

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“CONDUCTAS DE LIDERAZGO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA DE
MÉDICO CIRUJANO, 2021”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

M.P.S.S. MILTON VALENCIA GONZÁLEZ

DIRECTOR:

M. EN C.F. VIRGILIO EDUARDO TRUJILLO CONDES

REVISORES:

DRA. EN C. ED. MARGARITA MARINA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

PHD. GILBERTO FELIPE VÁZQUEZ DE ANDA

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2021.

**“Conductas de liderazgo en estudiantes de la licenciatura de Médico
Cirujano, 2021”**

“Leadership behaviors in undergraduate medical students, 2021”

“Conductas de liderazgo en estudiantes de la licenciatura de Médico Cirujano, 2021”

Resumen:

Antecedentes: El liderazgo es una habilidad inherente al ser humano, sin embargo debe enseñarse y desarrollarse para que se convierta en una competencia que obtenga resultados. El médico al ser el encargado de orquestar un equipo multidisciplinario se convierte en líder dentro del ámbito donde se encuentre. Es a través del ejercicio óptimo de liderazgo como competencia, que el médico puede mejorar la atención a la salud de la comunidad.

Las necesidades del mundo globalizado demandan que el médico durante su formación académica desarrolle las competencias necesarias para ejercer su práctica médica de manera óptima en el ámbito clínico, académico y de investigación. Es por ello que la investigación de las conductas y habilidades relacionadas con el liderazgo es fundamental para desarrollar estrategias que garanticen la enseñanza de estas habilidades en los médicos en formación.

Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo para identificar la frecuencia con la que los estudiantes del último semestre de la licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma del Estado de México ejercen conductas de liderazgo. Se distribuyó por medios digitales el cuestionario “Inventario de Practicas de Liderazgo Estudiantil” (Student Leadership Practices Inventory) desarrollado por Kouzes y Posner en 2012 para describir la frecuencia con la que los estudiantes desempeñan conductas de liderazgo que obtiene resultados.

Resultados: Se identificó que el dominio de liderazgo que predominó en el grupo de estudio fue “Alentar el corazón” el cual se refiere a la capacidad de un líder de recompensar los objetivos conseguidos por la organización y motivar la mejora continua. Por otro lado, se identificó que el dominio de liderazgo con el promedio más bajo fue “Desafiar el proceso” el cual hace referencia a la capacidad del líder de buscar nuevas formas de resolver una situación establecida.

Los promedios del grupo de las mujeres fueron superiores en todos los dominios con respecto de los hombres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios “Modelar el camino”, “Inspirar una visión compartida”, “Permitir que otros actúen” y “Alentar el corazón” siendo el grupo de las mujeres quienes obtuvieron los resultados más altos.

Conclusiones: Identificamos como una fortaleza que el dominio “Alentar el corazón” sea el que predomine en los estudiantes, pues concuerda con el perfil de egreso de la UAEMéx, al formar médicos capaces de fomentar la mejora continua y el reconocimiento de logros dentro de su entorno. Por el contrario, identificamos como una oportunidad describir que el dominio “Desafiar el proceso” sea el que con menos frecuencia se ejerza en los estudiantes, pues hace evidente que durante la formación universitaria se pueden mejorar habilidades de liderazgo como innovación, resolución de problemas y pensamiento lateral en los alumnos.

Por otro lado, es llamativo que se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, contrario a lo que se reporta en la literatura global, por lo que identificar la causa de este fenómeno es motivo de investigaciones a futuro. Es importante señalar que el presente estudio se llevó a cabo durante la pandemia de Covid-19 del año 2020, lo cual debe plantearnos la posibilidad de que este fenómeno haya repercutido en los resultados de esta investigación.

Palabras clave: liderazgo, competencia sistémica, habilidades blandas, liderazgo médico, profesionalización de liderazgo, estudiantes de medicina.

"Leadership behaviors in undergraduate medical students, 2021".

Abstract:

Background: Leadership is an inherent human ability, however it must be taught and developed to become a competence that obtains results. The physician orchestrates a multidisciplinary team and becomes a leader in the areas where he/she is. It is through the optimal exercise of leadership as a competency that the physician can improve the health care of the community.

The needs of the globalized world demand that the physician, during his academic training, develop the necessary competencies to exercise his medical practice in an optimal manner in the clinical, academic and research fields. For this reason, research on behaviors and skills related to leadership is essential to develop strategies that guarantee the instruction of these skills in physicians in training.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was carried out to identify the frequency with which students in the last semester of the bachelor's degree in medicine at the Autonomous University of the State of Mexico (UAEMex) exercise leadership behaviors. The questionnaire "Student Leadership Practices Inventory" developed by Kouzes and Posner in 2012 was distributed by digital means to describe the frequency with which students perform leadership behaviors that obtain results.

Results: It was identified that the leadership domain that predominated in the study group was "Encourage the heart" which refers to the ability of a leader to reward the goals achieved by the organization and motivate continuous improvement. On the other hand, we identified that the leadership domain with the lowest average was "Challenge the process" which refers to the leader's ability to seek new ways to resolve an established situation.

The averages of the women's group were higher in all domains with respect to men, statistically significant differences were found in the domains "Model the way", "Inspire a shared vision", "Enable others to act" and "Encourage the heart" with the women's group obtaining the highest results.

Conclusions: We identify as a strength that the domain "Encourage the heart" is the one that predominates in the students, because it agrees with the UAEMex graduate profile, by training physicians capable of promoting continuous improvement and recognition of achievements within their environment. On the contrary, we identify as an opportunity to describe that the domain "Challenge the process" is the one that is less frequently exercised by the students, as it makes it evident that during university education, leadership skills such as innovation, problem solving, and lateral thinking can be improved in students.

On the other hand, it is remarkable that statistically significant differences were found between men and women, contrary to what is reported in global literature, so identifying the cause of this finding is a reason for future research. It is important to note that the present study was conducted during the Covid-19 pandemic of 2020, which should raise the possibility that this phenomenon may have had an impact on the results of this research.

Key words: leadership, systemic competence, soft skills, medical leadership, leadership professionalization, medical students.

Índice

1. Marco teórico.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.1.1 Definiciones.....	1
1.1.2 Clasificación.....	3
1.2 Antecedentes históricos.....	4
1.2.1 Liderazgo a finales del siglo XX.....	5
1.2.1.1 Liderazgo transaccional.....	6
1.2.1.2 Liderazgo transformacional.....	6
1.2.2 Liderazgo en el siglo XXI.....	6
1.2.3 Enfoques teóricos.....	8
1.1.3.1 Liderazgo basado en los rasgos.....	8
1.1.3.2 Liderazgo carismático.....	8
1.1.3.3 Liderazgo motivacional.....	9
1.1.3.4 Liderazgo situacional.....	9
1.2.4 Especificaciones.....	9
1.2.4.1 El ser del liderazgo.....	9
1.2.4.2 Diferencia entre posición de liderazgo y la función de liderazgo.....	10
1.2.4.3 El dilema del liderazgo.....	10
1.2.4.4 Liderazgo como competencia.....	11
1.3 Liderazgo en Medicina.....	13
1.3.1 Liderazgo en la Medicina global.....	13
1.3.2 Liderazgo médico.....	15
1.3.3 Liderazgo en la Medicina mexicana.....	17
1.3.3.1 Perfil por competencias del Médico General Mexicano.....	17
1.3.3.2 Agenda para el cambio de la educación médica en México.....	18
1.4 Profesionalización del liderazgo.....	19
1.4.1 Proyecto Tuning: América Latina: reflexiones y perspectivas en Medicina.....	22
1.4.2 Liderazgo en la educación médica.....	24
1.4.3 Mejor evidencia en la educación médica “BEME”.....	28
1.5 Modelos educativos de liderazgo en Medicina.....	30
1.5.1 Modelo ontológico.....	32
1.5.2 Modelo por competencias del Instituto Nacional de Salud de Reino Unido.....	33
1.5.3 Modelo de la Escuela de Medicina Warren Alpert de la Universidad de Brown.....	34
1.5.4 Modelo de liderazgo en el Cuidado de la Salud del Instituto Nacional de Salud de Reino Unido.....	35
1.6 Evaluación del liderazgo en Medicina.....	37
1.6.1 Revisión sistemática de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina.....	37
1.6.2 Programa LOCUS Universidad de Wisconsin.....	39
1.6.3 Instrucciones de liderazgo en la Reanimación Cardiopulmonar.....	39

1.6.4 Herramientas para evaluar liderazgo	41
1.6.4.1 Herramienta “Cuestionario de Liderazgo Multifactorial” (MLQ)	41
1.6.4.2 Herramienta “Inventario de prácticas de liderazgo” (LPI)	42
1.6.4.3 Herramienta “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” (Student LPI) 46	
1.6.4.4 Herramienta “Escala de Liderazgo Transformacional Global” (GTLS)	50
1.6.5 Herramientas para evaluar liderazgo en la Atención de la Salud	50
1.6.5.1 Herramienta “Inventario de liderazgo del Cirujano” (SLI)	51
1.6.5.2 Herramienta “Evaluación LEADS 360”del Modelo Canadiense de líderes en Salud: Liderar en un ambiente solidario	51
2. Planteamiento del problema.....	53
3. Justificación	55
4. Pregunta de investigación	57
5. Hipótesis.....	57
5.1 Variables:.....	57
6. Objetivos.....	58
6.1 Objetivo general:	58
6.2 Objetivos específicos:	58
7. Metodología.....	59
7.1 Tipo de estudio.....	59
7.2 Diseño de estudio.....	59
7.3 Operacionalización de las variables.....	60
7.4 Universo de trabajo y muestra	62
7.4.1 Criterios de inclusión	62
7.4.2 Criterios de exclusión	62
7.4.3 Criterios de eliminación	62
7.5 Instrumento de investigación.....	63
7.6 Desarrollo del proyecto	63
7.7 Límite de tiempo y espacio.....	64
7.8 Diseño de análisis	64
8. Implicaciones éticas	65
9. Resultados.....	66
10. Discusión	79
11. Conclusiones.....	84
12. Recomendaciones.....	86
13. Bibliografía.....	87
14. Anexos.....	95

1. Marco teórico

1.1 Introducción

1.1.1 Definiciones

Existe mucha información acerca del liderazgo, sobre cómo ponerlo en práctica, como mejorarlo, cuales es la utilidad de conocerlo y desarrollarlo. Sin embargo, pocos autores se atreven a definirlo. El tratar de hacerlo es un gran reto, pues encasillar una palabra con todos los potenciales significados que tiene, requiere sagacidad. Incluso existe la opinión de tratar de definir el concepto de liderazgo como algo que resultaría innecesario. Definirlo podría resultar extenuante y podría limitar su empleo, por lo que pocos autores se han atrevido a dar este paso, manteniendo este concepto vago e indefinido algunas veces.

De acuerdo con Laub, como personas involucradas en la creación y divulgación del conocimiento, es esencial definir los conceptos que utilizamos, por lo que el liderazgo no es la excepción, a pesar de que muy seguramente no se logre un consenso universal. Para él, el liderazgo debe entenderse como una cualidad que le permite a las personas identificar problemas de un contexto específico y guiar a los involucrados para resolverlo en conjunto⁽¹⁾.

A pesar de los esfuerzos que se hacen para definir el liderazgo, algunos autores como Rost sugieren que la definición de liderazgo permanecerá siempre siendo subjetiva, reflejando “relatividad” de acuerdo con el contexto donde se aplique. De la misma forma hace hincapié en implementar críticas constructivas a las definiciones que se encuentren en la literatura, pues solo de esta manera el concepto se irá puliendo y complementando⁽²⁾. Maxwell, cuando se refiere al liderazgo siendo un concepto tan complejo afirmando “El liderazgo es la capacidad de influenciar, nada más, nada menos que eso”⁽³⁾ esta afirmación es concisa, pero sigue siendo una definición arbitraria al juicio del autor, dejando muchos cabos alrededor del concepto, consintiéndolo austero.

Una de las primeras definiciones que encontramos en la literatura moderna corresponde a Gibb, el cual se refiere al concepto como “el liderazgo se da en grupos cuyos miembros satisfacen las necesidades individuales gracias a la interacción con otros”, un aporte interesante de este autor involucra la utilización de otro concepto implícito en el liderazgo, el líder, aunque suene redundante, se entiende que el líder es aquella persona que se le atribuye la cualidad de liderazgo, siendo esta afirmación necesaria para ligar ambos conceptos⁽⁴⁾.

Para Hemphill el liderazgo “es la iniciación de actos cuyo resultado es un modelo consistente en la interacción en un grupo a la solución de un problema mutuo”. Por otro lado, Stogdill afirma que el liderazgo “no es un tema de estatus meramente pasivo o la mera posesión de una combinación de rasgos. Más bien parece ser una relación de los métodos de trabajo entre los miembros de un grupo,

en el que el líder adquiere un estatus gracias a la participación y la demostración para llevar a cabo tareas cooperativas hasta completarlas”⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Según John Kotter el liderazgo no es más que “la actividad o proceso de influenciar a la gente para que se desempeñe voluntariamente en el logro de los objetivos del grupo” entendiendo como grupo a un conjunto de personas o conjunto de organizaciones con intereses en común⁽⁷⁾.

Por otro lado, Peter Senge afirma que el liderazgo involucra cambiar el entorno. “El liderazgo implica crear un ámbito en el cual los seres humanos continuamente profundizan su comprensión de la realidad y se vuelven más capaces de participar en el acontecer mundial, por lo que en realidad el liderazgo tiene que ver es con la creación de nuevas realidades”, destaca la búsqueda de mejores condiciones de vida como consecuencia de la identificación de un problema y la resolución de este por un grupo de personas empoderados por un semejante⁽⁸⁾. Para Idalberto Chiavenato en 1993 el liderazgo es “la influencia interpersonal ejercida en una situación, dirigida a través del proceso de comunicación humana a la consecución de uno o diversos objetivos específicos”. Este autor hace énfasis en las habilidades de comunicación que se emplean para la consecución de objetivos⁽⁹⁾.

La capacidad de influenciar a los demás sin duda se entiende como una característica del liderazgo, pero no es su totalidad. Autores contemplan al liderazgo como la capacidad de relacionarse, de comunicarse efectivamente o de dirigir una visión conjunta. Laub afirma que este tipo de definiciones no servirían como base para la continua investigación acerca del tema. Por lo que remarca la necesidad de construir una definición concreta del liderazgo, la cual nos permita investigarlo y medirlo en consenso de manera ordenada⁽¹⁾.

Leadership, por su escritura en inglés, tiene su origen en la raíz “*to lead*” que se entiende como guiar, indicar el camino, mandar, conducir, es por esto por lo que el líder será quien realiza estas acciones implícitamente en un grupo de personas con un fin común. Es indispensable que en este grupo de personas se asignen roles, los cuales serán, por un lado el líder y por el otro los liderados o seguidores, los cuales son los que reconocen al líder por tener las cualidades antes mencionadas⁽¹⁰⁾.

Leaños concluye que el término liderazgo nunca tendrá una definición consensuada universalmente, pues al revisar ampliamente la literatura se da cuenta que el concepto de este cambia según el contexto al cual se aplique. Indica que cuando la mayoría de los autores hace referencia al liderazgo, este se entiende como “la influencia que ejerce el individuo sobre un grupo de personas, convirtiéndolo en un fenómeno social”⁽¹⁰⁾. Lussier y Achua, concluyen que no existe una definición universal de este término, pues se emplearán siempre diferentes connotaciones al estudiarse desde perspectivas diferentes⁽¹¹⁾.

Después de esta amplia revisión literaria, entenderemos al liderazgo con una definición dinámica, cambiante y evolutiva, adecuada al contexto que donde se utilice. Entenderemos al liderazgo como

la capacidad del individuo de identificar una problemática en común de un grupo de personas afines, el cual es capaz de persuadir a sus pares para establecer roles específicos encaminados en poder resolver el conflicto visualizado.

1.1.2 Clasificación

Un aporte notable para el estudio del liderazgo es la contribución en la obra de Páez y Yepes⁽¹²⁾ para clasificar el universo de definiciones diferentes acerca del liderazgo, los cuales pueden resumirse en las siguientes apartados:

- Liderazgo como una característica personal: donde lo esencial para su definición es entender que el liderazgo se basa en aptitudes de quien lo ejerce.
- Liderazgo como un comportamiento, el cual concluye que además de los atributos que pudiera poseer el líder, éste tiene una forma de dirigirse con los demás y sobre las situaciones que enfrenta, que lo hacen adquirir la confianza de sus seguidores, a través de la comunicación y visión que proyecta.
- Liderazgo como una habilidad, en este apartado se resalta que debe tener la capacidad de llevar a cabo lo que promueve, en un constante reto de renovación, motivación y capacidad de exponer al máximo los atributos de cada uno de sus seguidores.
- Liderazgo como una función, el líder, quien además de ocupar el lugar del dirigente, debe encontrar la manera de integrar el trabajo del equipo motivándoles e involucrándolos de tal forma que luchen por la consecución de resultados comunales.
- Liderazgo como un proceso, implica la participación de diferentes agentes, los cuales deben interrelacionarse, reconocerse y aceptarse, con una clara dirección hacia el objetivo en común.
- Liderazgo como un arte, se enfatiza en la existencia de un líder, el cual deberá homogeneizar expectativas y percepciones, así como priorizar las relaciones interpersonales, como vehículo del éxito del grupo, en un proceso dinámico, continuo e inesperado.

1.2 Antecedentes históricos

El liderazgo es inherente al ser humano, es una característica intrínseca de la especie. Es una cualidad que se refleja en las actitudes y acciones del individuo. Desde el origen de nuestra especie, esta característica ha tenido especial importancia. Sin embargo, a pesar de utilizarse ampliamente este sustantivo, su definición se ha mantenido como un acertijo persistente.

Durante la evolución, el ser humano en búsqueda de condiciones para poder sobrevivir decidió seguir a alguien que fue capaz de identificar las carencias y necesidades del grupo de personas al que pertenecía. De alguna forma pudo convencer a sus semejantes de ser él al que el grupo tenía que seguir, en búsqueda de satisfacer sus necesidades, es este el momento donde aparecería uno de los primeros líderes⁽¹³⁾.

Siguiendo en la historia después de que el liderazgo haya servido para sobrevivir, podemos identificar líderes que se encargaron de conducir sociedades con afán de convertirse en el pueblo dominante, de demostrar poder. Esta manera de liderar se mantuvo como constante en la humanidad por mucho tiempo, desde el establecimiento de las primeras civilizaciones antiguas como los Egipcios, Griegos y Romanos, siguiendo con el florecimiento del oriente con los Chinos y Bizantinos. Las culturas Americanas también son ejemplo de este tipo de liderazgo. Todos con un mismo denominador, la cualidad para ser líder era solo de pensadores o de reyes, considerándose ésta como una virtud innata⁽¹⁴⁾.

Junto con el avance de las sociedades, el liderazgo siguió desarrollándose. A la par de la aparición de descubrimientos y conquistas pasada la Edad Media entrados en el Renacimiento, el liderazgo se encuentra en un punto donde se comienza a asociar con la capacidad intelectual del que lo practica. En otras palabras, los personajes que se encargaban de firmar hitos históricos eran alagados por su capacidad de juicio y reflexión, cualidad que les permitía ejercer su liderazgo⁽¹⁵⁾.

Mientras el mundo siguió su curso, el liderazgo se afianzo en las raíces de cada evento histórico. La atención del pueblo, la mayoría de las veces estaba sentada en los hechos, pocos estudiosos se enfocaban en describir las cualidades de los protagonistas. Un gran paso para dirigir nuestra atención hacia lo subjetivo, lo dio Thomas Carlyle a finales del siglo XIX, cuando figura la historia de la humanidad como la biografía de los hombres que fueron capaces de cambiar el destino de las sociedades. Concluyendo que el cambio en las sociedades es intrínseco a ellas, siendo los líderes quienes lo dirigen⁽¹⁶⁾.

Se concibe la idea de que estos personajes tenían la capacidad de guiar a sus semejantes por ser un rasgo con el que nacían y se diferenciaban de sus seguidores⁽¹⁷⁾. En la actualidad la idea de que el liderazgo es algo con lo que se nace ha perdido fuerza, como lo afirman Kouzes y Posner en su libro "El desafío del liderazgo estudiantil", un líder no podría solo nacer, pues todas las personas que

vivimos en la sociedad evidentemente hemos nacido. Al contrario de los trabajos que afirman que un líder nace, ellos concluyen que un líder decide serlo⁽¹⁸⁾.

A partir del estudio histórico del liderazgo, autores como Culligan en 1986, ha clasificado en diferentes “edades o etapas” de liderazgo, iniciando con el “liderazgo de conquista” refiriéndose a las primeras civilizaciones y luchas de poder. Después aparece el “liderazgo comercial”, siendo ejemplo los feudos y su relación económica. Seguido del “liderazgo organizacional” cuando los movimientos sociales en búsqueda de mejores condiciones de vida toman protagonismo, por ejemplo, movimientos independentistas o revolucionarios. Aparece después el “liderazgo de innovación” cuando en la historia surge la producción en serie, siendo la Revolución industrial su auge. Finalmente el “liderazgo de la información” es el que nos envuelve en la actualidad, donde las Tecnologías de la Información y Comunicación son exponentes del liderazgo⁽¹⁹⁾.

En la sociedad moderna, el liderazgo está involucrado en todos los contextos, el liderazgo es intrínseco al hombre, en la actualidad esta cualidad fuera de ser necesaria para guiar a los pueblos es relevante para guiar al individuo en la búsqueda y cumplimiento de sus metas. Es por eso que el liderazgo ahora se entiende como una cualidad indispensable para el éxito⁽¹⁸⁾.

1.2.1 Liderazgo a finales del siglo XX

En este momento histórico de la investigación en ciencias sociales, se pretende resolver un paradigma que se ha acarreado a lo largo de los años, la dificultad para medir de manera cuantitativa aspectos que por naturaleza se entienden como cualitativos. Un ejemplo de esto es el desarrollo de una herramienta para medir la inteligencia. La inteligencia al concebirse en un principio como algo abstracto representa un problema para volverlo concreto y cuantificable.

A través del proceso mental por el cual un individuo es capaz de interpretar su mundo y resolver problemas, se entiende que la inteligencia se podría cuantificar en virtud de la capacidad de éste al ofrecer soluciones en situaciones controladas, abstrayendo lo intangible de la inteligencia a algo cuantificable, siendo el “Coeficiente Intelectual” la herramienta para esto. A partir de este planteamiento iniciado por Alfred Binet y concretado por William Stern, se abre la puerta para desarrollar herramientas que midan de manera cuantitativa conceptos cualitativos, como por ejemplo el liderazgo. En este momento surgen enfoques teóricos del liderazgo que permitirán cuantificarlo en alguna medida.

En el mundo actual, el cual está condenado al cambio permanente y constante surge un enfoque en el cual se identifica al líder como aquel que sea capaz de entender el cambio a la par, incluso más rápido que este mismo. Este líder deberá buscar ideas, generar e implantar el cambio, este liderazgo

se entiende como enfocado al desarrollo. En este contexto surge el concepto de liderazgo transaccional y transformacional, análogamente surgen dos líderes afines, el líder transaccional y el líder transformacional⁽²⁰⁾.

1.2.1.1 Liderazgo transaccional

Se dilucida un líder el cual identifica los deseos y preferencias de sus seguidores y les ayuda a alcanzarlos⁽²¹⁾. El liderazgo se basa en la existencia de intercambios entre el líder y sus seguidores a manera de transacción, lo cual identifica a los involucros en sentirse dependientes uno del otro⁽²¹⁾. Este tipo de liderazgo busca el cumplimiento de metas y objetivos en común, donde ambos conocen que se beneficiarán de la relación⁽¹⁰⁾.

1.2.1.2 Liderazgo transformacional

Se refiere al proceso que entablan líder y liderados que los cambia y transforma. Esto bajo el marco de valores, ética, estándares y metas a largo plazo. Aquí el líder se caracteriza por tener habilidad para inspirar a los subordinados a conseguir objetivos mayores de los inicialmente planeados y a obtener recompensas intrínsecas. El líder es capaz de identificar las motivaciones de sus seguidores para alcanzar mejor las metas del grupo⁽¹⁹⁾. El líder transformacional debe de valerse de su capacidad para convencer y transformar a sus liderados de seguir creciendo y mejorando en pro del beneficio del grupo. Es esencial este constante cambio y evolución de los seguidores para el éxito del liderazgo transformacional⁽¹⁰⁾.

Un avance en el área es la creación de una herramienta la cual es capaz de cuantificar el éxito del liderazgo transformacional en el nicho de una organización. Bass en 1985 propone la utilización del cuestionario "Multifactor Leadership Questionnaire" (MLQ) creado por él mismo. Adosa un valor numérico a variables superiores del líder y su influencia en su entorno. Esta herramienta plantea la existencia de estos dos últimos tipos de liderazgo, el liderazgo transformacional y liderazgo transaccional, los cuales serán la base teórica más importante para la investigación en el campo de las ciencias sociales para el inicio siglo XXI⁽²²⁾.

1.2.2 Liderazgo en el siglo XXI

Las últimas dos décadas se han convertido en una explosión de información particularmente con el tema de liderazgo. Después de abordar diferentes enfoques teóricos de liderazgo, es innegable que más allá de un acto unidireccional, el liderazgo se debería estudiar como un fenómeno activo bidireccional, con intercambio de mensajes entre el líder y sus seguidores, remarcando una indispensable retroalimentación⁽¹⁹⁾.

Existe una copiosa cantidad de información que plantea diferentes formas de poder concebir al liderazgo, sin embargo, autores al final del siglo XX, se inclinaron en defender el modelo propuesto por Bass, que, a pesar de recibir críticas, a juicio de la mayoría, es una forma ordenada de cuantificar el liderazgo y reproducir su metodología en diferentes poblaciones. El liderazgo transaccional y transformacional se posicionan como un enfoque estructurado y fundamentado que puede reproducirse y cuantificarse⁽²²⁾.

El liderazgo transaccional estará basado en el intercambio de recompensas entre el líder y los miembros del equipo. Cuando es bien aplicado consigue efectos positivos en la satisfacción y desempeño de los seguidores. Sin embargo, este enfoque no alcanza para explicar porque existen cambios extraordinarios en los seguidores sobre sus creencias, valores y actitudes a partir de esta relación, es en este momento que se remarca la importancia del estudio del liderazgo transformacional⁽²²⁾.

Uno de los avances más destacados en el área, corresponde a la creación del MLQ capaz de medir el liderazgo transformacional. El MLQ ha experimentado diferentes modificaciones, una de ellas fue propuesta en 1990 surgiendo el MLQ-5R, el cual consiste en 70 ítems, dentro de los cuales se encuentra la existencia de siete factores, cuatro de liderazgo transformacional, dos de transaccional y uno más que señala ausencia de liderazgo (*laissez-faire*), esta versión fue validada por Molero⁽²²⁾.

Posteriormente se desarrolla MLQ-5X, el cual es una versión resumida. Cuenta con 45 ítems, los cuales evalúan de la misma forma el liderazgo transformacional. Esta nueva herramienta correlaciona de manera elevada y positiva con criterios objetivos y subjetivos la eficacia organizacional y de satisfacción. De esta misma forma el MLQ-5X relaciona sus variables con el factor de liderazgo transaccional de manera positiva, pero menor⁽²²⁾.

Leithwood en 2009 coincide con Bass y Avolio, enfocando el desarrollo de liderazgo dentro de la educación y la formación de estudiantes. Apunta a desarrollar el modelo de liderazgo transformacional, si bien combinado con otros enfoques, en el ámbito académico para la formación de manera integral. Sugiere que este tipo de liderazgo logrará crear mayor compromiso en los alumnos y por ende cambios en los resultados escolares⁽¹⁰⁾.

En la actualidad se plantea que cualquier modelo que pretenda entender al liderazgo, deberá asumirlo como un comportamiento de los individuos que surge a partir de una interacción social. Como señala Gómez-Rada en 2014, "esto significa que el liderazgo, como cualquier comportamiento del ser humano, está sujeto a características invariables del sujeto, como la personalidad, su historia de aprendizaje, sus propias motivaciones, valores, actitudes, creencias, habilidades y conocimientos; que a su vez dicho comportamiento se configura dentro de un escenario social particular, dentro de un espacio geográfico distinto, en un momento histórico concreto y que, por tanto, los aspectos de

este contexto determinan su efectividad". Deberá entenderse como un proceso completamente humano, que se verá influenciado por todo lo que están hecho el líder y sus seguidores, en un proceso dinámico de retroalimentación, comunicación y acciones.

Howard Gardner en 2011 señala la importancia que puede llegar a tener el líder de acuerdo con su capacidad de entender y contar una historia, mediante habilidades de elocuencia hablando y escribiendo, para hacer que sus seguidores la valoren y compartan la emoción con la que el líder lo transmite, en un acto de persuasión. Para esto el líder deberá contar dominar la utilización de símbolos y metáforas⁽²³⁾.

1.2.3 Enfoques teóricos

En la literatura se encuentran afirmaciones que podrían desalentar el estudio de este concepto. El concepto de liderazgo probablemente se empezó a utilizar por investigadores e historiadores sociales, casi a la par que se comenzaba a acuñar. Duran en 2010 afirma que no encontraremos conceptos más ambiguos que los de "liderazgo y líder" en la literatura. Estos términos se utilizaron para complementar lagunas en el vocabulario de términos más precisos⁽¹⁰⁾.

Palomo en 2010 citando a Bennis de 1959, señala que a pesar de ser un tópico de los más señalados es sin duda de los que menos se conocen. O por lo menos de los conceptos en que menos existe consenso⁽¹⁰⁾. De la misma forma, aun en literatura actual, sigue existiendo confusión entre los términos de "directivo" y "líder"⁽²⁴⁾. No es lo mismo, dirigir que liderar. La primera se entiende en el contexto de autoridad, el segundo en marco de la persuasión y motivación⁽²⁵⁾. Es por esto por lo que mencionaremos los distintos enfoques del concepto de liderazgo que han cambiado como consecuencia al desarrollo social.

