la principal fuente del desgaste profesional, aspecto que tiene un impacto en la prestación de los servicios, de igual manera, conviene subrayar los estudios realizados en Croacia donde los datos más significativos indican un alto porcentaje de SB y fatiga por compasión en todo el grupo asistencial, enfermería en un 39,28 %, y en el personal médico de 28,57 %, contribuyendo a la afectación en la calidad de la prestación de los servicios médicos (40); además, en otro estudio llevado a cabo en el mismo país, se considera que debe existir entre los profesionales de salud y el grupo de pacientes, una relación de empatía y comunicación para el mejoramiento de la calidad de la atención (41).

Sin embargo, otro estudio realizado en Croacia (42), donde participaron 350 profesionales médicos, describió que no existe relación entre la calidad de la atención y variables como la despersonalización, el cansancio emocional y los logros personales que son componentes del SB en porcentajes de 42,4 %, 16 % y 15,2 % respectivamente; por lo cual, se afirma que estos factores no afectan la calidad de la atención, además, se concluye que otros factores como la satisfacción laboral y tiempos de consulta insuficientes, pueden afectar a los médicos; asimismo, el múltiple contacto de los pacientes con los profesionales médicos puede producir poca tolerancia frente a la calidad de la asistencia brindada en comparación a otras dependencias en el mismo sector, donde, la figura de líder y el tipo de LI que adopten los supervisores o personal a cargo, son criterios importantes a tener en cuenta en la calidad de la gestión sanitaria.

[Escriba aquí]

¿El estilo de LI del personal directivo influye en la aparición o mitigación del SB?

El LI es descrito como la cualidad de guiar a un grupo de individuos para cumplir una meta, la relación entre las características del líder, el tipo de LI que asume y el poder que tiene, son aspectos que influyen en el personal subordinado afectando sus funciones laborales sociales y afectivas, desatando un efecto en su desempeño y decisiones (12).

El poder de un líder es el medio que permite influenciar a sus empleados de manera positiva, desencadenando confianza entre el líder y sus subalternos, permitiendo el equilibrio en la entidad y la adaptación del sistema, o de manera negativa donde puede dar un elemento de cohesión a sus trabajadores. El LI y la IPS se compone de intereses divergentes según el contexto al que se enfrenten, en cuanto al LI y su poder, dan sostenibilidad y fomentan el crecimiento de la relaciones interpersonales (43), contribuyendo a mejorar el clima organizacional y ayuda a mitigar los riesgos laborales para el desarrollo de SB.

De igual manera, los grupos de médicos generales en las SMU conforman un equipo de trabajo, con características que desarrollan en su vida académica para resolver patologías agudas, existen variedad en edades, género, conocimiento, experiencia y habilidades, que determinan sus juicios y decisiones al momento de realizar su conducta en las SMU, a su vez, la adopción de un estilo de LI es importante para las organizaciones, de no presentarse causan alteraciones en la organización, afectan la esperanza entre los trabajadores y promueven los riesgos laborales causando *estrés*; en ese sentido, se percibe que el LI es acreditado de forma positiva o negativa en el grupo médico y el tipo de LI va formando una cultura organizacional que tiene un impacto en su equipo de trabajo (44).

Es necesario, con el fin de entender mejor los resultados, examinar brevemente los tres tipos de LI, transaccional, *laissez faire* y el LT. En primer lugar, el líder *transaccional* es el que se basa en la negociación constante con los empleados a cambio del resultado de metas (*recompensa contingente*) y además procura estar en constante vigilancia de las actividades de sus funcionarios con la intención de impedir posibles errores o alejamiento de las normas dictaminadas (*dirección por excepción*), cuando ocurre un fallo suele aplicar sanciones; este nivel tiene dos formas, una *activa* (intervenir para que la falta no suceda) y otra *pasiva* (intervenir cuando la falta ya se presentó). En segundo lugar, el LI *laissez faire*, se considera como la falta de LI, este tipo de líder elude la toma de decisiones, no realiza ninguna transformación de tipo estructural, intelectual,

[Escriba aquí]

organizacional ni motivacional en su equipo de trabajo, además, no hace uso del poder de líder que tiene asignado. Por último, el líder *transformacional* es aquel que provoca modificaciones en sus subalternos a partir de realizar una aproximación de la trascendencia y el valor de los resultados obtenidos en las labores establecidas, promoviendo la superación de sus límites personales a favor de las metas organizacionales; estos líderes sobresalen por el *carisma* (se expresan como ejemplos a seguir), la *estimulación intelectual* (inducen la búsqueda de medidas alternativas a cuestionamientos diarios), la *inspiración* (dan valor a las actuaciones de sus funcionarios) y la *consideración individualizada* de los trabajadores (preocupación por los requisitos personales de sus empleados) (45, 46).

