

El liderazgo como una competencia fundamental para el residente de Cirugía General

SERGIO CERVERA¹, LILIAN TORREGROSA²

Palabras clave: liderazgo; cirugía general; educación basada en competencias; educación de posgrado en medicina.

“El logro de la excelencia en cualquier disciplina es fundamentalmente un problema de liderazgo, y el cirujano es un líder nato”.

ALBERTO ESCALLÓN

Resumen

El cumplimiento de los requisitos que se esperan hoy en día de un líder en cirugía, requiere una dedicación individual al aprendizaje y al desarrollo de ciertas habilidades. Este viaje de crecimiento personal va a durar toda la carrera del cirujano, pero se puede iniciar tempranamente desde la residencia. Por lo anterior, es responsabilidad de los programas académicos de cirugía, garantizar que los residentes en formación tengan las herramientas y oportunidades suficientes para el reconocimiento y el desarrollo de todo su potencial como líderes.

Aunque el rol principal del cirujano se ha ubicado tradicionalmente frente al paciente ejecutando una cirugía con pericia y habilidad, el papel de la especialidad trasciende este aspecto profesional e incorpora, además de conocimientos y destrezas, cualidades y habilidades en comunicación, liderazgo, profesionalismo y ética.

1 Cirujano general, jefe de residentes, Programa de Cirugía General (2009-2010), Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia

2 Profesora asociada de Cirugía; coordinadora del posgrado en Cirugía General, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia

Fecha de recibido: 12 de julio de 2011
Fecha de aprobación: 11 agosto de 2011

La mayoría de estas características se han transmitido ancestralmente en nuestra profesión, por medio de lo que se conoce como el “currículo oculto”, pero más recientemente su instrucción se ha formalizado y explicitado mediante el mandato del *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, ACGME, grupo que desde 1981 ha propuesto incluir seis áreas de competencia como fundamentales en los programas de residencia en medicina y, actualmente, cuenta con más de ocho mil programas acreditados¹.

Dentro de estas áreas (conocimiento médico, atención del paciente, aprendizaje basado en la práctica y perfeccionamiento, práctica basada en sistemas, habilidades interpersonales, de comunicación y profesionalismo), están incluidas las competencias en liderazgo que se deben enseñar a los futuros cirujanos mediante el proceso de formación, con el fin de que se vayan interiorizando y apropiando, para lograr su ejecución durante la jefatura de residencia.

¿Cómo se han formado los residentes en liderazgo? Apuntes sobre la historia de la jefatura de residentes

La importancia de preparar a los residentes de cirugía en este aspecto del liderazgo, se ha reconocido ampliamente²⁻⁴; una prueba de lo anterior es el desarrollo de programas de entrenamiento especiales dirigidos a los futuros jefes de residentes, en los cuales se exploran aspectos de sus capacidades, fortalezas, debilidades y estilos como líderes, y se adquieren habilidades en el manejo de individuos, grupos de trabajo en cirugía, comunicación, resolución de con-

flictos, negociación, colaboración dentro del sistema y retroalimentación⁵.

Este modelo de entrenamiento con responsabilidad progresiva, en el que se le asignan al residente de último año importantes labores dentro del servicio, que sobrepasan las actividades clínicas e incluyen: manejo en equipo, labores administrativas, coordinación del grupo de residentes a su cargo, docencia, toma de decisiones, resolución de conflictos, estrecha relación con su jefe inmediato, refleja el modelo de educación médica en las residencias estadounidenses⁵ que tiene una amplia tradición.

En el campo de la cirugía es imposible mencionar esta historia de la residencia quirúrgica, sin reconocer el importante papel del personaje que introdujo este modelo de enseñanza en los Estados Unidos, que se mantuvo por casi 100 años y partes del mismo se conservan hoy en los programas académicos más exitosos: William Stewart Halsted⁶.

