



Habilidades de liderazgo en la formación del estudiantado de Pregrado en Medicina de la Universidad de Costa Rica

Leadership Skills in Undergraduate Medical Education at the University of Costa Rica

Volumen 26, Número 1
Enero - Abril
pp. 1-27

Olman Salazar Ureña
Fernando Zeledón Sánchez

Citar este documento según modelo APA

Salazar Ureña, Olman., y Zeledón Sánchez, Fernando. (2026). Habilidades de liderazgo en la formación del estudiantado de Pregrado en Medicina de la Universidad de Costa Rica. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 26(1), 1-27. <https://doi.org/10.15517/ejvjwt96>

Habilidades de liderazgo en la formación del estudiantado de Pregrado en Medicina de la Universidad de Costa Rica

Leadership Skills in Undergraduate Medical Education at the University of Costa Rica

Olman Salazar Ureña¹
Fernando Zeledón Sánchez²

Resumen: El presente artículo se propuso como objetivo explorar la percepción del estudiantado de tercer año de la carrera de Medicina de la Universidad de Costa Rica (UCR) con respecto a las habilidades de liderazgo (HL) adquiridas como parte de su formación profesional. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con un diseño de estudio de caso, en el que se aplicaron entrevistas semiestructuradas a tres personas estudiantes que participaron en actividades comunales y prácticas clínicas hospitalarias. El análisis de los datos se realizó mediante codificación temática según el método de Braun y Clarke. A partir de los objetivos se definió un tema central y cuatro subtemas; tras el análisis emergieron además dos temas adicionales no previstos inicialmente. Los resultados evidenciaron una percepción crítica del liderazgo en los espacios médicos, ya que predominan modelos autoritarios y jerárquicos que dificultan la participación del estudiantado. No obstante, también se identificaron experiencias positivas que fortalecen habilidades como la comunicación, la empatía, la creatividad, la toma de decisiones y el trabajo en equipo. Las personas participantes reconocieron la necesidad de un liderazgo con enfoque humanista, colaborativo y ético, así como una formación estructurada que permita el desarrollo intencionado de estas competencias desde el pregrado. Se concluyó que estas habilidades, en medicina, deben ser abordadas desde un modelo pedagógico integral que articule las competencias técnicas con habilidades blandas en un entorno que favorezca la confianza, la equidad y la participación. Se recomienda a las instancias formadoras incorporar módulos formativos específicos sobre liderazgo, promover ambientes educativos inclusivos y establecer estrategias de acompañamiento emocional durante las prácticas clínicas.

Palabras clave: educación médica, liderazgo, educación superior, formación profesional, comunicación, trabajo en equipo.

Abstract: This article aimed to explore the perceptions of third-year medical students at the University of Costa Rica regarding the leadership skills (LS) they have acquired as part of their professional training. The research followed a qualitative approach using a case study design. Semi-structured interviews were conducted with three students who had participated in community outreach activities and hospital clinical rotations. Data were analyzed through thematic coding based on Braun and Clarke's method. The analysis began with one main theme and four subthemes; subsequently, two overarching themes emerged, the first comprising three subthemes and the second four. The findings revealed a critical perception of leadership within medical settings, where authoritarian and hierarchical models prevail, hindering student participation. Nevertheless, positive experiences were also identified that helped strengthen skills such as communication, empathy, creativity, decision-making, and teamwork. Participants recognized the need for leadership grounded in humanistic, collaborative, and ethical principles, as well as structured training that intentionally fosters these competencies from the undergraduate level. The study concluded that leadership skills in medicine should be addressed through a comprehensive pedagogical model that integrates technical competencies with soft skills in an environment that promotes trust, equity, and participation. It is recommended that educational institutions include specific training modules on leadership, foster inclusive learning environments, and establish emotional support strategies during clinical practice.

Keywords: medical education, leadership skills, higher education, vocational training, communication skills, teamwork.

