

Liderazgo en medicina: uniendo competencias sociales a valores morales

Leadership in medicine: linking soft skills o moral values

Antonio Marturano

Resumen

El liderazgo en medicina es todavía un campo poco explorado en Italia; mientras este tema es de creciente importancia global en el ámbito del cuidado de la salud, su impacto en el área académica Italiana aún está limitado a enfermería, y solamente algunos cursos están disponibles. A nivel mundial, el liderazgo en el cuidado de la salud se iguala a poseer habilidades de competencia social; por el contrario, en Italia, los eruditos aún ligan el liderazgo con habilidades técnicas. En este documento, nos proponemos abordar el problema del liderazgo en medicina de una manera más general: la creciente complejidad de actividades administrativas en el cuidado de la salud pone nuevos retos a la profesión médica, que hoy en día requiere no solamente poseer competencias sociales, sino también habilidades en la implementación organizacional, social y de valores profesionales, que necesitan una conciencia moral basada en un liderazgo en transformación.

Departamento de Historia, Patrimonio Cultural, Educación y Sociedad, Universidad de Roma, Tor Vergata.

Publicado por la revista *Medicina e Morale*. La traducción no fue revisada por el autor.

Recibido el 30 de enero de 2019. Aceptado el 12 de febrero de 2019.

Palabras clave: liderazgo en medicina, competencias sociales, ética de liderazgo, liderazgo transaccional y en transformación.

1. Introducción: El surgimiento del liderazgo en medicina

El estudio de liderazgo es una disciplina de creciente importancia en muchos sectores profesionales, y es de una creciente importancia académica hoy en día [1]. El estudio del liderazgo en medicina ha iniciado hace poco a tomar su lugar como un término médico común [2]. Como Dowton lo advirtió desde hace algunos años, “el liderazgo ha recibido poca atención en [...] literatura médica arbitrada.” [3]. Las cosas han cambiado: la literatura de liderazgo en medicina ha aumentado dramáticamente en años recientes. El interés en el liderazgo en medicina fue disparado por el cambio en el clima organizacional: desde las formas anticuadas a las nuevas formas de gobierno [4:2], que llevó a una creciente participación de los médicos no solamente en administración general [5], sino que también por el desplazamiento de la Práctica General (a menudo referida como “medicina de cabecera”) hacia la forma más centralizada de prestación de la atención médica tal como la medicina hospitalaria [2]. Al mismo tiempo, “surgen nuevos retos de salud. Nuevos riesgos de infecciones, medioambientales, y de comportamiento, en tiempos de rápido crecimiento y transiciones demográficas y epidemiológicas, amenazan la seguridad de salud de todos. Los sistemas de salud a nivel mundial están luchando por mantenerse, a medida que se vuelven más complejos y costosos, imponiendo demandas adicionales en los trabajadores de la salud” [6].

El liderazgo, en esos países pioneros (tales como el Reino Unido y los Estados Unidos de América) que están enfrentando cambios en el Sistema Nacional de Salud, parece que están equiparando el liderazgo a habilidades diferentes de las que son solamente

habilidades médicas prácticas; en otros países más tradicionales, tales como Italia, el liderazgo en medicina parece generalmente que aún se equipara con habilidades técnicas.¹ De acuerdo con Warren y Carnall, “el buen liderazgo médico es vital para proveer un cuidado de salud de alta calidad,² y aun así el progreso en la carrera médica ha tradicionalmente visto el liderazgo con poca credibilidad comparativamente con las habilidades técnicas y académicas” [7].

De hecho, el liderazgo en medicina no se refiere a habilidades técnicas, que son las habilidades específicas de un médico profesionalmente entrenado, sino que, de acuerdo con la idea general dominante del liderazgo, ello involucra aspectos organizacionales (tales como una relación líder-seguidores) y las así llamadas competencias sociales (tales como la persuasión, motivación, negociación, redes sociales, y así sucesivamente)³ a través de todas las profesiones médicas [8] [9]. En efecto, sin estas habilidades sociales, la aptitud técnica y la inteligencia empresarial no valen mucho si los líderes no tienen habilidades para ejecutarlas; en otras palabras, las competencias sociales son necesarias en apoyo al profesionalismo existente, a fin de lograr un liderazgo [10].