Sir William Stewart Halsted (1852-1922)

Una de sus contribuciones más perdurables fue el desarrollo de un sistema organizado de entrenamiento tomado del modelo alemán de Behave en la Universidad de Leaden^{7,8}, aplicado inicialmente en *Johns Hopkins University* y que cambió la forma en que los cirujanos se educaban en el siglo XIX, cuando existía una gran barrera impuesta por varios grandes cirujanos, que preferían la práctica privada y evitaban dedicarse a la enseñanza y la investigación, dado que consideraban que sus alumnos serían futuros competidores en su práctica quirúrgica. Esta tradición fue criticada por Halsted en su conferencia *The training of the surgeon*, expuesta en *Yale University* en 1904, por considerarla carente del suficiente tiempo y contenido académico para el entrenamiento adecuado de un cirujano idóneo⁹.

Halsted promovió gran parte del sistema de residencia que actualmente conocemos, incluyendo un período específico de duración, un sistema piramidal de promoción y un estilo de vida restrictivo que exigía dedicación exclusiva las 24 horas del día, residiendo en el hospital (de allí, el término “residente”), con una mínima remuneración que desanimaba al residente hacia otras actividades, incluyendo el matrimonio^{8,10}. Con respecto a la formación del jefe de residentes, el sistema

piramidal tenía en su base al residente de primer año que, al cabo de aproximadamente ocho años de formación, culminaba como residente jefe (*chief resident*) durante un año más.

Este sistema tuvo su auge en las décadas de los cuarenta y cincuenta, cuando la gran demanda de cirujanos generó modificaciones al mismo, con acortamiento de los períodos de entrenamiento, un estilo de vida más flexible y aumentos salariales. Estos cambios guiaron la estructura de la residencia hasta julio de 1989, cuando se implementaron las leyes y regulaciones del *Health Department* del estado de Nueva York, más comúnmente conocidas como las regulaciones de Bell (cinco años después de la muerte de la joven Libby Zion, caso conocido como “el florero de Llorente”), que alteraron el sistema de residencia con tanto impacto como alguna vez lo tuvo el modelo de Halsted^{3,11}.

Formación de cirujanos en Bogotá

En Bogotá, los primeros residentes se formaron en los hospitales San Juan de Dios y San José bajo el estilo de “tutoría”, en el cual los “aprendices” participaban permanentemente de la actividad del profesor, hasta que varios años después lograban las competencias de un cirujano formado en el extranjero.

En la escuela del Hospital de San José, se formaron algunos de los más prominentes cirujanos del momento quienes, justamente por su liderazgo, fueron la cabeza de los principales programas de entrenamiento que se crearon en esa época, entre ellos, Mario Negret López, Hernando Anzola Cubides y sus respectivos discípulos.

El programa de residencia de la Pontificia Universidad Javeriana, desarrollado en el Hospital Universitario San Ignacio, fue establecido en 1965 –coincidiendo con la inauguración del Servicio de Cirugía y los quirófanos en el Hospital– por Jorge Segura Vargas y Alberto Escallón Azcuénaga, discípulos de los anteriores maestros; bajo su tutoría se entrenó el primer residente del programa: Enrique Díaz Guzmán, y a partir de él, 116 residentes hasta la fecha^{12,13}.

Poco a poco el programa se fue consolidando, incluyendo al final de la residencia la jefatura de residentes, cargo que ocupó por primera vez Mauricio Tawil; este cargo se ha mantenido hasta la fecha con sucesivas modificaciones, pero conservando en el fondo la in-

vestidura que se ha querido imprimir en esta escuela desde sus inicios.

En los últimos años, la jefatura se ha transformado en una asignatura formal, con competencias específicas, que tiene entre sus prerrequisitos la formación en bioética, profesionalismo, administración y liderazgo; esta asignatura representa lo que en otras instituciones, como la *Cleveland Clinic*, constituye una “rotación en liderazgo”¹⁴, en la cual el residente trabaja en contacto directo con los coordinadores del programa y del departamento quirúrgico, con obligaciones puntuales que le permiten ejercitar y consolidar sus habilidades como líder.

El jefe de residentes tiene una asignación de labores clínicas y administrativas acordes con la normativa actual, participa en la coordinación de las actividades académicas del servicio y en la docencia de los residentes, internos y estudiantes, así como en las evaluaciones de los mismos y su respectiva retroalimentación. Por medio de este rol como docente, el residente afianza sus conocimientos^{15,16} y, a la vez, potencia sus capacidades como líder, como lo menciona la doctora Bejarano en su editorial: “El líder, en buena parte, es también un maestro; es difícil distinguir entre liderar y enseñar, actitudes muy arraigadas en nuestra profesión de cirujanos”¹⁷.