Las IPS pueden implementar el LI en dos rutas, una ruta positiva o del compromiso (*engagement*); o una ruta negativa, la cual canaliza estas fuerzas para fomentar la aparición del SB. Estas rutas desarrollan una marca en el personal asistencial en donde los esfuerzos para eliminar el agotamiento se deben promover desde el LI del personal a cargo, esto crea motivación e impulsa el bienestar de los pacientes, proveedores y, por supuesto, fortalece la institución desde el punto de vista organizacional (47).

De tal manera, teniendo en cuenta los rasgos de un líder con un determinado LI y la percepción de los trabajadores, se consideran los siguientes atributos como influencia o mitigación del SB en el personal, siendo estos, el reconocimiento y evaluación de los problemas, aprovechar el poder del LI, desarrollar e implementar intervenciones específicas de unidades de trabajo, cultivar la comunidad en el trabajo, utilizar recompensas e incentivos sabiamente, alinear valores y fortalecer la cultura organizacional, promover la flexibilidad y la integración laboral, proporcionar recursos para promover la resiliencia y el autocuidado, facilitar y financiar la investigación en la empresa (48), siendo importantes características que cuando sobresalen en el líder desencadenan una disminución en la aparición del SB y cuando no están presentes, promueven la aparición del mismo.

Para comprender mejor en qué consiste el LI, vale la pena resaltar que el LI de alta calidad despliega un compromiso en los empleados que reduce la aparición del SB, contribuye al rendimiento de la institución, forma vínculos más fuertes entre el grupo de trabajo, además, fomenta la participación social, aumentando la productividad de la organización e incrementando

[Escriba aquí]

la satisfacción de los usuarios, (49). En la Clínica Mayo están implementando modelos de LI para fomentar el progreso y la mejora continua, con el fin de reducir la alteración psicológica y mitigar el agotamiento; logrando con estas acciones una disminución de los factores del SB.

Conociendo el impacto del LI organizacional sobre la satisfacción profesional y el SB individual en el personal médico, se debe tener en cuenta que estos factores tienen una importancia estratégica en las organizaciones de salud para mejorar la calidad de los servicios prestados, donde, las cualidades de un líder son destacadas para permitir al grupo de médicos tener una eficiencia en la práctica clínica, el nivel de flexibilidad y autonomía de los médicos; así mismo, el trabajo adecuado del LI provee bienestar, mejora las condiciones laborales y el ambiente corporativo, de hecho, todas estas observaciones han sido objeto de un estudio realizado en la Clínica Mayo (50), donde participan 3.896 médicos de varias especialidades con un seguimiento por 24 meses, en donde se reflejó que las cualidades de LI de los supervisores tienen un efecto directo en el bienestar personal de los médicos que dirigen, además proponen otras alternativas organizacionales para evitar la afectación del bienestar médico.

De igual modo, en un estudio realizado en Estambul (51), donde incluyeron 312 empleados de cinco hospitales de alta complejidad y un volumen importante de pacientes, reveló la relación entre LI percibido y el estrés, y recomiendan adoptar los liderazgos que tienen efecto positivo en el nivel de estrés de los subalternos, adicionalmente, proponen no asumir el liderazgo *transaccional pasivo* o *laissez faire*, dado que tienen una consecuencia negativa sobre sus empleados, fomentando la aparición del SB. En este sentido, el LI de tipo *laissez faire* presenta una relación negativa, en contraste, el LI transaccional afecta de manera positiva el compromiso organizacional pero aumenta el SB de los trabajadores, mientras que el LT tiene un impacto positivo mayor al LI transaccional y evita el SB de los profesionales.

¿Por qué se debe promover el LT en los SMU?

