



ARTÍCULO ESPECIAL

Educar en liderazgo: requisito y reto del internista actual

D. Real de Asúa

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

Recibido el 5 de enero de 2011; aceptado el 10 de enero de 2011

Disponible en Internet el 4 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Liderazgo;
Empatía;
Comunicación
emocional

Resumen El liderazgo es la capacidad de guiar adecuadamente a un equipo, de conseguir que éste desarrolle completamente un proyecto. Ser líder supone desarrollar una gran capacidad de escucha activa y ejercitar habilidades comunicativas. Significa trabajar en equipo y facilitar ese trabajo. Exige un profundo autoconocimiento, junto a una buena carga de humildad y coherencia interna. Es necesaria la existencia de líderes en la práctica habitual de la medicina interna, porque el desarrollo de habilidades de liderazgo mejorará la relación médico-paciente y las relaciones entre profesionales. Si bien no todos estamos llamados a liderar equipos de trabajo, sí creo que todos estamos obligados a ejercitar muchas de las habilidades que debe tener un líder.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Leadership;
Empathy;
Nonverbal
communication

Education in leadership: a need and a challenge of the modern internist

Abstract Leadership is the ability to guide a team adequately, to ensure that it will be able to completely develop a given project. Being a leader means having the capacity of active listening and exercising a wide variety of communicational aptitudes. Leading means working together, and facilitating that work. A leader needs to have in-depth self-knowledge as well as a good share of humility and internal coherence. The development of many of these features is essential to ameliorate both patient-doctor relationships and professional relationships in the modern day-to-day medical practice. Even though not all of us are destined to lead work teams, there is a common obligation to exercise many of the skills that a leader should have.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

He tenido la oportunidad de participar en la reunión *Rising Stars* para la formación de jóvenes líderes, organizada por la SEMI. Reconozco que antes de acudir a la cita necesité refrescar el sentido de la palabra «liderazgo». La definición académica de liderazgo es aquella condición del líder, una

persona a la que un grupo sigue porque es reconocido como guía¹. Y guiar, entre las acepciones habitualmente admitidas consiste en ayudar a que otros mantengan su camino y que desarrollen completamente un proyecto vital. Lejos de esta definición, los primeros sinónimos de la palabra «líder» que suelen venir a la cabeza podrían ser los de jefe, experto o persona de referencia, tanto desde el punto de vista organizativo como en el ámbito científico. Grandes

Correo electrónico: diego.realdeasua@gmail.com

políticos del siglo pasado también pensaron de esta manera. Así, Dwight D. Eisenhower, presidente de Estados Unidos desde 1953 hasta 1961, entendía por liderazgo aquel arte «de conseguir que otra persona haga algo que tú quieres porque él quiere hacerlo». Sin embargo, con más frecuencia de la que uno espera, estos sinónimos se alejan en mayor o menor medida de la definición inicialmente propuesta. Por este motivo, fui a la reunión con varias preguntas: ¿en qué consiste eso de ser líder «sobre el terreno»?, ¿qué habilidades o aptitudes lo definen?, ¿podría cualquiera ser un líder?, ¿es necesario que existan líderes de la medicina interna? Las reflexiones que siguen son mi resumen personal de los distintos puntos de vista ofrecidos en aquella jornada.

El liderazgo en la relación médico-paciente

El arte de liderar, de actuar como guía, cobra matices muy distintos en función del escenario en que se realiza. Desde el punto de vista de la relación con el paciente, la necesidad de desarrollar y ejercitar habilidades de liderazgo es, indudablemente, cada vez más acuciante. La sociedad actual está asentada sobre el pluralismo cultural y sobre los principios intrínsecamente personales, de autonomía y libertad². Esta concepción se aleja de la mantenida tradicionalmente en la relación médico-paciente, en la que primaba el paternalismo, fundado sobre el principio de beneficencia³. Actualmente, la sociedad demanda de un buen médico, con una actitud abierta, dialogante y deliberativa. Precisamente en este contexto se demuestran y ejercitan al máximo las habilidades del líder. Las primeras características que debe desarrollar un buen líder son la escucha activa y la observación atenta. Michael Ende describió con excepcional sensibilidad en qué consiste la escucha activa: «*Lo que la pequeña Momo sabía hacer como nadie era escuchar, [...] sabía escuchar de tal manera que a la gente tonta se le ocurrían, de repente, ideas muy inteligentes [...] simplemente estaba allí y escuchaba con toda su atención*»⁴. Si se realizan de esta manera, la atención y la escucha vertebran el proceso de comunicación eficaz, eje del liderazgo.

