

Consideraciones sobre el liderazgo médico

Enrique Santiago López-Loyo

El liderazgo del médico en el mundo contemporáneo ha trascendido en su contexto para asegurar una atención médica de calidad basada en su desarrollo profesional tradicional, considerando solo la capacidad técnica y académica. Ha habido una variación en la calidad del liderazgo entre las organizaciones corporativas, que ha conducido a fallos catastróficos en los estándares de atención que reciben los pacientes. Aunque hay una vinculación del liderazgo clínico con el rendimiento de las unidades, se promueve que esto se complemente con sus papeles de gerencia comenzando desde edades tempranas y continuando a lo largo de sus carreras. Este papel debe garantizarse en todo el sistema de salud, para que los médicos sean capaces de desarrollar valores personales y profesionales sólidos, al igual que una amplia variedad de habilidades no técnicas que les permitan mantener el liderazgo más allá de las fronteras profesionales, con una clara comprensión del entorno cada vez más complejo en el que se brinda la atención médica del siglo XXI. Para desarrollar todos estos atributos se requiere la aplicación de sofisticadas y diversas metodologías de aprendizaje, las cuales

incluyen la mentoría, el coaching, el aprendizaje activo, el *networking*, además del uso racional de herramientas de inteligencia artificial (1).

Es fundamental la aplicación apropiada de los conceptos modernos de liderazgo en los procesos formativos del recurso humano en la medicina, lo cual es considerado determinante para el logro de buenos resultados educativos y en los aspectos clínicos en hospitales universitarios. El liderazgo en medicina y su orientación en la educación médica no ha sido suficientemente expandido en todos los continentes y el éxito en su aplicación va a depender del conocimiento de cada país con sus particularidades y de la aplicación de resultados de investigaciones originales para lograr un adecuado desarrollo curricular sobre el tema en el contexto nacional y local, sin perder de la mira la perspectiva global. El liderazgo no solo debe estar supeditado a los profesionales de la salud especialistas en gerencia o administración sanitaria, sino que cada egresado de la carrera médica debe contar con una formación básica como instrumento para su ejercicio futuro (2).

La práctica de la medicina ha ido aumentando su poder político en las sociedades contemporáneas. Por ello destacan los fenómenos de sectorización de la salud, en aspectos como lo que se dado en llamar “la invención de la infancia”, el uso de los conceptos de la familia, la promoción de la higiene, el desarrollo conceptual de la salud pública, la creación y el diseño del hospital moderno, los conceptos de

ORCID 0000-0002-3455-5894

Editor en Jefe de la Gaceta Médica de Caracas. Individuo de Número Sillón XXXI de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, Caracas 1012, Venezuela. E-mail: lopezloyoe@gmail.com

la tercera edad, los principios de salubridad de los espacios urbanos, hasta llegar a la práctica de campañas médicas sectorizadas a las clases populares, entre otros aspectos. Como resultado lógico de estos procesos, se ha llegado a una medicalización absoluta de la sociedad y a la identificación completa del problema de la salud en conjunción con los intereses de la economía. De allí han surgido los programas de asistencia y seguridad social. Todo termina sumergido en los vaivenes racionales del mercado y en los patrones de consumo que este genera. Esto ha llevado a que los sistemas de atención den prioridad a un proceso gradual de evaluación de los pacientes con citas ya tardías a la evolución natural de las enfermedades. Alejan las citas médicas de forma irracional al punto de que cuando llegan al nivel de atención especializada con complementación de estudios imagenológicos e intervencionistas de alta precisión, el paciente está en una situación de agravamiento de su cuadro clínico y por este motivo se realizan en la práctica cada vez más tardíos los diagnósticos (3).

Por otra parte, los médicos como dirigentes sociales han sido utilizados en tareas de carácter político disfrazados de elementos de refuerzo en países con supuestos problemas de cobertura de ese recurso humano en sus sistemas de atención, sobre todo en zonas de difícil acceso geográfico. Esa utilización de contingentes de médicos como agentes ideológicos con función de motorizar programas sociales se ha descrito con el objetivo de servir de inductores de transformación de conductas de pensamiento político. En este caso, la formación de esos profesionales de la salud se orienta a darle prioridad a la atención directa de las comunidades y también incluye profesionales de la odontología y bioanalistas, entre otros. Estos grupos son trasladados bajo contratación directa con los estados que ofertan el servicio y en muchos casos hay denuncias de que se trata de un “esclavismo moderno” porque del total de la remuneración contratada, el profesional recibe una mínima parte del sueldo. Este modelo puede funcionar en poblaciones apartadas de los centros urbanos y en conglomerados o barrios de la periferia de las grandes ciudades. En los países donde se ha establecido este sistema de “asistencia” se han producido acusaciones de injerencia de factores externos en las decisiones propias de cada país, donde chocan aspectos de