Una de las funciones más importantes del LI en los SMU es enaltecer la calidad de la relación con el grupo de médicos que reviste el más alto grado de importancia y preocupación (52), en este sentido se ha detectado que el personal dirigido con estilos de LI fundamentado en una estructura transformacional presenta menor agotamiento emocional (26). Es posible reconocer que los estilos

[Escriba aquí]

de LI orientados hacia las personas donde se prioriza la satisfacción de los trabajadores, incrementan la cohesión y reducen los conflictos disfuncionales, y favorecen a la calidad de las relaciones entre directivos y subordinados (53).

El LT facilita el desarrollo de competencias de eficiencia e impulsa las capacidades de los gestores para liderar el cambio organizacional en el personal de la IPS (54). A través del LT, el líder del SMU puede articular una visión inspiradora a su personal médico - asistencial, motiva y moldea la cultura organizacional y crea un ambiente favorable al cambio en la institución (55), facilitando la autonomía en la resolución de los desafíos laborales propios del SMU, cada vez más importante para la satisfacción del personal médico.

En la actualidad, los SMU están sometidos a un entorno cambiante cada vez más inmediatos, por lo tanto demandan de la IPS, una mejor capacidad de adaptación entre sus actores. Usualmente los cambios en el entorno de los SMU ocurren de manera no planificada y en muchas oportunidades las instituciones no están preparadas para asumir las consecuencias, así mismo, en este contexto del cambio, la atención de situaciones no planificadas es fundamental en la gestión y hacer que el líder del SMU promueva los procesos que aseguren la flexibilidad de la institución para perdurar en tales condiciones (56), lo cual cobra especial relevancia si se tiene en cuenta que la reducida capacidad de adaptación a los cambios tiene consecuencias críticas sobre el desempeño institucional e incluso puede poner en riesgo su continuidad.

Las teorías de LI existentes y aplicadas en los SMU podrían resultar insuficientes para describir las características de LI necesarias en un ambiente de emergencias, debido a que estas teorías son siempre distintas a la realidad del entorno, al igual que las circunstancias en las que se generan los cambios en la atención médica de urgencias; en este sentido, el cambio, más que una acción estructurada por el líder, se convierte en una opción continua de transformación que permite la adaptación del SMU a las condiciones del entorno, donde el líder desarrolla procesos que le permiten liderar, más que dirigir el cambio, además, el LI supone una visión compartida por el líder del SMU con los seguidores del equipo asistencial (55).

Con respecto a los estudios desarrollados de LT, contextualizado en el ambiente laboral hospitalario, se reconoce una importante línea de estudio de la calidad del trabajo del profesional

[Escriba aquí]

sanitario. Dentro de esta misma línea, la salud psicológica es igualmente relevante, ya que se considera al bienestar mental del empleado médico-asistencial como una meta en sí misma.(57). Otro rasgo de los líderes transformacionales es que tienen la capacidad de generar un cambio en la perspectiva de sus colaboradores, motivar e inspirar, mientras que los líderes transaccionales motivan a los subordinados a cumplir con las orientaciones impuestas (45) alineados más a la visión del cambio que tradicionalmente se maneja. Es importante destacar que los comportamientos del LI transaccional y del LT pueden presentarse simultáneamente en las directrices dadas sin afectar un estilo de LI característico.

Con base en lo anterior, se puede afirmar que al tratar de establecer un estilo de LI, encausado hacia el cambio en las IPS, podría entenderse que el LT estaría más acorde con esta nueva perspectiva del cambio. Una de las características primordiales es la de promover el desarrollo de competencias en la organización, donde cada uno contribuya al cambio organizacional (54), con este propósito las instituciones hospitalarias operan con más eficiencia cuando los médicos están satisfechos con su entorno profesional y la satisfacción de los médicos con los líderes está estrechamente asociada con la frecuencia con la que los líderes son percibidos (49).

Desde esta perspectiva, el LT puede resultar más indicado para potenciar el cambio a través de relaciones fundamentadas en la confianza, ejercer un LI en que se fomente la necesidad de nuevos estados, que implique la autogestión como una alternativa del sistema, para permanecer en condiciones favorables, no solo para la organización sino también para el SGSSS (58).