El objetivo principal del internista, recogido en el lema de la SEMI, es ofrecer una atención integral a la persona enferma. Esta intención se recoge asimismo en la primera línea del programa formativo para médicos residentes elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad⁵. Esa meta pasa por la promoción y el ejercicio de unas habilidades de comunicación que, más allá del conocimiento científico, guíen, conduzcan y acompañen a la persona a lo largo de su proceso de enfermedad. En muchas ocasiones, el aspecto más importante que los pacientes confían en su médico no es su salud, sino su mundo emocional. Los actuales usuarios de los sistemas sanitarios buscan líderes que los atraigan emocionalmente, más que los convenzan racionalmente. Sin embargo, pese a su papel trascendental en la relación clínica, la comunicación se puede mostrar inefectiva en cerca de la mitad de los contactos que mantiene el médico con el paciente⁶. Por ello, además de una virtud, la empatía debe ser una actitud a transmitir a los residentes. Según la Comisión Nacional de la Especialidad tanto «la formación de profesionales que valoren la visión que el enfermo

tiene de su enfermedad» como «aprender la importancia que tiene la relación médico-paciente y formar profesionales con habilidades comunicativas» son objetivos fundamentales del periodo de residencia⁵. Por tanto, el ejercicio de la empatía y la búsqueda de un constante desarrollo de habilidades de comunicación, como aptitudes primeras del liderazgo, son esenciales en la práctica clínica habitual.

El liderazgo en las relaciones profesionales

Desde el punto de vista de la relación con el resto de los profesionales, la promoción de habilidades de liderazgo es importante. Otra característica esencial del líder es la capacidad de establecer equipos de trabajo en los que reine la cordialidad y el buen humor, en los que el individuo pueda divertirse trabajando. A través de fomentar relaciones personales individualizadas nace una nueva orientación de las relaciones profesionales, enmarcada dentro del concepto de «team-building»⁷. El objetivo de estas estrategias es promover la participación de todos los integrantes del equipo y facilitar el trabajo conjunto de manera eficaz, hasta convertir los grupos en unidades bien cohesionadas. Estas estrategias se aplican de manera habitual en empresas de muy diversos sectores. En esta misma línea de pensamiento, el Dr. Jonas Ridderstale, experto en modelos organizativos para la *Ashridge Business School*, defiende la necesidad de trabajar el capital emocional de un grupo para alcanzar mayores metas⁸. Este concepto lo define con la siguiente ecuación: «Talento = capital intelectual + capital social + capital psicológico» y asegura que para alcanzar el éxito en un proyecto no sólo es importante saber cómo ni quién debe hacerlo, sino que además es imprescindible transmitir la actitud necesaria para poder hacerlo. Pese a que la manera de fabricar un ambiente laboral cálido puede variar, qué duda cabe que esta habilidad del liderazgo no sólo está al alcance de todos, sino que también debería ser exigible a todos.