En su discurso de James Mackenzie 2010, Sir Lewis Ritchie argumenta los rangos de importancia del liderazgo desde la práctica general a la enfermería y hasta los servicios hospitalarios. Sin embargo, “la consulta de pacientes se mantiene en el centro de la práctica clínica, pero ahora está siendo dada en diferentes formas, bajos nuevos arreglos, y por un equipo creciente de profesionales de la salud. El potencial excepcional de la práctica general continua desenvolviéndose, incluyendo cuidados anticipados y promoción de la salud, adicionalmente a nuestro rol tradicional de aliviar el sufrimiento, el dolor, y la angustia” [11]. De acuerdo con Frenk y otros autores (*et alii*), “todo profesional de la salud en todos los países deberá ser educado para movilizar el conocimiento, y para involucrarse en razonamiento crítico y en conducta ética, a fin de que sea competente para participar en sistemas de salud centrados en el paciente y la población, como miembros de equipos local-

mente responsivos y globalmente conectados” [6]. En otras palabras, el liderazgo en medicina deberá incluir la idea de una medicina centrada en la persona, en la cual el elemento moral es un ingrediente fundamental, como lo sugiere Ramsey [12], y es tan importante como las competencias sociales, como lo discutiremos al final de este documento.

2. Definiciones de liderazgo y de competencias sociales

Mientras que la literatura sobre liderazgo en medicina se enfoca básicamente en las competencias sociales, la naturaleza misma (ejemplo: “el problema de definición”) del liderazgo es todavía un asunto controvertido.⁴ John Nye experto en liderazgo político [14: x], declara que has cerca de 211 diferentes definiciones de liderazgo (de la literatura de los Veintes a los Noventas del siglo pasado). Por otro lado, Rost, un crítico académico de los estudios de liderazgo, concluye que, viendo la prensa popular, el liderazgo es una palabra “candente”, la cual “ha llegado a significar toda clase de cosas para toda clase de gente” [15:7]. Peter Drucker, uno de los pioneros de los estudios en administración, declaró su famosa expresión “La única definición de un líder es alguien que tiene seguidores. Algunas personas son pensadores. Algunas son profetas. Ambos roles son importantes y muy necesarios. Pero sin seguidores no puede haber líderes” [16]. En tanto es controversial, la definición propuesta es formalmente correcta: lo que sea que queramos decir con funciones de liderazgo en una profesión en particular (o en un ambiente de liderazgo), el liderazgo se dispara únicamente cuando alguien obtiene seguidores: sin seguidores no hay liderazgo. Podemos llamar a esta definición “una definición de liderazgo mínima” [17]; cualquier aplicación de liderazgo en un campo en particular hace surgir habilidades específicas que caracterizan a un líder en ese profesionalismo en particular. Así como Warren Bennis, uno de los pioneros en estudio de liderazgo, explicaba « Hasta cier-

to punto, el liderazgo es como la belleza. Es difícil de definir, pero lo reconoces cuando lo ves» [18]. John Kotter, [19] profesor de la Escuela de Negocios de la Universidad de Harvard, define el liderazgo por lo que los líderes hacen: asumen el cambio, establecen la dirección, alinean gente que participe en esa nueva dirección, y motivan a la gente. La misma dificultad se encuentra cuando alguien intenta definir el liderazgo clínico en medicina. De acuerdo con LAI y otros, el concepto de liderazgo clínico puede ser definido en una variedad de formas; y mientras la definición estándar de liderazgo clínico, que está absolutamente de acuerdo en su significado, no es crucial para el progreso y es probable que sea difícil, es útil considerar las diferentes formas en que el liderazgo clínico es conceptualizado y presentado en la literatura. Mientras que el liderazgo clínico efectivo ha sido ofrecido como una manera de asegurar un cuidado óptimo y superar los problemas del área de trabajo clínico, una definición estándar de lo que define un liderazgo clínico efectivo se mantiene esquivo” [20].