¹ Universidad Estatal a Distancia (UNED), San José, Costa Rica. Supervisor de Educación con experiencia en docencia, gestión institucional y derecho. Dirección electrónica: olmansalazarusa@yahoo.com Orcid <https://orcid.org/0000-0003-1882-9346>

² Universidad de Costa Rica (UCR), San José, Costa Rica. Médico especialista en medicina extracorpórea, coordinador de las unidades de perfusión y ECMO en el Hospital México. Dirección electrónica: fzszeledon@gmail.com Orcid <https://orcid.org/0000-0001-7895-0020>

Artículo recibido: 25 de junio, 2025

Enviado a corrección: 5 de setiembre, 2025

Aprobado: 6 de octubre, 2025

1. Introducción

Las habilidades de liderazgo (HL) en medicina constituyen una competencia profesional de alta relevancia, cuya presencia y calidad inciden directamente en la atención a las personas usuarias, el trabajo en equipo interdisciplinario y la toma de decisiones clínicas. Durante décadas, esta capacidad ha sido comprendida como un atributo innato del profesional de la salud, adquirido de forma implícita en el ejercicio clínico o a través de la observación de figuras de autoridad. No obstante, investigaciones recientes han señalado la necesidad urgente de transitar hacia una visión pedagógica que contemple la formación en liderazgo como un proceso intencionado, sistemático y transversal desde el pregrado (Born et al., 2019; Klifto et al., 2024 y Van Diggele et al., 2022). Este giro resulta particularmente relevante en el contexto de la medicina contemporánea, caracterizada por la complejidad clínica, la diversidad de demandas sociales y la necesidad de liderazgos éticos, colaborativos y centrados en la persona paciente.

En el plano internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (2003) han resaltado el papel estratégico del liderazgo en la formación de profesionales de la salud, y algunos países como Australia han incorporado programas estructurados para su desarrollo desde etapas tempranas del pregrado mediante metodologías activas, como la simulación clínica, el aprendizaje basado en problemas y la práctica reflexiva (Guinez-Molinós et al., 2017 y Ross et al., 2021). Estos enfoques han mostrado efectos positivos en el pensamiento crítico, la toma de decisiones y el fortalecimiento de las habilidades interpersonales. En América Latina, en cambio, se evidencia una débil sistematización de estas competencias en los planes de estudio universitarios, lo que deja su desarrollo sujeto a la experiencia individual o a modelos verticales reproducidos en el quehacer clínico.

En Costa Rica, si bien se identifican esfuerzos pedagógicos a través de metodologías como la simulación clínica, no existen aún programas estructurados que integren el liderazgo de forma explícita y sostenida en los currículos universitarios de medicina. Esta ausencia puede favorecer la perpetuación de estilos de liderazgo autoritarios, con escasa apertura al diálogo, limitada participación del equipo de salud y poca consideración por la autonomía de la persona paciente (Mikio et al., 2022 y Van Diggele et al., 2022).

La pandemia por COVID-19 evidenció con mayor claridad estas carencias, al exigir del personal médico capacidades de liderazgo adaptativo, resiliente y ético frente a la incertidumbre, el estrés y la toma de decisiones urgentes (Mikio et al., 2022). En países como Japón, se documentaron dificultades relacionadas con la ausencia de formación en liderazgo

en escenarios críticos, lo cual motivó el replanteamiento de esta competencia como un eje estructural en la educación médica.

Por este motivo la investigación se propuso explorar la percepción del estudiantado de pregrado de la carrera de Medicina de la UCR sobre las HL como parte de su proceso formativo. En particular, se indaga cómo se promueven, vivencian y conceptualizan estas habilidades en estudiantes de tercer año, quienes se encuentran en una etapa clave de la carrera al participar en actividades de tipo comunitario y hospitalario. El estudio se enmarca en un enfoque cualitativo y diseño de estudio de caso, lo que permite profundizar en las experiencias subjetivas del estudiantado y comprender los sentidos que construyen en torno al liderazgo en el contexto formativo. La investigación se desarrolló durante el segundo semestre del año 2023 y no contó con financiamiento externo de ninguna institución, empresa u organización.