Es por esto que, en los programas de cirugía, el liderazgo se ha considerado como parte importante de la formación del residente, característica que, por décadas, ha formado parte del carácter de los cirujanos, y ha sido aprendida durante la práctica quirúrgica por imitación de los modelos y mentores¹⁸⁻²⁰.

Al atravesar este proceso, el residente de cuarto año de nuestro programa fortalece su competencia global como cirujano y profesional, lo cual nos ha permitido, como profesores y mentores de una escuela, cultivar líderes de la cirugía.

Las escuelas de cirugía que transmiten una “cultura del liderazgo” tienen la ventaja de competir efectivamente en el medio académico y profesional, pues logran ambientes de trabajo exigentes y, a la vez, agradables, donde los residentes experimentan un sentido de pertenencia a un grupo, que trasciende cualquier individualidad, como lo expone Souba²¹.

Competencias necesarias para ser un buen líder en Medicina

Sólo recientemente se ha popularizado la inclusión del entrenamiento formal en competencias de liderazgo dentro de la estructura curricular de los programas de residencia. Lo anterior ha sido una respuesta formal ante varios fenómenos: el reconocimiento del liderazgo efectivo como crítico en el éxito de una institución, el conocimiento acumulado sobre la importancia de incluir estos aspectos como un componente fundamental del entrenamiento, y la percepción de la inatención prestada en los currículos a la formación en liderazgo²². Ejemplo de este último aspecto es el estudio de Itani, *et al.*, realizado en departamentos quirúrgicos de universidades estadounidenses, donde señalan que los residentes no se sienten seguros ni competentes en las habilidades de liderazgo básico y perciben que su entrenamiento en esta área es pobre; además, consideran que las habilidades de liderazgo aprendidas se basan en el estilo militar de comando-control que, aunque es vital en algunas situaciones en medicina, se ha demostrado en modelos de negocios como un estilo de liderazgo inefectivo que no puede ser aplicable en todos los momentos²³.

Numerosos estudios han demostrado que las competencias necesarias para ser un adecuado líder en Medicina deben combinar aptitudes generales de liderazgo con otras particulares del ambiente de la salud. Sobre estas últimas, existen numerosos estudios, algunos tan extensos y detallados que, según nuestro concepto, hacen difícil su aplicación práctica en programas de residencia. A manera de ejemplo se encuentra la propuesta de 300 competencias relativas al liderazgo planteadas por *The Healthcare Leadership Alliance*²⁴.

La mayoría de estas propuestas, que pueden ser consultadas en el trabajo de Stoller, tienen en común competencias centrales, como las de autorreconocimiento, dominio de sí mismo, relación con el medio externo y manejo de relaciones, y varios dominios que se deben incluir en el currículo de la residencia en cirugía, como conocimiento profesional y del medio de la salud, resolución de conflictos, comunicación, compromiso con el aprendizaje de toda una vida e inteligencia emocional como la habilidad para evaluarse a sí mismo y a los otros, y ser capaz de desenvolverse en el contexto de un grupo²⁴.

Según el Diccionario de la Lengua Española²⁵, “líder” se define como la persona que dirige u orienta un grupo, que reconoce su autoridad; los buenos líderes tienen el respeto de su equipo, son comunicadores efectivos, generan y mantienen la confianza de su equipo, y muestran resistencia, tenacidad y paciencia.

En el área de la atención en salud, no existe un único estilo de liderazgo apropiado para cada situación; por lo tanto, es un deber del líder entender el medio externo, evaluar la situación y circunstancias especiales, y aplicar ciertas habilidades para alcanzar las metas propuestas en cada caso: si se trata de un caso de trauma o reanimación, será necesario un liderazgo de tipo comando-control, por medio del cual se garanticen medidas salvadoras, pero, en casos de interacciones personales diarias, otros estilos como el liderazgo de colaboración son fundamentales.