Hay que mencionar que dado que las organizaciones sanitarias se encuentran en un entorno volátil caracterizado por los cambios, la adaptación veloz al entorno es crucial en la atención de pacientes y como resultado del desarrollo de modelos de cambio que estén en sintonía con la perspectiva de los sistemas adaptativos complejos, esto, promete ser una aproximación que se ajusta más a las condiciones en las que están inmersas las organizaciones hospitalarias contemporáneas (59), hecha esta salvedad, se recomienda el desarrollo y validación de nuevos modelos de cambio, en los que se prioricen las habilidades y competencias que requieren los agentes del sistema (entre ellos los líderes) para posibilitar la generación de procesos efectivos de LI, esto es, permitir la adaptación dinámica de la estructura como eje fundamental de la perdurabilidad (58).

[Escriba aquí]

Esta perspectiva de visión del poder y la influencia ejercida en los subalternos, como una herramienta de la organización, debe tener cualidades para asumir y contribuir a los cambios permanentes a los que se enfrentan los directivos o personal a cargo de los servicios, favoreciendo la adaptación de los SMU. Los líderes están en la capacidad para actuar positivamente de manera proactiva en el comportamiento organizacional de su personal, para que ellos puedan percibir un LI en donde no existan barreras, ni obstáculos para el trabajo óptimo, con un adecuado funcionamiento desde la integralidad del servicio con sus empleados, fomentando su desempeño y el fortalecimiento del clima organizacional, generando como resultado la satisfacción en los usuarios, vinculando elementos de calidad inesperada en los servicios médicos, apoyados en recursos técnicos y científicos que aporten a la comunidad un desarrollo sostenible desde el punto de vista sanitario (43).

Conclusión.

Los médicos generales de los SMU están continuamente expuestos a múltiples factores estresores que se pueden agrupar en tres grupos determinantes; en primer lugar los concernientes al personal médico, en donde se podría mencionar las agresiones verbales, físicas, la pérdida de interés que se traducen en un aumento de cansancio emocional y consecuencias extremas como el suicidio; en segundo lugar, factores de riesgo para el SB donde es posible citar la inestabilidad laboral, el tipo de contratación y las vinculaciones laborales múltiples; se puede afirmar que una parte importante de los médicos generales con sobrecarga laboral presenta altos niveles de despersonalización que generan ansiedad en el personal; por último, las restricciones propias del SMU, teniendo en cuenta la falta de innovación e insatisfacción laboral, la sobreocupación del servicio y la desmotivación que son algunos factores para tener en cuenta, igualmente, los altos niveles de estrés y su relación con estos tres grupos de factores son determinantes para la aparición del SB siendo originadas por las situaciones límite que viven a diario estos profesionales.

El SB puede afectar las decisiones clínicas de los profesionales médicos en los SMU y por consiguiente afecta la calidad del servicio, de esta manera permite producir eventos adversos dando como resultado daños no intencionales al paciente que repercute en un resultado negativo en la atención de la urgencia. Esta situación clínica lograría ser prevenible en la medida que

[Escriba aquí]

implementen mejoras en la calidad de vida del trabajador, apoyados en los valores corporativos, dando flexibilidad en sus decisiones y autonomía, sin olvidar sus emociones y su integridad psicológica, que se alteran a causa del estrés del SMU, aspecto que debe ser manejado por parte de las instituciones, enfocándose de forma individual y grupal para promover un clima organizacional adecuado.

De igual manera, reducir los niveles de fatiga, tanto física como afectiva permite llevar a una adecuada toma de conductas para el bienestar de los pacientes y por ende prestar una mejor atención de los servicios médicos, teniendo un mejor compromiso organizacional, de este modo, mejorar la productividad de los trabajadores de las SMU y permitir la sinergia de los equipos de trabajo en las unidades funcionales, para finalmente mitigar los factores ocupacionales que afecten la calidad integral del servicio, contribuyendo a la imagen corporativa y a la satisfacción de los usuarios que acuden a los servicios médicos.