Los “problemas de definición” concuerdan también con cómo se desmarca el liderazgo de la administración. Esto es un delicado debate en los estudios de liderazgo discutidos desde su infancia, y aun así no has un punto de vista concordante en lo que los administradores o líderes deben de hacer y que necesitan hacer. De acuerdo con G. Salaman, “nunca podrá haber, puesto que tales definiciones no surgen de requerimientos organizacionales o técnicos (que ellos mismos son producto de la teoría administrativa de la organización), sino que surge de las formas cambiantes en que a lo largo del tiempo estas funciones han sido conceptualizadas de maneras diferentes” [21]. Por el contrario, en su documento fundamental, A. Saleznik distingue claramente líderes de administradores, de acuerdo con sus tareas y sus roles en las organizaciones: Estos últimos tratan con las tareas rutinarias del día a día, que están ligadas a su rango organizacional, “asegurándose de que el negocio diario de la organización sea realizado” [22]. Por otro lado los líderes, “adoptan actitudes activas personales, hacia los objetivos. Ellos

buscan oportunidades potenciales y recompensas que yacen a la vuelta de la esquina, inspirando a sus subordinados, y disparando el proceso creativo con su propia energía” [22]. John P. Kotter también agrega otros dos elementos que nos ayudan a distinguir entre líderes y administradores: “La administración trata acerca de ajustarse con la complejidad” [19]; su alcance es traer un grado de orden y consistencia a las dimensiones organizacionales clave. “El liderazgo, en contraste, trata acerca de ajustarse al cambio” [19], tal como el cambio en la estructura propia de las organizaciones, que necesita encajar con nuevas condiciones sociales y económicas y con el cambio tecnológico. Estas diferentes funciones, de acuerdo con Kotter, perfilan las actividades características de la administración y el liderazgo. Lewis Richie define el liderazgo más ampliamente como «la habilidad para influenciar y motivar a la gente» y describe a los líderes como gente que “afrenta el cambio, ellos establecen una visión y una dirección, y estimulan a los miembros del equipo a seguir esa visión” [11]. De acuerdo con Rughani y otros, “Richie hace una conexión entre el profesionalismo (médico) y el liderazgo, y debemos pensar en esto como algo que está entrelazado con el liderazgo, siendo ambos parte del comportamiento profesional central, y un impulsor de su reforma continua” [23].

En resumen, la administración parece ligada a competencias rutinarias relacionadas con el rol de una persona dentro de una organización, con el objetivo de mantener aceite la maquinaria organizacional, mientras que el liderazgo está más relacionado con la visión, el cambio⁵ y el factor humano en una organización. Sin embargo, la naturaleza cambiante de los retos encarados por las sociedades del siglo XXI impulsan nuevos enfoques a la gobernanza y al liderazgo; Kickbusch y Gleicher sostienen que «la salud es únicamente un reto, y no siempre se le da prioridad. Sin embargo, la mayoría de estos retos tienen efectos significativos en la salud, que no han sido suficientemente tomados en cuenta hasta ahora. Los retos incluyen *shocks* sistémicos, tales como desastres naturales y el brote de enfermedades, así como procesos de largo plazo, tales como la urba-

nización, transiciones demográficas y epidemiológicas, inseguridad en la alimentación, cambio climático y las crecientes disparidades económicas» [4: VII-VIII].

Lo que es muy importante es que recientemente la literatura sobre el liderazgo se ha enfocado en las competencias sociales o poderes (opuesto al fuerte poder que está ligado a la autoridad, a la posición jerárquica en las organizaciones y la coerción); estos poderes o habilidades surgen de dos hechos diferentes, aunque convergentes: el desplazamiento del paradigma militar-industrial en macroeconomía, y la importancia creciente y compleja de la información, y de la forma en la cual eso debe ser comprendido, elaborado y entregado [14: 45]. De acuerdo con Kickbusch y Gleicher, el vivir en una sociedad compleja basada en la información “quiere decir que el poder y la autoridad no están ya más concentrados en el gobierno. Los ciudadanos informados, los negocios y empresas conscientes, las agencias independientes y las organizaciones de expertos cada vez aumentan su rol participativo. Sin embargo, los gobiernos y los ministerios de salud continúan siendo importantes en la administración de la gobernanza de la salud, en el establecimiento de normas, en el proporcionar evidencias, y en hacer de la opción más sana, la opción más fácil” [4: VIII]. El centralismo del trabajo de un líder se desplazó de las habilidades relacionadas con la autoridad formal, hacia competencias sociales que permiten a un líder usar información, para persuadir y atraer seguidores.