culturas e idiosincrasias a veces antagónicas. El médico en algunos contextos sociales, sobre todo en países poco desarrollados, mantiene un liderazgo en la orientación de las comunidades, muy a la par con los liderazgos religiosos que actúan en el mismo entorno geográfico.

Los líderes médicos deben llevar adelante actividades generales de gestión y liderazgo, y deben procurar un equilibrio entre la gestión y la medicina, ya que estos médicos deben cumplir con los objetivos tanto de la organización como del personal médico. Para un desempeño eficaz, la credibilidad entre sus colegas médicos resulta ser un factor muy importante, seguido de una demostración de numerosas áreas de conocimiento, habilidades y actitudes. Se han identificado como barreras la ambigüedad de papeles y la falta de tiempo y apoyo al trabajo en equipo. Hay una reasignación de tareas fundamentales para la labor profesional médica; sin embargo, se pueden generar confusiones sobre dónde terminan y comienzan los papeles del médico y del gerente. En lo que sí existen opiniones muy claras es en la comparación que se realiza entre los resultados de la gestión de un médico al frente de la gerencia en relación con la labor de un profesional de la administración gerencial. El profesional de la administración se orienta a la obtención de buenos resultados financieros de las corporaciones, pero el médico busca en todo momento un punto medio de las políticas administrativas que den prioridad a la calidad y cobertura eficiente de la atención de los pacientes (4).

En el transcurso de las carreras médicas, tradicionalmente la enseñanza del principio de liderazgo no ha formado parte del desarrollo de las competencias tanto académicas como técnicas. Se requiere promover reformas en el perfil formativo de los futuros profesionales de la salud como una respuesta a los desafíos del sistema y a las mejoras en la salud pública. El ser médico requiere el manejo óptimo de la gestión profesional y de un liderazgo sólido, por lo cual la educación médica tiene la necesidad de transferir competencias a la comunicación y crear individuos con pensamiento crítico. Los estudiantes de medicina deben desarrollar habilidades para abordar y resolver conflictos, aprender a compartir ese liderazgo, preparar a otros para ayudarlos y reemplazarlos, así como

asumir la responsabilidad en equipo y discutir su desempeño para perfeccionarlo (5).

REFERENCIAS

1. Warren OJ, Carnall R. Medical leadership: Why it's important, what is required, and how we develop it Postgraduate Medical Journal. 2011;87:27-32.
2. Sánchez Mendiola M. Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? Investig Educ Méd. 2015;14(14):99-107.
3. Castro Orellana R. Capitalismo y medicina: los usos políticos de la salud. Cienc Politi. 2009;4(7).
4. Berghout MA, Fabbriotti IN, Buljac-Samardžić M, Hilders CGJM. Medical leaders or masters?—A systematic review of medical leadership in hospital settings. PloS One. 2017;12(9):e0184522.
5. Chen TY. Medical leadership: An important and required competency for medical students. Tzu Chi Med J. 2018;30(2):66-70.

Considerations on medical leadership

Enrique Santiago Lopez-Loyo

Physician leadership in the contemporary world has transcended its traditional context of ensuring quality healthcare, which was based solely on professional development that considered only technical and academic ability. There has been a variation in the quality of leadership across corporate organizations, which has led to catastrophic failures in the standards of care received by patients. Although clinical leadership is linked to unit performance, it is encouraged to complement this with their management roles, beginning at an early age and continuing throughout their careers. This role must be guaranteed throughout the healthcare system, so that physicians are able to develop strong personal and professional values, as well as a wide variety of non-technical skills that allow them to maintain leadership across professional boundaries, with a clear understanding of the increasingly complex environment in which 21st-century healthcare is provided. Developing all these attributes requires the application of sophisticated and diverse learning methodologies, including mentoring, coaching, active learning, networking, and the rational use of artificial

intelligence tools (1). The appropriate application of modern leadership concepts in the training of medical personnel is essential, as it is considered crucial for achieving good educational and clinical outcomes in university hospitals. Leadership in medicine and its focus on medical education have not been sufficiently expanded across all continents. The successful application of this approach will depend on understanding each country's particularities and applying original research results to develop adequate curricula in the national and local context, while maintaining a global perspective. Leadership should not only be subordinated to health professionals specializing in health management or administration, but every medical graduate must have basic training as a tool for their future practice (2).