Por otra parte, los estilos de LI de los directivos o personas a cargo son definitivos en la aparición del SB, dado que pueden articular una visión inspiradora a su personal asistencial y poseen la capacidad de motivar, creando un ambiente favorable al cambio en la institución y la resolución de conflictos. Así mismo, se requiere articular el poder legítimo del jefe del SMU con los diferentes estilos de LI, considerando que el LI transaccional pasivo y el *laissez faire* tienen un efecto menor al LT que tiene un impacto decisivo en el desempeño, este último, asociado a aspectos gerenciales que dan al líder habilidades para generar un impacto positivo sobre el grupo de trabajadores, creando un vínculo laboral que fomenta el desarrollo del servicio, el crecimiento institucional, el cumplimiento de las metas y ayuda a fortalecer el compromiso de los equipo médico con la organización.

Dicho de otra manera, es necesario recalcar que a partir del ejercicio de LT se contribuye a la motivación del personal integrante del equipo de trabajo de SMU, consiguiendo resultados institucionales de excelencia por parte de los buenos líderes en los hospitales que promuevan los rasgos de personalidad, los atributos, competencias y demás condiciones del equipo médico enfocados en resultados óptimos en la salud de los empleados y desenlaces sobresalientes en la calidad de la atención de los pacientes, y además, fortalece la cultura de la institución.

Es decir, permite una disminución de los riesgos de salud ocupacional del SMU, lo cual no solo permite mitigar la aparición de los factores del SB, alineándose con los intereses de la entidad,

[Escriba aquí]

sino también da la posibilidad de crear condiciones de cambio en las organizaciones y junto al mejoramiento continuo, promover la responsabilidad social y el progreso a largo plazo de la institución; de igual modo, propiciando la confianza mediante la creación de transparencia en las relaciones entre líder y el equipo de médicos del SMU, ofreciendo educación y entrenamiento constante a los empleados, además, las reflexiones respecto al LT aportan evidencia que las estructuras de las IPS no solo necesitan líderes para motivar a los individuos, sino también es necesario considerar a los equipos de trabajo en su conjunto, de manera tal que se pueda contribuir no solo a la productividad del SMU, sino también al bienestar físico, psicológico de los trabajadores asistenciales, por lo que liderar un equipo médico requiere la interacción continua entre el jefe del servicio y el personal a cargo.

En conclusión, se reconocen en el estilo de LT importantes elementos de mitigación para el SB, de hecho el LT es indispensable para desarrollar y potenciar dentro de las instituciones un adecuado LI. Así, comprender la complicada relación entre el LI, SB y otras variables en la calidad de la prestación del servicio, constituye un reto importante que puede lograrse en las IPS, de tal manera, que se cuente con el insumo suficiente para garantizar intervenciones efectivas que favorezcan el crecimiento de los SMU y de su equipo de trabajo, por lo tanto, evaluar la relación entre seguridad de paciente y SB para futuros proyectos de investigación, sería de vital importancia para contribuir al bienestar de las distintas instituciones, con objeto de mejorar el bienestar de los pacientes, la calidad de la atención en estos servicios y la vida laboral del personal médico en nuestro país.

[Escriba aquí]

Bibliografía

1. Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés. Ser protección la salud los Trab nº 3 [Internet]. 2004;1–37. Available from: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
2. Navarra N. Trabajadores de Urgencias denuncian la _situación insostenible_ del servicio [Internet]. 2017. Available from: <http://www.noticiasdenavarra.com/2017/02/01/sociedad/navarra/la-plantilla-de-urgencias-del-chn-denuncia-la-situacion-del-servicio>
3. Américas 54 CONSEJO DIRECTIVO 67 Sesión del comite Regional de la OMS para las. Resolución CD54.R6 Plan de Acción sobre la salud de los trabajadores. Organización Mundial de la salud 2015 p. 1–3.
4. Alcalde EL, Bogotá MDE. Decreto 063 de 2016. Alcaldía de Bogotá. 2016;2016(Febrero 05):1–2.
5. RCN. Así se sienten los médicos y las enfermeras en las _urgencias_ de los hospitales - RCN Radio [Internet]. 2016. Available from: <http://www.rcnradio.com/locales/bogota/asi-se-sienten-los-medicos-las-enfermeras-las-urgencias-los-hospitales/>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 del 27 de Diciembre del 2013 [Internet]. 2013 p. 1–146. Available from: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución 5521 de 2013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución%205521%20de%202013.pdf)
7. Oficina S, Panamericana S, Regional O. Sistemas de emergencias medicos: experiencia de los Estados Unidos de America para países en desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washington; 2003.
8. Ministerio de la Protección social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS-. Calidad en salud en Colombia, Los Principios. Vol. 11, Universidad Nacional de Colombia. 2008. 1-233 p.