En el liderazgo gerencial y político, las competencias sociales no son tan centrales, como en el campo de la medicina. Mientras que cierta cantidad de habilidades fuertes o duras (habilidades que están conectadas a la posición formal dentro de una jerarquía) se requiere en la profesión médica, son menos importantes que la administración. La interacción con colegas y con pacientes pide, como en las universidades, una jerarquía más plana, porque la complejidad, la posesión de conocimiento⁶ y el compartirlo con sus colegas requiere un enfoque diferente y más democrático que en la administración [14: 31], o aun requiere de un liderazgo disperso [4: VII].

Ciertamente, de acuerdo con Nye, el liderazgo político y administrativo se beneficia de la interrelación entre los poderes fuertes y suaves, que Nye llama (*smart power*) *poder inteligente* (14: X), que es una combinación de habilidades derivadas de la posición personal (esencialmente coerción y recompensas) y esas habilidades personales que hemos visto más arriba.

Por lo tanto, hay un acuerdo general de que las habilidades suaves son muy importantes para el liderazgo en medicina, especialmente en una organización tal como lo es un hospital, en el cual los médicos tienen que batallar diariamente con emergencias clínicas, cuidado de pacientes y relaciones sociales con sus colegas. Ciertamente, Rughani y otros sostienen que “La práctica general está caracterizada por la incertidumbre y la complejidad, y opera a través de relaciones con un amplio rango de gente, con quienes la colaboración es un principio clave” [23].

¿Qué son estas competencias sociales? De acuerdo con Warren y Carnall, los médicos deberían «tener la posibilidad de tomar una vista macroscópica de la provisión de cuidados de la salud y de asignación de recursos, y de entender los impulsores políticos, económicos, sociales y tecnológicos del cambio que influenciará esta visión a lo largo de sus carreras. Los médicos, a quienes hasta ahora se les ha enseñado poco del Sistema Nacional de Salud (NHS), tendrán la necesidad de aprender acerca del fondeo, organización, gobernanza y administración, que son parte integral de sus labores. Necesitan ser apoyados por sistemas bien desarrollados, lineamientos claros para reportar información y responsabilidad, y una cultura organizacional que proporcione buena información y motive su uso, como un vehículo para mejorar el desempeño. Finalmente, todos los médicos, ya sea que continúen predominantemente como practicantes médicos, se movilicen para dirigir organizaciones o asumir roles más estratégicos, pues necesitan aprender más acerca de “seguimiento al líder” (*followership*) [...], que reconoce la importancia de la participación y de permitir a otros para que dirijan [7]. Más aún, Warren y Carnall sugieren, sin embargo, que estas

habilidades necesitan ser apoyadas por “una amplia gama de habilidades no técnicas para permitir a (futuros líderes médicos) otros que dirijan, no solo dentro de la medicina, sino a través de todos los límites profesionales” [7]. Básicamente, las competencias sociales requieren que los médicos “creen y comuniquen su visión, estableciendo una clara dirección, el rediseño del servicio y el mejoramiento del cuidado de la salud, la negociación efectiva, el estar consciente tanto de otros como de ellos mismos, el trabajar colaborativamente y en redes. Necesitarán tener la habilidad de equilibrar muchos intereses y prioridades diferentes en competencia, y administrarse ellos mismos efectivamente; para ampliar la credibilidad de sus colegas, muchos tratarán de continuar proporcionando cuidados clínicos de alta calidad a la par de estas posiciones prominentes de liderazgo. Ellos deben mantener, la voz y la práctica de fuertes valores morales personales, y creencias que impacten positivamente en aquellos alrededor de ellos, y colocar al paciente en el centro de la toma de decisiones, y no las prioridades del proveedor” [7].

Mientras surge un consenso general acerca de los objetivos de las competencias sociales en el liderazgo médico, no hay un consenso sobre qué competencias en particular debiera poseer un líder médico: algunos eruditos enfatizan sobre la habilidad de crear una visión [1; 9]; algunos en crear confianza [11]; otros sobre empoderamiento [8], y otros, especialmente aquellos que trabajan con enfermería, en las emociones [20] o sobre la inteligencia emocional [24]; la importancia de un rango en particular de competencias sociales, no únicamente sobre las relativas a la profesión médica, sino también, como sucede en el liderazgo, más generalmente, en el contexto cultural y organizacional.