1.1.3.1 Liderazgo basado en los rasgos

En principios del siglo XX se planteó quienes eran los hombres que fueron capaces de desempeñar su liderazgo, se habló de sus cualidades las cuales los convirtieron en grandes y ejemplos a seguir. Goleman en 1998 plantea que el rasgo imprescindible en estos hombres es la inteligencia emocional, entendiendo al liderazgo como una parte de esta. Considerando al liderazgo una habilidad que se puede aprender⁽¹⁹⁾⁽²⁶⁾.

1.1.3.2 Liderazgo carismático

Esta es una teoría que estima al liderazgo como una habilidad, para influir y persuadir de manera efectiva a los liderados. Este tipo de líder se caracteriza por ser una persona con bastante confianza de sí mismo, con objetivos establecidos e integridad para cumplirlos. Además, posee capacidad para comunicarse de forma explícita, haciendo que los seguidores adquieran su visión. Se convierten en

grandes agentes de cambio⁽¹⁹⁾. Bass y Stogdill en 1990 adjuntan que este tipo de líderes tienen una influencia extraordinaria con sus seguidores, quienes se contagian de su inspiración moral y propósito. El carisma es una cualidad otorgada por los seguidores⁽¹⁰⁾.

1.1.3.3 Liderazgo motivacional

Gómez-rada afirma que en este tipo de liderazgo “se destaca la presencia de tres motivadores fundamentales: poder, logro y afiliación. Un líder motivacional es aquel que no teme en tomar riesgos, sabe que puede equivocarse, sin embargo, está dispuesto a correr el riesgo, pues sabe que el cambio es una necesidad para la mejora. Es capaz de escuchar a los demás, para entender el contexto al cual pertenece, las necesidades que lo envuelven y la forma en que los demás lo perciben. Es capaz de aprovechar el contexto para persuadir a sus pares en la búsqueda de un objetivo. Sus seguidores lo siguen, no por sentirse obligados o intimidados, sino que los hace por sentirse identificados con él, le confieren respeto y confianza⁽¹⁹⁾.”

1.1.3.4 Liderazgo situacional

De acuerdo con Hersey y Blanchard (1999) la forma en que el liderazgo sea ejecutado depende del contexto que se manifieste, significa que más allá de las habilidades que posea o carezca el líder para dirigirse, será la situación quien lo obligue a actuar de alguna manera. La premisa dice, que para cada situación se requerirá un tipo de liderazgo diferente. Adair en 1990 ya planteaba los componentes de esta teoría, el líder, los seguidores y la situación⁽¹⁰⁾.

Esta teoría señala que además del contexto donde esté pasando la relación líder y seguidores, el nivel de competencia de estos últimos determinará en gran medida la posibilidad de éxito del líder. Este último depende no solo de su capacidad de convencimiento y su forma de ejecutarlo de acuerdo con el contexto, sino que será dependiente de la formación de sus seguidores. Esta última dimensión no se le ha dado la importancia que merece, pues es un punto limitante en la ejecución de la tarea⁽¹⁹⁾.

1.2.4 Especificaciones

1.2.4.1 El ser del liderazgo

Existen ramas filosóficas que ayudan a comprender el liderazgo de manera holística. La ontología, estudia la naturaleza del ser en un líder, se plantea al liderazgo como una forma de relacionarse, actuar y coordinar acciones para alcanzar objetivos propios o en común. Por su lado, la axiología estudia al liderazgo desde sus valores, necesarios para poder desempeñar el rol de líder bajo principios universales, juicios de valor y elecciones éticas. La epistemología se refiere a lo que podemos saber acerca del liderazgo, mientras que la metodología examina las acciones del líder y sus comportamientos⁽²⁷⁾.

Los investigadores remarcan la especial importancia de la ontología. Señalan que todos *somos* antes de saber *que* somos. La conciencia hace a las personas ser personas, estar consciente e interesado en su existencia describe el fundamento de la ontología⁽²⁸⁾. La ontología explora cuestionamientos como ¿cuándo alguien se convierte en un líder?, ¿cuál es el fundamento de no ser un líder? Un acercamiento para estas respuestas expone al liderazgo como una experiencia personal, opuesto a los conceptos que tienen otras formas de estudio. Ser y hacer son diferentes pero inseparables⁽²⁸⁾.

Souba en 2011, describe los pilares fundamentales de ser un líder, basado en esta rama filosófica. Los cuales son a) conciencia, b) compromiso, c) integridad y d) autenticidad. Resalta que cualquier persona que quiera ser líder, o ser en el liderazgo deberá conocer y practicar.

1.2.4.2 Diferencia entre posición de liderazgo y la función de liderazgo

Es importante remarcar la enorme diferencia entre la *posición de liderazgo*, como lo sería un puesto y la *función de liderazgo*. El término posición de liderazgo se refiere únicamente al sitio que ocupa una persona dentro de una organización, el cual debería actuar como líder, aunque muchas veces no sea así. Muchas veces los términos, líder, dirigente, supervisor, jefe, son intercambiados indiscriminadamente, cuando existe una vasta diferencia. La principal diferencia es que, en la función de liderazgo, el líder modela con el ejemplo. El liderazgo se basa en la desafiante tarea de hacer exactamente lo que estamos diciendo, en el contexto de los términos que utilizamos⁽¹⁾.

1.2.4.3 El dilema del liderazgo

El primer problema que se plantea es el escaso consenso que existe sobre las definiciones que involucran el liderazgo. La gente por intuición piensa que conoce el significado de este término y sus derivados. Souba llama a esto la "*teoría innata del liderazgo*", la cual surge por instinto humano. Sin embargo, este entendimiento al no ser estandarizado ralentiza los procesos sociales donde el liderazgo podría fungir como punto de partida y medio de soluciones. El primer paso para resolver es proponer un lenguaje estandarizado que tenga las bases suficientes para poder utilizarse de manera global⁽²⁹⁾.

Un segundo reto es la mala percepción que la sociedad tiene hacia el concepto de liderazgo. Una mayoría entiende que no hay necesidad de estudiar de manera seria lo relacionado con el liderazgo, pues asumen que todo está entendido y que no hace falta gastar recursos en este tipo de investigaciones⁽²⁹⁾. Souba remarca la importancia de que el líder deberá crear sinergia con sus seguidores y tratar de que estos últimos se conviertan en líderes de la misma forma que él, cada uno dentro de sus funciones de la organización. Señala que la desconfianza en el líder, así como seguidores saboteadores frenaran el proceso de liderazgo. Enfatiza la importancia de que el concepto actual de liderazgo se haga en el contexto de un proceso dinámico y sistemático donde todos tengan responsabilidad para su ejecución⁽²⁹⁾.

1.2.4.4 Liderazgo como competencia

Villa y Poblete en 2007 definen una competencia como “el buen desempeño en contextos diversos y auténticos basado en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores”. Las competencias forman parte de la base de características que un profesional deberá desarrollar durante su formación académica. Las competencias, deberán estar acompañadas de valores, actitudes y conocimientos académicos para que en conjunto conformen el desarrollo integral del profesional, en aras de conformar un aprendizaje significativo⁽³⁰⁾⁽³¹⁾.

Una competencia es un factor de superación individual y grupal que permiten el desarrollo de los recursos personales. Un individuo será competente en la medida que alcance logros efectivos, los cuales tienen su origen en el perfeccionamiento de las cualidades personales individuales y sociales⁽³⁰⁾.

El liderazgo es una competencia sistémica que requiere de otras competencias para poder ser ejecutado de manera efectiva. Poblete entiende al liderazgo como “la capacidad de influir sobre los individuos y/o los grupos anticipándose al futuro y contribuyendo a su desarrollo personal y profesional”. De modo que el liderazgo se entiende como la capacidad de influencia para lograr que las personas ofrezcan lo mejor de sí, con el interés de lograr los mejores resultados esperados en un determinado contexto. De modo que describe existen tres características fundamentales que deberán ser implícitas del liderazgo.

- Capacidad de influir en individuos, grupos de individuos, en diferentes contextos. La opinión del líder, su punto de vista, le importa a los demás.
- Anticiparse al futuro, teniendo en mente siempre hacia donde se quieren dirigir los esfuerzos conjuntos. Esto requiere de capacidad de visión.
- Contribuir al desarrollo de los demás, siendo esto último lo que legitima la acción de cualquier líder, el bienestar de los demás.

Quien practica el liderazgo, debe comprender la importancia de su rol en la comunidad. Tiene la obligación de dirigir o crear algo relevante para la sociedad, incluso por encima de su ego o intereses personales. Para Villa el liderazgo puede adquirirse, desarrollarse e incrementarse. Esto significa que las teorías que orientan a un liderazgo basado en los rasgos, no son absolutas, sin embargo entiende la importancia de que estas cualidades innatas facilitan el proceso de liderazgo⁽³⁰⁾.

El entendimiento y asimilación del liderazgo requiere de recursos personales como lo son adquirir un pensamiento sistemático de los problemas, ser crítico y analítico. Requiere una visión global de las situaciones, una diligencia holística en el campo de acción. Para lo cual el líder estará obligado a seguir un modo de vida en el cual, el aprendizaje continuo sea una obligación⁽³¹⁾.

Villa y Poblete enuncian algunas competencias que son indispensables para la buena praxis del liderazgo: pensamiento sistémico, planificación, automotivación, comunicación interpersonal, toma de decisiones, trabajo en equipo, gestión por objetivos, innovación, espíritu emprendedor, orientación al logro, autorrealización, confianza y dignidad humana⁽³⁰⁾.

Hasta hace poco no existían estudios que cuantificaran al liderazgo, fuera de solo hablar de éste en sentido subjetivo. Un estudio reveló que el liderazgo estará directamente vinculado con la inteligencia emocional que el líder posee. Se analizaron a casi 4 mil ejecutivos, al frente de alguna organización. Se comprobó que existen seis tipos de liderazgo, los cuales surgen de componentes de la inteligencia emocional⁽³²⁾.

Goleman en su estudio, describe al liderazgo como una competencia. La cual está dotada de diferentes herramientas que le permitirán al líder utilizarlas de acuerdo con las necesidades del contexto. Hace una analogía entre las diferentes formas que el liderazgo puede ser ejecutado, con los diferentes “palos de golf” que un golfista utiliza dentro del juego, casi de manera intuitiva de acuerdo con las necesidades de la situación⁽³²⁾.

Identifica seis estilos de liderazgo que deberán utilizarse como abanico de herramientas. El *liderazgo coercitivo*, donde el líder exigen el cumplimiento inmediato de la indicación. El *liderazgo orientativo*, donde el líder moviliza a los seguidores tras una visión compartida. *Líderes afiliativos* los cuales entabla relaciones amenas en el ambiente de trabajo. *Líderes democráticos*, los cuales priorizan el consenso de las decisiones dentro de la organización. *Líderes ejemplares* que con el ejemplo establecen el ritmo y la calidad del trabajo. Y *los líderes formativos*, los cuales están dispuestos a enseñar a sus seguidores de la forma correcta de hacer cometido⁽³²⁾.

Los líderes que conocen su inteligencia emocional y la mejoran continuamente, son los que mejores resultados obtienen en el cumplimiento de su visión. De los estilos de liderazgo mencionados, el que obtuvo mejores resultados fue el liderazgo orientativo, frente al liderazgo coercitivo que ocupó el último lugar en resultados. Esto se entiende porque en este último, la manera de dirigir a los liderados apunta hacia las ordenes sin importar el clima del entorno, en contraste al estilo orientativo, en el cual el líder deposita la confianza de creación en sus liderados y los dirige en aras de la visión conjunta⁽³²⁾.

Souba propone el “Marco de referencia: La casa del liderazgo” como una forma de entender cómo es que el liderazgo podrá ser desarrollado como competencia. Describe que estará alineado en dos ejes. En el primero basado en las habilidades propias del líder, el segundo eje, entiende que los cimientos de un líder deberán ser la integridad, autenticidad, compromiso y la conciencia. Sobre estos cimientos el líder deberá manejarse⁽³³⁾.

1.3 Liderazgo en Medicina

1.3.1 Liderazgo en la Medicina global

La Medicina es un entorno, en el cual la toma de decisiones, el trabajo en conjunto, así como la organización de los escenarios exige el dominio de una amplia cantidad de competencias por el profesional médico. Estas se refieren a capacidades abiertas que preparan al profesional para la toma de decisiones en ambientes dinámicos y complejos. Se entienden estas competencias como las herramientas mínimas indispensables que deberá poseer y administrar cualquier involucro del gremio, las cuales serán prioritarias para su práctica médica, entendiendo el eje clínico, el eje educativo y el de investigación.

Así como en diferentes contextos se ha demostrado que el liderazgo optimiza los resultados de las organizaciones, en el marco médico no es la excepción. Souba entiende al médico como el eje de un equipo multidisciplinario. En la actualidad, la profesión médica trabaja de la mano de más profesionales de la salud, como lo son terapeutas, enfermeras, nutriólogos, etc. Teniendo al médico como responsable de orquestar y optimizar el desempeño de todos los involucrados en la atención del paciente, el liderazgo se convierte en su principal herramienta para desempeñarse en este ambiente dinámico⁽²⁸⁾.

En este entendido, Souba reflexiona sobre la amplia cantidad de información existente en torno al liderazgo, sin embargo, las teorías y conceptos que puedan hacerse sobre este no transforman inmediatamente a las personas que lo leen, ni siquiera a las que lo escriben. Esto es relevante en el área médica, pues no existe un método para hacer llegar al liderazgo a la práctica. Las teorías imparten solo una parte de lo que se requiere para transformarse en un verdadero líder, de la misma forma que los libros de medicina no enseñan completamente lo indispensable para ser un buen médico⁽³⁴⁾.

El personal de salud que desempeña, más que un cargo de líder, una expresión personal de lo que el liderazgo le ha enseñado, a través del conocimiento teórico llevado a la práctica, claramente está en ventaja sobre sus pares que no lo hacen de esta forma. La ventaja de desempeñar su labor médica en el contexto de dar lo mejor de sí, a través del liderazgo, para el beneficio del paciente, del hospital y de su propia persona, lo hace destacar en su contexto⁽³⁴⁾.

El Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (CRMCC) después de una amplia revisión de las necesidades de los profesionales de la salud, describió las competencias necesarias que deben tener los integrantes del gremio para regir su praxis médica en búsqueda de la mejora de los sistemas sanitarios. Basados en los mejores conocimientos científicos, habilidades clínicas y valores universales, para la adecuada atención de los pacientes y la obtención los mejores resultados.

El CRMCC señala las siguientes competencias que un médico deberá desempeñar de forma exquisita en pro de la salud, dentro de la que destaca ser líder, pues el médico tiene la responsabilidad, junto con el equipo multidisciplinario de salud, de establecer una visión conjunta para el mantenimiento y mejora del sistema de salud y de la atención del paciente. Será responsable de desempeñar un papel de liderazgo, no solo en el equipo de trabajo sino en sus actividades académicas, clínicas, escolares y de investigación. En el contexto local, regional, nacional y global.

El liderazgo le dará al médico la competencia de contribuir en la mejora de los equipos del cuidado de la salud, participar en la administración de los recursos del sistema sanitario, demostrar sus mejores cualidades en la práctica profesional, planificar los sistemas educativos de salud, así como las finanzas y los recursos humanos⁽³⁵⁾.

El CRMCC concluye que todo médico desempeña un papel de líder en su práctica diaria. Un médico deberá de ser un líder más que solo un jefe. El médico desempeña el papel de líder en el equipo multidisciplinario del sistema de salud la mayoría de las veces, por lo que deberá pulir esta competencia. Son estas las razones que señalan la necesidad de enseñar esta habilidad en la formación médica⁽³⁶⁾.

El médico que se desempeña como líder, sabe que no necesita estar en algún puesto para tomar ciertas responsabilidades para el funcionamiento del equipo de salud. Entiende que sus habilidades le permiten organizar y dirigir las necesidades del contexto donde se encuentre, no importa si se trata de un patólogo en su laboratorio, un intensivista en una noche de guardia o un residente al dar una clase, en todos los contextos del área médica el liderazgo es implícito al médico.

Esto se debe a la rápida evolución de los sistemas de salud, así como de las necesidades de la sociedad. El aparato sanitario se enfrenta diariamente a un constante cambio y evolución, que significan una gran cantidad de retos que deben saber enfrentarse. ¿Cómo enfrentarse de la mejor forma a estas necesidades? Es el papel del liderazgo que adquiere una importancia profunda. A través de esta habilidad, el médico deberá asumir la responsabilidad que le confiere su profesión. Así como es responsable del diagnóstico y tratamiento del paciente, es responsable del buen funcionamiento del sistema sanitario, encaminado a cumplir con las necesidades de la comunidad.

El médico es el actor que entiende la obra con mejor pericia dentro del sistema sanitario. Es por esto por lo que deberá hacer frente a esta evolución, a través del liderazgo. Esto no significa que necesita un título/cargo para desempeñar esta habilidad, al contrario. El liderazgo podrá ser practicado en cada eslabón, entendiéndose desde los estudiantes de medicina hasta los directivos del hospital o el secretario de salud⁽³⁶⁾.

El entender las necesidades del sistema de salud, evocan al liderazgo como una herramienta que podrá y deberá ser utilizada por las instituciones sanitarias para hacer frente a las necesidades del

complejo sistema sanitario en el que vivimos. Es por esta necesidad que instituciones como el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido así como el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrados de EUA han incorporado la enseñanza del liderazgo dentro de los estándares de entrenamiento y práctica médica⁽³⁷⁾.

Un ejemplo más es Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC) siendo un organismo regulador de la calidad de la enseñanza médica señala “el liderazgo en los médicos debe desarrollarse (...) deberá estar centrado en la formación del liderazgo organizacional acoplado a la nueva era del cuidado de la salud”. El comportamiento de todos los graduados de las escuelas de medicina deberán demostrar habilidades de liderazgo, mejorar el trabajo en equipo, aprender del ambiente para mejorar la atención de la salud⁽³⁸⁾. De la misma forma el Consejo para la Acreditación de la Educación Médica para Graduados (ACGME) señala que cualquier profesional de la salud deberá ser capaz de desempeñarse como líder o como miembro de un equipo de trabajo multidisciplinario en el cuidado de la salud o cualquier otro equipo profesional⁽³⁹⁾.

1.3.2 Liderazgo médico

Baumol y Bowen desde 1966, señalan que el sistema sanitario no es comparable con ninguna otra industria. Se refieren a que el desarrollo de ciencia y tecnología nunca va a sobreponerse a la importancia del trabajo intelectual de las personas. Es diferente por ejemplo a la industria automotriz, donde fácilmente puede sustituirse el trabajo de un empleado, en la medicina el personal sanitario es irremplazable, por lo tanto, indispensable.

Señalan que cerca del 80% de los costos de este sistema se gastan en recursos humanos, lo que remarca la afirmación anterior. De esta manera, no niegan la importancia del desarrollo tecnológico en la industria sanitaria, al contrario, afirman que esta es indispensable para la mejora su funcionamiento, sin embargo, esta nunca podrá sustituir la ejecución humana. De aquí la necesidad en mejorar la formación de recursos humanos, siendo el liderazgo una bala certera⁽⁴⁰⁾.

El Modelo Europeo de Calidad señala un enfoque más de la importancia del liderazgo aplicado a la práctica diaria “el comportamiento de los líderes en una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como en un entorno que permite a la organización y a las personas que la integran alcanzar la excelencia”. Siendo esta afirmación constante en el área médica⁽⁴¹⁾.

Chan identifica que la responsabilidad de llevar las riendas del sistema sanitario no viene de una autoproclamación del gremio médico, sino que surge a partir de una exigencia de la sociedad al personal sanitario, para hacerse cargo de las necesidades del sistema de salud. A partir de esta situación, el médico deberá prepararse académicamente y en la práctica para solucionar esta tarea.

El liderazgo se enfoca como una competencia indispensable para el acto médico, pues es a través de esta competencia que el profesional tendrá la capacidad de mejorar la calidad de la atención, ser más eficiente en la resolución de problemas, poder responder a las demandas del contexto y adquirir un compromiso real en su práctica médica⁽⁴²⁾.

Identifica la necesidad de incluir el liderazgo como una competencia innata del profesional médico. Es por esto por lo que propone su inclusión en los programas de educación médica continua como un punto estratégico álgido en la actualidad. Es un tópico que apenas comienza a despuntar, pasando mucho tiempo como algo que no valdría la pena implementarse. Sin embargo, la evidencia actual señala lo indispensable de esta competencia dentro de los servicios sanitarios.

El liderazgo médico se refiere como una herramienta que deberá estar siempre disponible en las carteras de los profesionales médicos. Esta herramienta les permitirá mejorar enormemente la forma en la que se rijan su praxis. Un médico que entiende el liderazgo no necesita un cargo directivo en el sistema sanitario para empezar a actuar, tan solo necesita conocer el concepto para saber que es fundamental su implementación; con el objetivo de obtener mejores resultados en su desempeño académico, profesional así como personal⁽⁴²⁾.

Se debe entender que el contexto influye en la forma que el liderazgo deberá ser orquestado. Mientras un médico de piso tendrá como prioridades la resolución de conflictos intrahospitalarios, que involucren al personal de enfermería, el personal de estudios de imagen o el de laboratorio; el médico directivo implementará sus habilidades para la obtención de recursos gubernamentales o de instituciones u otras organizaciones para el beneficio del hospital⁽⁴³⁾.

La medicina actual, exige a todos los médicos estar preparados para enfrentarse a una variedad de situaciones infinitas, donde la única constante será la necesidad de adaptación, utilizar los recursos disponibles y las herramientas personales y profesionales, para hacer frente a las necesidades del contexto de la salud. Esta necesidad es prioritaria para la adecuación del liderazgo en la formación médica, pues el aprendizaje empírico de liderazgo retrasa y sabotea los mejores resultados posibles⁽⁴⁴⁾.

Una premisa obligatoria de mencionar es que la sociedad espera del médico una guía, no solo en el cuidado de la salud, sino en el total de sus esferas biológica, social y psicológica. La sociedad le otorga esta virtud, pues asumen el papel del médico como un ente con sabiduría. Inconscientemente el médico adquiere un carácter jerárquico mayor sobre cualquiera de sus pacientes, lo que le obliga tener las capacidades de desempeñar este liderazgo de manera óptima, de acuerdo con las necesidades del contexto⁽⁴⁵⁾.

El liderazgo médico se postula como una competencia indispensable en el médico actual. A través del liderazgo podrá desarrollar otras habilidades como la comunicación efectiva y el pensamiento

crítico, las cuales son habilidades que se aprenden a través de la práctica. Entre más temprano en la formación médica se entienda la relevancia de aprender a través de la práctica guiada, los resultados y el trabajo en equipo mejorará⁽⁴⁶⁾.

1.3.3 Liderazgo en la Medicina mexicana

1.3.3.1 Perfil por competencias del Médico General Mexicano

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.C. (AMFEM A.C) con el objeto de dar a conocer a los profesionales médicos que es lo que fundamentalmente deben enseñar, a los alumnos de medicina que es lo que tienen que aprender y en la sociedad fomentar las capacidades que el Médico General mexicano es capaz de ejecutar, en 2008 se crea el Perfil por Competencias del Médico General Mexicano. Primer documento en su tipo, en el cual se describe ampliamente el abanico de herramientas que regirán la praxis médica mexicana⁽⁴⁷⁾.

Este documento permite establecer las bases teóricas, a las cuales cada institución añade las competencias específicas a sus necesidades, para enriquecer la práctica médica. Además de garantizar la adquisición de éstas por el personal en formación, se hace énfasis en que los profesionales expertos mantendrán su vigilancia y optimización. A partir de este arduo análisis se proponen siete competencias genéricas que garantizan y sistematizan las competencias de todo médico general, sin olvidar su inserción y participación en la medicina global, las cuales son:

1. Dominio de la atención médica general
2. Dominio de las bases científicas de la medicina
3. Capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades
4. Dominio ético y del profesionalismo
5. Dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo
6. Dominio de la atención comunitaria
7. Capacidad de participación en el sistema de salud

En este contexto se reconoce el papel fundamental del liderazgo en el desempeño de la profesión médica. Siendo clave para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente. El liderazgo deberá reconocerse como una competencia esencial para el funcionamiento de los grupos multidisciplinarios dentro de los cuales el médico fungirá como pieza clave. La AMFEM A.C. identifica al liderazgo situacional como prioritario, el cual permite adaptarse y responder a las demandas del entorno⁽⁴⁷⁾.

El ejercicio del liderazgo no se limitará a una sola persona dentro del grupo, sino que deberá de ser fomentado el liderazgo compartido por el propio profesional, el cual permitirá desarrollar un clima de cooperación, que permita comprender y optimizar los medios y las metas acordadas, en pro de la salud del individuo y la comunidad⁽⁴⁷⁾.

1.3.3.2 Agenda para el cambio de la educación médica en México

La AMFEM A.C. al ser el organismo mexicano más grande para regulación de la formación médica, ha diseñado un programa de carácter continuo que establece cuales deben ser las estrategias para impulsar la mejora y transformación de la educación médica en nuestro país, con metas a largo plazo. Esto es resultado de la necesidad de establecer acciones que permitan tener un seguimiento mayor a solo el periodo administrativo de la asociación. A partir de esto surge la “Agenda para el cambio de la educación médica en México” en 2016.

Esta agenda está planteada con metas para el 2030. “Postula la necesidad de mejorar la formación de los médicos, para consolidar el desarrollo de una medicina académica que articule de manera unitaria, coherente y deliberada, la investigación con la docencia y el servicio, y los organice para cumplir con su misión social, con el fin de elevar la calidad de la atención a la salud”⁽⁴⁸⁾.

Se reconoce la necesidad de la mejora continua del profesional de salud. Es necesario que posean las habilidades para identificar problemas, adquirir el mejor conocimiento disponible, realizar investigación, integrar el saber y llevarlo al contexto particular donde se desempeñen, para proponer mejoras eficaces y con la posibilidad de aplicación, que se puedan evaluar y demuestren resultados convincentes.

Es a partir de esta premisa, que identifican al liderazgo dentro de la primera estrategia para lograr estos objetivos. Resulta importante unificar las necesidades de las instituciones involucradas en la formación médica del país, con el motivo de hacer sinergia de manera multilateral para la optimización de los recursos humanos en medicina⁽⁴⁸⁾.

1.4 Profesionalización del liderazgo

Entendemos como institución educativa, aquella que se encarga de la formación profesional de estudiantes. Está encargada de captar jóvenes de la sociedad para su desarrollo académico y personal, en busca de que los egresados de su institución se dirijan personal y profesionalmente para el bien de la comunidad, contribuyendo al desarrollo y mejora de la sociedad. El liderazgo está íntimamente involucrado en el ambiente académico, por ser una herramienta útil para lograr un buen trabajo en equipo en situaciones dinámicas.

El aprendizaje dentro de las universidades debe tener una amplia gama de matices, debe involucrar el pensamiento analítico sintético, pensamiento crítico, deliberativo, creativo y práctico. El propósito fundamental de la institución de educación superior debería ser configurar la mente del estudiante para que sea ordenada. Deberá tener los valores, las bases teóricas, las actitudes y competencias necesarias para dirigir su práctica profesional⁽³⁰⁾.

La necesidad de desarrollar al estudiante como persona, con valores y principios, bajo el marco de la ética e integridad, son indispensables, incluso de mayor importancia incluso que el propio desarrollo académico⁽³⁰⁾. Existen estudios que han buscado los principales factores que determinan la mejora de las instituciones educativas. En ellos se señala al liderazgo con un papel protagónico. El liderazgo se reconoce útil para organizar buenas prácticas educativas, así como su contribución en la mejora de resultados del aprendizaje en los alumnos. El liderazgo es el papel más importante para que los estudiantes obtengan buenos resultados académicos, solo después del papel de los profesores, pues permite mantener un ambiente organizado y de calidad en la escuela que repercute en todos sus ámbitos⁽⁴⁹⁾.

Las condiciones organizativas de la escuela, así como la calidad de la enseñanza provenientes de una práctica activa del liderazgo en cada nivel de la institución, se traduce directamente en la mejora del aprendizaje de los alumnos. Aquí radica la importancia de reconocer esta cualidad como fundamental en el ámbito académico⁽⁵⁰⁾.

El papel que tiene el liderazgo en los directivos de las instituciones educativas está bien estudiado por ejemplo en trabajos de Hallinger y Heck en 1998, donde remarcan al director de la escuela como la pieza fundamental para el desarrollo de la institución. De la misma forma Marzano, Waters y McNulty en 2005 citados por Pareja en 2012 afirman al liderazgo como una herramienta que debe ser estudiada y dominada por aquellos que desempeñen un puesto dentro de estas organizaciones⁽⁵¹⁾.

Lorenzo y Cáceres en 2008 reafirman “la importancia del liderazgo como función que reside en el grupo se inserta en una cultura y dinamiza el funcionamiento de una organización, en este caso, educativa, especialmente en los cambios y transformaciones que ya se están incorporando en las

diferentes universidades europeas desde el nuevo modelo pedagógico surgido en la Declaración de Bolonia (1998)” ayudan a comprender esta habilidad en el contexto académico⁽⁵²⁾.

Sin embargo, la necesidad que tienen las instituciones académicas de seguir mejorando y adaptándose a las necesidades de la sociedad globalizada, nos obliga a seguir caminando en las investigaciones acerca del liderazgo, como una ventana de oportunidad para contribuir en esta mejora continua. Es por esto que se plantea la necesidad de difundir información acerca de las capacidades del liderazgo en los estudiantes y profesores, de manera que esta habilidad se distribuya en la institución y facilite su aplicación⁽⁵¹⁾.

La literatura nos arroja enfoques en el cual el liderazgo se practica desde la cúpula de las instituciones. Sin embargo, como Pareja en 2012 señala, una forma de hacer sinergia para la evolución real de los sistemas educativos será compartir el liderazgo desde todos los peldaños de la organización, incluidos los directivos, el profesorado y los alumnos.