Este trabajo busca responder la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la percepción del estudiantado de pregrado de la carrera de Medicina acerca de las HL como parte de su formación profesional? A partir de esta, se derivan las siguientes interrogantes secundarias: ¿cuáles HL se han promovido o estimulado en su formación como futura persona profesional en medicina?, ¿cuáles HL deben priorizarse dentro del proceso formativo en el pregrado?, ¿qué retos enfrenta una persona profesional en medicina para ejercer el liderazgo?, y ¿cómo puede influir el liderazgo en la toma de decisiones en el quehacer cotidiano del ejercicio médico?

La importancia de esta investigación radica en su contribución al análisis crítico del currículo médico desde una dimensión poco explorada en el ámbito costarricense. En particular, se pretende generar insumos para el diseño de propuestas pedagógicas que fortalezcan la formación integral del personal médico, articulando el desarrollo de habilidades técnicas con competencias blandas como el liderazgo. De esta manera, se aspira a avanzar hacia un modelo educativo que promueva estilos de liderazgo éticos, inclusivos y respetuosos del ser humano, acordes con las exigencias actuales de la práctica médica y con las expectativas sociales hacia los servicios de salud. El artículo se organiza en cinco apartados: introducción, referente teórico, metodología, resultados y conclusiones, seguidos de agradecimientos y referencias.

2. Referente Teórico

El liderazgo, entendido como la capacidad de influir, motivar y guiar a otras personas para alcanzar objetivos comunes, ha sido objeto de múltiples conceptualizaciones desde diversas disciplinas (Northouse, 2022). En el campo de la salud, esta competencia se torna crítica debido a su impacto directo en la toma de decisiones clínicas, en la gestión de equipos interdisciplinarios, en la calidad de la atención a las personas pacientes y en el abordaje ético de situaciones complejas (Martínez et al., 2020). Su ejercicio responsable y humano influye de manera determinante en los procesos de atención y en la construcción de entornos laborales saludables.

Desde una perspectiva organizacional, Bass y Avolio (1994) junto con Walumbwa, et al. (2008) distinguen tres estilos fundamentales de liderazgo: transformacional, transaccional y auténtico. Por una parte, el liderazgo transformacional se caracteriza por inspirar, movilizar el cambio y promover el crecimiento de las personas colaboradoras. Por otra parte, el liderazgo transaccional se basa en relaciones jerárquicas, en la supervisión directa y en recompensas o sanciones ligadas al cumplimiento de metas, lo cual puede limitar la autonomía, la innovación y la participación activa del personal. Además de los dos anteriores, el liderazgo auténtico; el cual privilegia la transparencia, la ética y la coherencia como cualidades deseables en profesiones como la salud. Este ha sido reconocido como un modelo que contribuye a una cultura organizacional más humana, colaborativa y segura. Tal como señalan Saxena et al. (2019), este tipo de liderazgo médico permite replantear el uso del poder en favor de relaciones horizontales, empáticas y éticas, fundamentales para la mejora del clima institucional y el bienestar del personal.

En el ámbito educativo, la formación en liderazgo del estudiantado de medicina se vincula con el enfoque por competencias, el cual enfatiza el aprendizaje significativo, la formación integral y la aplicación contextualizada del conocimiento. Las competencias de liderazgo abarcan habilidades cognitivas, sociales y emocionales, entre ellas: comunicación asertiva, empatía, resolución de conflictos, trabajo en equipo y toma de decisiones bajo presión (Girela et al., 2018). Estas habilidades fortalecen el desempeño clínico, mejoran la coordinación dentro de los equipos de salud y favorecen interacciones más humanas con las personas pacientes.

El desarrollo de estas competencias demanda entornos pedagógicos intencionados que incorporen metodologías activas, reflexivas y colaborativas. En este sentido, Morán-Barrios et al. (2020), destacan que herramientas como el aprendizaje basado en problemas, los estudios

de caso, la gamificación, los incidentes críticos, el trabajo cooperativo y las actividades profesionales confiables (APROC), permiten desarrollar no solo competencias técnicas, sino también habilidades como la comunicación, la gestión emocional, el pensamiento crítico y el profesionalismo, elementos esenciales en la formación médica integral.