3. Liderazgo en medicina y valores morales: la teoría normativa

Hemos declarado que, paralelamente al desarrollo de las competencias sociales, aquellos involucrados en el liderazgo en medicina,

deberían desarrollar una mayor sensibilidad por los valores. Los valores “pueden ser definidos como amplias preferencias por cursos apropiados de acción o resultados; por lo tanto, ellos reflejan el sentido de una persona sobre el bien y el mal, y en lo que debe ser. Los valores influyen en las actitudes y en el comportamiento, y debido a eso conforman la formulación de políticas y sociedades enteras, mediante el establecimiento de reglas y normas (los principios) que determinan lo que son acciones aceptables (esto es, éticas), en las áreas familiar y comunitaria, o en términos de la gobernanza de la sociedad, y en las interacciones entre comunidades y sociedades con diferentes valores y principios” [4: 47-48]. Ciertamente, Ritchie argumenta que “correctamente los pacientes han incrementado las expectativas de involucramiento, rendición de cuentas y transparencia, pero también tienen responsabilidades así como derechos” [11]. No es del todo raro que Ritchie regrese a la *República de Platón*, cuando describe al líder ideal. Ritchie sostiene: “el filósofo griego Platón, quien primero definió al líder ideal como alguien que se compromete a, y es entrenado para, un vida de servicio y devoción para sus conciudadanos” [11]. El líder ideal de Platón “tiene resonancia inmediata sobre nosotros como médicos generales, el enlace entre compromiso, educación continua (o auto-renovación), y las necesidades de nuestros pacientes. Independientemente de los cambios científicos, políticos o de la sociedad, nuestras credenciales de liderazgo deben estar fundamentadas en el baluarte duradero de nuestros valores morales y en las obligaciones hacia pacientes y sociedad. Estos valores y obligaciones se suman a nuestro “profesionalismo” como Médicos Generales” [11].

Esta llamada a los valores morales en el liderazgo en medicina no implica únicamente temas ya discutidos en bioética y en ética médica, como ya sucede en enfermería [24], sino que también incluye discusiones recientes acerca del rol de la ética en el liderazgo (Ética del Liderazgo). La ética del liderazgo, ciertamente sostiene que la ética es importante para el estudio del liderazgo que inició

las así llamadas teorías de liderazgo. Las teorías normativas del liderazgo fueron propuestas y son famosas por –entre otros– el politólogo James MacGregor Burns [25], y tomado como punto de partida de la dimensión ética/moral del liderazgo; los eruditos involucrados en esta escuela deben creer que la ética es un elemento crucial de liderazgo o inclusive, el elemento esencial del liderazgo [26: 15], porque ningún liderazgo puede ser efectivo sin ser al mismo tiempo ético; y porque la opción –y por lo tanto el daño moral– es coincidente con el liderazgo.

De acuerdo con James MacGregor Burns, se pueden distinguir dos clases básicas de liderazgo: *liderazgo transformante y transaccional*.

Burns caracteriza el *liderazgo transaccional*, en términos de la noción de intercambio: “Dicho liderazgo ocurre cuando una persona toma la iniciativa de hacer contacto con otros, con el propósito de un intercambio de cosas valiosas. El intercambio podría ser económico o político, o psicológico en su naturaleza: una permuta de bienes, o un bien por dinero; una transacción de votos entre candidato y ciudadano o entre legisladores; la hospitalidad hacia otra persona, a cambio de la voluntad de escuchar nuestros problemas. Cada parte de la negociación, está consciente de los recursos de poder y actitudes del otro. Cada persona reconoce al otro como una persona. Sus objetivos están relacionados, al menos en la medida en que los objetivos se encuentren dentro del proceso de negociación, y se pueda avanzar mediante el mantenimiento de ese proceso”. [25: 19-20]

Burns argumenta que, la relación durará únicamente en tanto la negociación se mantenga, pero realmente no une a líderes y seguidores juntos en una lucha mutua y continua hacia un objetivo más alto. Una vez que el objetivo de la negociación ha sido satisfecho, la relación del liderazgo terminará; eso resultará en una ética de la opción e individualismo que caracteriza el mercado y (discutible) la política contemporánea [27].