Pareja hace referencia a que esta habilidad no debe ser únicamente estudiada en los directivos de las instituciones para mejorar los resultados de las universidades, sino que deberá de desarrollarse en los estudiantes, los que son causa y consecuencia de la existencia de las instituciones de educación superior. Una universidad que se preocupe por el liderazgo estudiantil estará dando un paso adelante en la calidad educativa⁽⁵¹⁾.

Cuando se evaluó en un grupo de estudiantes, si sus profesores determinaban la forma en que ellos se desempeñaban en sus actividades académicas, los resultados fueron extremadamente convincentes. Los resultados de los estudiantes bajo la guía de un profesor líder, que los motivaba, orientaba y dirigía, fue tres veces más favorable, cuando se comparaba con un profesor que no ejercía el liderazgo de manera rutinaria en sus actividades académicas. Este estudio remarca la importancia de llevar el liderazgo no solo en las cúpulas de la dirección educativa, sino también en las aulas⁽¹⁸⁾.

La importancia de desarrollar el liderazgo en los estudiantes y profesores, radica en que ésta competencia se identifica como una de las diez competencias más importantes que las instituciones y empresas generales identifican como indispensables en el desarrollo y diligencia profesional⁽³⁰⁾.

Como se ha mencionado, el liderazgo es complejo, por lo que su adecuación en los modelos educativos debe plantearse en los estudiantes más experimentados, que se encuentran en los últimos años de la carrera. Es este momento donde el estudiante se plantea verdaderamente hacia donde quiere dirigir su formación académica. *“La formación de esta competencia en el ámbito académico no solo es posible, sino necesaria e imprescindible, ya que en el mundo profesional es la capacidad de liderazgo la que marca la diferencia entre dos buenos profesionales”*⁽³⁰⁾.

Un estudio de la Universidad de Granada evaluó algunos aspectos de los estudiantes que desempeñan algún cargo estudiantil dentro de la universidad. Con la finalidad de identificar las características más destacables que estos alumnos identificaban como el motivo de porque habían sido elegidos. Los resultados mostraron que estos alumnos se percibían con “habilidad de persuasión”, “posesión de valores personales” y tener “buenas calificaciones”. Se identificaron las necesidades más importantes de la comunidad estudiantil para disponer de un representante, por ejemplo “informar al grupo”, “ser buen comunicador”, “solventar conflictos”, defender al grupo de posibles arbitrariedades”. De esta manera el estudio identifica al liderazgo como un eje indispensable en la comunidad estudiantil.

“Esta investigación concluye con un perfil en el que se recogen las razones que los representantes del alumnado, en los diferentes órganos de gobierno universitarios, consideran más comunes a la hora de determinar cierto liderazgo; son: el desarrollo de habilidades de persuasión, la movilización del alumnado, la capacidad de desenvolvimiento en distintas situaciones y diversos retos, el propio conocimiento a nivel teórico y de la experiencia sobre la institución universitaria”⁽⁵¹⁾.

El estudio Isce en Portugal acerca del liderazgo estudiantil concluye que las habilidades de persuasión, el compromiso, fidelidad, honestidad, personalidad fuerte, carisma, el saber hacer y generar iniciativas más allá de lo académico, como las atribuciones más importantes de un líder estudiantil. Remarcan el liderazgo como herramienta para mejorar el clima de las relaciones estudiantiles en pro de la optimización de los resultados académicos. De la misma forma remarcan las lagunas formativas existentes para esta habilidad⁽⁵¹⁾.

El liderazgo estudiantil se perfila como una herramienta que deberá ser estudiada e involucrada en los estudiantes. Las principales herramientas que tienen los líderes estudiantiles son las referentes a la capacidad de gestión y resolución de problemas. Existe escasa o nula formación para el ejercicio del liderazgo estudiantil, por lo cual los líderes estudiantiles en turno aprenden a desempeñar su cargo con el ensayo y el error, retrasando los resultados positivos. A pesar de esto último se identifica esta habilidad como una herramienta que da resultados⁽⁵²⁾.

Un ejemplo más de la importancia de esta competencia en las instituciones de educación superior es la propuesta por De la Orden Hoz, cuando para evaluar la calidad de una institución de educación superior propone un modelo donde desglosa diferentes variables, dentro de las que destaca “el sistema de dirección o de conducción en las líneas de acción establecidas para el logro de objetivos” a lo que identifica como liderazgo. Esta competencia propone que sea evaluada en las personas implicadas en la toma de decisiones administrativas, así como en las que estén al frente del desarrollo académico dentro del instituto⁽⁵³⁾.

Klimoski y Amos en 2012, se preguntaron cuál podría ser la mejor metodología para desarrollar o introducir conocimientos de liderazgo en las instituciones de educación superior. En concreto en los estudios de postgrado dedicados a la formación de profesionales que desempeñarán trabajos que requieren competencias y habilidades relacionadas con el liderazgo. Durante las investigaciones se percataron que la mayoría de las instituciones que se encargan de la formación de este tipo de profesionales, paradójicamente no basaban sus enseñanzas de liderazgo en la mejor evidencia existente acerca del tema. Predominaba la experiencia del profesor que dirigía el curso de liderazgo al desarrollar las clases a pesar de ser un organismo que debería estar a la vanguardia en la investigación y aplicación de las mejores técnicas para impartir estos tópicos.

Señalaron que el problema no involucraba únicamente la poca actualización de los profesores, sino que el papel de los directivos de estas instituciones era flácido. El papel de los directivos es fundamental para fabricar una visión unificada dentro de la institución de educación. La carencia de interés, así como de habilidades de liderazgo por parte de los directivos, hacían que las exigencias hacia el personal fueran débiles. Lo que repercute de manera perjudicial en la formación de este tipo de profesionales.

Es alarmante mencionar que las instituciones investigadas pertenecían a sociedades que acreditaban la calidad de sus estudios. Por lo que la creación de los programas de estudio de instituciones formadoras de líderes deberá estar fundamentada en la mejor evidencia disponible a nivel mundial acerca de las mejores metodologías, conceptos, teorías, materiales y herramientas disponibles, como un primer paso hacia el camino de la implementación del liderazgo como un curso respaldado por evidencia confiable⁽⁵⁴⁾.

1.4.1 Proyecto Tuning: América Latina: reflexiones y perspectivas en Medicina

Este proyecto surge a partir de la Declaración de Bolonia en 1999, la cual representa los esfuerzos por el bloque europeo por unificar la educación superior en el viejo continente. La cual permitió homogeneizar la formación superior promoviendo un perfil de egreso similar, adaptado a las particularidades de cada región y de cada institución de educación. Permitió la creación de “créditos académicos de referencia” los cuales se obtienen con procesos de calidad similares y permiten ser reconocidos por las instituciones de educación superior de los países que participaron en esta declaración, facilitando la movilidad estudiantil, así como garantizar la competencia de los profesionales.

El proyecto Tuning surge como una respuesta a las necesidades de la educación en un mundo cada vez más globalizado donde en el corto plazo las barreras nacionales resultarán menos importantes y la movilidad de los profesionales, así como la garantía de estar formados con calidad es el objetivo

primordial de las instituciones de educación. Por lo que Tuning América Latina promueve la discusión de que en América Latina debe convertirse en un bloque regional unificado, que garantice la formación de profesionales de acuerdo con las necesidades de la región y con las particularidades de cada localidad.

Esta propuesta surge en el marco de diferentes áreas del conocimiento como lo son el área de la administración, agronomía, arquitectura, derecho, educación, enfermería, física, geología, historia, informática, ingeniería, matemáticas, medicina, psicología y química. Cada uno con un grupo de discusión especializado en la materia, incluyendo instituciones, académicos y expertos de 18 de los 20 países que conforman el bloque Latinoamericano.

Particularmente en el área de la medicina es evidente que de frente se tienen grandes retos. Por ejemplo, la transición epidemiológica hacia enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, la inversión de la pirámide poblacional donde existirá una mayoría de personas mayores sobre los jóvenes, así como con el aumento de la esperanza de vida. El aumento del costo de la vida, la disminución de la natalidad y el aumento de la resistencia bacteriana.

Cambios de paradigmas por ejemplo sobre la Atención Primaria a la Salud, la Genética y Geriátrica, especialmente en el área preventiva se convertirán en la base fundamental para luchar por preservar la salud. En contraste con la medicina resolutiva que predomina en la actualidad. Además del crecimiento de una medicina transdisciplinar, donde el médico invariablemente tendrá el rol equilibrante entre los diferentes profesionales sanitarios que conforman este equipo de atención a la salud.

Donde la población cada vez tiene más acceso a la información y la relación médico paciente cambiará hacia una más informada o “desinformada” por la mala interpretación de la información. Donde el médico deberá dominar habilidades de comunicación para interactuar siempre desde la empatía y la ética con los pacientes. Donde posiblemente la remuneración económica en la medicina disminuya y el médico no desvíe su praxis hacia lo que quiere hacer o lo que le conviene hacer sobre lo que **debe hacer**.

Todos los retos identificados por los grupos de trabajo del proyecto Tuning fueron aplicados en los diferentes contextos de cada localidad. Gracias al esfuerzo por anticiparse al futuro y poder prepararse para él, se lograron enumerar las competencias genéricas y específicas que el Médico General de América Latina debe poseer, las cuales le permitirán hacer frente a los retos antes mencionados y garantizar la evolución de los sistemas sanitarios en beneficio de la comunidad.

Las competencias específicas emergentes en el área médica más relevantes se mencionan a continuación. a) Capacidad para anticiparse al futuro, b) Capacidad de actuar con base en la evidencia científica, c) Capacidad de comunicarse y trabajar en equipo, d) Capacidad de

pensamiento crítico, e) Capacidad para gestionar la calidad de la atención y el uso eficiente de los recursos materiales, f) Capacidad de liderazgo en la sociedad, en las comunidades y dentro del sector salud y g) Capacidad de coordinación e interacción de espacios multisectoriales.

El Proyecto Tuning América Latina comienza sentando las bases de un marco conceptual consensuado por todos los integrantes de la región Latinoamericana, en lo que se refiere a un “meta-perfil” del Médico General necesario para el futuro. El cual deberá de ser competente en conocimiento y habilidades como el liderazgo⁽⁵⁵⁾.

1.4.2 Liderazgo en la educación médica

Un punto álgido de los sistemas educativos de medicina es la nula aparición de la enseñanza y formación en liderazgo, en los programas de enseñanza institucional. La enseñanza de las habilidades que debe desarrollar un médico en liderazgo solo se adquiere por muy pocos egresados, a través de capacitación después de haberse graduado. Esto significa que muy pocos médicos que trabajan tienen conocimiento de las competencias que un médico debe poseer⁽⁵⁶⁾.

Desde una perspectiva educativa, para Baker de la Universidad de Toronto, señala que el desarrollo académico de liderazgo es prioritario. Remarca la importancia de entender que todos los médicos en su práctica médica diaria están obligados a desempeñar un papel estratégico, deben actuar como un líder, el cual guíe su práctica clínica y académica diariamente con estos principios. De esta forma optimizará sus recursos personales, así como los recursos del sistema sanitario. El liderazgo será una estrategia más para la mejora de la calidad de la atención del paciente⁽⁵⁷⁾.

Algunas instituciones comienzan a adoptar el desarrollo del liderazgo durante la formación médica como uno de los pasos críticos necesarios para hacer avanzar la educación de las profesiones médicos y de la salud. Este es uno de los cambios indispensables para mejorar la atención al paciente⁽⁴²⁾.

“El liderazgo es ubicuo en el médico. Todo médico debe saber liderar de la misma forma que sabe tratar a sus pacientes, manejar sistemas de salud y guiar a las profesiones aledañas a la medicina. Investigaciones importantes en los sistemas de educación médica han identificado al liderazgo como una fuerza para el cambio positivo e ingrediente crucial en la mejora del sistema de salud global en las próximas décadas”⁽⁵⁸⁾.

Una vez identificado la importancia del liderazgo en el nicho de la medicina, se denota la precariedad de su enseñanza en las instituciones de formación académica en medicina. Este escenario sin duda es desalentador, sin embargo, abre la oportunidad de sumar esfuerzo para que esta competencia se habrá paso dentro de las carteras de educación médica a nivel internacional.

Esta necesidad fue descrita por Frenk y colaboradores en 2010. Ellos señalan la especial importancia de desarrollar programas de educación médica donde el liderazgo esté contemplado. Afirman que es indispensable para atender las demandas y liderar los cambios necesarios para mejorar la atención del paciente. De esta manera exhortan a la comunidad médica internacional para la cooperación en el desarrollo de modelos educativos de medicina donde el liderazgo sea contemplado⁽⁵⁹⁾.

El desarrollo de programas con cooperación internacional enriquecería las bases teóricas y sus posibles aplicaciones. A partir de estas bases, los grupos de expertos de manera regional o local podrían adaptar el consenso a sus propios escenarios, optimizando los resultados de los futuros profesionales sanitarios. “La diversidad aumenta con la integración intencional de la capacitación en liderazgo en todos los sectores de la medicina, desde la educación médica de pregrado hasta la práctica clínica profesional”, “la colaboración internacional puede fomentar la educación en liderazgo, asesoría, evaluación de programas y la posibilidad de coaliciones para mejorar las teorías en la materia”⁽⁴²⁾.

Es una realidad que el liderazgo médico se desarrolla mayoritariamente en la educación de postgrado. La búsqueda de currículum en liderazgo por los médicos graduados aumenta conforme el médico tiene relación con puestos de jerarquía dentro de una institución de salud, hospital, clínica, laboratorio, centro de salud, etc. Y se da cuenta de que carece de esta herramienta. Es este el momento de adolescencia que se percata de lo necesario que es el desarrollo de esta competencia. En este momento la enseñanza de liderazgo en el ámbito médico adquiere relevancia⁽⁴²⁾.

Esta es la razón de la creciente demanda en educación de postgrado de ramas tales como “Maestría en Salud Pública”, “Maestría en Educación”, “Maestría en Gestión de Salud/ Gestión Hospitalaria”, “Maestría en administración de hospitales”, “Maestría en Ciencias de la Salud”, entre muchas otras, que médicos recién egresados buscan para complementar el desarrollo de sus habilidades académicas y profesionales. Sin embargo es incierto si son estos los lugares donde el médico debe acudir para satisfacer estas necesidades⁽⁴⁰⁾.

La “Cumbre Internacional de Toronto sobre educación en liderazgo para médicos” es un esfuerzo sobresaliente para la implementación de esta competencia en los modelos educativos de medicina. Es un esfuerzo conjunto de instituciones como la Universidad de Toronto en conjunto con el CRMCC que surge en el año 2014. Permite la discusión por expertos médicos, investigadores, profesores en medicina y liderazgo. Estableciendo los siguientes objetivos “Discutir estrategias educativas para mejorar la responsabilidad social y el liderazgo en el cuidado de la salud” así como “Identificar oportunidades para enseñar, aprender y promover la promoción y el liderazgo en la atención médica”⁽⁶⁰⁾.

Como resultado del esfuerzo de estos equipos de trabajo, expertos en la creciente literatura sobre el tema, señalan la imperativa necesidad de establecer el liderazgo dentro de las necesidades de los planes de estudios en medicina, puesto que los esfuerzos actuales no han logrado la homogenización de este objetivo⁽⁶¹⁾. Como es señalado por Bekas “la mejor manera de implementar esta competencia aun es tema de debate”, puesto que se han desarrollado varias estrategias para su implementación, sin embargo la evaluación de los resultados aun no consigue consenso⁽⁶²⁾.

Es importante señalar que la educación en liderazgo no solo debe estar enfocada en los médicos que esperan poder formar parte de la dirección de alguna organización o institución de salud. Si bien es cierto que ellos deberán estudiar al liderazgo de manera más profunda, el médico que no tenga un cargo directivo no debe ser ajeno a la materia, pues es de igual de importante el dominio de esta competencia en ellos⁽⁴⁵⁾.

Como Souba señala, la importancia de incorporar nuevas competencias en la formación de los médicos es consecuencia de las necesidades emergentes del sistema de salud y deberán ser atendidas para la mejora continua del sistema sanitario. Desde una perspectiva teórica, practica e individual, haciendo que el liderazgo en el acto se convierta en una expresión propia de los valores indispensables que el médico debe poseer y ejecutar⁽³³⁾.

Autores como Chen describen que una forma para poder incorporar el liderazgo en la educación médica es a través de llevarlo a la práctica. Las lecturas y los programas a través de conocimientos teóricos se verán débiles en comparación con los planes que involucren prácticas activas guiadas por los estudiantes para adquirir competencias relacionadas con el liderazgo⁽⁴⁶⁾.

Los estudiantes de medicina deben estar formados en liderazgo para saberse competentes en la atención del paciente, en el contexto actual y con vistas al futuro. Para ser efectiva la enseñanza de esta competencia, los expertos recomiendan incorporarlas dentro de los cursos de enseñanza ya establecidos en las instituciones de educación superior. No se requiere reformular cada uno de los cursos, solo se necesita incorporar a la currícula completa módulos que aborden tópicos encaminados a enseñar liderazgo⁽⁴⁶⁾.

Un plan de estudios que incorpore explícitamente juegos de rol, entrenamiento en equipo, intercambio de experiencias adquiridas en la comunidad, oportunidades de liderazgo en estudiantes, participación en proyectos de innovación o mejora en la calidad de la atención de salud, liderazgo guiado en planes de desarrollo, son algunas propuestas de expertos para incorporar el liderazgo como curso, dentro de los planes de estudio existentes de formación médica⁽⁶³⁾.

En el contexto nacional, los esfuerzos por la mejora continua de la formación médica señalan la importancia de establecer un modelo por competencias, donde se garantice que el egresado posea

las habilidades teóricas y prácticas mínimas indispensables para garantizar una atención primaria de calidad a la población.

Una de ellas es el liderazgo como competencia. Esta competencia es prioritaria para el desempeño óptimo del profesional de salud. “La formación de médicos equivale a generar verdaderos “guardianes de la salud”, quienes deben dominar las bases científicas de su práctica, utilizar la metodología de la investigación, poseer habilidades y capacidades clínicas y preventivas, realizar un uso coherente de la tecnología y los recursos, y desarrollar continuamente su profesionalismo y capacidad ciudadana para promover y mantener la salud individual, familiar y colectiva, asumiendo un compromiso ético”⁽⁴⁸⁾.

El estudiante de medicina debe desarrollarse en un ambiente que no lo utilice solo como una pieza más del engranaje. Debe ser formado de manera dinámica, evitando que solo se limite a la repetición de conocimiento previo, como un simple consumidor de conocimiento, para lo cual la “Agenda para el cambio de la educación en México” plantea cinco procesos fundamentales que deberán integrar al estudiante de medicina durante su formación académica:

- a) Incorporarlos a la docencia (formal e informal). Desarrollar material didáctico y promover el aprendizaje de otros estudiantes. Evitando caer en la sobreutilización de este medio para deslindarse de la responsabilidad del profesor de encaminar el aprendizaje.
- b) Participar en la investigación. Entendiendo su importancia para la generación de conocimiento, favoreciendo el aprendizaje mediante el desarrollo de proyectos de investigación asesorados por sus profesores. Con esto se potencia la producción e integración del conocimiento.
- c) Iniciar de forma temprana prácticas de carácter profesional, en medida de sus capacidades en atención y promoción a la salud.
- d) Involucrarlos en procesos de mejora de la calidad educativa, así como de la atención del paciente. Favoreciendo su participación como innovadores.
- e) Comprometerlos con la misión social de la medicina. La vida académica no debe limitarse a los muros de la escuela, sino que debe encaminarse para contribuir en el bienestar y la calidad de vida de la comunidad, resolviendo problemas individuales, sociales y ambientales.

Estos puntos en conjunto podrán optimizar los procesos formativos y el desarrollo de los estudiantes de medicina, considerándolo como una pieza útil en la vida académica, reconociéndolo como actor en la formación, investigación, práctica, innovación y generador de bienestar social. Donde las competencias tales como el liderazgo serán herramientas de primera mano para la consecución de los objetivos⁽⁴⁸⁾.

1.4.3 Mejor evidencia en la educación médica “BEME”

La colaboración “BEME” por sus siglas en inglés “Best Medical Education Evidence” es un grupo de colaboración internacional, conformado por académicos, universidades y organizaciones profesionales, que tienen como objetivo el desarrollo de la educación basada en evidencia en las profesiones de la salud incluido la medicina. Esto a través de difundir información que permita a los profesores y profesionales afines tomar decisiones con base en la mejor evidencia disponible. También, la creación de revisiones sistemáticas que presenten la mejor evidencia disponible que satisfagan las necesidades de la educación; Así como la creación de una cultura de educación siempre basada en la mejor evidencia disponible de académicos, instituciones y organizaciones internacionales⁽⁶⁴⁾.

La colaboración BEME fue impulsada gracias a la Asociación de Educación Médica en Europa, con la finalidad de que la educación médica evolucionara a la par de la práctica médica. Es bien conocido que la medicina actual es basada en la mejor evidencia científica para la toma de decisiones. Esta es la forma correcta de ejercer la medicina, dejando a un lado las pseudociencias, las creencias y las anécdotas, que sin duda entorpecen los mejores resultados posibles. De esta forma surge BEME, para evitar que este tipo de prácticas entorpezcan la creación de las mejores estrategias posibles en la formación médica.

A partir de estos esfuerzos, la organización BEME publica periódicamente “guías” que sirvan como herramientas a las instituciones de educación médica para la creación o mejoramiento de sus programas de estudios. Un punto importante de estas guías es la relevancia que ha tomado la enseñanza de liderazgo en la academia médica en los últimos años.

Iniciativas para el desarrollo docente diseñadas para promover el liderazgo en la educación médica han incrementado notablemente. Estas incluyen programas de entrenamiento formal como Morahan señala desde 1998; becas para la capacitación en liderazgo (Korschun 2007); así como seminarios, programas de mentoría (Garman 2001). De todos estos esfuerzos a nivel internacional, existen pocas revisiones sistemáticas que evalúen los posibles resultados de estas estrategias encaminadas al desarrollo de liderazgo en medicina, por lo que BEME realizó una de las más relevantes con los siguientes resultados⁽⁶⁵⁾.

El resultado del análisis fue la interpretación de 48 artículos desde 1980 a 2009, que describen 41 estudios con 35 intervenciones enfocados en el desarrollo de promover el liderazgo en los programas educativos de medicina. El más antiguo data de 1985, siendo una intervención centrada principalmente en el desarrollo de liderazgo. En estudios más recientes el objetivo fue introducir el liderazgo a la currícula dentro de un programa de estudios académicos. La mayoría de estas

intervenciones tiene lugar en EUA, una intervención en Canadá, una en Reino Unido y una más en el resto del mundo.

Cabe resaltar que el objetivo de estas intervenciones fue en una población médica heterogénea, resaltando que la mayoría de las intervenciones tuvo como objetivo la medicina familiar y la pediatría. También se remarca la importancia de este tipo de intervenciones en la población de pregrado. La duración de estas intervenciones oscila entre 3 a 4 días hasta un programa longitudinal de 6 meses. Los principales tópicos involucrados fueron competencias relacionadas con el liderazgo como la resolución y manejo de problemas, gestión de recursos humanos y trabajo en equipo.

Es importante resaltar que la mayoría de los estudios señalan los resultados beneficiosos de su población blanco. La mayoría de los estudios sugieren conscientemente en el incremento de conocimiento acerca de liderazgo, así como actitudes y habilidades que le han permitido a los participantes mejorar su actuación de liderazgo en sus áreas de trabajo. Sin embargo la revisión de BEME señala que los diseños de las intervenciones han tenido una metodología en algunos casos débil, lo que impide hacer conclusiones de mayor peso⁽⁶⁵⁾.

Resultados más relevantes fueron, la satisfacción de los participantes con el desarrollo de este tipo de programas enfocado en el desarrollo académico y profesional. Se observó un cambio de actitud de los participantes en los contextos organizacionales y roles de liderazgo. Señalan un incremento en conocimiento y habilidades en torno al liderazgo. Demostraron un cambio de actitud y comportamiento con lo relacionado al liderazgo y los cambios a nivel organizacional son menores que los resultados a nivel personal.

Sin embargo, a pesar de estas conclusiones, BEME señala la importancia de establecer herramientas de estudio más fuertes. Pues consistentemente la mayoría de los estudios presentaban a manera de evaluación auto cuestionarios, los cuales podrían aportar evidencia con sesgos. Por lo anterior, BEME recomienda desarrollar programas en torno al liderazgo a largo plazo, de tal forma que permitan un seguimiento y comparación antes de las intervenciones y después de las intervenciones, de manera que los resultados puedan ser mejor objetivables⁽⁶⁵⁾.

De la misma manera, Steinert y Geerts señalan la extrema necesidad de unificar conceptos relacionados con el liderazgo en las investigaciones mundiales, pues aún se encuentra información diferente en torno al mismo concepto. También, remarca la importancia de implementar teorías de liderazgo desde etapas tempranas de la formación médica, pues es indispensable desarrollar estas competencias en los alumnos de medicina para su mejor desempeño en el cuidado de la salud. Finalmente, remarca la necesidad de crear instrumentos de medición que permitan depurar la mayor cantidad de sesgos, para brindar conclusiones de mayor peso en la evidencia científica⁽⁶⁵⁾⁽⁶⁶⁾.

1.5 Modelos educativos de liderazgo en Medicina

Si bien poco a poco la importancia de incorporar intervenciones hacia el liderazgo médico en los estudiantes de medicina durante su formación ha crecido, una de las principales incógnitas en la actualidad es encontrar la mejor manera de llevarlo a la práctica. Como se ha mencionado, algunos autores concuerdan en implementar modificaciones a los planes de estudios del contenido teórico, algunos otros se inclinan hacia verter un contenido de carácter práctico en los planes de estudio.

La evidencia actual es poco contundente. Se han implementado intervenciones en diferentes instituciones educativas con el afán de introducir el liderazgo como un tópico común dentro de la medicina sin embargo los resultados no han sido los esperados. Esto es consecuencia de la dificultad para evaluar intervenciones que mayoritariamente son cualitativas. Los esfuerzos por implementar esta revolución deberá ser un proceso ordenado, sistematizado y consensuado a partir de la mejor evidencia disponible, por lo que autores como Till, McKimm y Swanwick en 2017 ofrecen estas recomendaciones para introducir el liderazgo médico en los planes de estudios preexistentes de las instituciones de educación.

Un punto crítico en este proceso será identificar el liderazgo médico como un concepto que se incorpore como parte fundamental de la identidad de un profesional de la salud, primordialmente de los médicos. Además de buscar formas de ayudar al estudiante a conocerse a sí mismo, además de conocer los sistemas de salud e instituciones donde se desarrollarán profesionalmente, por lo que realizan estas recomendaciones⁽⁶⁷⁾.

1. Entender la evidencia, la justificación y los resultados requeridos o deseados para el desarrollo de planes de estudio sobre liderazgo en el médico de pregrado. Es preferible empezar el desarrollo de cursos basándose en la mejor evidencia disponible, modelos de liderazgo médico como Modelo por competencias del Instituto Nacional de Salud de Reino Unido, el Modelo de liderazgo en el Cuidado de la Salud del Instituto Nacional de Salud de Reino Unido, el marco teórico realizado por el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá, así como el Colegio de Líderes en Salud de Canadá, siendo estos los que mejor evidencia aportan⁽⁶⁸⁾.
2. Replantear el liderazgo como una habilidad imprescindible en los médicos, como una parte fundamental de la identidad médica. Incorporando con diferentes matices y de manera escalonada tópicos de liderazgo dentro del programa de estudios de medicina.
3. Permitir que los estudiantes tengan actividades que los hagan conocerse a sí mismos. Que sean conscientes de sus capacidades, fortalezas y debilidades, así como dónde pueden mejorar. Premiar aptitudes como la resiliencia y la capacidad de autocrítica.

4. Facilitar el desarrollo de liderazgo a través del trabajo en equipo. Permitir actividades donde los estudiantes adquieran roles diferentes, con responsabilidades diferentes, que les permitan desarrollar habilidades mediante la interacción y retroalimentación grupal.
5. Cultivar un entendimiento global de los sistemas de salud, así como de las instituciones encargadas en brindar la atención de la salud. Si un individuo se siente ajeno a una organización, nunca se involucrará en la mejora de éstas.
6. Adoptar características de programas que hayan tenido éxito. La literatura actual recomienda la implementación de “modelos horizontales” con seguimiento y evaluaciones antes y después de las intervenciones. En contraste, las intervenciones transversales deberán utilizarse como reforzamiento de las primeras.
7. Implementar dentro del plan de estudios general bases teóricas globales acerca de liderazgo, como conceptos generales, mejora de la atención de los sistemas de salud, ética, moral y valores, estructura de los sistemas de salud, habilidades de comunicación escrita, verbal y no verbal, trabajo en equipo, etc. De manera paralela desarrollar materiales adicionales para aquellos alumnos que estén más interesados en la materia.
8. Evaluar el desarrollo de competencias de liderazgo, habilidades, conocimiento y comportamientos en los estudiantes intervenidos.
9. Adoptar los beneficios de la enseñanza por pares, donde alumnos más experimentados aprovechen la cercanía con sus pares para intervenir positivamente en el reforzamiento de los conocimientos adquiridos en el curso. A esto se le conoce como “currícula oculta de aprendizaje”.
10. Apoyar a los académicos más experimentados en el área, adoptándolos como líderes para el desarrollo de planes de estudio, así como materiales y herramientas para implementarlos en la currícula preexistente.
11. Aprovechar las tecnologías de la información y comunicación como una herramienta fundamental e imprescindible para los planes de estudio actuales.
12. Contribuir en la creación de evidencia de mejores estrategias para la implementación del liderazgo en la formación de los médicos de pregrado.