Algunas herramientas como el aprendizaje basado en problemas, la simulación clínica, los talleres vivenciales y las prácticas supervisadas han demostrado su efectividad en la formación de HL en estudiantes de medicina (Guinez-Molinos et al., 2017 y Ross et al., 2021). Sin embargo, su implementación en los programas universitarios sigue siendo desigual, especialmente en contextos donde predomina una enseñanza centrada en la transmisión de contenidos y en la jerarquía tradicional.

En el caso costarricense, si bien se han desarrollado iniciativas para mejorar la calidad educativa en el ámbito médico, la formación en liderazgo continúa siendo abordada de forma marginal, frecuentemente subordinada a otras competencias clínicas (Sancho-Ugalde y Vanegas-Pissa, 2019). Esta omisión representa una oportunidad perdida para formar profesionales con una visión integral y comprometida con su función social, lo cual limita la capacidad del sistema de salud para afrontar desafíos como la gestión de crisis sanitarias, la resolución de conflictos y la atención centrada en la persona (Mikio et al., 2022).

El perfil profesional del médico de la UCR respalda la necesidad de formar personas profesionales con competencias técnicas, éticas y humanas. De acuerdo con la Oficina de Orientación Profesional, el médico egresado debe ser una persona de calidad humana, orientada a la promoción de la salud de las personas y comunidades, con capacidad de comprender y atender las condiciones biopsicosociales que afectan la salud. Este perfil es reforzado por dictámenes académicos como el OPES 12-2022 y OPES 34-2022, los cuales establecen que el médico debe ser integral, ético, autocrítico, comprometido con el trabajo colaborativo y capaz de liderar en contextos interdisciplinarios y sociales complejos (Conare, 2022a; Conare, 2022b). Estas orientaciones institucionales fortalecen el argumento de que el liderazgo no es un complemento opcional, sino un componente transversal que debe integrarse desde el pregrado como parte del desarrollo profesional de la persona médica costarricense.

La literatura también subraya que el liderazgo médico no se limita al plano clínico-asistencial, sino que abarca funciones relacionadas con la docencia, la investigación y la gestión institucional (McKimm y Swanwick, 2011). Por lo tanto, se requiere una visión educativa que entienda el liderazgo como una competencia transversal, que se desarrolla de

manera progresiva a lo largo del proceso formativo y que integra dimensiones éticas, comunicativas, técnicas y relacionales. Esta perspectiva resulta especialmente relevante en el ámbito sanitario, donde el liderazgo ético constituye un pilar esencial para garantizar decisiones justas, transparentes y centradas en el bienestar colectivo. Como señalan Acosta et al. (2024), este liderazgo no solo fortalece la calidad de los servicios de salud, sino que también promueve la justicia social, la equidad en el acceso a los recursos y la confianza en las instituciones sanitarias. En consecuencia, se propician valores como la integridad, la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia como principios orientadores de la gestión y la formación profesional.

Este enfoque resulta particularmente valioso para visibilizar las HL promovidas, así como aquellas que han quedado desvalorizadas, invisibilizadas o distorsionadas por la cultura organizacional y académica. En ausencia de una formación estructurada, las personas estudiantes tienden a reproducir los modelos observados en el profesorado clínico, lo que puede perpetuar estilos autoritarios o poco colaborativos si no existen espacios críticos para la reflexión (Van Diggele et al., 2022).

El liderazgo en salud también debe analizarse en relación con el bienestar profesional. Investigaciones recientes, han demostrado que los liderazgos empáticos y comunicativos favorecen la salud mental del personal médico, reducen el estrés laboral y fortalecen el sentido de propósito en el ejercicio profesional (Ramachandran et al., 2023). Así, el liderazgo no puede limitarse a una función operativa o directiva, sino que adquiere una dimensión profundamente humana, con repercusiones directas en la calidad del cuidado y en el clima organizacional.

Desde el punto de vista normativo y ético, el liderazgo en medicina se vincula con principios fundamentales como la equidad, la justicia, la responsabilidad social y el respeto por la dignidad humana. La Organización Mundial de la Salud (2003) ha insistido en la necesidad de formar profesionales de la salud que no solo dominen competencias técnicas, sino que también posean habilidades para liderar procesos de cambio, actuar con ética y promover una atención centrada en la persona. Estos principios deben integrarse activamente en los planes de estudio de las universidades como parte de una política educativa coherente con los desafíos contemporáneos del sistema de salud.