Por el contrario, *el liderazgo transformante* toma otro camino: es normativo. Es normativo en dos sentidos. Primeramente, describe

como los valores morales y las alternativas basadas en valores pueden ser influenciadas por las acciones de líderes, y en las formas en que los seguidores las perciben. En segundo lugar, no intenta simplemente describir cómo los líderes se comportan de hecho, sino más bien, prescribe cómo deberían ellos comportarse.⁷ Burns define el liderazgo transformante como sigue: “El líder transformante reconoce y explota una necesidad existente, o una demanda de un seguidor potencial. Pero, más allá de ello, el líder transformante busca motivos potenciales en los seguidores. El resultado del liderazgo transformante es una relación de estimulación mutua, y de una elevación que convierte a los seguidores en líderes, y puede convertir líderes en agentes morales” [25: 4]. En consecuencia, de acuerdo con Burns, los líderes transformantes se dirigen hacia el movimiento más allá de los deseos de la gente y de sus voluntades, enganchando así sus necesidades reales y sus valores morales. Burns sostiene que el liderazgo transformante es la capacidad de trascender los reclamos de una multiplicidad de deseos diarios, de necesidades y expectativas, mediante la elevación tanto de líderes como de seguidores a “niveles más altos de motivación y moralidad” [25: 20]. Por eso, tanto líderes como seguidores inician principalmente del reconocimiento de valores morales compartidos, que ellos utilizan para acciones colectivas. El erudito pionero del liderazgo ético, J. Ciulla, sostiene que “la teoría de Burns del liderazgo transformante [...], descansa en un conjunto de supuestos morales, acerca de la relación entre líderes y seguidores. La teoría de Burns es claramente una prescripción acerca de la naturaleza de los buenos líderes morales” [26]. Lo muy importante, de acuerdo a Ciulla, es que los líderes transformantes de Burns “tienen valores muy fuertes.⁸ Ellos no diluyen sus valores y sus ideales morales por consenso, sino que ellos elevan a la gente mediante el uso de conflictos para enganchar seguidores, y ayudarlos a revalorar sus propios valores y necesidades” [26]. En otras palabras, los líderes transformantes de Burns están transformando, debido a que encuentran una resonancia entre sus propias creencias morales y las de otros, de tal manera

que aquellos otros se vean a sí mismos como seguidores. La fuerza motivacional para el líder y los seguidores empieza con valores morales compartidos, moralidad y creencias que crean confianza no únicamente entre los médicos practicantes y los pacientes, sino también entre colegas.

4. Conclusiones

El comportamiento ético en el liderazgo a través de las profesiones médicas es fundamental; por ejemplo, en enfermería, un estudio empírico Italiano demostró que “el liderazgo ético actúa en el comportamiento organizacional de las enfermeras [...]”. El comportamiento organizacional de las enfermeras es crucial en el resultado del servicio en el cuidado de la salud. Por lo tanto, el liderazgo ético afecta indirectamente la calidad del cuidado y la curación ofrecida a los pacientes” [24]. Más importante aún, la literatura general acerca de liderazgo en medicina parece converger en la importancia de las competencias sociales, pero seguramente ellas necesitan caminar mano con mano con los elementos morales basados en el liderazgo transformante. Aunque algunas competencias sociales (tales como la creación de confianza, la negociación y la concientización), requieren algo de sensibilidad ética. Aunque en administración el punto de vista de los accionistas pone por delante la utilidad, para la especial sensibilidad moral del liderazgo en medicina (que también es parte de la tradición médica desde el juramento hipocrático) juega un papel fundamental: “La medicina no es un negocio, y las diferencias entre ella y una empresa comercial son profundas, aunque quizás menos bien definidas dentro del actual clima empresarial, cuando es comparado con los viejos tiempos” [1]. Como Ritchie ciertamente ha puntualizado, “el profesionalismo médico ha sido descrito como: “un conjunto de valores, comportamientos, y relaciones que sostienen la confianza que el público tiene en los médicos”. Para los médicos generales, debemos incluir nuestros

propios y esenciales valores profesionales [...], que forman la base de un convenio moral entre los médicos generales, pacientes y sociedad y, a su vez, proporcionar el fundamento de un liderazgo efectivo en la práctica general. Mientras el mantenimiento de los valores profesionales fue visto alguna vez como la responsabilidad individual de los médicos únicamente, yo argumentaría que el éxito profesional también depende vitalmente de la cultura moral de las organizaciones en que nosotros trabajamos” [11].

Referencias bibliográficas

¹ Liderazgo Médico (*Leadership Medica*), una importante revista entre los doctores y practicante médicos Italianos, aún dedica la mayoría de sus páginas a las habilidades técnicas médicas, cfr. <https://www.leadershipmedica.it/index.php/it/medicina/elenco-completo-degli-articoli>. Recuperada 10.1.2017.