La implementación de esta competencia no significa una reestructuración radical de la forma en aprender y enseñar la medicina. Sin embargo exige el profundo entendimiento de las necesidades del mundo globalizado y la internalización del liderazgo como una herramienta para formar y preparar a los médicos del futuro⁽⁶⁷⁾.

1.5.1 Modelo ontológico

Entender al líder tan solo por sus características superficiales, hacen que se estanque la forma en la que el liderazgo puede ser aprendido. Es por esto por lo que Souba en 2011 propone una enseñanza del liderazgo desde una perspectiva ontológica. El ser del liderazgo como la base fundamental a partir de la cual se puede entender lo que realmente es ser un líder. Una vez entendido el ser del liderazgo, la forma de enseñarlo será a partir de acciones concretas que orienten al lector en acciones que puede hacer, en contraste con solo leer teorías⁽³⁴⁾.

Souba explica la ontología del liderazgo como una expresión del ser, entendiendo la mente alrededor del concepto y las manos envueltas en acciones. Plantea al liderazgo como una expresión del ser de un individuo, haciendo más fácil la posible aplicación de este. Si se entiende al liderazgo como una forma de dirigirse, de “ser”, más que tan solo conceptos y teorías, podrá llevarse a la práctica más fácilmente.

Para ejemplificarlo, Souba compara metafóricamente al liderazgo con el acto quirúrgico que un cirujano desempeña. El cirujano ha estudiado muchas técnicas quirúrgicas y teorías a través de las cuales tendrá idea de cómo hacer un procedimiento, sin embargo, no es hasta que está frente al paciente que aplica su conocimiento. No es posible llevar al pie de la letra lo que el libro dice acerca de un procedimiento, por ejemplo, al suturar la piel. Si bien el acto de suturar se podría explicar teóricamente con el ángulo que deberá usarse para hacer una sutura, estudiar la resistencia de la piel y la fuerza con la cual deberá de sostenerse la aguja, esto nunca será igual que en la teoría. Lo mismo para con el liderazgo, la verdadera forma de aprenderlo es llevarlo a la práctica, como en el acto quirúrgico⁽³⁴⁾.

En contraste, el médico interno de cirugía vive el acto quirúrgico en tercera persona, al ser principiante imagina suturar la piel del paciente únicamente como concepto de acuerdo con lo que ha leído y, no será hasta que viva en primera persona el acto quirúrgico que el aprendizaje real de la teoría se hará significativo. Es este momento en el que contrasta su experiencia con lo que el libro dice, reflexiona lo que ha leído y juzga la teoría⁽³⁴⁾.

La forma en la que una persona se hace experta en un área será al estar familiarizado, comprender, escribir, innovar, investigar, proponer nuevos términos y conocimientos y llevarlos a la práctica. Esto en el contexto de conceptos universales, que la comunidad científica acepta globalmente. En medicina, un experto en cardiología es aquella persona con las capacidades antes mencionadas, es decir que tiene el dominio del estado del arte de la cardiología. Esta será la forma en la que se harán expertos a los líderes, para lo cual propone la utilización de términos que podrán usarse como base teórica en el contexto del liderazgo de forma universal, de manera que el liderazgo sea expresado de la mejor forma personal⁽³⁴⁾.

1.5.2 Modelo por competencias del Instituto Nacional de Salud de Reino Unido

Uno de los esfuerzos más relevantes en el establecimiento de bases teóricas para el aprendizaje y enseñanza del liderazgo en medicina es el hecho por el Instituto Nacional de Salud de Reino Unido (INSRU) en conjunto con la Academia Real de Colegios de Medicina (ARCM) en 2008, con la creación del “Marco de Competencias del Liderazgo Médico” (MCLM), donde se establecen las competencias esenciales que los médicos deben desarrollar con el objetivo de participar activamente en la planificación, prestación y transformación de los servicios de salud.

El MCLM es el resultado de un exhaustivo trabajo que involucro una profunda revisión de la literatura acerca del tema, así como la comparación de diferentes modelos de liderazgo médico. El MCLM ha sido implementado a lo largo del Reino Unido con resultados favorables. Se debe mencionar que este documento ha sido mejorado año con año, estableciéndose la tercera edición en el 2010. Para autores como Allison 2014 es la base de datos más completa sobre liderazgo en la literatura actualmente.

Como Tooke en 2008 menciona “el médico juega un papel de principal en el equipo de los servicios sanitarios, es esencial que tenga habilidades de gestión y liderazgo independientemente de su especialidad. El papel del liderazgo en medicina es cada vez más evidente” demuestra la importancia de la existencia de documentos de esta índole que funjan como guía para las instituciones de salud así como las instituciones de educación en salud, para la implementación de temas de liderazgo en sus programas educativos⁽³⁷⁾.

El liderazgo es parte fundamental del trabajo del médico, independientemente de su especialidad o su área de trabajo. Está establecido como un requisito obligatorio en el Consejo Médico General. Tienen la responsabilidad de contribuir en el mejoramiento de los sistemas sanitarios en beneficio de la atención médica, por lo que el aprendizaje y desarrollo del liderazgo como competencia es fundamental durante su formación académica, así como durante su práctica profesional.

El liderazgo dentro del MCLM se debe entender como un liderazgo compartido, no como un puesto jerárquico. Se debe practicar el liderazgo médico independientemente del rol que se adquiriera en el equipo de trabajo. Se debe mantener un sentido de responsabilidad compartida durante toda la atención de salud. Los actos de liderazgo deben venir de cualquier integrante del equipo, con el objetivo de acercar al grupo entero en el cumplimiento del objetivo grupal, sobre los objetivos individuales⁽³⁷⁾.

Es esencial mencionar que el desarrollo del MCLM se desarrolló con la intención de ser una herramienta de apoyo para el diseño de programas curriculares de enseñanza y entrenamiento en medicina. De la misma forma, facilitar el reconocimiento de fortalezas individuales a partir de la

autoevaluación, así como de retroalimentación de compañeros. Finalmente servir como una herramienta de desarrollo profesional y personal a largo plazo.

Esta herramienta se puede aplicar tanto en estudiantes de medicina, como de profesionales sanitarios graduados. A manera de resumen se pueden identificar cinco pilares a través de los cuales se sustenta practicar los servicios de salud. Cada pilar consta de varias competencias que facilitan la construcción de un pilar. Mientras más sólidas sean estas competencias, más sólido será el pilar. Mientras mejor estructurados estén los pilares, mejor va a ser el desempeño del profesional en la atención de la salud.

Enumeramos los cinco a continuación: a) demostrando cualidades personales, b) trabajar con los demás, c) gestión de servicios, d) mejorar los servicios y e) Configurar la dirección⁽³⁷⁾.

1.5.3 Modelo de la Escuela de Medicina Warren Alpert de la Universidad de Brown

Los programas para desarrollar el liderazgo en medicina cada día se hacen más frecuentes, remarcando la atención que diferentes instituciones de salud ha puesto en la mesa. Un claro ejemplo de ello es la incorporación del curso "*Liderazgo en el cuidado de la salud*" a la currícula del programa de estudios de Atención Primaria a la Salud, a lo largo de 4 años de estudio. Este tópico fue desarrollado e incorporado en el 2015 por la Escuela de Medicina Warren Alpert, de la Universidad de Brown, institución que forma médicos desde 1811, con reapertura en 1972.

El curso "*Liderazgo en el cuidado de la salud*" tiene como objetivo involucrar a los estudiantes en el desarrollo de liderazgo desde etapas tempranas de su formación médica. Para este motivo el curso se basa fundamentalmente en tres teorías de liderazgo. El liderazgo transformacional, donde el líder motiva a los liderados a poner sobre sus propios intereses metas en beneficio de los demás. El liderazgo situacional donde el contexto es el principal factor que determina que herramientas el líder deberá emplear en esa determinada situación. Finalmente el liderazgo de servicio, donde el líder influencia a sus seguidores en servir en beneficio de la comunidad⁽⁶⁹⁾.

Para poder definir los objetivos de este curso, se utilizaron diferentes estudios que determinarían el conocimiento, las habilidades y actitudes más importantes que se necesitan para ser un médico exitoso. En este contexto Taylor encontró que en su estudio las cualidades más importantes serían la inteligencia emocional y construir una visión conjunta en vísperas de lograr las metas del grupo. De este modo el curso comprende la inteligencia emocional, habilidades de comunicación y trabajo en equipo como las competencias más relevantes para adquirirse a través de éste⁽⁶⁹⁾.

Múltiples modelos para el aprendizaje del liderazgo se centran tan solo en la enseñanza de conceptos teóricos del tema. Algunos otros están centrados únicamente en la aplicación práctica de

esta competencia, por ejemplo, en los cursos de residencias médicas, los cuales tienen a los participantes en constante aprendizaje de un liderazgo aplicado, sin embargo, carecen de enseñanza teórica del tema. Un punto remarcable de este modelo es la aplicación de ambas técnicas para el desarrollo de esta habilidad, es decir, el conjunto de enseñanza teórica junto con un proyecto práctico aplicado. Lo que espera tener buenos resultados⁽⁶⁹⁾. Con objetivos similares al Programa Académico de Medicina de la Universidad de Virginia el cual ha demostrado buenos resultados⁽⁷⁰⁾.

1.5.4 Modelo de liderazgo en el Cuidado de la Salud del Instituto Nacional de Salud de Reino Unido

Este es un modelo diseñado por el Instituto Nacional de Salud de Reino Unido dirigido para aquellos integrantes de las ciencias de la salud (médicos, enfermeros, nutriólogos, odontólogos) con el objetivo de mejorar sus habilidades de liderazgo en sus áreas de trabajo. Aplicable en cualquier escenario dentro del sistema sanitario⁽⁷¹⁾.

Este modelo explica que el comportamiento de cualquier profesional sanitario impacta directa o indirectamente en el resultado final de la atención a la salud de los pacientes. Por lo que este comportamiento afecta directamente la percepción de los pacientes hacia el propio personal sanitario, así como hacia la institución de salud. Explica como un trabajador sanitario comprometido e integral, con habilidades de liderazgo aumenta la calidad de la atención de salud, de modo que los procesos y atenciones mejoran, lo que aumenta de manera directa la satisfacción de los pacientes así como el éxito de las instituciones de salud demostrando servicios de alta calidad⁽⁷¹⁾.

La estructura de este modelo está basada en nueve dimensiones que integrarán el liderazgo dentro del sistema sanitario. Cada dimensión, deberá ser clasificada por cada profesional de acuerdo con el grado de desarrollo que posee. Esta escala va de “ser competente” a “tener lo esencial”, de “ser adecuado para” a “ser ejemplar para”. Estos adjetivos cambiarán de acuerdo con el rol y habilidades que posea el involucrado en la institución de salud.

Este modelo señala la importancia de las habilidades personales del profesional sanitario como son la conciencia de sí mismo, confianza de sí mismo, autocontrol, autoconocimiento, reflexión personal, resiliencia y determinación, como fundamentales para enmarcar como nos comportamos. Sin la conciencia de las habilidades antes mencionadas, señalan que sería muy difícil incluso imposible comportarse de la manera que las investigaciones señalan que los líderes lo hacen. De modo que trabajar en estas habilidades mejorará la actuación en cada uno de los roles dentro de la institución de salud.

A partir de estas habilidades personales, el modelo incorpora nueve dimensiones o competencias las cuales el personal sanitario deberá reconocer, ejecutar y mejorar para el mejoramiento del

sistema sanitario. Estas nueve competencias denotan las habilidades más importantes que el liderazgo en el cuidado de la salud debe poseer.

La relevancia de crear este modelo radica en que puede ser incorporado por cualquier integrante a cualquier nivel dentro de la institución de salud. Con la posibilidad de evaluar la utilidad de éste, teniendo la posibilidad siempre de modificarlo en orden del desarrollo y la mejora continua de los sistemas sanitarios. Planea mantenerse vigente hasta el 2023 cuando el Instituto Nacional de Salud lo evalúe y reforme según convenga⁽⁷¹⁾.

1.6 Evaluación del liderazgo en Medicina

1.6.1 Revisión sistemática de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina

Siguiendo las necesidades y evolución del sistema sanitario en el globo, ha surgido un auge por mejorar las habilidades de liderazgo de los profesionales de la salud, especialmente de los médicos. Los médicos serán la pieza clave para el buen funcionamiento de los sistemas de salud, enfocados en brindar atención de calidad a los pacientes. Un primer paso hacia el entendimiento de cuáles son las mejores prácticas para enseñar y entrenar en liderazgo a los estudiantes de medicina es la revisión sistemática orquestada por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina⁽⁷²⁾.

El Instituto de Medicina de EUA demanda el desarrollo de líderes en salud, con las habilidades necesarias para manejar la organización de los sistemas sanitarios, así como de mejorarlos con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población. Esta tarea reposa en los institutos educativos de entrenamiento médico⁽⁷³⁾.

De la misma forma diferentes estudios demuestran la necesidad que los estudiantes de medicina sienten acerca de mejorar sus habilidades de liderazgo. Esta habilidad involucra competencias como el trabajo en equipo, habilidades de comunicación y resolución de conflictos. Por lo que las instituciones deberán apostar por el mejor desarrollo de los futuros médicos para que sean capaces de dirigir los sistemas sanitarios de acuerdo con las demandas del mundo globalizado⁽⁶³⁾.

El objetivo principal de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina es entender como incorporar de la mejor manera y con los mejores resultados el entrenamiento en liderazgo en una formación médica preestablecida. Con la finalidad de formular programas que sean capaces de integrarse en los sistemas educativos existentes y que tengan la capacidad de mejorar la formación académica y personal de los alumnos de medicina y su desempeño como trabajadores de la salud⁽⁷²⁾.

La revisión sistemática más grande realizada en la materia por esta asociación es la encabezada por Seashore-Louis en 2014, la cual reunió 485 artículos de la materia. Aplicaron diversos criterios de inclusión y exclusión de literatura desde 1980 hasta 2014. De forma que se pudiera aportar la mejor evidencia posible. Por ejemplo, los artículos que no incluían una intervención activa en los alumnos quedaron excluidos, de la misma forma que los artículos que no evaluaban sus resultados. Después de varios filtros, quedó una muestra de 20 artículos que cumplieron con los criterios designados para su estudio.

De estos 20 artículos se identificaron programas que tienen como objetivo alumnos de los primeros años de la carrera enumerados como preclínicos, así como alumnos de los últimos años de la carrera identificados como clínicos. Los cuales fueron categorizados con la escala de Kirkpatrick del 1 al 5, donde el 1 aporta cambios en las actitudes de los intervenidos y el 5 aporta resultados tangibles y la

mejor evidencia. De la misma forma, se empleó el MCLM del Instituto Nacional de Salud de Reino Unido como base teórica para la clasificación de las intervenciones, pues este modelo de competencias es el más serio y completo en la materia de liderazgo médico⁽⁷²⁾.

Los resultados concretos de esta revisión sistemática fueron que la mayoría de los planes de estudio de liderazgo en medicina tienen lugar en EUA con el 71%. El 50% de los planes de estudio tienen lugar en el salón de clases. El 71% de los planes de estudio tienen un carácter longitudinal que va desde un semestre hasta cuatro años de duración. Sin embargo, los planes que identifican una intervención transversal identifican un cambio de actitud en los intervenidos a largo plazo. Un ejemplo de ello es el demostrado por un artículo donde una lectura de 10 minutos acompañada por una sesión acerca de teorías de liderazgo impacto positivamente en los alumnos evaluados 4 meses después de la intervención.

Después del exhaustivo análisis la evidencia demostró que la mayoría de los planes de estudio no pudieron demostrar cambios en el comportamiento de los estudiantes o resultados que pudieran ser cuantificables. Esto no fue sorprendente, pues la evaluación de las habilidades de liderazgo se mantiene como un reto latente en la investigación educativa. Sin embargo, esto significa una oportunidad en el desarrollo de herramientas que permitan la evaluación del desarrollo de planes de estudio en liderazgo⁽⁷²⁾.

El Instituto de Medicina de EUA recomienda que la educación en liderazgo médico deberá estar fundamentada en habilidades como la comunicación, el trabajo en equipo, el desarrollo de grupos, centrado en la calidad de la atención del paciente y la mejora continua de la calidad de los servicios de salud⁽⁷⁴⁾. Remarca la importancia de desarrollar programas de estudio en liderazgo basado en competencias como el MCLM del Instituto Nacional de Salud del Reino Unido⁽⁷²⁾.

Esta revisión sistemática demostró que es posible obtener resultados en la mejora de la atención del paciente a través del desarrollo del liderazgo de los estudiantes de medicina. El desarrollar planes de estudio en medicina que incluyan al liderazgo como competencia en el desarrollo de cursos a partir de modelos avalados como el MCLM, es una oportunidad tangible para mejorar la calidad de los sistemas de salud. Es imperativo que las escuelas de medicina incluyan el entrenamiento en liderazgo en los planes de estudio con el objetivo de satisfacer las necesidades de un nuevo ambiente globalizado de los sistemas sanitarios⁽⁷²⁾.

Como se ha mencionado, algunos estudios que han evaluado las intervenciones del liderazgo en medicina han demostrado tener efectos beneficiosos en la calidad de la atención del paciente. Por ejemplo, estudios que han obtenido una calificación de 4 en la escala de Kirkpatrick por los autores Carufel-Wert en 2007 y Hunziker en 2010. Estos estudios son los que aportan mejor evidencia hasta

ahora sobre el beneficio de las intervenciones hacia el liderazgo en los estudiantes de medicina, por lo que los detallaremos a continuación.

1.6.2 Programa LOCUS Universidad de Wisconsin

LOCUS por sus siglas en inglés “Oportunidades de liderazgo en las comunidades, los marginados y poblaciones especiales” es un programa y actividad extracurricular de la Facultad de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Wisconsin. En el cual los estudiantes interesados, desarrollan habilidades de liderazgo e incrementan su capacidad para realizar actividades de Salud Pública, mientras permanecen en la escuela de medicina.

El programa consiste en un plan de estudios desarrollado a partir de seminarios, talleres y retiros, donde los estudiantes junto con un mentor asignado, con experiencia en la realización de campañas y actividades de salud pública en la comunidad, tienen la oportunidad de aprender habilidades de liderazgo, así como reforzar la empatía y buena praxis, mediante la práctica en la comunidad y la teoría impartida en el programa de estudios.

Para Coulehan y William la educación médica impartida en la actualidad está enfocada en la resolución de problemas de salud, únicamente enseñando a los estudiantes a establecer un diagnóstico y tratamiento, haciendo que pierdan valores imprescindibles en la práctica médica, como la empatía, compasión y altruismo. Es por esto por lo que la Universidad de Wisconsin en 1998 desarrolla LOCUS, con el objetivo de sembrar en las nuevas generaciones de médicos estos valores que se están olvidando a costa de la objetividad, el interés personal y el desapego ético en la atención del paciente.

Mediante entrevistas y cuestionarios se evaluó en los estudiantes que participaron en LOCUS el impacto que tuvo su participación en su desarrollo académico y profesional al graduarse de la escuela de Medicina. Los resultados indicaron que los intervenidos identifican el programa como una actividad que vale la pena y que los ayudó a no perder el lado humano de la medicina durante su práctica médica. De la misma forma el programa les permitió mantener el interés por el desarrollo de servicio comunitario así como adquirir nuevas habilidades relacionadas con el liderazgo, que les han ayudado en su desarrollo profesional⁽⁷⁵⁾.

1.6.3 Instrucciones de liderazgo en la Reanimación Cardiopulmonar

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una intervención angular en la atención del paciente en paro cardiorrespiratorio. Por cada minuto que se retrase el inicio de estas maniobras de resucitación la posibilidad de supervivencia disminuye entre 7 a 10%. El RCP es una actividad de trabajo en

equipo, que solo se puede conseguir si las personas que integran el equipo trabajan de manera coordinada⁽⁷⁶⁾.

El liderazgo puede influir de manera positiva en la actuación de los miembros del equipo, por el contrario un equipo con nulo conocimiento acerca de liderazgo puede repercutir de manera negativa en la actuación de éste, con el consiguiente fracaso de la reanimación cardiopulmonar⁽⁷⁷⁾. Programas de reanimación neonatal han demostrado que mejorar el comportamiento del equipo consigue mejores resultados en la atención del recién nacido, con disminución de la morbimortalidad perinatal⁽⁷⁸⁾.

Por lo anterior un equipo de investigadores del Hospital Universitario Basel en Suiza realizaron un estudio donde evaluaron la calidad del RCP realizada por estudiantes de medicina de cuarto año en un simulador de alta confiabilidad. Las intervenciones de los estudiantes fueron grabadas y evaluadas por instructores que desconocían la metodología del estudio. Se monitorizaron variables como tiempo hasta el inicio de las compresiones torácicas a partir del paro cardiorrespiratorio, compresiones ininterrumpidas, profundidad y velocidad adecuada de las compresiones torácicas y desfibrilación temprana.

Los estudiantes fueron divididos en dos grupos de manera aleatoria para recibir capacitación antes de enfrentarse al simulador. El primer grupo recibió instrucciones sobre la importancia del liderazgo durante el RCP. Por el otro lado, el segundo grupo fue instruido únicamente en las características técnicas para brindar el RCP. Las instrucciones que recibió este segundo grupo relacionado con la técnica del RCP fueron las comunes dentro de un entrenamiento de RCP básico.

El estudio fue controlado y aleatorizado. Los evaluadores de la actuación de los grupos desconocían el tipo de instrucciones que había recibido cada participante. Los resultados con relevancia estadísticamente significativa ($p < 0.5$) fueron, el tiempo de compresiones ininterrumpidas fue significativamente mayor en el grupo con instrucciones sobre liderazgo (135seg). El tiempo de inicio hasta el inicio de las compresiones torácicas a partir del paro cardiorrespiratorio fue significativamente menor en el grupo con instrucciones sobre liderazgo. El grupo con instrucciones sobre liderazgo inició una ventilación adecuada antes que el grupo con instrucciones técnicas. El grupo con instrucciones sobre liderazgo demostró mejores actitudes de liderazgo, designar mejor los roles de los participantes, instrucciones más precisas y claras, y mejor delegación de las responsabilidades. Por el contrario, el grupo instruido con indicaciones técnicas proporcionó compresiones torácicas de mejor calidad comparado con el grupo que recibió instrucciones sobre liderazgo.

Este estudio proporciona evidencia de que las instrucciones de liderazgo tienen un papel primordial en la forma de actuación de un equipo. Demuestra que el liderazgo puede mejorar la calidad de la

atención del paciente. Si bien fue demostrado en un escenario controlado, es el estudio más efectivo para evitar poner en riesgo vidas humanas en un escenario real. De la misma forma, las instrucciones que hicieron énfasis en la técnica correcta para brindar RCP demostraron diferencia significativa en proporcionales compresiones de mejor calidad.

Estas intervenciones no son excluyentes una de la otra. Demuestran la sinergia que puede tener el conocimiento teórico y técnico de conocimientos médicos con el conocimiento de habilidades relacionadas con el liderazgo al momento de ejecutar una actuación de equipo, la delegación de tareas, la comunicación clara y precisa, así como asunción de roles y responsabilidades⁽⁷⁹⁾.

1.6.4 Herramientas para evaluar liderazgo

Una revisión sistemática de la literatura encontró 2,075 artículos con posibles herramientas desarrolladas para la evaluación del liderazgo. Sin embargo, después de una rigurosa revisión concluyeron que solo 38 estudios demostraban calidad suficiente para demostrar evidencia científica. De estos 38 estudios se identificaron 19 instrumentos diferentes para la evaluación de liderazgo⁽⁸⁰⁾.

De estas 19 herramientas los más utilizados fueron “Multifactor Leadership Questionnaire” (Cuestionario Multifactorial de Liderazgo) utilizado en once estudios, “Leadership Practices Inventory” (Inventario de prácticas de liderazgo) utilizado en seis estudios, “Authentic Leadership Questionnaire” (Cuestionario de liderazgo auténtico) utilizado en cinco estudios y “Global Transformational Leadership Scale” (Escala de Liderazgo Transformacional Global) mencionado en tres estudios. Los autores mencionan las herramientas “Servant Leadership Questionnaire” (Cuestionario de Liderazgo de servicio) y “Servant Leadership Survey” (Encuesta de liderazgo de servicio) como herramientas destacadas a pesar de haber sido utilizadas solo en un estudio cada una⁽⁸⁰⁾.

A partir de estas herramientas encontradas, Carrara en 2018 remarca la importancia que tiene el liderazgo, pues el interés de la comunidad internacional de desarrollar herramientas con la capacidad de cuantificarlo denota una ventana de oportunidad importante para el desarrollo de capital humano, siendo el liderazgo pieza clave de este desarrollo. Por lo cual describimos las herramientas más importantes encontradas en la literatura para evaluar el liderazgo⁽⁸¹⁾.

1.6.4.1 Herramienta “Cuestionario de Liderazgo Multifactorial” (MLQ)

El “Cuestionario de Liderazgo Multifactorial” en inglés “Multifactor Leadership Questionnaire” (MLQ) es una herramienta que evalúa el Liderazgo transformacional y transaccional desarrollado por Avolio y Bass en 1999. Su forma original consta de 63 ítems, el cual sufrió una actualización surgiendo así

el MLQ5X o MLQ en su versión corta por Bass y Avolio en 2004, el cual consta de 45 ítems. Este cuestionario es una autoevaluación que completa el entrevistado asignando un puntaje del 1 al 5 en la escala de “Nunca” a “frecuentemente”⁽⁸¹⁾.

Es la herramienta para evaluar el liderazgo más utilizada en la literatura, algunos ejemplos de su utilización a nivel mundial incluyen los trabajos en EUA aplicado al contexto de residentes de cirugía⁽⁸²⁾, aplicado en el contexto de profesionales de la salud mental⁽⁸³⁾, en directores de hospitales de varias regiones de este país⁽⁸⁴⁾, en Finlandia a personal de enfermería⁽⁸⁵⁾, en Canadá en trabajadores del sistema de salud de Quebec⁽⁸⁶⁾, en Colombia en personal sanitario de este país, en Brasil en profesionales de organizaciones públicas⁽⁸⁷⁾, en China en jefes de enfermería⁽⁸⁸⁾, en Irán en personal paramédico⁽⁸⁹⁾, en Irán en profesionales de la salud y Chile en personal sanitario de este país.

Existe una versión adaptada al español por Carolina Vega y Gloria Zavala en 2004 de la Universidad de Chile, el cual cuenta con 82 ítems, los cuales el entrevistado les asigna una calificación de 0 a 4 puntos de “nunca” a “frecuentemente, sino siempre”. A partir de este cuestionario se evalúa el liderazgo transformacional, transaccional y correctivo/pasivo evitador del intervenido⁽⁹⁰⁾.

1.6.4.2 Herramienta “Inventario de prácticas de liderazgo” (LPI)

El “Inventario de prácticas de liderazgo” en inglés “Leadership Practices Inventory” (LPI), es una herramienta desarrollada por Kouzes y Posner en 2003, a través de estudios cuantitativos y cualitativos practicados en más de 350,000 gerentes y directores de diferentes organizaciones. Kouzes y Posner desarrollaron este instrumento basados en el modelo propuesto por ellos denominado “Las cinco prácticas del liderazgo ejemplar” (The Five Practices of Exemplary Leadership)⁽⁹¹⁾.

Cada una de estas cinco prácticas son evaluadas con 6 ítems, cada ítem se le asigna una calificación del 1 al 5 de acuerdo con la escala de Likert, donde 1 es “casi nunca” y 5 es “casi siempre”. Se obtienen puntuaciones entre 5 a 30 puntos para cada ítem. A partir de estos parámetros se determina que con forme los puntajes sean más altos se tendrá mejores habilidades de liderazgo⁽⁹¹⁾⁽⁹²⁾.

Es la segunda herramienta para evaluar el liderazgo más utilizada en la literatura, algunos ejemplos de su utilización a nivel mundial incluyen los trabajos de los autores Martín *et al* en 2012⁽⁹³⁾ utilizada para evaluar un programa de liderazgo en el área de la salud en Suiza. De esta forma Foli en 2014⁽⁹⁴⁾ utiliza esta herramienta para evaluar el liderazgo en estudiantes de enfermería antes y después de sus prácticas profesionales. También destaca el trabajo de Apekey *et al* en 2011⁽⁹⁵⁾ quienes utilizaron esta herramienta para la evaluación del liderazgo durante la práctica clínica de personal sanitario en Inglaterra.

Las cinco prácticas del liderazgo ejemplar

Es un modelo que surge a partir de un proyecto de investigación el año de 1983. Mas de tres décadas después es un modelo que continúa proveyendo resultados positivos a individuos, organizaciones e instituciones basados en evidencia cuantitativa. Transmite las prácticas y comportamientos que un individuo debe seguir aprender y mejorar su liderazgo dentro de cualquier contexto, académico, profesional o laboral⁽⁹⁶⁾.

Este modelo está sustentado en la evidencia que surge a partir de las siguientes premisas: el liderazgo es preocupación de todos, el liderazgo es aprendido, el liderazgo es una relación interpersonal, el desarrollo del liderazgo es desarrollo personal, el liderazgo es un proceso continuo, el liderazgo requiere práctica, el liderazgo es una aspiración y una elección, el liderazgo hace la diferencia. Inició a manera de entrevistas donde se recopilaban las acciones que los líderes ejecutaban que les habían permitido conseguir buenos resultados. Se fueron agrupando el tipo de acciones y su relación con el momento en el que la organización estaba viviendo. Los autores plantean el resultado de estas acciones como la expresión del mejor liderazgo con marca personal.

El modelo describe cinco prácticas/habilidades que un individuo, inicialmente en un rol de liderazgo, debe ser capaz de moldear de acuerdo con su contexto para mejorar las decisiones que tome al momento de resolver las problemáticas que se presenten en su organización. Estas prácticas son consecutivas y no excluyentes las cuales le permiten al líder mejorar su toma de decisiones, así como los resultados buscados para su organización, las cuales son:

Modelar el camino: Clarificar sus propios valores, así como los de la organización, poniendo el ejemplo. Los líderes deben detallar y afirmar los valores que se compartirán dentro de la organización, facilitando esta integración en los seguidores ejecutándolo en día con día en las diferentes situaciones que se presenten.