Bajo este marco teórico, la presente investigación busca contribuir al debate académico sobre el desarrollo del liderazgo médico en el contexto universitario costarricense, posicionando la voz del estudiantado como eje fundamental para comprender y transformar las prácticas educativas actuales. El enfoque adoptado permite indagar la vivencia subjetiva

del liderazgo y generar aportes teóricos y prácticos que impulsen una formación más integral, ética y humana.

Este marco articula los estilos de liderazgo transformacional, transaccional y auténtico con las competencias socioemocionales (comunicación, empatía, resolución de conflictos, trabajo en equipo). Estas nociones orientaron la lectura analítica y la definición de los temas y subtemas surgidos en el análisis temático, garantizando coherencia entre teoría, preguntas y resultados.

3. Metodología

La presente investigación adoptó una perspectiva metodológica coherente con su propósito exploratorio y su interés en comprender el significado que las personas estudiantes atribuyen a sus experiencias formativas en liderazgo. El diseño metodológico responde a la necesidad de profundizar en las vivencias individuales dentro de contextos específicos de enseñanza médica, reconociendo la complejidad de los procesos de formación profesional y la naturaleza subjetiva de las competencias blandas como el liderazgo. A lo largo de este apartado, se describen el enfoque adoptado, las características de la muestra y su selección, las técnicas de recolección de la información, así como el procedimiento de análisis aplicado para la interpretación de los datos obtenidos.

3.1. Enfoque

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo orientado a comprender en profundidad las experiencias subjetivas de las personas participantes en torno a la formación del liderazgo en contextos médicos. Según Flick (2023), la investigación cualitativa permite acceder al mundo de significados que las personas construyen a partir de sus vivencias, lo que resulta especialmente pertinente cuando se trata de fenómenos complejos y contextualizados como el liderazgo en medicina. El estudio de caso resulta apropiado cuando el objetivo es comprender cómo y por qué se produce una experiencia específica en un entorno determinado, sin buscar su generalización estadística, sino su riqueza interpretativa.

Se trata de una investigación de profundidad exploratoria de tipo cualitativo, la cual está orientada a identificar y caracterizar la vivencia del liderazgo desde la perspectiva estudiantil, sin pretensión de generalización estadística. Participaron tres estudiantes de tercer año de Medicina de la UCR con exposición reciente a prácticas clínicas hospitalarias y actividades comunitarias; la unidad de análisis fueron sus relatos de experiencia sobre HL. La selección

se realizó mediante muestreo intencional: a través de la coordinación académica y del correo electrónico, se invitó únicamente a personas con matrícula vigente y vivencias en ambos contextos; la muestra final respondió al ajuste a criterios y a la saturación temática. Previo a las entrevistas, se entregó una hoja informativa y se obtuvo el consentimiento informado por escrito, esto garantizó el anonimato mediante seudónimos (E-I1–E-I3) y el resguardo de datos. El estudio contó con las autorizaciones requeridas y se sostuvo la reflexividad del equipo para mitigar posibles sesgos de interpretación.

3.2. Unidades de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por tres personas estudiantes de tercer año de la carrera de Medicina de la UCR seleccionadas mediante un muestreo intencional. Esta estrategia responde a los lineamientos planteados por Merriam y Tisdell (2022), quienes señalan que, en estudios cualitativos, el criterio fundamental no es la representatividad numérica, sino la capacidad de los casos seleccionados para aportar información rica y relevante. Los criterios de inclusión contemplaron el avance académico (tercer año), la participación activa en contextos clínicos y comunitarios, y la disposición para reflexionar críticamente sobre su formación. Se excluyeron estudiantes que no hubieran tenido experiencias formativas en escenarios hospitalarios o comunales. El estudio se realizó entre agosto y noviembre de 2023. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante, lo que aseguró la confidencialidad de los datos y el respeto a su autonomía. La investigación fue aprobada por la instancia académica correspondiente, de conformidad con las normativas institucionales y los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

3.3. Técnicas de recolección de información

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevista en profundidad semiestructurada, adecuada para estudios cualitativos por su capacidad para favorecer relatos detallados y significativos (Knox y Burkard, 2009). El guion de entrevista fue diseñado a partir de los objetivos de la investigación y fue validado mediante juicio de personas expertas en medicina y metodología cualitativa. Las entrevistas se realizaron de forma presencial en espacios académicos privados, fueron grabadas con autorización expresa de las personas participantes y, posteriormente, transcritas de manera textual.