² La página web de la Academia de Liderazgo del Sistema Nacional de Salud sostiene: “¿Por qué se necesita cambiar el liderazgo en el Sistema Nacional de Salud? Pues simplemente porque no hay mucha evidencia en conectar mayor liderazgo con mejor atención de pacientes. Francis, Berwick, Keogh lo señalan, así como el líder académico Michael West. Todos ellos establecen un enlace entre un buen liderazgo y hacer una positiva diferencia en el cuidado del paciente, el resultado de la atención y la experiencia de la atención”; ver <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/> recuperada 10.1.2017.

³ Esto es lo que hoy en día está siendo hecho en la Maestría de Liderazgo en Medicina Altems, ofrecida por la Universidad Católica del Sagrado Corazón desde 2016.

⁴ Levine y Boaks, por ejemplo, sostienen que el asunto de la definición del liderazgo radica sólo en lo que el liderazgo es; ambos se centran en la cuestión de su relación con la ética, y es problemática. No puede ser resuelta por el curso de la acción tomada por la mayoría de los autores, ya sea disminuyendo la pregunta o contestándola preferentemente. Pero tampoco puede ser ignorada. Debe ser contestada, a fin de decirnos qué necesitamos para saber acerca de la relación entre la ética y el liderazgo, y también aterrizar esa respuesta [13].

⁵ Es interesante ver cómo el cambio es defensor del sector del cuidado de la salud; de acuerdo con Frenk y otros, “durante el siglo pasado, los profesionales de la salud hicieron grandes contribuciones a la salud y al desarrollo socioeconómico, pero no podemos llevar a cabo reformas a la salud en el Siglo XXI con competencias obsoletas o inadecuadas”. El extraordinario avance en el cambio global

está alargando el conocimiento, las habilidades y los valores de los profesionales de la salud.

⁶ A pesar de la tendencia de actuar en el aislamiento de varias de las profesiones, y aun en competencia entre unos y otros, por ejemplo, en el llamado “tribalismo de los profesionales”: J. Frenk y otros, *Profesionales de la Salud para un nuevo siglo: transformando la educación para reforzar los Sistemas de Salud en un mundo interdependiente* [6].

⁷ Antes de Burns, los eruditos académicos eran en efecto ambiguos (o no notaban este punto) con respecto a que si ellos estaban proponiendo una teoría descriptiva o normativa de liderazgo; esta ambigüedad llevó a una cantidad de contradicciones internas, de la misma manera en que las ambigüedades entre cuestiones de ética y la normativa de razonamiento en la ley conducen a falacias éticas y legales: J.B. Ciulla, *Ética de Liderazgo: Mapeo del Territorio y Id. Conversaciones y correspondencia con Burns en la ética de transformar el liderazgo* [26; 28].

⁸ Burns hace una distinción entre dos principales clases de valores: Modales y valor final. Valores modales incluyen responsabilidad, equidad, honestidad y mantener una promesa. Éstas se sustentan en los valores encontrados mediante un acto. Valores finales, por lo contrario, incluyen libertad, justicia y igualdad. Estos permiten a los líderes convertir a sus seguidores en líderes: J.B. Ciulla, *Éticas del Liderazgo...* [26].

Bibliografía

1. WALDHAUSEN J. Liderazgo en Medicina. Boletín del Colegio Americano de Cirujanos 2001; 86 (3): 13-19.
2. CHADI N. Liderazgo Médico: Médicos a la cabeza del cambio. McGill J. Med. 2009; 12(1): 52-57.
3. DOWTON SB. Liderazgo en medicina: ¿Dónde están los líderes?. Med J Aust. 2008 [serial en línea] 200418111/12 (ingresado el 29 de Agosto de 2017, en http://www.mja.com.au/public/issues/181_11_061204/dow10543_fm.html).
4. KICKBUSCH I, GLEICHER D. Gobernanza para la Salud en el siglo XXI. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 2012.
5. GRIFFITHS R. NHS Gerencia de Consultas. Londres: DHSS, 1983.
6. FRENK J, LINCOLN C Y OTROS. Profesionales de la Salud para el Nuevo Siglo: transformando la educación para fortalecer los Sistemas de Salud en un mundo interdependiente. The Lancet 2010; 376 (9756): 1923-1958.
7. Warren OJ, Carnall R. Liderazgo Médico: ¿Porque es importante, que se requiere, y como lo desarrollamos? Publicación Médica de Posgrado. 2011; 87(1023): 27-32.
8. WILKIE, V. Liderazgo y Administración para todos los médicos. Gaceta Británica de Práctica General. 2012; 62(598): 230-231.
9. JINDAL, S.K. Liderazgo en medicina. Indian J. Chest Dis Allied Sci. 2014; 56: 69-70.