Para esto el líder debe conocerse a sí mismo, encontrar su propia personalidad y manera de ser, sustentado en los valores que lo han formado. Debe aprender a decir las cosas con sus propias palabras, después de entenderlo de otros, esto con el objetivo de contagiarlo a sus seguidores y lograr un desarrollo en conjunto. Debe ser capaz de darle a sus seguidores motivos por los cuales preocuparse para mejorar y seguir desarrollándose. Fomentar la unidad y el trabajo en equipo, sin forzarlo.

El líder deberá acercar a sus seguidores en compartir los valores que lo conforman, o reflexionar acerca de estos para mejorar, siendo una manera de hacerlo al compartir anécdotas que evoquen enseñanza. Los problemas deben afrontarse no evitarse ni confrontarse, siempre hay que buscar soluciones.

Inspirar una visión compartida: Visualizar el futuro y preparar a otros. Los líderes deben de imaginar un futuro lleno de posibilidades emocionantes, nobles y alentadoras, siempre buscando el bien de la organización, así como el de los integrantes. Las decisiones que lleven al cumplimiento del objetivo serán ejecutadas en el marco de los valores fundados que buscan el bien común. El líder debe de involucrar a sus seguidores dentro de una visión común apelando a compartir aspiraciones de crecimiento y desarrollo.

El líder debe de imaginar las posibilidades de mejora y desarrollo, debe darse cuenta de su pasado, de las decisiones que han funcionado y de las que han fracasado para evitar cometer los mismos errores y mejorar en la próxima ejecución. Debe de atender las necesidades del presente, en cada peldaño de la organización, para que en el futuro estas adolescencias maduren. Debe de buscar las soluciones siempre con pasión, no solo por conveniencia, pues la pasión ayuda a seguir día a día en búsqueda del cumplimiento del objetivo inicial.

Debe acoplarse, especialmente en los tiempos de cambio rápido o cambios inesperados, que le permitan mejorar su toma de decisiones en ambientes hostiles. El líder debe de apelar a seguir una visión común, con ideas en común, conectar con lo que es significativo con los demás, al mismo tiempo que enorgullecerse de ser únicos. Buscar la manera de alinear los sueños personales de cada integrante y el personal con el objetivo común de la organización.

El líder debe animar a sus cercanos en formar parte del proyecto de la organización si es que se adapta a sus valores, a través de lenguaje simbólico, como el uso de metáforas y comparaciones que permitan hacerles imaginar el futuro si se unen o aportan a la causa de la organización. Debe practicar la comunicación activa, permitiendo que sus seguidores se expresen y manifiesten sus sentimientos, genuinamente.

Desafiar el proceso: Buscar nuevas oportunidades, experimentar y tomar riesgos. Los líderes deben de ir en busca de oportunidades que los demás no se atrevan a buscar. Deben de tomar la iniciativa, mirar hacia afuera y buscar formas innovadoras de mejorar. Los líderes deben de experimentar, asumiendo los riesgos de estas decisiones, buscando siempre la manera que los resultados de estos experimentos siempre se conviertan en pequeñas ganancias que se utilicen como experiencia siempre para mejorar y tener mejores herramientas que al inicio.

Deben tomar la iniciativa para que las ideas se conviertan en acciones y se lleven a cabo. De la misma forma debe promover que sus seguidores también puedan tener iniciativas y propongan ideas con objetivos en común. Las propuestas deben tener un propósito que se integre con la entidad de la organización.

Los líderes deben buscar fuera de su propia experiencia, buscando en personas, organizaciones, nuevas ideas de desarrollo. Deben evitar pensar siempre con los mismos elementos, mirando “afuera

de la caja” en búsqueda de nuevas ideas de mejora para conseguir pequeñas victorias podría empezar descomponiendo el problema en partes más pequeñas, analizar cada elemento y buscar la forma de optimizar el funcionamiento.

Debe construir resiliencia psicológica, para evitar que los problemas frenen el avance de los proyectos. Esto se consigue analizando los resultados de las acciones tomadas y siempre tratar de aprender de esa experiencia sea buena o mala. El líder debe de ser un aprendiz activo, debe crear un ambiente que fomente el aprendizaje continuo. Debe desarrollar resiliencia.

Permitir que otros actúen: Fomentar la colaboración y hacer fuertes a sus seguidores. Los líderes fomentan la colaboración de sus seguidores construyendo relaciones interpersonales de confianza y retroalimentación, facilitando el intercambio de ideas y opiniones. Los líderes desarrollan a los demás mejorando la autodeterminación y competencias.

Deben crear un clima de confianza y sinceridad con sus seguidores. Deben dar el primer paso, mostrando confianza primero hacia sus liderados. El líder debe mostrarse interesado en los demás, puede preocuparse por sus seguidores y en su actuar, sin limitarlos al tomar decisiones que estén en las manos de sus seguidores. Para favorecer que las decisiones de los demás estén encaminadas al beneficio de la organización debe compartir su conocimiento, así como información que facilite y mejore la toma de decisiones.

El líder para construir relaciones con sus seguidores debe compartir responsabilidades y roles en búsqueda de las metas. Debe apoyar los estándares de reciprocidad. Debe estructurar proyectos de manera que se fomente el esfuerzo en conjunto. Así como fomentar las interacciones cara a cara, lo que permite intercambiar ideas e inquietudes de manera directa evitando los malentendidos y las suposiciones.

Debe fomentar la responsabilidad compartida en la organización. Debe convertirse en un desarrollador de confianza y competencias en sus seguidores, mediante el intercambio de información, proporcionando retroalimentación, crítica constructiva, desarrollando trabajo que de manera escalonada los integrantes asuman cada vez más responsabilidad dentro de la organización. Esto permite mejorar la confianza de los liderados, lo que busca la mejora de su desempeño global.

Alentar el corazón: Reconocer contribuciones, celebrar los valores y las victorias. Los líderes reconocen los resultados de los integrantes de la organización mostrando aprecio a las prácticas de excelencia individuales y colectivas. Celebran las victorias y resultados de la comunidad fomentando la victoria como resultado de toda la organización.

El líder busca y espera lo mejor, debe mostrar confianza en las decisiones de sus seguidores, debe creer en sus liderados, pues es él mismo quien los ha preparado para la toma correcta de decisiones.

Debe ser claro con las metas y objetivos que buscan, evitando ambigüedades de comunicación, evitando falsas expectativas. El líder debe proporcionar retroalimentación de manera continua a sus liderados, ajustando los sesgos en el camino correcto para la organización y el cumplimiento de las metas.

Reconoce a sus seguidores, para esto debe mantenerse cerca de ellos. Debe ser creativo sobre los incentivos que propone y no debe olvidar decir gracias a los actos de ayuda que contribuyen a la acercarse a las metas. El líder debe crear un ambiente de pertenencia dentro de la organización, puede hacer reconocimientos de los integrantes en público que fomenten el espíritu de pertenencia y reconocimiento. Debe proveer apoyo social. Puede invertir en diversión, en forma de eventos, actividades, equipo de entretenimiento, de forma que los integrantes de la organización se sientan cómodos y mejores su desempeño en el cumplimiento de sus responsabilidades.

El líder se muestra interesado en el funcionamiento de cada engrane de la organización, muestra su compromiso con cada una de las partes. Puede establecer algunas celebraciones o reconocimientos como parte de la agenda anual de la organización, lo que promueve la mejora continua de los liderados⁽¹⁸⁾.

Este modelo como se mencionó busca el desarrollo de las habilidades de liderazgo de cualquier individuo interesado en ello. Mediante ejemplos de casos reales, explica la forma en la que un líder ejecuta cada una de las cinco habilidades comentadas. La práctica de estos comportamientos ha demostrado la mejora y la consecución de resultados por los individuos que siguen este modelo, documentado por Kouzes y Posner⁽⁹⁶⁾.

Para el desarrollo de estas cinco habilidades, los autores desarrollaron un libro de trabajo titulado “El desafío del liderazgo estudiantil – Libro de trabajo y diario personal de liderazgo”, que le permite al lector ir documentando y mejorando cada uno de los cinco apartados contenidos en el modelo. Esto se logra mediante ejercicios escritos de forma individual, así como en equipo, idealmente llevados a la práctica dentro de una organización que busca el desarrollo de algún motor social. Algunas otras actividades que se encuentran dentro del libro de trabajo son el desarrollo de proyectos con beneficio social, la creación de material de trabajo como tablas comparativas, listados, mapas conceptuales, lectura de artículos y la visualización de películas⁽⁹⁷⁾.

1.6.4.3 Herramienta “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” (Student LPI)

De manera análoga al “Inventario de prácticas de liderazgo” (LPI), Kouzes y Posner crean la herramienta “Student LPI” para evaluar el liderazgo adaptado al contexto de los estudiantes. Remarcan la importancia del liderazgo como motor de cambio en cualquier peldaño de la sociedad. A través del modelo de “Las cinco prácticas de liderazgo ejemplar” los autores demuestran el impacto positivo que tiene el liderazgo dentro de las comunidades estudiantiles.

Un estudiante que asume el papel de líder dentro de una organización estudiantil, o simplemente dentro de su colegio, asume el papel de ser un agente de cambio con la capacidad de resolver problemas y mejorar procesos a pesar de que se pensaría como un individuo con “limitaciones”. Un estudiante que practica el modelo de las “Las cinco prácticas de liderazgo ejemplar” descrito en el libro “El desafío de liderazgo estudiantil” es capaz de extraer la mejor versión de sus liderazgos en beneficio de la consecución de las metas de la organización⁽⁹⁶⁾.

A partir de este modelo surge la herramienta Student LPI que evalúa seis comportamientos de cada una de las cinco prácticas de liderazgo ejemplar, para sumar un total de treinta ítems. Esta herramienta fue desarrollada para ayudar a los jóvenes estudiantes a medir sus comportamientos de liderazgo y tomar acción para mejorar eficacia como un líder estudiantil.

La evaluación se hace a partir del cuestionario “Student LPI Self Assessment” (Inventario de prácticas de liderazgo estudiantil Autoevaluación), el cual es completado por el propio estudiante y el “Student LPI Observer” (Inventario de prácticas de liderazgo estudiantil Observador) el cual es completado por una persona cercana al estudiante en cuestión.

El “Student LPI Self Assessment” consta de 30 declaraciones. Estas declaraciones forman 5 grupos de 6 declaraciones cada uno, los cuales corresponden a cada práctica del modelo 1) modelar el camino 2) inspirar una visión compartida 3) desafiar el proceso 4) permitir que otros actúen 5) alentar el corazón. Cada declaración es respondida de acuerdo con la escala de Likert donde 1 corresponde a “casi nunca” y 5 corresponde “casi siempre”. De esta manera se obtiene para cada práctica del modelo un puntaje mínimo de 6 y un máximo de 30 puntos. Se necesitan en promedio de 10 a 15 minutos para responder cada cuestionario.

El Student LPI está disponible para responder únicamente la Autoevaluación o la Evaluación 360 la cual es respondida por el estudiante y por un observador. El cuestionario está disponible en formato impreso o en formato en línea para obtener los resultados a distancia. Está diseñado para los estudiantes de bachillerado, universidad, clubes, organizaciones como fraternidades, servicio social, equipos de deportes, entre otros, no importando si los integrantes se asumen como líderes o no.

Esta herramienta fue desarrollada a partir de la triangulación de investigaciones y estudios con métodos cualitativos y cuantitativos basados en el modelo de las cinco prácticas de liderazgo ejemplar. Las prácticas que comprenden el modelo fueron traducidas a declaraciones de comportamiento, las cuales fueron evaluadas por diferentes herramientas psicométricas en diferentes escenarios para garantizar su fidelidad. Este cuestionario ha sido evaluado por diferentes instrumentos psicológicos para su aprobación como herramienta el cual se ha convertido como la herramienta más utilizada para cuantificar el liderazgo en estudiantes. La base de datos normativa es actualizada anualmente para garantizar que el instrumento es de confianza y se mantiene válido.

La fiabilidad y validez del instrumento ha sido comprobada por estudios internos propios de los desarrolladores, así como por investigadores ajenos al mismo. Los resultados han sido consistentes, ganando evidencia y nuevos usuarios a lo largo del mundo. Se han desarrollado programas que pretenden desarrollar el liderazgo estudiantil basados en el modelo de las cinco prácticas de liderazgo estudiantil, publicados en la “Revista de Desarrollo de Estudiantes Universitarios” los cuales han encontrado resultados que demuestran que este modelo es eficiente⁽⁹⁶⁾.

Las 30 declaraciones son numeradas del 1 al 30. Para las prácticas que corresponden a “Modelar el camino” se encuentran las declaraciones 1, 6, 11, 16, 21 y 26. Las prácticas que corresponden a “Inspirar una visión compartida” se encuentran las declaraciones 2, 7, 12, 17, 22 y 27. Las prácticas que corresponden a “Desafiar el proceso” se encuentran las declaraciones 3, 8, 13, 18, 23 y 28. Las prácticas que corresponden a “Permitir que otros actúen” se encuentran las declaraciones 4, 9, 14, 19, 24 y 29. Las prácticas que corresponden a “Alentar el corazón” se encuentran las declaraciones 5, 10, 15, 20, 25 y 30.

El cuestionario “Student LPI” proporciona retroalimentación a los usuarios sobre la frecuencia con la que ellos desempeñan comportamientos y acciones sobre liderazgo ejemplar basados en el modelo de “Las cinco prácticas de liderazgo ejemplar” con más de treinta años de estudios e investigación que respaldan los comportamientos que los líderes desempeñan cuando lideran de manera efectiva y hacen la diferencia⁽⁹⁶⁾.

Es importante señalar que los resultados no juzgan al estudiante como un buen o mal líder, sino que demuestran con qué frecuencia ejecuta comportamientos y prácticas que le permiten desempeñarse y desarrollarse como un líder. Los resultados le permiten al evaluado identificar las prácticas que necesita mejorar para conseguir mejores resultados dentro de sus acciones como líder, así como las prácticas que está desempeñando de buena manera. Este cuestionario se debe utilizar como una herramienta que le permite al evaluado identificar zonas con oportunidad de mejora, en lugar que solo como un examen de liderazgo.

Para procesar los resultados del Student LPI se utiliza el software “SLPI Software” el cual basado en la “La base de datos de las cinco prácticas de liderazgo”. Esta base de datos ha recopilado los resultados de más de 100,000 estudiantes de escuelas preparatorias y universidades a lo largo del mundo. Para cada una de las cinco prácticas de liderazgo ejemplar se han distribuido los resultados en una gráfica de distribución normal, con la cual se han delimitado tres segmentos.

El primer segmento se encuentra dentro del percentil 0 al 30. El segundo segmento dentro del percentil 31 al 70. El tercer segmento dentro del percentil 71 al 100. Los horizontes, percentil 30 y percentil 70, dividen la gráfica de distribución normal de acuerdo con el orden de frecuencia con que los estudiantes evaluados con el cuestionario “Student LPI” responden su desempeño dentro de las

cinco prácticas de liderazgo ejemplar, en el marco de la en la base de datos antes mencionada. Para lo cual se designó del percentil 0 al 30 como un desempeño “bajo”, el percentil 31 al 70 con un desempeño “moderado” y del percentil 71 al 100 como un desempeño “alto”⁽⁹⁶⁾.

El software “SLPI software” grafica los resultados del estudiante evaluado, así como de su observador dentro de la distribución normal de la base de datos, arrojando el lugar que ocupa el estudiante evaluado dentro de la distribución normal. Con lo otorga el percentil y el segmento ya sea “alto”, “moderado” o “bajo”, donde se encuentra el estudiante evaluado. Con lo que permite identificar los comportamientos y prácticas que el estudiante necesita mejorar para obtener mejores resultados⁽⁹⁶⁾.

Las declaraciones que conforman el “Student LPI Self Assessment” (Inventario de prácticas de liderazgo estudiantil Autoevaluación) son las siguientes:

Declaraciones

Modelar el camino	<p>1 doy un ejemplo personal de lo que espero de otras personas. 6 dedico tiempo a asegurarme de que las personas se comporten de manera coherente con los principios y estándares que acordamos. 11 cumplo con las promesas y compromisos que hago. 16 busco entender cómo mis acciones afectan el desempeño de otras personas. 21 me aseguro de que la gente apoye los valores que hemos acordado. 26 hablo sobre mis valores y los principios que guían mis acciones.</p>
Inspira una visión compartida	<p>2 miro hacia adelante y comunico lo que creo que nos afectará en el futuro. 7 describo a los demás en nuestra organización lo que deberíamos ser capaces de lograr. 12 hablo con los demás sobre una visión de cómo las cosas podrían ser aún mejores en el futuro 17 hablo con los demás sobre cómo se pueden satisfacer sus propios intereses trabajando en conjunto hacia un objetivo común. 22 soy optimista y positivo cuando hablo de lo que podemos lograr. 27 hablo con pasión sobre el propósito superior y el significado de lo que estamos haciendo.</p>
Desafiar el proceso	<p>3 busco formas de desarrollar y mejorar mis habilidades y destrezas. 8 busco formas en que otros puedan probar nuevas ideas y métodos. 13 busco formas innovadoras de mejorar lo que estamos haciendo. 18 cuando las cosas no salen como esperábamos, pregunto ¿Qué podemos aprender de esta experiencia? 23 me aseguro de que los grandes proyectos que emprendemos se dividan en partes más pequeñas y factibles. 28 tomo la iniciativa de experimentar en cómo se pueden hacer las cosas.</p>
Permitir que otros actúen	<p>4 fomento las relaciones cooperativas en lugar de competitivas entre las personas con las que trabajo. 9 escucho activamente los diversos puntos de vista. 14 trato a los demás con dignidad y respeto. 19 apoyo las decisiones que otras personas toman por su cuenta. 24 doy a los demás mucha libertad y elección para decidir cómo hacer su trabajo.</p>

Alentar el corazón

29 brindo oportunidades para que otros asuman responsabilidades de liderazgo.

5 elogio a la gente por un trabajo bien hecho.

10 animo a los demás mientras trabajan en actividades y programas.

15 expreso mi agradecimiento por las contribuciones que hacen los demás.

20 me aseguro de reconocer públicamente a las personas que muestran compromiso con los valores compartidos.

25 encuentro la manera de celebrar los logros.

30 Me aseguro de que las personas sean reconocidas creativamente por sus contribuciones⁽⁹⁶⁾.

1.6.4.4 Herramienta “Escala de Liderazgo Transformacional Global” (GTLS)

La “Escala de Liderazgo Transformacional Global” en inglés “Global Transformational Leadership Scale”, es una herramienta en forma de cuestionario que fue desarrollada por Sally A. Carless y Alexander L. Wearing en el verano del año 2000. Fue aplicado a 1440 gerentes y directivos de organizaciones y validado a partir del “Cuestionario Multifactorial de Liderazgo” (Bass y Avolio) y del “Inventario de prácticas de liderazgo” (Kouzes y Posner) para evaluar las prácticas que un líder ejerce sobre liderazgo transformacional. Después de diferentes estudios se determinó que es una herramienta de alta confiabilidad⁽⁹⁸⁾.

Consiste en la evaluación de siete ítems, los cuales el entrevistado les asigna un puntaje de acuerdo con la escala de Likert de 5 puntos. Donde los rangos van desde “nunca” a “muy frecuente, pero no siempre”. Para cada cuestionario se tendrá como resultado un rango de 7 a 35 puntos. Donde entre mayor sea el puntaje mayor será el grado de liderazgo transformacional que ejecute el intervenido⁽⁹⁹⁾.

1.6.5 Herramientas para evaluar liderazgo en la Atención de la Salud

Existe evidencia que demuestra que desarrollar el liderazgo como competencia en los profesionales de la salud mejora la calidad de la atención al paciente, así como el funcionamiento de los equipos multidisciplinarios del área de la salud. Evaluar este tipo de habilidades sigue siendo un reto para la investigación médica, sin embargo se han desarrollado herramientas que permiten la evaluación del liderazgo en el área de la salud⁽¹⁰⁰⁾.

El Liderazgo transformacional es amplio, visionario y carismático. Este tipo de liderazgo predomina en el sector de la salud. El líder inspira a su equipo de trabajo a trabajar en búsqueda del cumplimiento de la meta del equipo de la salud, así como el líder es capaz de identificar y promover el potencial de sus seguidores, por lo cual herramientas encaminadas a evaluarlo son igualmente utilizables en el área de la salud⁽⁸⁰⁾. Dentro de ellas que encontramos el “Multifactor Leadership Questionnaire” (Cuestionario Multifactorial de Liderazgo) ya comentado, “Global Transformational

Leadership Scale” (Escala de Liderazgo Transformacional Global) también comentado. Así como herramientas como “Servant Leadership Questionnaire” (Cuestionario de Liderazgo de servicio) y “Servant Leadership Survey” (Encuesta de liderazgo de servicio) las cuales no han sido ampliamente utilizadas.

Una herramienta que merece especial mención es el “Inventario de liderazgo del cirujano”, el cual se desarrolló específicamente para el área de la salud.

1.6.5.1 Herramienta “Inventario de liderazgo del Cirujano” (SLI)

En inglés “Surgeon’s Leadership Inventory” (SLI) por sus siglas en inglés, es un cuestionario que se encarga de evaluar los rasgos de liderazgo reconocidos por la literatura que el cirujano dentro del quirófano. El cirujano está encargado, por ejemplo, de mantener los estándares de calidad, administrar los recursos disponibles, tomar decisiones, dirigir, capacitar, apoyar a otros comunicarse y hacer frente a la presión, para lo cual se desarrolló y validó esta herramienta⁽¹⁰⁰⁾.

1.6.5.2 Herramienta “Evaluación LEADS 360” del Modelo Canadiense de líderes en Salud: Liderar en un ambiente solidario

Los líderes dentro del área de la salud necesitan anticiparse a los problemas y a los cambios para manejar y desarrollar a sus seguidores de una mejor forma, así como para el crecimiento del área de la salud, en un mundo con muchas necesidades y presupuestos apretados. Un liderazgo fuerte e inteligente es necesario para mejorar el comportamiento del sistema de salud. Invertir en el desarrollo de líderes en salud es invertir en el futuro del sistema sanitario⁽⁶⁸⁾.

Surge la necesidad de crear un modelo académico que pueda ser utilizado en la formación de líderes dentro del sistema sanitario canadiense. Cikaliuk y colaboradores en 2010 desarrollan un modelo para el desarrollo de líderes en salud. Este modelo se enfoca en el desarrollo de competencias que juntas forjen de manera holística una persona capaz de mejorar su entorno, así como a sus seguidores y por consecuencia la atención en salud. Este modelo en la actualidad ha sido adoptado por una amplia cantidad de organizaciones líderes en salud de Canadá.

Lleva por nombre “LEADS framework”, el cual a partir del 2019 ha sido adoptado por las autoridades sanitarias canadienses, hogares de cuidados de salud y la mayoría de las organizaciones nacionales de salud de Canadá. El marco de referencia “LEADS framework” es soportado por el Colegio Canadiense de Líderes en Salud, la Red Canadiense de liderazgo en Salud, así como por el Cofundador de la Cooperativa LEADS el Dr. Graham Dickson, los cuales se encuentran trabajando para que el total de las organizaciones de salud de Canadá lo implementen dentro de sus planes de desarrollo⁽⁶⁸⁾.

El marco de referencia LEADS framework surge del acrónimo en inglés L por *“Lead Self”* en español *“Auto liderarse”*, E por *“Engage others”* en español *“Involucrar a otros”*, A por *“Achieve results”* en español *“Alcanzar resultados”*, D por *“Develop coalitions”* en español *“Desarrollar Coaliciones”*, y S por *“Systems transformation”* en español *“Transformación de Sistemas”*. El modelo LEADS queda dividido en cinco dominios diferentes, cada cual conformado por cuatro capacidades centrales que son medibles y observables.

La validez de LEADS se consigue por la fidelidad de identificar y atender las necesidades del mundo real. LEADS ha proveído líderes en salud las herramientas necesarias para mejorar sus habilidades dentro de su desempeño como líderes en el sector salud. Es por esto que LEADS ha sido aprobado por el Colegio Canadiense de Líderes en Salud para servir como marco de capacidades de liderazgo que sus miembros deben aprender y acreditar para obtener la credencial de Ejecutivo de Salud Certificado del Colegio⁽⁶⁸⁾. El marco de capacidades LEADS está dividido en cinco dominios los cuales están compuestos cada uno por cuatro capacidades centrales: a) autoliderarse, b) involucrar a otros, c) alcanzar resultados, d) desarrollar coaliciones y e) transformación de sistemas⁽⁶⁸⁾.

Cada capacidad que conforma cada dominio puede ser medido y evaluado gracias al desarrollo de la herramienta *“Evaluación LEADS 360”* la cual se encarga de objetivar el cumplimiento de estas capacidades y entender los puntos débiles y fuertes del rendimiento del líder evaluado. Esta herramienta es importante por ser desarrollada para la evaluación de liderazgo de líderes del área de la salud, las cuales son escasas en la actualidad.

Es un proceso de retroalimentación principalmente con fines de desarrollo. Se basa en investigaciones actuales fidedignas. Ayuda a mejorar la consecución de los objetivos de los líderes en salud, su continuidad desarrollo y liderazgo⁽⁶⁸⁾.

El encontrar esta cantidad de herramientas en la literatura científica demuestra la importancia de cuantificar el liderazgo de los profesionales en el contexto de la atención a la salud. De estas herramientas destaca que el estilo de liderazgo que predomina en las investigaciones es el Liderazgo transformacional, el cual tiene una relevancia primordial en el contexto de la atención médica, evaluado en más de la mitad de la literatura existente⁽⁸⁰⁾.

2. Planteamiento del problema

Los planes de estudio de las universidades que forman médicos en México se basan en el modelo flexneriano en el que inicialmente se imparten las ciencias básicas, posteriormente, las materias clínicas en las cuales la prioridad es el aprendizaje del diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías ordenadas para su estudio en especialidades médicas. Sin embargo, es infrecuente encontrar dentro de los planes de estudio materias que promuevan en el estudiante de medicina el desarrollo de habilidades que le permitan tener una formación integral, es decir, habilidades no solo clínicas, sino de docencia, de investigación y de desarrollo humano y personal⁽¹⁰¹⁾.

Es paradójico encontrar que dentro del Perfil por Competencias del Médico General Mexicano desarrollado por la AMFEM A.C desde 2008, se hable del papel fundamental del médico como líder dentro de su comunidad, líder en la enseñanza, en la investigación y en la clínica, sin embargo, no se encuentran de forma explícita los mecanismos educativos para implementar una formación en el área.

Un problema fundamental de lo anterior es la conceptualización parcial del concepto de liderazgo dentro del área de la salud. Se asume al liderazgo como una habilidad inherente a las personas, por mucho tiempo se ha sobreentendido que los estudiantes de medicina poseen dentro de sus competencias cierto grado de liderazgo, por lo cual no sería indispensable enseñarlo, sin embargo, dar por hecho esto sería un error. Se ha demostrado que el liderazgo es una competencia que se enseña y se mejora continuamente⁽³³⁾.

La AMFEM A.C. identifica al liderazgo como un componente prioritario de la gama de habilidades, destrezas y actitudes que debe tener un médico en su desempeño profesional. El médico funge como un orquestador de los recursos materiales y personales, cuyo trabajo puede tener consecuencias directas sobre la atención al paciente y el cuidado a la salud, de forma positiva o negativa. Se identifica entonces al médico como pieza clave para el funcionamiento de los equipos y organizaciones relacionadas con el sistema sanitario⁽⁴⁷⁾.

Diversos autores concuerdan que la formación de estudiantes de medicina debería enfocarse en el desarrollo de la capacidad de brindar atención de calidad al paciente, en el contexto actual y en el futuro. El liderazgo como competencia, puede permitir al estudiante optimizar los recursos disponibles en aras de la atención a la salud. Expertos recomiendan incorporar a los planes de estudio tópicos encaminados a la enseñanza de liderazgo⁽⁴⁶⁾.

La creación de organizaciones estudiantiles dentro de los espacios académicos de medicina resalta la necesidad de la comunidad estudiantil de desempeñar actividades de liderazgo. Un ejemplo es la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C. (AMMEF A.C.) que se conforma de más de 60 organizaciones de estudiantes de medicina ubicadas cada una en diferentes facultades y escuelas

de medicina, públicas y privadas de México. Como ejemplo a nivel internacional, encontramos a la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina por sus siglas en inglés IFMSA, tiene presencia en 107 países incluido México y representa más de 10 millones de estudiantes de medicina de todo el mundo⁽¹⁰²⁾.

En la actualidad existe una carencia de programas académicos en las instituciones de educación superior de nuestro país, que fomenten la enseñanza formal de liderazgo en los estudiantes de medicina, a pesar de que esta competencia se identifica como necesaria para la formación de médicos generales de manera integral⁽⁴⁷⁾.

Los estudiantes de medicina demandan de una profesionalización en el área de liderazgo para ejercer y desarrollar su actividad asistencial dentro y fuera de la comunidad universitaria. Prestigiosas facultades de medicina a nivel mundial han instaurado programas de liderazgo en sus planes curriculares y extracurriculares para la formación holística de sus estudiantes de medicina. Tales son los casos de la facultad de medicina de la Universidad de Stanford, así como la facultad de medicina de la Universidad de Oxford, la Universidad de Cambridge, la Universidad de Brown, la Universidad de Virginia, entre otras⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁴⁾⁽¹⁰⁵⁾⁽⁷⁰⁾.

La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx) en la licenciatura de Médico Cirujano, tiene como misión “*formar Médicos Generales para la atención primaria, con altos niveles de competencias cognitivas, sociales y emocionales, [...], con alto sentido de responsabilidad y vocación de servicio*”⁽¹⁰⁶⁾, para lo cual la enseñanza de liderazgo podría ser clave en la consecución de los objetivos institucionales.