La promoción individual de todos y cada uno de los componentes de un grupo debería llevar a un cambio completo en el modelo organizativo, que supone la transformación de las actuales jerarquías en «redarquías»⁹. Las redarquías establecen un orden alternativo en las organizaciones. Un orden no necesariamente basado en el poder y la autoridad formal, sino en las relaciones de participación y los flujos de actividad que, de forma natural, surgen en las redes de colaboración, basadas en el valor añadido de las personas, la autenticidad y la confianza⁹. Esta evolución implica sustituir los antiguos organigramas verticales por pequeños «planos de metro» organizativos. Además este concepto no es sólo aplicable dentro de los pequeños grupos de trabajo, sino que el internista, «en su función de integración y armonización de la práctica clínica»⁵, está llamado a actuar como coordinador de la atención al paciente. Desde esta óptica, una atención global sólo es posible a través de la formación y fortalecimiento de redes multidisciplinares de trabajo, cuya dirección en base a esa visión más amplia de los problemas de salud puede recaer en muchas ocasiones sobre los internistas. Por tanto, es una cualidad y una necesidad del líder el desarrollo de las suficientes habilidades sociales como para promover y apoyar nuevas estructuras dinámicas de trabajo. La actual definición de liderazgo no se basa en la imposición

de criterios, sino en la búsqueda de una visión compartida. Si en la relación médico-paciente destaca la importancia de la empatía y de las habilidades comunicativas, en las relaciones profesionales con compañeros se deben desarrollar a partes iguales el sentimiento de equipo, potenciar la autoestima individual y el interés por una meta común. Para ello es preciso fomentar el diálogo, la confianza y la seguridad de cada uno de los componentes del mismo, lo que exige dosis equipotentes de paciencia y de una profunda capacidad de autoanálisis y reflexión por parte de todos. Todas estas características, atribuibles a un buen líder, pueden y deben ser desarrolladas individualmente en la práctica habitual.

Dificultades del cambio y habilidades del líder

El progresivo desarrollo de estas habilidades y el ejercicio de las virtudes asociadas, entendido como compromiso global de los internistas, por supuesto, no será fácil. Gestionar los cambios, grandes o pequeños, dentro de un grupo también es tarea del líder. Las transiciones son costosas. La pérdida de un determinado «status quo» genera una resistencia en los miembros del grupo, que conlleva indefectiblemente la pérdida de interés por un proyecto concreto. En esta misma línea, existe un dicho de la sabiduría popular que recomienda «no cambiar el caballo ganador», no abandonar un método de trabajo cuando funciona bien. Sin embargo, esta actitud puede facilitar el caer en el conformismo cuando las cosas funcionan bien. Los principales motivos de fracaso de un proyecto pueden ser la falta de un objetivo evidente y la falta de concordia y de unidad. Es misión del líder el derrocar esta actitud, porque no sólo se puede, sino que se debe promover el cambio, incluso en momentos favorables, de cara a tender a la excelencia. Aristóteles defiende, en su *Ética a Nicómaco*, que el objetivo de las relaciones humanas –de la ética– no es alcanzar lo bueno, sino lo óptimo¹⁰. Para ello, del líder no sólo se espera un alto grado de autoconfianza y de confianza en el proyecto; sino que también se le exige compromiso, pasión por una meta, determinación para iniciar y continuar un camino, y resistencia y disposición para vencer los obstáculos. Sin embargo, todo esto no se puede alcanzar sin un profundo autoconocimiento, sin el desarrollo de mecanismos de resistencia a la frustración y sin situar a la humildad como punto de partida. Por este motivo, quizás sean la humildad y la coherencia dos de las virtudes más admiradas de un líder.

El reto de la medicina interna del siglo xxi: educar en liderazgo

¿Qué estrategias se deben promover para hacer más atractiva nuestra especialidad?¹¹⁻²⁰ Entre las más destacadas se mencionaron las siguientes:

- El reconocimiento de los internistas como promotores de la eficiencia asistencial, en el contexto de la creación, coordinación y liderazgo de equipos multidisciplinares. Esto permitiría también «recuperar» determinadas parcelas de trabajo dentro del hospital.

- En este mismo ámbito, es necesario potenciar la creación de áreas específicas de capacitación, así como aumentar las competencias básicas de la especialidad. Por este motivo, es absolutamente primordial la educación en habilidades de comunicación y liderazgo, convirtiéndose éstas en uno de los grandes objetivos pendientes de los próximos años.
- La imperiosa necesidad de sustituir el actual modelo de carga asistencial. La búsqueda de un nuevo modelo que facilite y promocione el desarrollo de la investigación y la docencia empieza a convertirse en imprescindible. Para promover este cambio es esencial la formación de nuevos y buenos líderes.
- La búsqueda de un mayor reconocimiento social por parte de la población general. En la medida en que los internistas seamos capaces de ser garantes «efectivos» de TODOS los problemas de nuestros pacientes, es probable que crezca el reconocimiento de la especialidad. Esta es nuestra próxima tarea.