10. REAL COLEGIO DE MÉDICOS. Doctores en sociedad: profesionalismo médico en un mundo cambiante. Informe de un grupo de trabajo del Real Colegio de Médicos de Londres. *Clínica Médica (Londres)* 2005; 5(6 Suplemento 1): S5-40.
11. RITCHIE, L. Juego más allá de los números: el llamado al liderazgo. *Gaceta Británica de Práctica General*. 2012; 62(594): e64-e67.
12. RAMSEY, P. El paciente como persona. New Haven, CT: Yale U.P.; 1970.
13. LEVINE, M.P., BOAKS, J. ¿Qué tiene que ver el liderazgo con la ética? *Gaceta de la Ética de Negocios*. 2014; 124(2): 225-242.
14. NYE, J.S, Jr. Los Poderes para liderar. Oxford: Oxford U.P.; 2006.
15. ROST, J. Liderazgo para el siglo XXI. Westport, CT: Praeger; 1991.
16. DRUCKER, P. Prólogo: No murieron suficientes generales. En: Hesselbein F, Goldsmith M, Beckhard R (eds.). *El líder del futuro*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1997: XI-XV.
17. MARTURANO, A, WOOD, M., GOSLING, J. Juegos de Liderazgo y lenguaje. *Filosofía de la Administración* 2010; 9(1): 59-83.
18. BENNIS, W. Convirtiéndose en líder. New York, NY: Perseus Books; 1989.
19. KOTTER, J.P. Lo que realmente hacen los líderes. En: *La Revista Harvard Business review* (IRevista informativa de negocios de Harvard) acerca del liderazgo. Harvard, Mass.: Harvard U.P.; 1996: 37-60.
20. DALY, J., JACKSON, D., MANNIX, J., DAVIDSON, PM, Hutchinson, M. La importancia del liderazgo clínico en un medio hospitalario. *Gaceta del liderazgo en atención médica*. 2014; 6: 75-83.
21. SALAMAN, G. Competencias de los gerentes, competencias de los líderes. En: STOREY, J. (ed.) *Liderazgo en organizaciones*. Londres: Routledge; 2004: 58-78.
22. ZALEZNIK, A. ¿Gerentes y líderes, son ellos diferentes?. En: *Gaceta informativa de negocios de Harvard sobre liderazgo*. Harvard, Mass.: Harvard U.P.; 1996: 61-88.
23. RUGHANI, A., GODDEN, A., PATTERSON, D., SMITHSON, H. Entrenamiento para el liderazgo. *Gaceta Británica de práctica general* 2012; 62(594): 8-9.
24. ZAGHINI, F., BIAGIOLI, V., FIDA, R, SILI, A. La *leadership* etica del coordinatore come fattore determinante i comportamenti organizzativi degli infermieri, nei luoghi di cura-El liderazgo ético de los gerentes de pabellón de enfermería, como la clave determinante del comportamiento organizacional de las enfermeras en medios de atención a la salud. *Professioni Infermieristiche* 2017; 70(1) (ingresado el 31 de Agosto de 2017, en: <<http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/331>>).
25. BURNS, J.M. Liderazgo. Nueva York: Harper & Row; 1975.
26. CIULLA, J.B. Ética de liderazgo: Mapeo del territorio. En: Ciulla JB (ed.). *Ética. El corazón del liderazgo*. Westport, CT: Praeger; 1998: 3-26.
27. PRICE, T.L., HICKS, D.A. Un marco de referencia para la teoría general de la ética en el liderazgo. En: GOETHALS, G.R, SORENSON, .GL.J (eds.). *La búsqueda de una Teoría General del Liderazgo*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2008: 123-151.
28. CIULLA, J.B. Conversaciones y correspondencia con Burns acerca de la ética del liderazgo transformante. *Liderazgo y las humanidades*. 2015; 3(1): 26-31