Es necesario que los alumnos de último año de la carrera de medicina desarrollen un dominio del liderazgo como competencia óptima, para que su desempeño al egresar sea integral y por consecuencia la atención a la salud mejore.

El modelo de “Las cinco prácticas del liderazgo ejemplar” de Kouzes y Posner representa una alternativa validada, que se adapta a las características intrínsecas de los estudiantes de educación superior, así como viable, para la evaluación de las competencias y habilidades necesarias para el desempeño del liderazgo en el ambiente estudiantil.

3. Justificación

La medicina es una profesión en la cual la toma de decisiones, el trabajo en equipo, así como la organización de múltiples escenarios exige al médico el dominio de una amplia variedad de competencias que debe saber utilizar de acuerdo con el contexto al que se enfrente, el cual siempre será complejo, dentro de la clínica, la comunidad, la academia y la investigación.

En diferentes áreas del conocimiento se ha demostrado que el liderazgo optimiza los resultados de las organizaciones⁽¹⁰⁷⁾, incluyendo el área de la salud. En la actualidad, el médico forma parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, en el cual es responsable de optimizar su desempeño y hacer posible que los pacientes obtengan una atención de calidad.

El Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (CRMCC) describió las competencias necesarias para los integrantes del gremio, las cuales le permitirán desempeñar su trabajo de forma óptima, así como la búsqueda de la mejora del sistema sanitario. Identifican al liderazgo como la competencia que contribuye en la mejora de los equipos del cuidado de la salud así como en la administración de los recursos del sistema sanitario⁽³⁵⁾.

La “Agenda para el cambio de la educación en México” considera que el estudiante de medicina debe ser formado de manera dinámica, evitando que solo se limite a la memorización de conocimiento, como un simple consumidor; para lo cual optimizar los procesos de formación académica mediante competencias como el liderazgo deberán ser considerados como herramientas primordiales⁽⁴⁸⁾.

De manera análoga, el Proyecto Tuning América Latina sienta las bases para la creación de un marco conceptual para la formación del Médico General que la región de Latinoamérica necesita en la actualidad y para el futuro, el cual debe ser competente de conocimiento así como de habilidades de liderazgo⁽⁵⁵⁾.

El médico es el individuo que mejor entiende el funcionamiento de los sistemas sanitarios. El liderazgo médico es la herramienta a través de la cual se deberá hacer frente a la evolución de los sistemas de salud para su desarrollo y mejora continua. El liderazgo médico deberá ser inculcado en los médicos desde su formación a nivel de pregrado, para que pueda ejercerse en cada eslabón de la maquinaria del sistema de salud⁽³⁶⁾.

La relevancia del liderazgo en el ámbito de la salud ha sido demostrada en diferentes situaciones clínicas, un claro ejemplo de ello es la actualización de los manuales y cursos de certificación de la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association, AHA) sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada a partir del 2010. De la misma forma lo hicieron los programas

de reanimación neonatal que han demostrado que la enseñanza de habilidades relacionadas con liderazgo disminuye la morbimortalidad perinatal⁽⁷⁸⁾.

Es bien conocido la importancia de las habilidades de liderazgo incorporadas a los programas académicos de equipos quirúrgicos, donde se destaca el rol del cirujano dentro de una sala de operaciones, donde funge como líder. Se ha demostrado la importancia que tiene esta competencia dentro del equipo quirúrgico con la finalidad de conseguir una intervención quirúrgica exitosa⁽¹⁰⁸⁾.

Existen estudios que demuestran que la implementación de programas académicos de liderazgo en estudiantes de medicina ha mejorado el desempeño de estos en periodos posteriores a la intervención. Ejemplo de ello es la implementación de este tipo de programas por universidades como la Universidad de Virginia en 2011, la Universidad de Brown en 2015, Universidad de Stanford, Universidad de Cambridge, entre otros⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾.

Otros estudios demuestran la demanda creciente de médicos recién egresados en la búsqueda de currículo relacionado con liderazgo. Buscan completar el desarrollo de habilidades académicas y profesionales. Lo anterior demuestra que la formación en el pregrado médico gradúa profesionales que adolecen de competencias que le ayuden a ejercer su profesión de manera integral, cuando deberían satisfacerse durante su formación de pregrado⁽⁴²⁾⁽⁴⁰⁾.

Por lo anterior es evidente la importancia del liderazgo en el ámbito médico. Se evidencia que el liderazgo debe tener un rol primordial durante la formación de los estudiantes de medicina. Incorporar la enseñanza de este tipo de competencias podría mejorar el desempeño de los egresados, con la consiguiente mejora de su desempeño académico y profesional, con beneficio directo sobre la atención a la salud en todos los niveles.

Existen estudios que han tenido como objetivo describir el desempeño de los estudiantes de medicina en liderazgo de manera basal, encontrando que existen áreas del liderazgo que los estudiantes pueden mejorar. También hay estudios que han evaluado los tipos de liderazgo que predominan en los estudiantes de medicina⁽¹⁰⁹⁾. Otros han tenido como objetivo identificar la necesidad de los estudiantes de medicina en aprender y desarrollar liderazgo, encontrando que la comunidad estudiantil identifica como necesario el aprendizaje de esta competencia durante su formación⁽¹¹⁰⁾.

Identificar las habilidades de liderazgo con las que cuentan los alumnos de último año de medicina nos permitirá saber cuáles son las competencias de liderazgo que predominan. De la misma forma permitirá guiar en un futuro la implementación de programas académicos dirigidos a la capacitación de los estudiantes en torno a estas competencias. A pesar de que el liderazgo es un tema en auge, no existen estudios en México que permitan identificar las competencias de los estudiantes de último año de la licenciatura de medicina.

4. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las conductas de liderazgo que predominan en los estudiantes de último año de la licenciatura de médico cirujano de la Universidad Autónoma del Estado de México?

5. Hipótesis

- Las conductas de liderazgo como competencia sistémica presentarán variabilidad en los sujetos de estudio.

5.1 Variables:

- Conductas de liderazgo
 - o Modelar el camino
 - o Inspirar una visión compartida
 - o Desafiar el proceso
 - o Permitir que otros actúen
 - o Alentar el corazón
- Género
 - o Femenino
 - o Masculino

6. Objetivos

6.1 Objetivo general:

Describir las conductas de liderazgo de los estudiantes de quinto año de la licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma del Estado de México

6.2 Objetivos específicos:

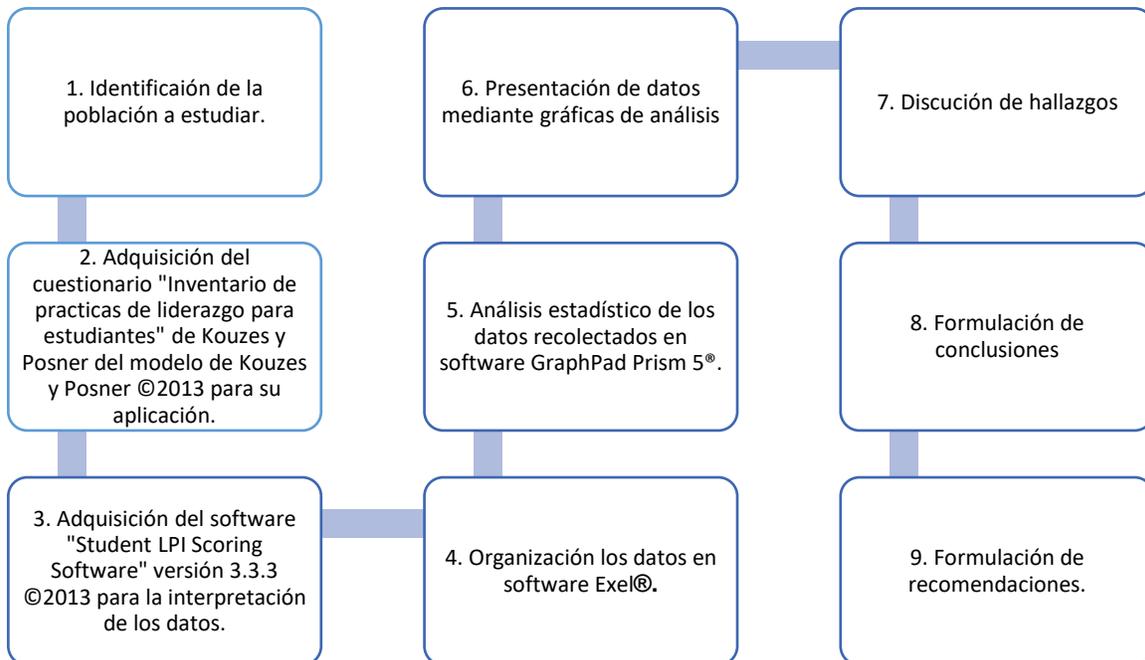
- a) Identificar que conducta de liderazgo predomina en los estudiantes de medicina de último año de la licenciatura de médico cirujano.
- b) Determinar que conducta de liderazgo predomina en el género femenino de los estudiantes de medicina de último año de la licenciatura de médico cirujano.
- c) Determinar que conducta de liderazgo predomina en el género masculino de los estudiantes de medicina de último año de la licenciatura de médico cirujano.
- d) Concluir si existen diferencias estadísticas entre el género femenino y masculino en la frecuencia con la que desempeñan conductas de liderazgo.

7. Metodología

7.1 Tipo de estudio

Transversal, descriptivo.

7.2 Diseño de estudio



7.3 Operacionalización de las variables

Operacionalización de las conductas de liderazgo:

	<i>Definición teórica</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>
Modelar el camino	Aclarar valores y afirmar los compartidos. Dar el ejemplo alineando las acciones con los valores compartidos.	Los ítems del “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” que integran esta conducta de liderazgo.	Cuantitativo discreto	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre	1, 6, 11, 16, 21 y 26 del “Students Leadership Practices Inventory” 2ª ed.
Inspira una visión compartida	Visionar el futuro imaginando posibilidades emocionantes y ennobecedoras. Reclutar a otros apelando a aspiraciones compartidas.	Los ítems del “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” que integran esta conducta de liderazgo.	Cuantitativo discreto	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre	2, 7, 12, 17, 22 y 27 del “Students Leadership Practices Inventory” 2ª ed.
Desafiar el proceso	Búsqueda de oportunidades aprovechando la iniciativa y buscando formas innovadoras de mejorar. Experimentar y asumir riesgos generando constantemente pequeñas victorias y aprendiendo de la experiencia.	Los ítems del “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” que integran esta conducta de liderazgo.	Cuantitativo discreto	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre	3, 8, 13, 18, 23 y 28 del “Students Leadership Practices Inventory” 2ª ed.
Permitir que otros actúen	Fomentar la colaboración creando confianza y facilitando las relaciones interpersonales. Fortalecer a los demás aumentando la autodeterminación	Los ítems del “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” que integran esta conducta de liderazgo.	Cuantitativo discreto	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre	4, 9, 14, 19, 24 y 29 del “Students Leadership Practices Inventory” 2ª ed.

	y desarrollando competencias.				
Alentar el corazón	Reconocer las contribuciones de los demás mostrando el aprecio por la excelencia individual. Celebrar los valores y las historias creando un espíritu de comunidad.	Los ítems del "Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes" que integran esta conducta de liderazgo.	Cuantitativo discreto	1=Nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Casi siempre 5=Siempre	5, 10, 15, 20, 25 y 30 del "Students Leadership Practices Inventory" 2ª ed.

Operacionalización de variables de género:

	<i>Definición teórica</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>
Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Individuo que se identifique como femenino o masculino	Cualitativo nominal dicotómico	Masculino y femenino	Masculino y femenino

7.4 Universo de trabajo y muestra

Se cuenta con una población de estudiantes de último año de la licenciatura de médico cirujano de 164 alumnos del cual se calculó una muestra de 117 para un Intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%, con la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N: tamaño de la población, **e:** margen de error, **z:** puntuación “z”.

7.4.1 Criterios de inclusión

- Ser estudiante inscrito de la facultad de medicina de la UAEMéx, cursando el último año de la licenciatura de médico cirujano.
- Tener condición de alumno regular en el sistema de control escolar de la UAEMéx.
- Aceptar cláusula de consentimiento así como leer el aviso de privacidad para la utilización de los datos proporcionados en el proyecto de investigación.

7.4.2 Criterios de exclusión

- Alumnos que conozcan o hayan contestado el instrumento de evaluación previamente al estudio.

7.4.3 Criterios de eliminación

- Alumnos que no contesten completamente el instrumento de evaluación.

7.5 Instrumento de investigación

Se utilizó el “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” de Kouzes y Posner “Copyright © 2013 James M. Kouzes and Barry Z. Posner. Published by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. Used with permission”.

El cual cumple con los criterios de confiabilidad y validez adecuados⁽¹¹¹⁾. Después de analizar una base de datos de 77,387 estudiantes, los autores calcularon coeficientes **alpha de Cronbach**, los cuales cumplieron con los estándares de confiabilidad, así como validez predictiva para las versiones de observación personal y del observador. Los análisis de fiabilidad interna mostraron un conjunto consistente de coeficientes alfa de Cronbach en torno a 0.7 y superior⁽¹¹¹⁾. Este instrumento ha sido utilizado en investigaciones para estudiantes de educación superior en México⁽¹⁰⁷⁾.

En este proyecto se utilizó la versión personal del “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” 2ª ed., previa autorización por los autores. El cual cuenta con 30 ítems, los cuales evalúan cada uno de los dominios del modelo de “Las cinco prácticas de liderazgo ejemplar” de Kouzes y Posner. Cuenta con 6 ítems por cada dominio, cada ítem es contestado por el alumno al autoevaluarse, designando un puntaje de acuerdo con una escala de Likert del 1 al 5 donde 1 es nunca y 5 es siempre. Los resultados de la autoevaluación del “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes”, son interpretados a través del software especializado “Student LPI Scoring Software” versión 3.3.3 ©2013, el cual grafica para cada dominio en una curva de distribución normal el percentil donde el estudiante autoevaluado se encuentra. Pudiendo encontrarse en la posición de “bajo”, “moderado” o “alto” correspondiendo con la frecuencia que desempeñe conductas de liderazgo. Se calculó el promedio de los percentiles de los alumnos para cada dominio de liderazgo.

7.6 Desarrollo del proyecto

Una vez aprobado protocolo de investigación por las autoridades de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México se aplicó el instrumento de investigación “Inventario de prácticas de liderazgo para estudiantes” de Kouzes y Posner © 2013 a los alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión del presente protocolo.

Se recolectaron y organizaron los datos obtenidos, para su presentación en tablas y graficas por medio de los softwares Exel®, GraphPad Prism 5® y “Student LPI Scoring Software” versión 3.3.3 ©2013. Posteriormente se analizarán los datos para la formulación de recomendaciones y conclusiones.

7.7 Límite de tiempo y espacio

La planeación del estudio inicio en diciembre de 2020, continuó con la observación del problema, análisis de información y escritura del marco teórico de enero a marzo de 2021. Una vez contando con la autorización del proyecto, se aplicó el instrumento de investigación a alumnos que cumplieron los criterios de inclusión en la facultad de medicina de la UAEMéx. Se destinó una semana para la aplicación del cuestionario, una semana para recolección, organización e interpretación de los datos y dos semanas para la redacción de los resultados y conclusiones.

7.8 Diseño de análisis

Para cumplir con los objetivos del presente estudio, se utilizaron los softwares Exel®, GraphPad Prism 5® y "Student LPI Scoring Software" versión 3.3.3 ©2013 para realizar la recolección de los datos y el análisis estadístico. Los datos recolectados se analizaron mediante pruebas estadísticas:

- Medidas de tendencia central: media.
- Medidas de dispersión: desviación estándar, percentil.
- Prueba "T de Student"

8. Implicaciones éticas

El presente proyecto se llevó a cabo, tomando en cuenta la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁽¹¹²⁾, así como las especificaciones de la norma de criterios para ejecución de proyectos de investigación para la salud en los seres humanos NOM-012-SSA3-2012⁽¹¹³⁾.

9. Resultados

En el estudio participaron un total de 117 alumnos (73 mujeres y 44 hombres) del último año de la licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma del Estado de México, de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Contestaron el cuestionario por medio de la plataforma electrónica “Google Forms”. Se obtuvieron los siguientes resultados.

El dominio de liderazgo que predominó en el grupo de estudio fue **“Alentar el corazón”** obteniendo un promedio de los percentiles con un valor de 65.43. En orden decreciente encontramos el dominio **“Permitir que otros actúen”** (promedio de percentiles = 61.24), **“Modelar el camino”** (promedio de percentiles = 59.11), **“Inspirar una visión compartida”** (promedio de percentiles = 57.79) y **“Desafiar el proceso”** el cual obtuvo la media más baja (promedio de percentiles = 57.11). Las cinco medias obtenidas se encuentran dentro del grupo de desempeño moderado (Figura 1) (Tabla 1).

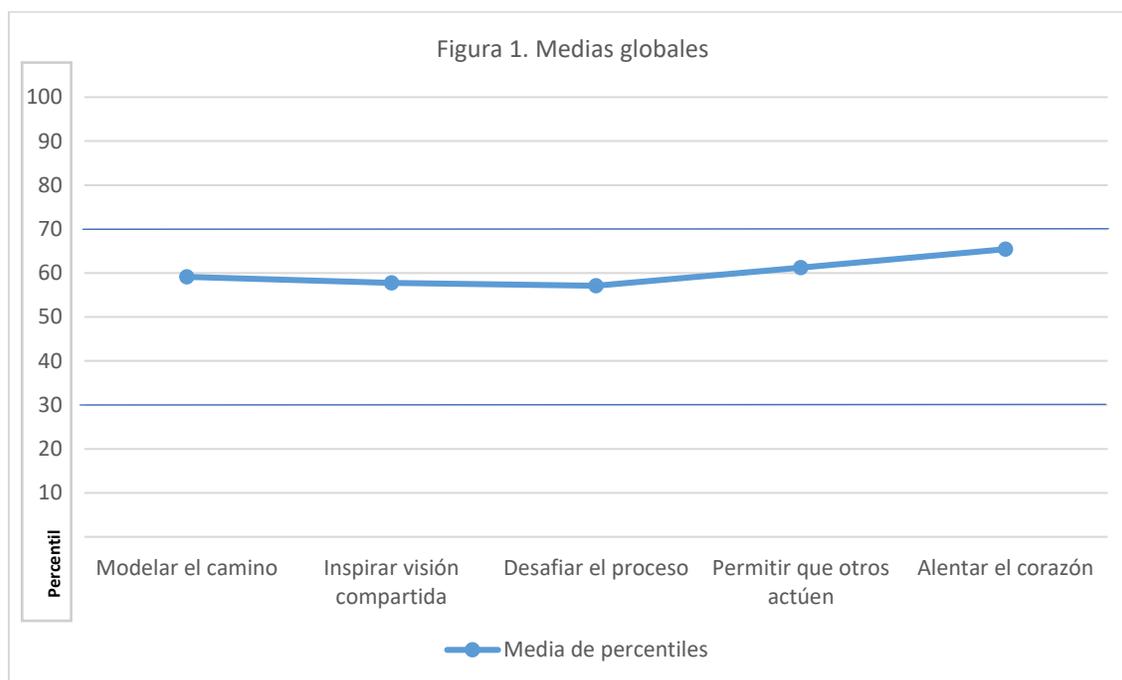


Tabla 1. Resultados globales de los estudiantes último año de la licenciatura Médico Cirujano.

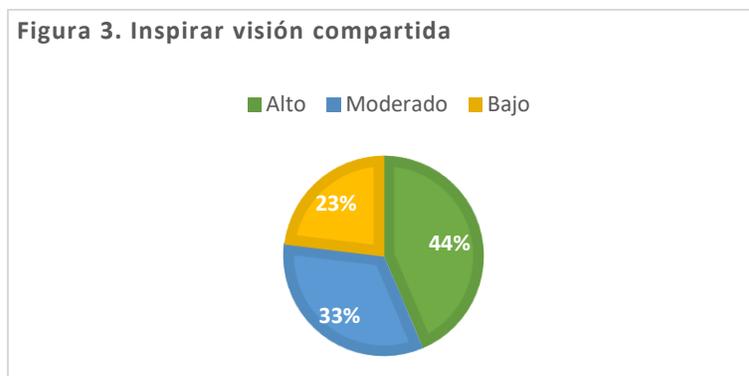
Dominios de liderazgo	Valor*	Percentil mínimo	Percentil máximo
Modelar el camino	59.11 ± 2.58	0	98
Inspirar una visión compartida	57.79 ± 2.72	0	98
Desafiar el proceso	57.11 ± 2.81	0	98
Permitir que otros actúen	61.24 ± 2.60	2	99
Alentar el corazón	65.43 ± 2.65	0	99

*Los datos representan la media ± el error estándar de la media.

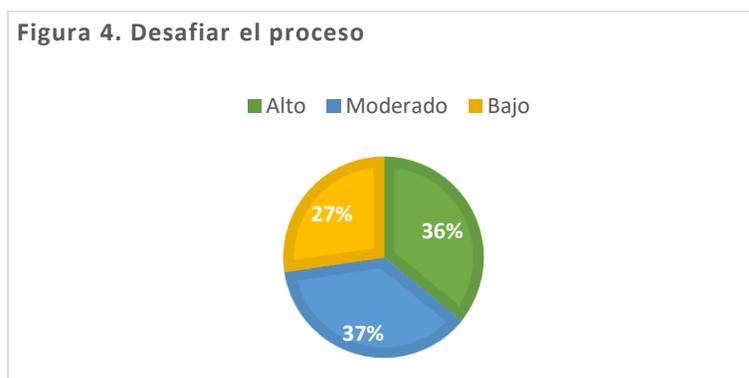
En el dominio **“Modelar el camino”** los estudiantes obtuvieron un puntaje medio de 59.11 ± 27.98 . El 43% de los alumnos tuvieron un desempeño alto, el 34% tuvo un desempeño moderado y el 23% obtuvo un desempeño bajo (Figura 2).



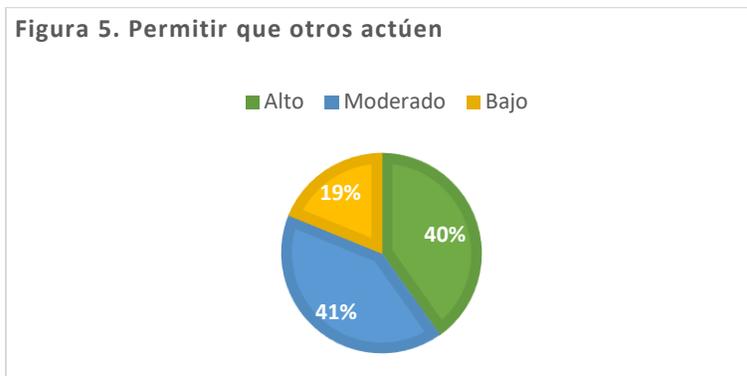
En el dominio **“Inspirar una visión compartida”** los estudiantes obtuvieron un puntaje medio de 57.79 ± 29.51 . El 44% de los alumnos tuvieron un desempeño alto, el 33% tuvo un desempeño moderado y el 23% obtuvo un desempeño bajo (Figura 3).



Para el dominio **“Desafiar el proceso”** los alumnos obtuvieron un puntaje medio de 57.11 ± 30.44 . El 46% de los alumnos tuvieron un desempeño alto, el 37% tuvo un desempeño moderado y el 27% obtuvo un desempeño bajo (Figura 4).



Para el dominio **“Permitir que otros actúen”** los alumnos obtuvieron un puntaje medio de 61.24 ± 28.17 . El 40% de alumnos tuvieron un desempeño alto, el 41% tuvo un desempeño moderado y el 19% obtuvo un desempeño bajo (Figura 5).



Finalmente, en el dominio **“Alentar el corazón”** los alumnos obtuvieron un puntaje medio de 65.43 ± 28.75 . El 51% de alumnos tuvieron un desempeño alto, el 32% tuvo un desempeño moderado y el 17% obtuvo un desempeño bajo (Figura 6).



De acuerdo con el análisis por sexo, identificamos que el dominio de liderazgo que predominó en el grupo de las **mujeres** fue **“Alentar el corazón”** obteniendo un promedio de los percentiles con un valor de 74.28. En orden decreciente encontramos el dominio **“Permitir que otros actúen”** (promedio de percentiles = 66.46), **“Modelar el camino”** (promedio de percentiles = 64.57), **“Inspirar una visión compartida”** (promedio de percentiles = 62.91) y **“Desafiar el proceso”** el cual obtuvo la media más baja (promedio de percentiles = 60.64). El dominio “Alentar el corazón” se encuentra dentro del grupo de desempeño alto, en contraste con lo demás dominios que se encuentran dentro del grupo de desempeño moderado (Figura 7) (Tabla 2).

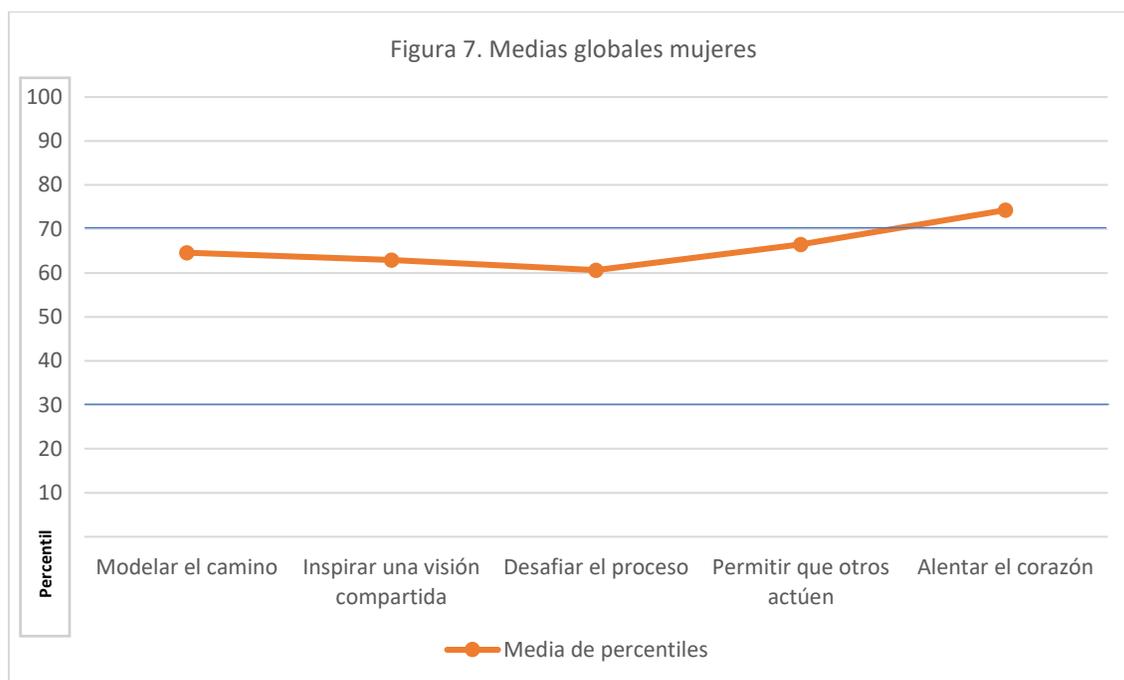


Tabla 2. Resultados globales del grupo de las mujeres.

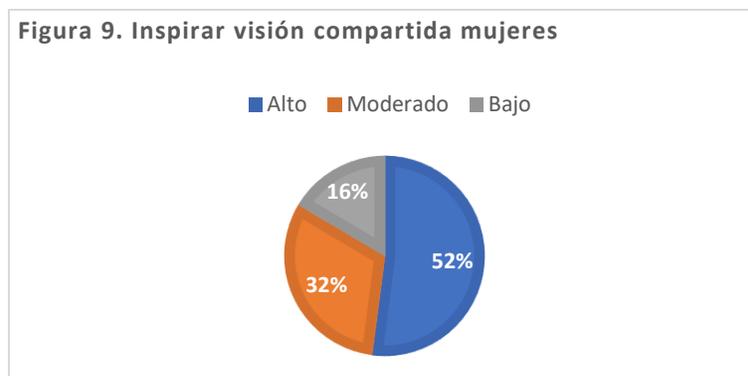
Dominio de liderazgo	Valor*	Percentil mínimo	Percentil máximo
Modelar el camino	64.57 ± 3.05	0	98
Inspirar una visión compartida	62.91 ± 3.24	0	98
Desafiar el proceso	60.64 ± 3.50	0	98
Permitir que otros actúen	66.46 ± 3.01	4	99
Alentar el corazón	74.28 ± 2.84	0	99

*Los datos representan la media ± el error estándar de la media.

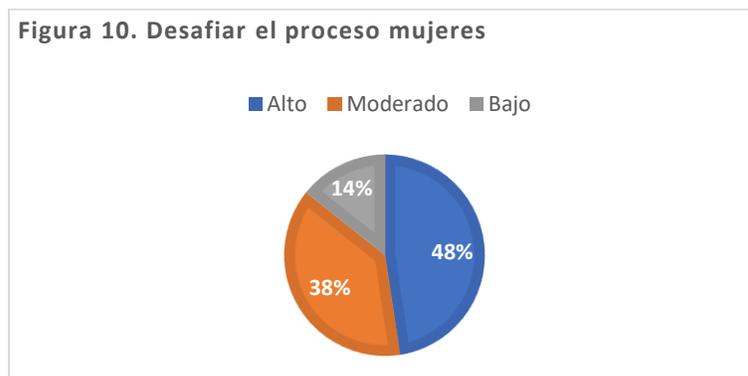
Para el dominio **“Modelar el camino”** el grupo de las mujeres obtuvo un puntaje medio de 64.57 ± 26.11 . El 51% de las mujeres tuvo un desempeño alto, el 34% tuvo un desempeño moderado y el 15% obtuvo un desempeño bajo (Figura 8).