[Escriba aquí]

9. Luz MZC, Rumie DH, Gabriela TG, Karla VJ. Impacto en la Salud Mental de la (del) enfermera (o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc y Enferm [Internet]*. 2015;21(1):45–53. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005
10. Etiology S, Castillo SM. Síndrome de Desgaste profesional en médicos que atienden urgencias. Hospital Universitario Calixto García, 2010-2012. *Rev del Hosp Psiquiatr la habana*. 2014;(3):2010–2.
11. Gómez L. ED. Síndrome de Burnout : una revisión breve. *Cienc y Humanismo en la Salud*. 2015;2(3):116–22.
12. Contreras F. Liderazgo : perspectivas de desarrollo e investigación. *Psychol Res*. 2011;1(2):64–72.
13. Sanchez S E Rodriguez FA. 40 Años de la teoría del liderazgo situacional : una revisión. *Rev Latinoamericana Psicol*. 2010;42(1):29–39.
14. Comisión de Regulación en Salud. Comentarios a Niveles De Complejidad Y Actividades De Promoción De La Salud Y Prevención De La Enfermedad. 2009;12. Available from:
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad CRES/Acuerdo 08 de 2009 - Anexo 3 - Comentarios complejidad y promocion de la salud y prevencion enfermedad.pdf>
15. Aguirre Roldán AM, Quijano Barriga AM. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2015;4(4):198–205. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000992>
16. Tudela P, Mòdol JM. La saturaci??n en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27(2):113–20.
17. Mcfarlane AC, Bryant RA. Post-traumatic stress disorder in occupational settings : anticipating and managing the risk. 2007;404–10.
18. Albendín L, Luis J, Ca GA, Ca GR. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias . Una revisión sistemática. *Rev Latinoam Psicol*. 2016;48:137–45.

[Escriba aquí]

19. Ministerio de la Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Minsalud [Internet]. 2010;2:18. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
20. Ejecutivo C, Secretaría I De. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 2001;1–6.
21. Abrajan MG, Contreras JM, Montoya S. Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa. Enseñanza e Investig en Psicol [Internet]. 2009;14(686):105–18. Available from:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29214108>
22. Ahmadi O, Azizkhani R, Basravi M. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. Adv Biomed Res [Internet]. 2014;3:44. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3949345&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Rodríguez A, Cruz Pedreros M, Merino J. Burnout En Profesionales De Enfermería Que Trabajan En Centros Asistenciales De La Octava Región, Chile. Cienc y Enferm [Internet]. 2008;XIV(2):75–85. Available from:
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art10.pdf>
24. Bernaldo De Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria 1. Int J Clin Heal Psychol. 2006;7(2):323–35.
25. Novoa Gómez MM. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. Univ Psychol Bogotá (Colombia). 2005;4(1):63–75.
26. T FC, G LE, María PA, Javier GR. BURNOUT, LIDERAZGO Y SATISFACCIÓN LABORAL EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN BOGOTA. Diversitas. 2013;9(1):65–80.
27. Hammer A, Ommen O, Röttger J, Pfaff H. The relationship between transformational leadership and social capital in hospitals--a survey of medical directors of all German hospitals. J Public Health Manag Pract [Internet]. 2012;18(2):175–80. Available from:

[Escriba aquí]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22286287>

28. González Medécigo LE, Gallardo Díaz EG. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Rev Digit Univ.* 2012;13(8):1–15.
29. ministerio de la sanidad y politica social E. Estudio IBEAS, prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamerica. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009. 2009.
30. Converso D, Loera B, Viotti S, Martini M. Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Front Psychol.* 2015;6(MAR):1–11.
31. Ríos-Risquez MI, García-Izquierdo M. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;59:60–7.
32. Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos MA, Issa Pérez S, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2005;36(8):442–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705705369>
33. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emerg Med J* [Internet]. 2014;emermed-2014-203671. Available from: <http://emj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/emermed-2014-203671>
34. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. El estrés laboral en el medio sanitario y estrategia adaptativas de afrontamiento. *Rev Calid Asist.* 2002;17(4):237–46.
35. Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo: un reto colectivo. 2016. 62 p.
36. Duran MM. Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. 2010;1(1):71–84.
37. Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of