The practice of medicine has been increasing its political power in contemporary societies. For this reason, the sectorization of health care is prominent, in aspects such as what has been called "the invention of childhood," the use of concepts of family, the promotion of hygiene, the conceptual development of public health, the creation and design of the modern hospital, concepts of the elderly, principles of urban health, and even the implementation of targeted medical campaigns for the working class, among others. As a logical result of these processes, we have reached an absolute medicalization of society and a complete identification of the health problem in conjunction with economic interests. From this, social security and assistance programs

ORCID: 0000-0002-3455-5894

Chief Editor of the Gaceta Medica de Caracas. Chair Number Individual XXXI of the National Academy of Medicine of Venezuela, Caracas 1012, Venezuela. E-mail: lopezloyoe@gmail.com

have emerged. Everything ends up submerged in the rational fluctuations of the market and the consumption patterns it generates. This has led healthcare systems to prioritize a gradual process of assessing patients with appointments that are already overdue, based on the natural evolution of their illnesses. They irrationally postpone medical appointments to the point that by the time they reach specialized care with the addition of high-precision imaging and interventional studies, the patient's clinical condition worsens. For this reason, diagnoses are made increasingly late in practice (3).

Furthermore, physicians as social leaders have been utilized in political tasks, often disguised as reinforcements, in countries with purported coverage gaps of this human resource in their healthcare systems, particularly in areas with difficult geographical access. This use of contingents of physicians as ideological agents with the function of driving social programs has been described as serving as inducers of the transformation of political thought behaviors. In this case, the training of these health professionals is oriented to prioritize direct care of communities and also includes dental professionals and bioanalysts, among others. These groups are transferred through direct contracts with the states providing the service. In some cases, concerns have been raised regarding the total contracted compensation, as professionals may receive only a small portion of their salary. This model can work in populations far from urban centers and in conglomerates or neighborhoods on the outskirts of large cities. In countries where this "assistance" system has been established, accusations of interference from external factors in each country's own decisions have arisen, where aspects of cultures and idiosyncrasies, sometimes antagonistic, collide. In some social contexts, especially in underdeveloped countries, physicians maintain leadership in guiding communities, much like religious leaders operating in the same geographical area.

Medical leaders must carry out general management and leadership activities. They must strive to strike a balance between management and medicine, as these physicians must meet the objectives of both the organization and the medical staff. For effective performance, credibility

among medical colleagues is a very important factor, followed by a demonstration of numerous areas of knowledge, skills, and attitudes. Role ambiguity and a lack of time and support for teamwork have been identified as barriers. There is a reassignment of fundamental tasks for professional medical work; however, confusion can arise about where the roles of the physician and the manager end and begin. However, there are very clear opinions regarding the comparison between the results of a physician's management role and those of a managerial administration professional. Administration professionals are oriented toward achieving good financial results for corporations, but physicians constantly seek a compromise in administrative policies that prioritize quality and efficient patient care (4).

In medical careers, teaching the principles of leadership has traditionally not been part of the development of both academic and technical competencies. Reforms in the training profile of future health professionals are needed as a response to the challenges of the system and improvements in public health. Being a doctor requires optimal professional management and strong leadership, so medical education needs to transfer communication skills and develop critical thinking skills. Medical students must develop skills to address and resolve conflicts, learn to share leadership, prepare others to assist and replace them, and assume team responsibility, discussing their performance to improve it (5).

REFERENCES

1. Warren OJ, Carnall R. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it *Postgraduate Medical Journal*. 2011;87:27-32.
2. Sánchez Mendiola M. Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? *Investig Educ Méd*. 2015;4(14):99-107.
3. Castro Orellana R. Capitalismo y medicina: los usos políticos de la salud. *Cienc Politi*. 2009;4(7).
4. Berghout MA, Fabbriotti IN, Buljac-Samardžić M, Hilders CGJM. Medical leaders or masters?—A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PloS One*. 2017;12(9):e0184522.
5. Chen TY. Medical leadership: An important and required competency for medical students. *Tzu Chi Med J*. 2018;30(2):66-70.