El liderazgo cooperativo está caracterizado por integridad, comunicación y alineación⁴:

- La *integridad* se ha definido como un compromiso total de carácter moral, con los más altos estándares personales y profesionales; significa establecer un grupo de valores fundamentales, de manera que el respeto de estos valores brinde una formación sólida para el desarrollo de la confianza dentro de la unidad.
- La *habilidad de comunicación* es un requisito fundamental para el éxito de cualquier equipo de salud; es vital a la hora de transmitir seguridad y efectividad al cuidado del paciente.
- La *alineación* se define como determinar una misión y garantizar que el equipo de trabajo realice el esfuerzo necesario para alcanzar esta misión.

Liderazgo del jefe de residentes

Existen en la literatura médica múltiples estudios dedicados al liderazgo como parte del entrenamiento del médico, en especial, del cirujano con énfasis en el jefe de residentes.

El liderazgo es una de las cualidades más importantes para el éxito del jefe de residentes de cirugía, quien debe liderar no sólo a los residentes, también debe fortalecer al residente menor, brindar autoconfianza y

motivarlo a la excelencia³; es de anotar, también, que los desenlaces quirúrgicos dependen de manera crítica de un equipo quirúrgico más que de un individuo; por lo tanto, el papel del jefe de residentes como articulador es fundamental para el óptimo manejo de los pacientes de un servicio quirúrgico.

Hay diferentes clases de liderazgo: aquel que pide al grupo que le siga, anima a que el grupo le siga, o los que los obligan a seguirlo. Es importante recordar que el líder más efectivo es el que usa los diferentes estilos en diferentes tiempos; debe ser consciente de sus fortalezas y debilidades como líder y reconocer qué tipo de liderazgo usa con más frecuencia, al igual que debe implementar las estrategias de liderazgo acordes con cada situación.

Como parte de ese ejercicio de liderazgo como jefe de residentes, debe desempeñar algunos papeles: manejo en equipo, labores administrativas, coordinador, delegar, priorizar y enseñar.

Es importante que el jefe de residentes identifique sus debilidades y fortalezas como líder, reconozca cuál estilo de liderazgo utiliza con mayor frecuencia y seleccione la mejor aproximación como líder a cada situación particular que enfrente. Los líderes más efectivos utilizan diferentes estilos de liderazgo en diferentes momentos.

Toma de decisiones

Un aspecto difícil es aprender a diferenciar entre caer bien y ser respetado. El jefe de residentes quiere ser respetado y busca diferentes vías para lograrlo, pero debe tomar decisiones populares o impopulares; la toma de decisiones debe ser bien orientada para mantener la integridad y consistencia del grupo²⁶. Puede tener amigos, pero debe ser consciente de sus sesgos en el trato con las diferentes personas y debe esmerarse por mantener el objetivo.

Hay varios puntos que el jefe de residentes debe tener muy presente a la hora de asumir el rol de liderazgo dentro de un grupo de residentes:

- Debe aprender el arte de resolver conflictos: es importante recordar que en un conflicto hay más de un punto de vista y, siempre, más de una percepción de la verdad. El jefe de residentes debe tratar de

hacer entender a cada uno los diferentes puntos de vista; pero no siempre tiene que resolverlos, tiene que determinar el ideal para mantener la cohesión de la misión del grupo.

- *Role model*: se define como un guía; son personas que muestran la vía adecuada que se debe seguir, por medio de sus acciones y comportamientos; ésta es una enorme responsabilidad y una gran oportunidad para demostrar sus actitudes y aptitudes. Se demuestra por medio de un adecuado trato con el paciente, excelentes bases académicas y buenas relaciones interpersonales.
- Consejero: internos y residentes jóvenes vendrán diariamente donde el jefe de residentes con conflictos, preguntas del cuidado del paciente, problemas personales, etc. En estas situaciones debe ser consejero y confidente; el jefe de residentes no es –ni debería llegar a ser– el médico para cualquiera de sus residentes. Él debe ser afable, un oído confidente que puede brindar consejos sobre la salud mental y física de sus residentes. También, ayuda a vigilar el nivel de estrés de los residentes.
- Es la mano derecha del director del programa: indica el nivel de estrés de los residentes; debe recordar el viejo adagio de “elogiar en público y criticar en privado”. Debe retroalimentar de manera atenta, oportuna y honesta, pero crítica. Los elogios son una vía efectiva para fomentar un comportamiento positivo, en el esfuerzo académico, interpersonal y profesional de sus residentes^{26,27}.
- El jefe de residentes debe reunirse semanalmente con el director del programa: estos encuentros fomentan un diálogo entre colegas que van camino a construir un programa de residencia, y facilitan el intercambio de ideas, temas, problemas y acontecimientos.