[Escriba aquí]

- stress in physicians: a review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2014;202(5):353–9. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005053-201405000-00001%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24727721>
38. Westphal M, Bingisser MB, Feng T, Wall M, Blakley E, Bingisser R, et al. Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;175:79–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.038>
 39. Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012;49(11):1411–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>
 40. Franza F, Del Buono G, Pellegrino F. Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatr Danub*. 2015;27:S321–7.
 41. Milosevic M, Brborovic H, Mustajbegovic J, Montgomery A. Patients and health care professionals: Partners in health care in Croatia? *Br J Health Psychol*. 2014;19(3):670–82.
 42. Ožvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Soler JK, Cerovečki V, Polašek O. Is burnout in family physicians in Croatia related to interpersonal quality of care? *Arh Hig Rada Toksikol*. 2013;64(2):69–78.
 43. Contreras Torres F, Castro Ríos GA. Liderazgo, poder y movilización organizacional. *Estud Gerenciales*. 2013;29(126):76–82.
 44. Alonso FM. Cultura y Liderazgo. Una relación multifacética. *Boletín Psicol*. 2002;(76):53–75.
 45. Bass Bernard. Dos décadas de investigación y desarrollo de liderazgo transformacional. *Rev del Cent Investig*. 2007;7:25–41.
 46. Gilmartin MJ, D’Aunno T a. Leadership Research in Healthcare. *Acad Manag Ann*. 2007;1(1):387–438.
 47. Ventura M, Salanova M, Llorens S. Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: The role of challenge and hindrance demands. *J Psychol*.

- 2015;149(3):277–302.
48. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2016;92(1):1–18. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619616306255>
 49. Swensen S, Kabcenell A, Shanafelt T, Clinic M. Physician-Organization Collaboration Reduces Physician Burnout and Promotes Engagement: The Mayo Clinic Experience. *J Healthc Manag*. 2016;61(2):105–27.
 50. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of Organizational Leadership on Physician. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(April):432–40.
 51. Baysak B, Yener Mİ. The Relationship Between Perceived Leadership Style and Perceived Stress on Hospital Employees. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2015;207:79–89. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815052921>
 52. Trógolo M, Pereyra A, Sponton C. Impacto de Diferentes Estilos de Liderazgo Sobre el Engagement y Burnout: Evidencia en una Muestra de Trabajadores Argentinos. *Cienc Trab*. 2013;15:152–7.
 53. Nassar ME, Abdou HA, Mohmoud N a. Relationship between management styles and nurses' retention at private hospitals. *Alexandria J Med* [Internet]. 2011;47(3):243–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajme.2011.06.003>
 54. Seidman W, McCauley M. Transformational Leadership in a Transactional World. *OD Pract* [Internet]. 2011;43(2):46–51. Available from: <http://www.cerebyte.com/articles/TransformLeadershipTransactWorld.pdf>
 55. Cruz-Ortiz V, Salanova M, Martínez I. Liderazgo transformacional: investigación actual y retos futuros. *Univ Empres*. 2013;15(25):13–32.
 56. Katalinic EB, Harmony M, Technology B. IMPLEMENTATION OF STRATEGIC CHANGE BY BELIEF-DRIVEN AND ACTION-DRIVEN PROCESSES. 2010;21(1).
 57. Salanova M, Llorens S. Estado Actual y Retos Futuros en el Estudio del Burnout. *Papeles*

del Psicólogo [Internet]. 2008;29(1):59–67. Available from:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1539.pdf>

58. Contreras Torres F, Barbosa Ramírez D. Del liderazgo transaccional al liderazgo transformacional: implicaciones para el cambio organizacional. *Rev Virtual Univ Católica del Norte*. 2013;2(39):152–64.
59. Cheng C, Bartram T, Karimi L, Leggat S, Cheng C. Transformational leadership and social identity as predictors of team climate , perceived quality of care , burnout and turnover intention among nurses. *Pers Rev EMERALD Gr*. 2016;45(6):1200–16.