Conclusiones

Tras este resumen me gustaría volver a las preguntas iniciales, para intentar darles respuesta:

- Es necesaria la existencia y la presencia de líderes en la práctica habitual de la medicina interna, porque el desarrollo de habilidades de liderazgo mejorará la relación médico-paciente y las relaciones entre profesionales;
- Ser líder supone una gran capacidad de escucha activa y ejercitarse amplias habilidades comunicativas; significa trabajar en equipo y facilitar ese trabajo; exige un profundo autoconocimiento, junto a una buena carga de humildad y de coherencia interna, y
- Si bien no todos estamos llamados a liderar equipos de trabajo, sí creo que todos estamos obligados a ejercitarse muchas de las habilidades propias del líder. Lo que es más importante aún, no sólo su desarrollo debe ser exigible a los internistas, sino que la educación en éstas a nuestros futuros residentes será imprescindible para que la Medicina Interna, con mayúsculas, ocupe en el siglo xxi la posición central de liderazgo que todos esperamos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia Española. 22.^a edición [consultado 2/12/2010]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
2. Gracia D. *Como arqueros al blanco*. Madrid: Triacastela; 2006.
3. Rothman D. *Strangers at the bedside*. Nueva York: Basic Books; 1991.
4. Ende M. *Momo*. Madrid: Alfaguara; 2006.
5. Anexo a la Orden SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. BOE del 7 de febrero de 2007. p. 5755-59.

6. Olson DP, Windish DM. Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients. *Arch Intern Med.* 2010;170:1302–7.
7. Free Management Library [consultado 2/12/2010]. Disponible en: http://managementhelp.org/grp_skll/teams/teams.htm.
8. Ridderstrale J, Nordström KA. *Funky business*. Madrid: Pearson Educación; 2000.
9. Cabrera J. Redarquia: El nuevo orden emergente en la era de la colaboración [consultado 2/12/2010]. Disponible en: <http://blog.cabreramc.com/2009/11/01/redarquia-el-nuevo-orden-emergente-en-la-era-de-la-colaboracion/>.
10. Aristóteles. Ética a Nicómaco [consultado 2/12/2010]. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=767>.
11. García-Alegría J, Conthe-Gutierrez P. Orientación estratégica de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2011;211:46–51.
12. Barba Martín R, Marco Martínez J, Losa García JE, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A. Análisis de dos años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del sistema nacional de salud. *Rev Clin Esp.* 2009;209:459–66.
13. Jiménez Puente A, García-Alegría J, Lara-Blanquer A. Sistemas de información para clínicos. I. Cómo conocer qué tipo de pacientes se atienden en nuestros hospitales. *Rev Clin Esp.* 2010;210:298–303.
14. Jiménez Puente A, García-Alegría J, Lara-Blanquer A. Sistemas de información para clínicos. II. Cómo analizar la eficiencia y calidad de la asistencia intrahospitalaria. *Rev Clin Esp.* 2010;210:350–4.
15. Rodríguez-Montes JA. Decadencia del arte clínico y auge de la medicina high-tech. *Rev Clin Esp.* 2009;209:107–9.
16. Sopeña B. El método de Sherlock Holmes en la era “high tec”. *Rev Clin Esp.* 2010;210:369–70.
17. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R. Benchmarking entre servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2010;209:107–9.
18. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010;210:209–15.
19. Pujol Farriols R. ¿Están nuestros residentes “quemados”? *Rev Clin Esp.* 2010;210:227–9.
20. Arnalich Fernández F. Adaptación del nuevo Grado en Medicina al Espacio Europeo de Educación Superior. ¿Cuál ha sido la aportación de Bolonia? *Rev Clin Esp.* 2010;210:262–7.