En nuestro entrenamiento como cirujanos, es fundamental convertirnos en líderes. Como lo menciona Rugeles en su editorial *La cirugía debe ser académica*:

“La estructura académica obtenida en los años de entrenamiento marca una actitud de vida; no es sino con individuos estructurados, con espíritu crítico y con capacidad de generar un impacto en el medio, que un país logra alcanzar el desarrollo sostenible, y eso no es más que liderazgo en cirugía”²⁸.

Claves para ser un buen jefe de residentes

- Debe dar ejemplo; al ser consecuente entre lo que dice y lo que hace, logrará mejores resultados en su equipo de trabajo.
- El líder más efectivo utiliza diferentes estilos de liderazgo, apropiados para cada situación.
- Debe reconocer la diferencia entre ser respetado y ser querido por los demás, dado que un buen líder va a tomar decisiones populares e impopulares.
- Debe ser íntegro y conservar la objetividad en su trato a los demás, dado que el jefe de residentes puede tener dentro de su equipo de trabajo amigos muy cercanos.
- Es importante que mantenga su dedicación al cuidado de pacientes y a las actividades académicas, dado que, al entrar en la rutina de programación diaria de residentes y turnos, puede caer en una monotonía que no lo beneficia.
- Existen varias clases de liderazgo y, dependiendo del momento y del lugar, hay que aplicar la que más convenga a su grupo de trabajo.
- Debe generar un ambiente de trabajo agradable, en el que permita a sus residentes desarrollar sus fortalezas e identificar sus debilidades, enfocados en un objetivo definido.
- Un buen líder es quien elogia en público y critica en privado: retroalimenta de forma crítica y motiva hacia la excelencia.
- Debe trabajar con responsabilidad, tenacidad, constancia y pasión con su grupo y para el grupo.

Hinchey propone unos consejos finales para un excelente desenvolvimiento del jefe de residentes:

1. Ser visto: debe gestionar mediante recorrido por las salas y las unidades, debe estar disponible para compartir la experiencia clínica con sus residentes y ser visto como alguien más accesible; los internos obtendrán una mejor comprensión como personas.
2. Manejo del tiempo: debe programar su día; siempre aparecen cosas nuevas diariamente, por lo que debe aprender a priorizar en el momento en que éstas suceden.

3. Debe dedicar tiempo para su crecimiento y desarrollo personal.
4. Debe crear una relación con su jefe: adicional al trabajo cercano con el director del programa.

Para concluir, es importante referenciar a Souba²⁹, mediante la siguiente frase:

“Los líderes de clase mundial tienen un hambre insaciable de aprendizaje y crecimiento a lo largo de la vida. Esta hambre no es sólo por el conocimiento, es por la claridad, la sabiduría, y una comprensión más profunda de sí mismos. Este deseo de aprendizaje, crecimiento y autodescubrimiento es lo que da a estos, los líderes, la valentía de salir de su zona de confort en espacios donde puedan correr riesgos a pesar del miedo y la incertidumbre”.

Leadership as a fundamental competence for the general surgery resident

Abstract

Accomplishing the characteristics that are expected in a surgical leader today implies the individual dedication to learning and developing certain abilities. This voyage in personal development lasts along the surgeons entire professional careers, but it can be initiated during the early surgical residency years. Therefore, it becomes the responsibility of the academic training programs to guarantee that surgical residents have the adequate tools and opportunities for the recognition and development of their overall potential as leaders.