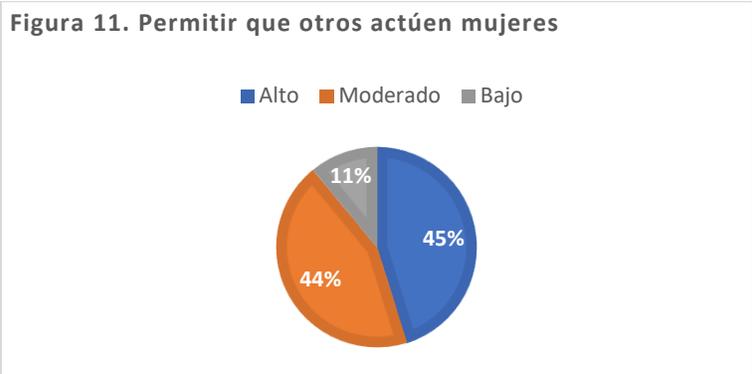
Para el dominio **“Inspirar una visión compartida”** las mujeres obtuvieron un puntaje medio de 62.91 ± 27.68 . El 52% de las mujeres tuvo un desempeño alto, el 32% tuvo un desempeño moderado y el 16% obtuvo un desempeño bajo (Figura 9).



En el dominio **“Desafiar el proceso”** las mujeres tuvieron un puntaje medio de 60.64 ± 29.98 . El 48% de las mujeres tuvo un desempeño alto, el 38% tuvo un desempeño moderado y el 14% obtuvo un desempeño bajo (Figura 10).



En el dominio **“Permitir que otros actúen”** las mujeres obtuvieron un puntaje medio de 66.46 ± 25.77 . El 45% de las **mujeres** tuvo un desempeño alto, el 44% tuvo un desempeño moderado y el 11% obtuvo un desempeño bajo (Figura 11).



Finalmente, en el dominio **“Alentar el corazón”** las mujeres obtuvieron un puntaje medio de 74.28 ± 24.30 . El 64% de las **mujeres** tuvo un desempeño alto, el 28% tuvo un desempeño moderado y el 8% obtuvo un desempeño bajo (Figura 12).



Se identificó en el grupo de los **hombres** que el dominio que predominó fue **“Permitir que otros actúen”** obteniendo un promedio de los percentiles con un valor de 52.59. En orden decreciente encontramos el dominio **“Desafiar el proceso”** (promedio de percentiles = 51.27), **“Alentar el corazón”** (promedio de percentiles = 50.75), **“Modelar el camino”** (promedio de percentiles = 50.04) e **“Inspirar una visión compartida”** que obtuvo la media más baja (promedio de percentiles = 49.29). Los cinco dominios se encuentran dentro del grupo de desempeño moderado (Figura 13) (Tabla 3).

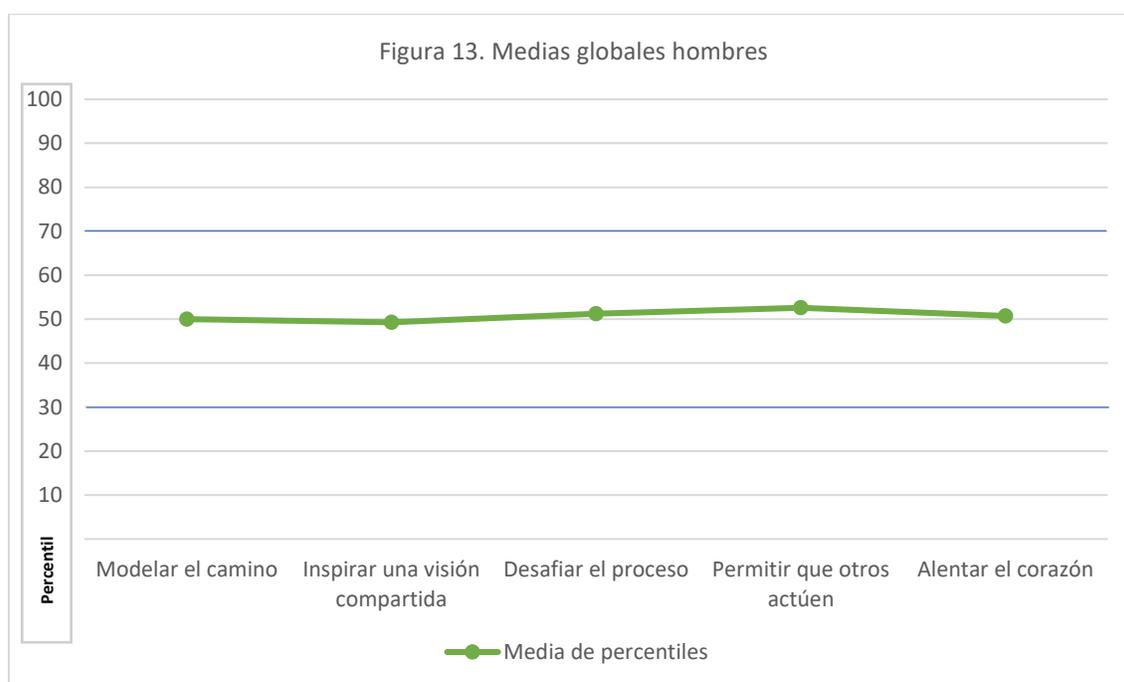


Tabla 3. Resultados globales del grupo de los hombres.

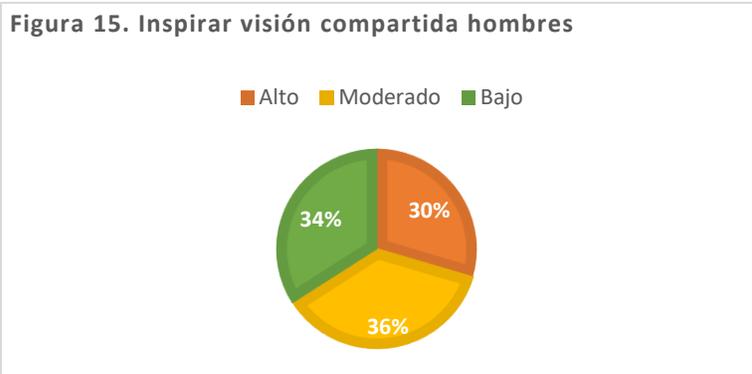
Dominio de liderazgo	Valor*	Percentil mínimo	Percentil máximo
Modelar el camino	50.04 ± 4.35	0	98
Inspirar una visión compartida	49.29 ± 4.64	1	97
Desafiar el proceso	51.27 ± 4.61	0	98
Permitir que otros actúen	52.59 ± 4.53	2	97
Alentar el corazón	50.75 ± 4.49	0	98

*Los datos representan la media ± el error estándar de la media.

Para el dominio **“Modelar el camino”** el puntaje promedio que obtuvieron los hombres fue 50.04 ± 28.91 . El 30% de los **hombres** tuvo un desempeño alto, el 34% tuvo un desempeño moderado y el 36% obtuvo un desempeño bajo (Figura 14).



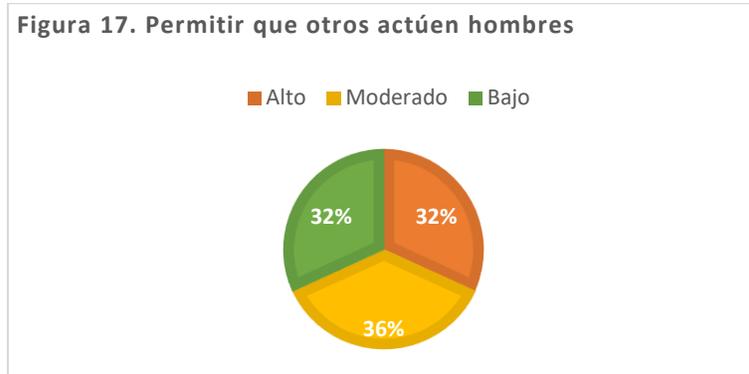
Para el dominio **“Inspirar una visión compartida”** el puntaje promedio que obtuvieron los hombres fue 49.29 ± 30.80 . El 30% de los **hombres** tuvo un desempeño alto, el 36% tuvo un desempeño moderado y el 34% obtuvo un desempeño bajo (Figura 15).



En el dominio **“Desafiar el proceso”** el puntaje promedio que obtuvieron los hombres fue 51.27 ± 30.64 . El 27% de los **hombres** tuvo un desempeño alto, el 43% tuvo un desempeño moderado y el 30% obtuvo un desempeño bajo (Figura 16).



Para el dominio **“Permitir que otros actúen”** el puntaje promedio que obtuvieron los hombres fue 52.59 ± 30.10 . El 32% de los **hombres** tuvo un desempeño alto, el 36% tuvo un desempeño moderado y el 32% obtuvo un desempeño bajo (Figura 17).



Finalmente, en el dominio **“Alentar el corazón”** el puntaje promedio que obtuvieron los hombres fue 50.75 ± 29.80 . El 29% de los **hombres** tuvo un desempeño alto, el 39% tuvo un desempeño moderado y el 32% obtuvo un desempeño bajo (Figura 18).



Se realizó una prueba t de Student para analizar si existen diferencias entre los puntajes obtenidos por dominio entre hombres y mujeres. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre mujeres y hombres para todos los dominios, excepto para el dominio “Desafiar el proceso” (Figura 19) (Tabla 4).

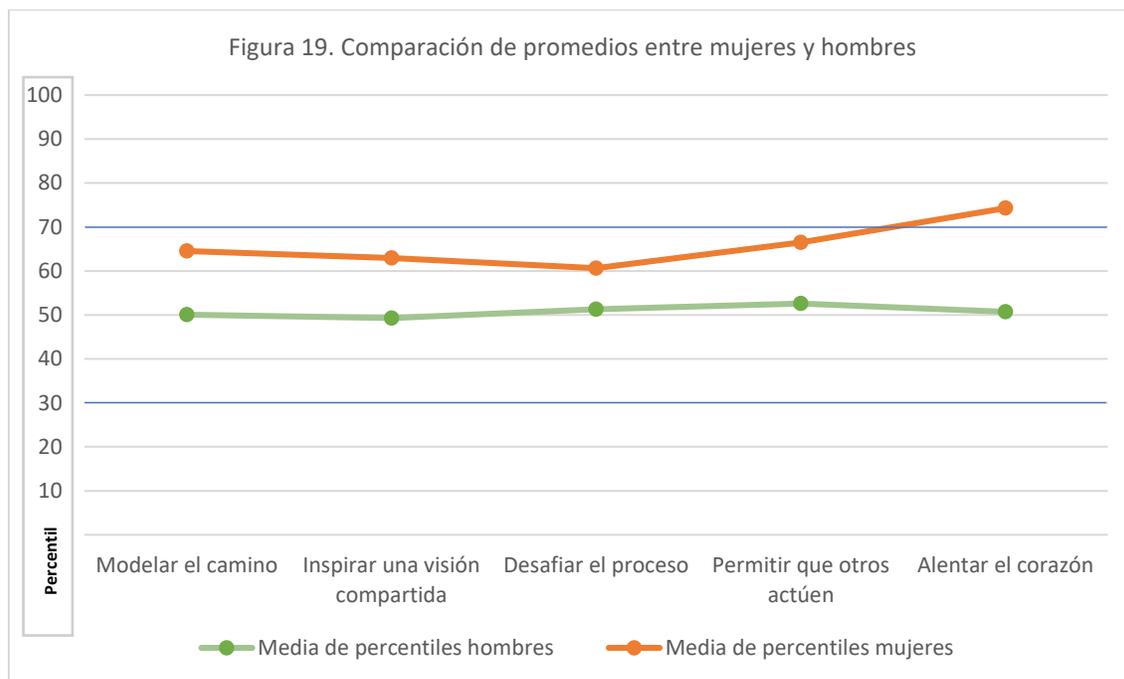


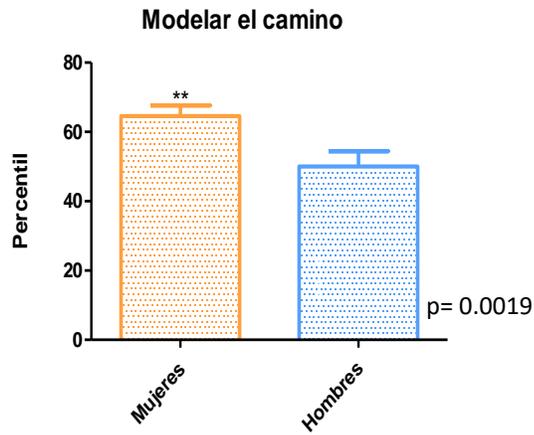
Tabla 4. Pruebas T a muestras independientes para los grupos de mujeres y hombres.

Conductas de liderazgo	Mujeres		Hombres		P	Significancia
	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>		
Modelar el camino	64.57	26.11	50.04	28.91	0.0019	**
Inspirar una visión compartida	62.91	27.68	49.29	30.80	0.0149	*
Desafiar el proceso	60.64	29.98	51.27	30.64	0.0981	
Permitir que otros actúen	66.46	25.77	52.59	30.10	0.0343	*
Alentar el corazón	74.28	24.30	50.75	29.80	<0.0001	***

$P < 0.001$ ***, $P < 0.01$ ** , $P < 0.05$ *.

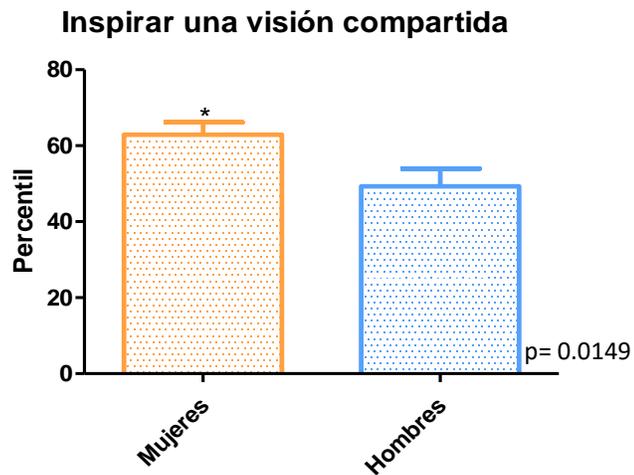
Para el dominio **“Modelar el camino”** las mujeres obtuvieron un valor mayor respecto a los hombres (64.57 ± 3.05 vs 50.04 ± 4.35 ; $P < 0.01^{**}$) (Figura 20).

Figura 20. Comparación de medias entre mujeres y hombres conducta “Modelar el camino”.



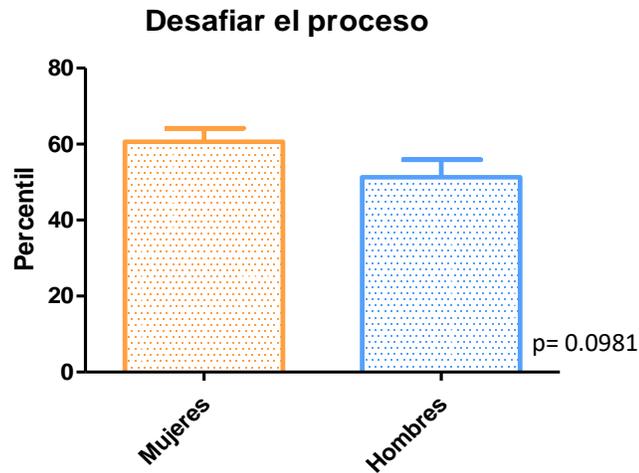
Para el dominio **“Inspirar una visión compartida”** las mujeres obtuvieron un valor mayor respecto a los hombres (62.91 ± 3.24 vs 49.29 ± 4.64 ; $P < 0.5^*$) (Figura 21).

Figura 21. Comparación de medias entre mujeres y hombres conducta “Inspirar una visión compartida”.



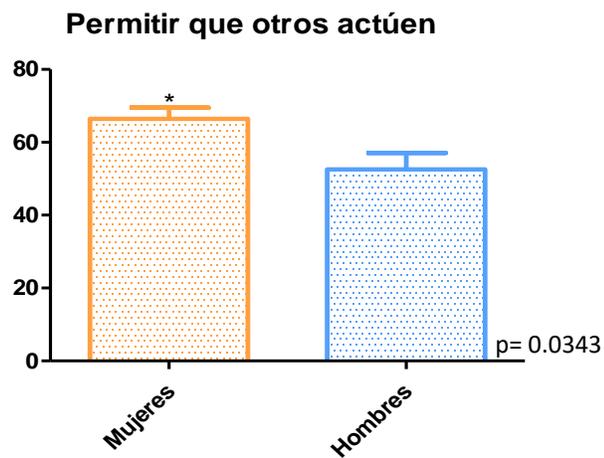
Para el dominio **“Desafiar el proceso”** las mujeres obtuvieron un valor mayor respecto a los hombres (60.64 ± 3.50 vs 51.27 ± 4.61 ; P no significativa (Figura 22).

Figura 22. Comparación de medias entre mujeres y hombres conducta “Desafiar el proceso”.



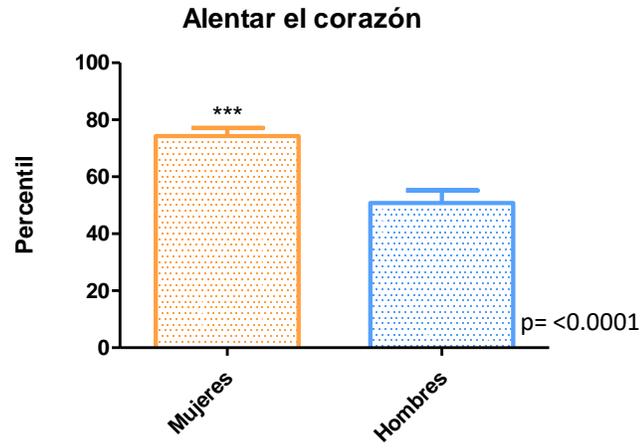
Para el dominio **“Permitir que otros actúen”** las mujeres obtuvieron un valor mayor respecto a los hombres (66.46 ± 3.01 vs 52.59 ± 4.53 ; $P < 0.5^*$ (Figura 23).

Figura 23. Comparación de medias entre mujeres y hombres conducta “Permitir que otros actúen”.



Para el dominio **“Alentar el corazón”** las mujeres obtuvieron un mayor valor con respecto a los hombres (74.28 ± 2.84 vs 50.75 ± 4.49 ; $P < 0.001^{***}$) (Figura 24).

Figura 24. Comparación de medias entre mujeres y hombres conducta “Alentar el corazón”.



10. Discusión

De acuerdo con los resultados, las conductas que los estudiantes refieren con mayor frecuencia son las relacionadas con el dominio “Alentar el corazón”, por obtener la media más alta en el percentil 65.43. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Cervantes-Arreola⁽¹¹⁴⁾ al identificar que las habilidades de motivación al logro son frecuentemente practicadas por estudiantes mexicanos con buen desempeño académico⁽¹¹⁴⁾. Por otro lado, Gudiño-Venegas⁽¹¹⁵⁾ describió que estudiantes universitarios mexicanos se perciben como líderes transformadores, habilidades que concuerdan con el dominio “Alentar el corazón”. Sin embargo, al comparar el presente resultado con estudios similares a nivel internacional⁽⁹³⁾⁽⁹⁴⁾⁽¹⁰⁷⁾, podemos identificar que nuestro hallazgo no es concordante, pues en estos estudios el dominio que impera es “Permitir que otros actúen”, consecuencia a que estos estudios han sido realizados en estudiantes que han tomado cursos para mejorar habilidades de liderazgo como fomentar la mejora de las relaciones interpersonales abiertas y estrechas. Estas diferencias pueden sugerir que el perfil de liderazgo del estudiante mexicano muestra predominio en la práctica de conductas transformadoras como las descritas en el dominio “Alentar el corazón”.

El dominio “Alentar el corazón” se encuentra dentro del grupo de desempeño moderado (entre percentil 30-70) . Se identificó que al comparar este resultado con la totalidad de estudiantes que participaron en la validación del instrumento SLPI por Kouzes y Posner en 2013⁽⁹⁷⁾ nuestro grupo de estudio se encuentra por encima de la mediana (percentil 50). Varela-Ruiz⁽¹¹⁶⁾ sugiere que los estudiantes de medicina en México se pueden caracterizar por desempeñar comportamientos que motivan al logro dentro de su ambiente, Martínez-Ozuna⁽¹¹⁷⁾ identifica que los estudiantes de medicina en México practican con más frecuencia un liderazgo transformacional; los hallazgos de ambos autores describen conductas que son relacionadas con el dominio “Alentar el corazón”. Por lo que nuestro hallazgo de manera análoga puede sugerir que en los estudiantes de medicina en Mexico pueden predominar las conductas de tipo: “Alentar el corazón”.

Por otro lado, se encontró que la media global de los alumnos de nuestro estudio en todos los dominios fue menor al compararse con estudios similares⁽⁹³⁾⁽⁹⁴⁾⁽¹¹¹⁾. Al comparar los resultados del presente estudio con los reportados por Martin *et al* en 2012⁽⁹³⁾ quien evaluó a un grupo de estudiantes del área de la salud que se encontraban en un curso de liderazgo, obtuvo promedios más altos en todos los dominios. Este fenómeno se repite con lo descrito por Foli *et al* en 2014⁽⁹⁴⁾ quien reportó sus resultados antes y después de un curso de liderazgo con promedios mayores para los dominios “Modelar el camino”, “Inspirar una visión compartida” y “Permitir que otros actúen”. De la misma forma, los resultados reportados por Posner en 2016⁽¹¹⁸⁾ al aplicar el mismo instrumento a estudiantes de diferentes instituciones de EUA, obtuvo promedios más altos que los encontrados por nuestros estudiantes. Estos resultados sugieren que es factible mejorar la frecuencia con la que los estudiantes de nuestro estudio ejercen conductas de liderazgo.

Se encontró que los promedios de los dominios “Modelar el camino”, “Inspirar una visión compartida” y “Desafiar el proceso” de nuestro grupo de estudio tienen un promedio más bajo al compararse con estudiantes mexicanos de educación superior. Díaz-Gómez y *col* en 2019⁽¹⁰⁷⁾ quien evaluó un grupo de estudiantes de posgrado de una universidad privada al norte del México utilizando el instrumento SLPI reportó resultados más altos. Por otro lado, Pedraza Melo *et al* en 2015⁽¹¹⁹⁾ quien evaluó un grupo de egresados de la licenciatura de administración al norte de México, reporta promedios más altos que nuestros resultados para todos los dominios, excepto “Alentar el corazón”. Esto sugiere que las conductas de liderazgo ejemplar podrían estar siendo ejercidas con mayor frecuencia por estudiantes al norte del país.

Al comparar los resultados de la presente investigación con un estudio que validó el instrumento SLPI en EUA⁽¹⁸⁾, así como con un estudio que lo validó en población mexicana⁽¹²⁰⁾, ningún dominio de nuestro grupo de estudio se encontró en el grupo de desempeño alto. El presente estudio fue realizado durante la pandemia por Covid-19 declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020. No existen estudios que hayan comparado las repercusiones de la pandemia por Covid-19 respecto a las conductas de liderazgo que ejercen los estudiantes. Ward en 2020⁽¹²¹⁾, señala que la pandemia repercute en la inteligencia emocional de la población médica, lo cual afecta las conductas de liderazgo. Señala que el aislamiento social y estrés hospitalario pueden afectar de manera negativa el ejercicio de conductas de liderazgo. Lo anterior puede sugerir que nuestro grupo de estudio obtuvo resultados más bajos en comparación con estudios similares⁽⁹³⁾⁽⁹⁴⁾⁽¹¹¹⁾⁽¹⁰⁷⁾⁽¹²²⁾ al realizarse durante la pandemia por Covid-19.

Los alumnos que participaron en el presente estudio llevaban alrededor de 1 año sin tener clases presenciales. Nicolini en 2020 describió que la prevalencia de enfermedades mentales como la depresión y ansiedad ha aumentado por el aislamiento social durante la pandemia⁽¹²³⁾. Estos padecimientos modifican la forma en la que las personas interactúan con su entorno y consecuentemente afectan las conductas de liderazgo de los individuos⁽¹²³⁾⁽¹²⁴⁾. Nakhostin-Ansari *et al* en 2020⁽¹²⁵⁾ encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión fue mayor en los estudiantes de medicina al compararse con estudiantes de otras carreras universitarias, sin embargo no encontraron diferencias estadísticamente significativas de depresión y ansiedad en los estudiantes antes y durante la pandemia de Covid-19. Estos hallazgos sugieren que el aumento de depresión en estudiantes de medicina durante la pandemia podría repercutir con la frecuencia que ejercen conductas de liderazgo.

Por otro lado, se identificó que en el grupo de los hombres el dominio con la media más alta fue “Permitir que otros actúen” encontrándose en el percentil 52.59. Este hallazgo es concordante con estudios similares⁽⁹³⁾⁽⁹⁴⁾⁽¹⁰⁷⁾⁽¹¹¹⁾. Martin⁽⁹³⁾ sugiere que su hallazgo fue consecuencia de las intervenciones realizadas durante el curso de liderazgo que llevaron a cabo. Posner⁽¹¹¹⁾ identifica

que los estudiantes universitarios muestran una tendencia de desempeñar con mayor frecuencia habilidades de este dominio porque son concordantes con los valores de las universidades. Este hallazgo apunta a que los estudiantes hombres de nuestro estudio, tienen un perfil de liderazgo similar al de estudiantes universitarios que se encuentran en ambientes análogos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.5$) al comparar al grupo de mujeres con el grupo de hombres, con un puntaje mayor para las mujeres en el dominio "Permitir que otros actúen". Este hallazgo es interesante, pues identifica que a pesar de que el dominio "Permitir que otros actúen" no es el más alto en el grupo de las mujeres, mantiene una frecuencia estadísticamente significativa mayor al compararse con el promedio de los hombres; esto difiere con lo reportado por Díaz-Gómez en 2016⁽¹²²⁾ así como lo reportado en 2019⁽¹⁰⁷⁾, el cual encontró al grupo de los hombres con un promedio más alto en ambos casos. Díaz-Gómez señala que la diferencia de habilidades de liderazgo entre hombres y mujeres es un fenómeno multifactorial, el cual no puede ser atribuida al género. Por otro lado, Gutiérrez-Rayón⁽¹²⁶⁾ señala que el desempeño de habilidades de liderazgo es igualitario entre géneros. Esto sugiere que las diferencias encontradas entre grupos es un fenómeno que no debe atribuirse al género.

Se encontró que el dominio con el promedio más alto en el grupo de las mujeres fue "Alentar el corazón" en el percentil 74.28. Al comparar este resultado con lo reportado por Kouzes y Posner⁽⁹⁶⁾ encontramos que el grupo de las mujeres desempeña con más frecuencia habilidades de liderazgo que el 74% de los estudiantes que participaron estudios donde se utilizó el SLPI. Se ha señalado que desempeñar con más frecuencia habilidades de este dominio está relacionado con un buen desempeño académico⁽¹¹⁴⁾. Otros estudios sugieren que ejercer este tipo de habilidades predomina en estudiantes de medicina mexicanos sin importar el género⁽¹¹⁵⁾. Este hallazgo puede apuntar que en las mujeres de la facultad de medicina pueden predominar las habilidades de un liderazgo transformador.

Se encontró que el dominio con la media más baja en nuestro estudio fue "Desafiar el proceso" en el percentil 57.11. El perfil de un estudiante interesado en el desarrollo científico e investigación es representado por este dominio⁽¹⁸⁾. Este hallazgo es consistente con lo reportado en estudios similares de estudiantes del área de la salud⁽⁹³⁾⁽⁹⁴⁾. Amador⁽¹²⁷⁾ señala que frecuentemente las universidades descuidan el desarrollo de este tipo de pensamiento en los alumnos del área de la salud, a pesar de que es fundamental para lograr el desempeño holístico de la profesión médica. Este hallazgo puede sugerir que las conductas relacionadas con la búsqueda de nuevas soluciones a los problemas o formas novedosas de realizar procedimientos son las que con menor frecuencia se ejercen en los estudiantes del área de la salud. Podríamos plantear que no se está motivando de manera general el interés por el área de la investigación básica o clínica dentro de nuestro espacio académico.

Se encontró que la media global de nuestros resultados en orden decreciente después del dominio más alto (“Alentar el corazón”) fue “Permitir que otros actúen”, “Modelar el camino” e “Inspirar una visión compartida”. Además de manera consistente, el orden de frecuencia de los dominios es diferente al compararse entre estudios similares⁽¹⁸⁾⁽⁹³⁾⁽⁹⁴⁾⁽¹⁰⁷⁾⁽¹¹⁸⁾⁽¹²²⁾. Martín⁽⁹³⁾ señala que la frecuencia de cada dominio será diferente entre poblaciones, atribuible a las diferencias implícitas de cada grupo de estudio. Foli⁽⁹⁴⁾ identifica que la frecuencia con la que un alumno ejerce habilidades de liderazgo es multifactorial, por lo que es esperado obtener resultados diferentes entre cada sujeto de estudio. Díaz-Gómez⁽¹⁰⁷⁾ señala que el comportamiento de liderazgo de los alumnos está influido por la escuela, la familia y la sociedad donde se desenvuelve, por lo que será constante identificar diferencias de conductas de liderazgo entre alumnos. Esto sugiere que no existe un patrón de frecuencia de conductas de liderazgo constante en los alumnos universitarios. Podría sugerir que lo esperado es encontrar patrones de frecuencia heterogéneos al comparar estudios similares.

Por otra parte, para los dominios “Modelar el camino”, “Inspirar una visión compartida”, “Permitir que otros actúen” y “Alentar el corazón” se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres evaluados, siendo el grupo de las mujeres quienes obtuvieron los resultados más altos. Este fenómeno no se ha observado en estudios similares⁽⁹³⁾⁽⁹⁴⁾⁽¹⁰⁷⁾. Autores han señalado que el liderazgo es una competencia que puede ser desarrollada en hombres como en mujeres de manera igualitaria⁽²⁸⁾. Díaz-Gómez no encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar hombres y mujeres para ningún dominio de liderazgo⁽¹²²⁾ y señala que el género no influye en la práctica de habilidades de liderazgo. Es interesante buscar la causa de lo encontrado en este estudio.