Key words: *leadership; general surgery; competency-based education; Education, Medical, Graduate.*

Bibliografía

1. Acgme.org [Internet]. Illinois: Accreditation council for graduate medical education; c2000-11. Fecha de consulta: 7 de junio de 2011. Disponible en: www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp.
2. Vásquez JA, Vásquez AL. ¿Cómo educar al residente de cirugía? *Cir Gen.* 2007;29:95-9.
3. Termuhlen PM, Mann BD. The resident, the student and the competences. *Am J Surg.* 2007;193:94-5.
4. Awad SS, Hayley B, Fagan SP, Berger DH, Brunnicardi FC. The impact of a novel resident leadership training curriculum. *Am J Surg.* 2004;188:481-4.
5. Accreditation council for graduate medical education. [Internet]. Illinois: The Association; c2000-11. Fecha de consulta: 7 de junio de 2011. Disponible en: http://www.acgme.org/acwebsite/meetings/me_leaderskills.asp.
6. Osborne M. William Stewart Halsted: His life and contributions to surgery. *Lancet Oncol.* 2007;8:256-65.
7. O'Shea J. Becoming a surgeon in the early 20th century: Parallels to the present. *J Surg Education.* 2008;65:236-41.
8. Killelea BK, Chao L, Scarpinato V, Wallack MK. The 80-hour workweek. *Surg Clin N Am.* 2004;84:1557-72.
9. Gawande A. Creating the educated surgeon in the 21st century. *Am J Surg.* 2001;181:551-6.
10. Craven J. The generation gap in modern surgery. *Arch Surg.* 2002;137:257-8.
11. Bermúdez CH, Monroy A, Torregrosa L, Henao FJ. Estado actual de la formación de residentes de cirugía general en Colombia. *Rev Colomb Cir.* 2006;21:225-33.
12. Segura JR. Historia de la Facultad de Medicina: sus inicios y desarrollo en la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2010.
13. Escallón A. Historia del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana y del Hospital Universitario San Ignacio. *Univérsitas Médica.* 1992;33:69-77.
14. Stoller JK, Berkowitz E, Bailin P. Physician management and leadership education at the Cleveland Clinic Foundation: Program impact and experience over 14 years. *J Med Pract Manage.* 2007;22:237-42.
15. Gandy R, Richards WO, Rodning Ch. Action of student-resident interaction during a surgical clearship. *J Surg Educ.* 2010;67:275-7.
16. Furney SL, Orsini AN, Orsetti KE, Stern DT, Gruppen LD, Irby DM. Teaching the one-minute preceptor. *J Gen Intern Med.* 2001;16:620-4.
17. Bejarano M. Explorando el bienestar de los cirujanos generales de Colombia. *Rev Colomb Cir.* 2009;24:136-7.

18. Maker VK, Curtis KD, Donnelly MB. Are you a surgical role model? *Curr Surg*. 2004;61:111-5.
19. Wright S. Examining what residents look for in their role models. *Acad Med*. 1996;71:290-2.
20. Singletary SE. Mentoring surgeons for the 21st century. *Ann Surg Oncol*. 2005;12:848-60.
21. Souba WW. Building our future: A plea for leadership. *World J Surg*. 2004;28:445-50.
22. Stoller JK. Developing physician-leaders: Key competencies and available programs. *J Health Adm Educ*. 2008;25:307-28.
23. Healthcare leadership alliance. Washington DC: 2010 [fecha de consulta: 11 jun 2011]. Disponible en: <http://www.healthcareleadershipalliance.org/>
24. Itani K, Liscum K, Brunnicardi FC. Physician leadership is a new mandate in surgical training. *Am J Surg*. 2004;187:328-31.
25. Real Academia Española. Diccionario panhispánico de dudas. Madrid: Distribuidora Aguilar, Altea, Taurus y Alfaguara, S.A.; 2005.
26. Hinchey, KT. The administrative and leadership roles of the chief resident. In: Ficalora RD, editor. *The Toolkit Series: A textbook for today's chief medical resident*. 16th edition. Washington, DC: APDIM Publications; 2008.
27. Saltzman P, editor. *Best practices in surgery education: The training of registrars and residents*. Cincinnati, OH: Ethicon Endo-Surgery, Inc.; 2008.
28. Rugeles S. La cirugía debe ser académica. *Rev Colomb Cir*. 2009;24:14-5.
29. Souba WW. Leadership in action. *J Surg Res*. 2002;106:225-32.

Correspondencia: SERGIO CERVERA BONILLA, MD
Correo electrónico: scbonilla@yahoo.com
Bogotá, Colombia