La capacidad de liderazgo en las mujeres siempre ha estado presente, sin embargo las limitaciones sociales que han sufrido a lo largo de la historia han impedido que ejerzan esta competencia de manera autónoma⁽¹²⁶⁾. Las revoluciones sociales han permitido que las mujeres obtengan un rol equitativo al hombre en los últimos años⁽¹²⁶⁾. Sin embargo, en México aún no se ha alcanzado paridad de género⁽¹²⁸⁾. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en 2017, señaló que el 46.8% de las jefaturas en el gobierno federal eran encabezadas por una mujer⁽¹²⁹⁾. Autores señalan que el momento histórico actual puede aumentar la frecuencia con la que las mujeres asumen puestos de liderazgo⁽¹³⁰⁾. Lo anterior pudiera sugerir que los movimientos sociales reivindicadores del género femenino están repercutiendo en los estudiantes y reivindicando el rol de la mujer en puestos de liderazgo. Sin embargo, el carácter de este fenómeno es multifactorial, por lo que atribuirlo a un solo fenómeno social sería un error.

Otro fenómeno que puede explicar las diferencias encontradas entre hombres y mujeres es la pandemia por Covid-19. De acuerdo con un metaanálisis de la Academia de Ciencias de Nueva York en 2021⁽¹³¹⁾ las repercusiones mentales de la pandemia por Covid-19 no mostraron diferencias

significativas entre géneros. Ozdin *et al* en 2020⁽¹³²⁾ y Pappa *et al* en 2020⁽¹³³⁾ señalan que las mujeres han sido las más afectadas, esto por la influencia del estado emocional de las relaciones interpersonales que mantienen en diferentes entornos sociales. Los hallazgos del presente estudio motivan a investigar si es que las conductas de liderazgo de la población masculina de nuestro estudio está siendo más afectada en comparación con las mujeres, por la pandemia de Covid-19. Atribuir las diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres es un fenómeno que deberá investigarse más ampliamente, pues es un resultado no esperado.

11. Conclusiones

Las diferencias encontradas entre estudios similares a nivel internacional y el presente estudio sugieren que la práctica de conductas transformadoras vinculadas con el dominio “Alentar el corazón” del modelo de “Las cinco prácticas de liderazgo ejemplar” de Kouzes y Posner predomina en los estudiantes mexicanos del área de la salud. Este fenómeno podría ser consecuencia de las diferencias de los programas académicos universitarios así como de factores socioculturales de las poblaciones. Esto motiva a investigar desde otra perspectiva como puede ser a través de un estudio longitudinal el comportamiento de los estudiantes en el transcurso del tiempo.

Se encontró que el desempeño del grupo de alumnos estudiado es menor al compararse con estudiantes mexicanos de posgrado y con estudiantes universitarios del área de la salud a nivel internacional. Se debe señalar que es frecuente encontrar asignaturas de liderazgo de carácter obligatorio en escuelas de medicina a nivel internacional, las cuales reportan resultados favorables al optimizar las habilidades de liderazgo de sus alumnos. Es importante señalar que hallamos factible mejorar la frecuencia con la que los estudiantes de nuestro grupo de estudio practican conductas de liderazgo. Una forma de optimizar el desarrollo de estas competencias es a través de la profesionalización del liderazgo dentro de los espacios académicos mediante la implementación de conferencias, talleres, cursos o la creación de asignaturas que tengan como objetivo la enseñanza y desarrollo de estas competencias.

A pesar de que la presente investigación es de carácter descriptivo ayuda a detallar que los estudiantes que egresan de la facultad de medicina de la UAEMéx y migran hacia el internado pueden mejorar el desempeño de competencias de liderazgo. Este estudio demuestra que es necesario establecer medidas dentro de nuestro espacio académico para lograr la profesionalización de la enseñanza y desarrollo de estas conductas de liderazgo durante los cinco años de estancia universitaria con la finalidad de que a corto plazo los alumnos se integren de manera eficiente al internado médico de pregrado y en el futuro esta intervención se traduzca en aumentar la calidad de la atención a la salud.

Existen estudios que describen como durante la pandemia por Covid-19 ha aumentado la prevalencia de enfermedades mentales como depresión y ansiedad en estudiantes de medicina secundario al distanciamiento social. De esta forma, el ejercicio de conductas de liderazgo de nuestro grupo de estudio pudo haber sido afectado de manera negativa por el aumento de estas comorbilidades. Sin embargo, estudios futuros podrían describir si estas comorbilidades han aumentado en nuestra población estudiantil.

A pesar de que el presente estudio encontró diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres, este fenómeno es de carácter multifactorial. Al revisar la literatura, los autores concuerdan que el género no es un factor que establezca diferencias al momento de desempeñar

conductas de liderazgo. No se puede atribuir que el género determine la frecuencia con la que un alumno desempeña prácticas de liderazgo, sin embargo este resultado abre nuevas preguntas de investigación para determinar la causalidad de nuestros hallazgos.

Finalmente, es preciso remarcar que el presente trabajo abre una nueva línea de investigación dentro de nuestra universidad al desplegar la posibilidad de dar seguimiento a este grupo de estudio posterior a que cursen el internado médico de pregrado y describir si es que durante esta etapa de formación las conductas de liderazgo se modifican de manera positiva o negativa, con la finalidad de determinar la relevancia del internado en el desarrollo de habilidades de liderazgo en los estudiantes de medicina.

12. Recomendaciones

Los hallazgos descritos nos permiten recomendar hacer investigaciones que comparen las conductas de liderazgo de los alumnos antes y después de cursar la materia optativa “Liderazgo en Medicina” del nuevo plan de estudios vigente en la facultad de Medicina, la cual abrirá su matrícula en el semestre próximo 2021B, con la intención de identificar si es que esta intervención desarrolla las prácticas de conductas de liderazgo en los estudiantes.

También se sugiere dar seguimiento a los alumnos que fueron evaluados en el presente estudio posterior a que egresen del internado médico de pregrado, con la finalidad de describir la evolución de la prácticas de conductas de liderazgo ejercidas por este grupo de estudiantes, con la intención de identificar si es que esta etapa de formación repercute en la frecuencia con la que los estudiantes ejercen actividades de liderazgo.

De la misma forma, se sugiere implementar medidas que fomenten las habilidades blandas como la innovación, el pensamiento lateral, el trabajo en equipo y la solución de conflictos en los estudiantes de la facultad de medicina de la UAEMéx, con el objetivo de mejorar la frecuencia con la que los alumnos ejercen este tipo de conductas de liderazgo, las cuales es prioritario desarrollar durante la formación de pregrado.

Finalmente se sugiere investigar cuáles son los efectos de la pandemia por Covid-19 en la salud mental de los estudiantes de medicina, pues este fenómeno epidemiológico se apuntala como un hito, el cual indudablemente repercutirá en el desempeño académico y social de los estudiantes, así como en las conductas de liderazgo ejercidas por los alumnos, no solo de nuestra institución, sino a nivel internacional.

13. Bibliografía

1. Laub J. Defining Leadership: The Critical Role of Definition Making. *Leveraging Power Servant Leadersh.* 2018;45–71.
2. Church AH. Leadership for the Twenty-First Century, by Joseph C: Rost. (1991). New York: Praeger. *Hum Resour Dev Q [Internet]*. 1993 Jun 1;4(2):197–206. Available from: <https://doi.org/10.1002/hrdq.3920040210>
3. Maxwell JC. The 21 irrefutable laws of leadership. Publishers TN, editor. Nashville TN; 1998. 234 p.
4. Gibb CA. The principles and traits of leadership. *J Abnorm Soc Psychol.* 1947;42(3):267–84.
5. Hemphill JK. Situational factors in leadership. *Ohio State Univ Bur Educ Res Monogr.* 1949;32:xii, 136–xii, 136.
6. Stogdill RM. Leadership, membership and organization. *Psychol Bull.* 1950;47(1):1–14.
7. Kotter JP. The leadership factor. Press F, editor. New York; 1988.
8. Senge PM. *Leading Learning Organizations.* MIT Cent Organ Learn Res Monogr. 1995;
9. Villar C de JB. *Liderazgo empresarial.* 1st ed. C. RTMS, editor. 2012. 123 p.
10. Flores SL. El liderazgo de los directores de unidad y su relación con la calidad académica en una institución de educación superior particular “multicampi”. Huixquilucan, Estado de México: Universidad Anahuac; 2014. p. 10–3.
11. Lussier R, Achua C. *Liderazgo: Teoría, Aplicación Y Desarrollo de Habilidades.* 4th ed. CENGAGE Learning, editor. 2000.
12. Páes I, Yepes G. *Liderazgo: Evolución y conceptualización.* Universidad Externado de Colombia, editor. Bogotá; 2004.
13. Coates KS. Peopling the Earth: The Greatest Migration. In: *A Global History of Indigenous Peoples: Struggle and Survival [Internet]*. London: Palgrave Macmillan UK; 2004. p. 25–41. Available from: https://doi.org/10.1057/9780230509078_2
14. Platón. *La república.* Akal, editor. Madrid; 2008.
15. Chesterton G. *El hombre eterno.* 5ta ed. Cristiandad E, editor. 2008. 356 p.
16. Carlyle T. *A History of the French Revolution.* Ball AHR, editor. 2014.
17. McCall Jr. MW. Leadership and performance beyond expectations, by Bernard M. Bass. New York: The Free Press, 1985. *Hum Resour Manage [Internet]*. 1986 Sep 1;25(3):481–4. Available from: <https://doi.org/10.1002/hrm.3930250310>
18. Kouzes JM, Posner BZ. *The student leadership challenge: Five Practices for Becoming an Exemplary Leader.* 3rd ed. Jossey-Bass, editor. 2018. 336 p.
19. Gómez-Rada CA. *Liderazgo conceptos, teorías y hallazgos relevantes.* Cuadernos hispanoamericanos de psicología, editor. 2014;2:61–7.
20. Hellriegel D, Slocum JW, Woodman RW. *Comportamiento organizacional.* International Thomson Editores, editor. México; 1999. 850 p.
21. Burns JM. *Leadership.* Harper Colins, editor. New York; 1978. 530 p.

22. Molero Alonso F, Recio Saboya P, Cuadrado Guirado I. Transformational and transactional leadership: An analysis of the factor structure of the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) in a Spanish sample. *Psicothema* [Internet]. 2010;22(3):495–501. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20667281>
23. Gardner H. *Mentes líderes: Una anatomía del liderazgo*. Paidós, editor. Madrid; 2011.
24. Torres GG. El liderazgo en la función directiva escolar. *Rev Univ Guadalajara*. 2004;3.
25. Vallido TP. *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*. ESIC. 2010;
26. Gibson J, Ivancevich J, Donnelly J. *Las organizaciones*. McGraw Hill, editor. Madrid; 1996.
27. Gadamer H-G. *Truth and method*. Weinsheimer J, Marshall DG, editors. New York: Continuum publishing group; 2005.
28. Souba W. The Being of Leadership. *Philos Ethics, Humanit Med* [Internet]. 2011;6(1):5. Available from: <http://www.peh-med.com/content/6/1/5>
29. Souba W. The Leadership Dilemma. 2007;9:1–9.
30. Villa A, Poblete M. *Aprendizaje basado en competencias*. Ediciones Mensajero, editor. Una propuesta para la evaluación de las competencias. Bilbao, España; 2007. 333 p.
31. Reiche BS, Bird A, Mendenhall ME, Osland JS. Contextualizing leadership: A typology of global leadership roles. *J Int Bus Stud*. 2017;48(5):552–72.
32. Goleman D. Liderazgo que obtiene resultados. *Harv Bus Rev*. 2005;83(11):109–22.
33. Souba W. The Science of Leading Yourself: A Missing Piece in the Health Care Transformation Puzzle. *Open J Leadersh*. 2013 Jan 1;02:45–55.
34. Souba W. Perspective: A new model of leadership performance in health care. *Acad Med*. 2011;86(10):1241–52.
35. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Creery D, Sherbino J, Expert SAM, et al. The Draft CanMEDS 2015 Series IV. 2015;(March). Available from: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_IV_e.pdf
36. Dath D, Chan M, Abbott C. *CanMEDS 2015: from Manager to Leader*, Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa; 2015. p. 9.
37. NHS and Academy of Medical Royal Colleges. *Medical Leadership Competency Framework: Enhancing Engagement in Medical Leadership*. Third. NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry House, University of Warwick Campus, Coventry, CV4 7AL.; 2010.
38. Enders T, Conroy J. *Advancing the academic health system for the future: A report of the AAMC health advisory panel*. The Association of American Medical Colleges, editor. Washington, DC.; 2014.
39. ACGME. *Common Program Requirements*. Acgme [Internet]. 2007;58(12):7250–7. Available from: http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_04012007.pdf
40. Toronto International Summit on Leadership Education for Physicians Planning Committee. *Physician Leadership towards 2020 . What do we know ? What should we do ?* 2014;(October).
41. *Exelencia Empresarial. Modelo Europeo de la EFQM*. 1999;4–5.

42. Chan M-K, de Camps Meschino D, Dath D, Busari J, Bohnen JD, Samson LM, et al. Collaborating internationally on physician leadership development: why now? *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*. 2016 Jul;29(3):231–9.
43. Dickson G, Tholl B. *No Bringing Leadership to Life in Health: LEADS in a Caring Environment* [Internet]. 1st ed. Springer-Verlag London; 2014. 190 p. Available from: doi: 10.1007/978-1-4471-4875-3
44. FMEC. *The Future of Medical Education in Canada (FMEC)*. Assoc Fac Med Canada [Internet]. 2010;1–54. Available from: http://www.afmc.ca/fmec/pdf/collective_vision.pdf
45. Matlow A, Chan M-K, Bohnen J, Blumenthal D, Sánchez-Mendiola M, Meschino D, et al. Collaborating internationally on physician leadership education: first steps. *Leadersh Heal Serv*. 2016 Jul 4;29(3):220–30.
46. Chen T-Y. Medical leadership: An important and required competency for medical students. *Ci ji yi xue za zhi = Tzu-chi Med J* [Internet]. 2018;30(2):66–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29875585>
47. Hernández LFA, García ÁNC, Correa GH, Vélez JVML, Delgadillo RL, Christian Rodríguez, et al. *Perfil por Competencias del Médico General Mexicano* [Internet]. Director. 2008. 44 p. Available from: file:///C:/Users/Depto_Invest_y_Edu/Downloads/perfil-competencias-medico-general-mexicano.pdf
48. Abreu Hernández Luis Felipe, León Bórquez Ricardo. *Una agenda para el cambio de la educación médica en México horizonte2030*. 2016. 1–64 p.
49. Seashore-Louis K, Leithwood K, Wahlstrom KL, Anderson SE, Al. E. *Learning From Leadership: Investigating the Links to Improved Student Learning*. Center for Applied Research and Educational Improvement University of Minnesota; 2010. 334 p.
50. Robinson V, Hohepa M, Lloyd C. *School Leadership and Student Outcomes: Identifying What Works and Why Best Evidence Synthesis Iteration (BES)*. 2009 Jan 1;
51. Pareja JA, López JA, El Homrani M, Lorenzo R. El liderazgo en los estudiantes universitarios : una fructifera línea de investigación. *Educar*. 2012;48(1):91–119.
52. Cáceres- Reche MP, Delgado M, Martínez T. Evaluación de la representación estudiantil en la Universidad desde un enfoque de género: diseño de un cuestionario. *Enseñanza Teach*. 2008 Jan 1;26.
53. de la Orden Hoz A, Muñoz IA, Santaolalla RC, Díaz MJ, Vicente AF, Ramos J, et al. Desarrollo y validación de un modelo de calidad universitaria como base para su evaluación. *Reli Rev Electrónica Investig y Evaluación Educ*. 1997;3:3.
54. Klimoski R, Amos B. Practicing Evidence-Based Education in Leadership Development. *Acad Manag Learn Educ* [Internet]. 2012 Jul 30;11(4):685–702. Available from: <https://doi.org/10.5465/amle.2012.0018>
55. Hanne C et al. *Tuning América Latina Educación Superior en América Latina: reflexiones y perspectivas en Medicina*. Deusto U de, editor. Bilbao, España; 2013. 71 p.
56. Frich JC, Brewster AL, Cherlin EJ, Bradley EH. Leadership development programs for physicians: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2015 May;30(5):656–74.
57. Baker GR. *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*. Inst Heal Policy, Manag Eval Univ Toronto [Internet]. 2015; Available from: <http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>

58. Nyquist JG. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. *J Chiropr Educ* [Internet]. 2011;25(2):193–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3204956/>
59. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* (London, England). 2010 Dec;376(9756):1923–58.
60. TISLEP. Toronto International Summit on Leadership Education for Physicians (TISLEP) [Internet]. 2015. Available from: <http://tislep.pgme.utoronto.ca/about/>
61. Jardine D, Correa R, Schultz H, Nobis A, Lanser BJ, Ahmad I, et al. The Need for a Leadership Curriculum for Residents. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2015 Jun;7(2):307–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26221472>
62. Bekas S. Leadership development in UK medical training: pedagogical theory and practice. *Teach Learn Med*. 2015;27(1):4–11.
63. Varkey P, Peloquin J, Reed D, Lindor K, Harris I. Leadership curriculum in undergraduate medical education: a study of student and faculty perspectives. *Med Teach*. 2009 Mar;31(3):244–50.
64. BEME. The BEME Collaboration [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 14]. Available from: <https://bemecollaboration.org/About+BEME/>
65. Steinert Y, Naismith L, Mann K. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. *Med Teach*. 2012;34(6):483–503.
66. Geerts JM, Goodall AH, Agius S. Evidence-based leadership development for physicians: A systematic literature review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020;246:112709. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112709>
67. Till A, McKimm J, Swanwick T. Twelve tips for integrating leadership development into undergraduate medical education. *Med Teach*. 2018 Dec;40(12):1214–20.
68. Dickson G. Branches of Knowledge: Comprehensive Articles on Leadership. 2019;244.
69. Clyne B, Rapoza B, George P. Leadership in Undergraduate Medical Education: Training Future Physician Leaders. *R I Med J* (2013). 2015 Sep;98(9):36–40.
70. Sanfey H, Harris I, Pollart S, Schwartz A. Evaluation of the University of Virginia Leadership in Academic Medicine Program. *Teach Learn Med*. 2011 Oct 1;23:347–58.
71. NHS Leadership Academy. Healthcare Leadership Model. *NHS Leadersh Acad*. 2013;1–16.
72. Seashore-Louis K, Webb AMB, Tspis NE, McClellan TR, McNeil MJ, Xu MM, et al. A First Step Toward Understanding Best Practices in Leadership Training in Undergraduate Medical Education: A Systematic Review. *Acad Med*. 2014;89(11):1563–70.
73. Institute of Medicine. Academic health centers: leading change in the 21st century. *Acad Emerg Med*. 2004 Jul;11(7):802–6.
74. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC); 2001.
75. Carufel-Wert DA, Younkin S, Foertsch J, Eisenberg T, Haq CL, Crouse BJ, et al. LOCUS: immunizing medical students against the loss of professional values. *Fam Med*. 2007 May;39(5):320–5.

76. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Ann Emerg Med.* 1993 Nov;22(11):1652–8.
77. Cooper S, Wakelam A. Leadership of resuscitation teams: “Lighthouse Leadership”.” *Resuscitation.* 1999 Sep;42(1):27–45.
78. Thomas EJ, Taggart B, Crandell S, Lasky RE, Williams AL, Love LJ, et al. Teaching teamwork during the Neonatal Resuscitation Program: a randomized trial. *J Perinatol.* 2007 Jul;27(7):409–14.
79. Hunziker S, Bühlmann C, Tschan F, Balestra G, Legeret C, Schumacher C, et al. Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: a randomized controlled trial. *Crit Care Med.* 2010 Apr;38(4):1086–91.
80. Carrara GLR, Bernardes A, Balsanelli AP, Camelo SHH, Gabriel CS, Zanetti ACB. Use of instruments to evaluate leadership in nursing and health services. *Rev Gauch Enferm.* 2018 Mar;38(3):e0060.
81. Nickels S, Ford K. Leadership Instruments Library (LIL) for Graduate Research. *Leadersh Instruments Libr [Internet].* 2017 Apr 1 [cited 2020 Nov 12]; Available from: <https://commons.lib.jmu.edu/lil/1>
82. Horwitz IB, Horwitz SK, Daram P, Brandt ML, Brunicardi FC, Awad SS. Transformational, transactional, and passive-avoidant leadership characteristics of a surgical resident cohort: analysis using the multifactor leadership questionnaire and implications for improving surgical education curriculums. *J Surg Res.* 2008 Jul;148(1):49–59.
83. Aarons GA. Transformational and transactional leadership: association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatr Serv.* 2006 Aug;57(8):1162–9.
84. Edwards JR, Knight DK, Broome KM, Flynn PM. The development and validation of a transformational leadership survey for substance use treatment programs. *Subst Use Misuse [Internet].* 2010 Jul;45(9):1279–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20509734>
85. Kanste O, Miettunen J, Kyngäs H. Psychometric properties of the Multifactor Leadership Questionnaire among nurses. *J Adv Nurs.* 2007 Jan;57(2):201–12.
86. Deschamps C, Rinfret N, Lagacé MC, Privé C. Transformational Leadership and Change: How Leaders Influence Their Followers’ Motivation Through Organizational Justice. *J Healthc Manag.* 2016;61(3):194–213.
87. Fonseca M de O, Juliana AP. Validação fatorial de escala de atitudes frente a estilos de liderança. *Avaliação Psicol Interam J Psychol Assess.* 2013;12(2).
88. Chen H-C, Baron M. Nursing directors’ leadership styles and faculty members’ job satisfaction in Taiwan. *J Nurs Educ.* 2006 Oct;45(10):404–11.
89. Ghorbanian A, Bahadori M, Nejati M. The relationship between managers’ leadership styles and emergency medical technicians’ job satisfaction. *Australas Med J.* 2012;5(1):1–7.
90. Vega Villa C, Zavala Villalón G. Adaptación del cuestionario multifactorial de liderazgo (MLQ Forma 5X corta) de B. Bass y B. Avolio. Universidad de Chile; 2004.
91. Kouzes J, Posner B. *The Leadership Practices Inventory (LPI): Facilitator’s Guide Package.* 3rd ed. San Francisco CA: Pfeiffer; 2003.
92. Tourangeau AE, McGilton K. Measuring leadership practices of nurses using the Leadership Practices Inventory. *Nurs Res.* 2004;53(3):182–9.

93. Martin JS, McCormack B, Fitzsimons D, Spirig R. Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *J Nurs Manag.* 2012 Jan;20(1):72–80.
94. Foli KJ, Braswell M, Kirkpatrick J, Lim E. Development of leadership behaviors in undergraduate nursing students: a service-learning approach. *Nurs Educ Perspect.* 2014;35(2):76–82.
95. Apekey TA, McSorley G, Tilling M, Siriwardena AN. Room for improvement? Leadership, innovation culture and uptake of quality improvement methods in general practice. *J Eval Clin Pract.* 2011 Apr;17(2):311–8.
96. Kouzes J, Posner B. *The student leadership challenge. Facilitation and Activity guide.* First. San Francisco: The leadership challenge; 2013. 196 p.
97. Kouzes J, Posner B. *The student leadership challenge. Student Workbook and Personal Leadership Journal.* First. San Francisco CA: The leadership challenge; 2013. 190 p.
98. Carless S, Wearing A, Mann L. A Short Measure of Transformational Leadership. *J Bus Psychol.* 2000 Sep 1;14:389–405.
99. Munir F, Nielsen K, Carneiro I. Transformational leadership and depressive symptoms: A prospective study. *J Affect Disord.* 2009 Apr 1;120:235–9.
100. Markowiak S, Merrick H, Beroukhim S, Laukka JJ, Lightner A, Nazzal M, et al. Leadership in Surgery. In: Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, et al., editors. *Schwartz's Principles of Surgery, 11e* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1164305790>
101. Sánchez-Mendiola M. Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? *Investig en Educ Médica.* 2015;4(14):99–107.
102. IFMSA. Our Story [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://ifmsa.org/our-story/>
103. Harvard Medical School. Course Catalog [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://meded.hms.harvard.edu/course-catalog>
104. Oxford Medical Training. Medical Leadership & Management Courses [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://www.medicalinterviewsuk.co.uk/course-category/medical-leadership-and-management/>
105. Stanford University. Stanford Bulletin Explore Courses [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://explorecourses.stanford.edu/>
106. UAEMéx. Licenciatura en Médico Cirujano UAEMex Misión y Visión [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://sites.google.com/site/licenciaturaenmedicocirujano/mision-y-vision>
107. Díaz ER, Espinosa Garza JL, Peterson Rodríguez HX, Kuri Alonso I, Díaz Gómez ER, Espinosa Garza JL, et al. An Approach to the Assessment of Transformational Leadership Competencies among Undergraduate Students. *Diálogos sobre Educ.* 2019 Jun 28;10(19).
108. Arnold D, Fleshman JW. Leadership in the Setting of the Operating Room Surgical Team. *Clin Colon Rectal Surg.* 2020 Jul;33(4):191–4.
109. Waite R, Mensinger J, Wojciechowicz C, Colistra A, Gambescia S. Examining pre-post results: Kouzes and Posner's LPI amid undergraduate health professions students in a leadership program. *J Appl Res High Educ.* 2019 Feb 4;11:146–59.

110. Rouhani MJ, Burleigh EJ, Hobbis C, Dunford C, Osman NI, Gan C, et al. UK medical students' perceptions, attitudes, and interest toward medical leadership and clinician managers. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2018 Feb 16;9:119–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29497346>
111. Posner B. Effectively Measuring Student Leadership. *Adm Sci*. 2012 Dec 1;2:221–34.
112. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
113. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 11]. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
114. Cervantes Arreola DI, Valadez Sierra MD, Valdés Cuervo AA, Tánori Quintana J, Cervantes Arreola DI, Valadez Sierra MD, et al. Diferencias en autoeficacia académica, bienestar psicológico y motivación al logro en estudiantes universitarios con alto y bajo desempeño académico. *Psicol desde el Caribe*. 2018;35(1):7–17.
115. Gudiño Venegas JR. Auto-percepción del estilo de liderazgo de ingenieros industriales mexicanos en el ejercicio de su profesión. *Rev Arbitr del Cent Investig y Estud Gerenciales*. 2019;(39):251–60.
116. Varela Ruiz M, Vives Varela T, VanDerGoes TIF. La motivación: elemento indispensable en la formación de los médicos. [Internet]. Vol. 55, *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2012 [cited 2021 Jul 4]. 43–51 p. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
117. Martínez Ozuna G, Santos Guzmán J, Leal Beltrán E, Hernández Ángeles AL. Liderazgo transformacional en estudiantes de ciencias de la salud. *Educ Médica Super*. 2020;34(2).
118. Posner B. Investigating the Reliability and Validity of the Leadership Practices Inventory®. *Adm Sci*. 2016;6:17.
119. Pedraza Melo NA, Lavín Verástegui J, Delgado Rivas G, Bernal González I. Prácticas de liderazgo en empresas comerciales en Tamaulipas (México). *Rev Fac Ciencias Económicas Investig y Reflexión* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 4];23(1):251–65. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-68052015000100014&lng=e&nrm=iso&tlng=
120. Díaz ER, Díaz López KM, Durazo Watanabe E. Adaptation of the leadership practices inventory with Mexican graduate students. *Rev del Cent Investig la Univ La Salle*. 2020;14(54):95–118.
121. Ward HB. Resident Leadership in the Era of COVID-19: Harnessing Emotional Intelligence. *Acad Med* [Internet]. 2020;95(10). Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2020/10000/Resident_Leadership_in_the_Era_of_COVID_19_.22.aspx
122. Díaz ER. Relationship between gender and transformational leadership practices: A study of self reports of male and female graduate students. University of Seattle; 2016.
123. Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. Vol. 88, *Cirugia y cirujanos. Mexico*; 2020. p. 542–7.

124. Luna D, Urquiza-Flores DI, Figueroa-Escoto RP, Carreño-Morales C, Meneses-González F. Predictores académicos y sociodemográficos de ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes mexicanos de medicina. Estudio transversal. *Gac Med Mex.* 2019;156:40–6.
125. Nakhostin-Ansari A, Sherafati A, Aghajani F, Khonji MS, Aghajani R, Shahmansouri N. Depression and Anxiety among Iranian Medical Students during COVID-19 Pandemic. *Iran J Psychiatry.* 2020 Jul;15(3):228–35.
126. Gutiérrez Rayón D, Ramírez Reséndiz M, Valdez Torres JC, Villavicencio Ramos IJ, Cruz Méndez P, Balderas Ortega J, et al. Un vistazo al liderazgo de las mujeres mexicanas en la medicina. *Educ Médica [Internet].* 2020;21(4):277–80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318303462>
127. Amador M, Fernández-Britto JE, Valido S, Peña M. El trabajo científico de los estudiantes: su papel en la formación de los profesionales de la salud. *Educ Med Salud.* 1984;18(4):344–58.
128. Albaine L. Obstáculos y desafíos de la paridad de género. *Violencia política, sistema electoral e interculturalidad. Íconos Rev ciencias Soc.* 2015;(52):145–62.
129. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Día Internacional de la Mujer [Internet]. 2021. Available from: <https://www.cndh.org.mx/index.php/noticia/dia-internacional-de-la-mujer>
130. Gamba S. Feminismo: historia y corrientes. *Mujeres en Red Periódico feminista [Internet].* 2008;8. Available from: <https://www.mujiresenred.net/spip.php?article1397>
131. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2021 Feb;1486(1):90–111.
132. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry.* 2020 Aug;66(5):504–11.
133. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 Aug;88:901–7.