Las preguntas se enfocaron en las experiencias, percepciones, aprendizajes y desafíos en torno al liderazgo, así como en las oportunidades formativas recibidas durante el pregrado.

El guion, visible en el anexo 1, se estructuró en cuatro bloques temáticos correspondientes a las subpreguntas de investigación: identificación de HL, experiencias formativas, retos para ejercer el liderazgo y visión a futuro. Además, se incorporó una sección inicial de datos personales y se utilizó un recurso audiovisual rompehielos para favorecer un ambiente de confianza. Esta estructura permitió explorar de forma contextualizada y profunda las dimensiones cognitivas, emocionales y prácticas del liderazgo médico desde la perspectiva del estudiantado.

3.4. Procesamiento y análisis de la información

Se aplicó análisis temático reflexivo (ATR) en concordancia con lo propuesto por Braun y Clarke (2022), quienes plantean la consecución de seis pasos: familiarizarse con los datos, generar códigos, buscar temas, revisar temas, definir y nombrar temas, y elaborar el informe. Esto se llevó a cabo mediante una codificación predominantemente inductiva. Los temas se concibieron como patrones de significado estructurados por un concepto organizador central, que se extrajo de las preguntas de investigación. Así mismo, se sostuvo la reflexividad del equipo durante todo el proceso. La elección del ATR se justificó por su idoneidad para identificar patrones de significado y vincularlos con el marco teórico de liderazgo, para preservar la variabilidad de las voces de las personas participantes. Esto queda en evidencia en los registros del análisis donde se evidencian las decisiones de codificación, las versiones de matrices y el proceso de análisis que respaldan el rigor del proceso.

Se partió del tema principal denominado criterios temáticos sobre el liderazgo en la carrera de Medicina (CT), a partir del cual se definieron cuatro subtemas: identificación, en el contexto educativo de habilidades de liderazgo (HL), experiencias de liderazgo (EL), retos para ejercer el liderazgo (RL), y visión a futuro del liderazgo (VL). Estos subtemas respondieron a las subpreguntas de investigación y permitieron organizar los hallazgos conforme a los objetivos del estudio.

Además, durante la codificación manual de las transcripciones, surgieron dos temas: criterios sociales sobre la relación profesorado-estudiantado en la carrera de Medicina (CS), con cuatro subtemas: interacción profesorado-estudiantado, entre estudiantado, relación personal médico-estudiantado y relación personal médico-persona paciente; y criterios espaciales sobre el liderazgo en la carrera de Medicina (CE), que aluden a cuatro subtemas: universidad, centro médico, campo laboral futuro y otros espacios.

El análisis se realizó de forma manual, sin el uso de software especializado, lo que permitió una lectura interpretativa y cercana de los testimonios. Siguiendo los pasos del ATR de Braun y Clark, el proceso analítico incluyó la lectura profunda de las transcripciones, la identificación de unidades de significado, la codificación abierta y axial, la agrupación en temas y la interpretación de los hallazgos a la luz del marco teórico. Para garantizar la confiabilidad del análisis, se implementó triangulación de personas investigadoras, lo cual permitió comparar interpretaciones, enriquecer los hallazgos y reducir sesgos (Patton, 2023). Las matrices analíticas fueron elaboradas de manera colaborativa entre las personas investigadoras, y discutidas colectivamente para fortalecer la consistencia interpretativa.

Se aplicaron criterios de rigor científico cualitativo conforme a los planteamientos de Lincoln y Guba (1985), actualizados por Nowell et al. (2017). La credibilidad se aseguró mediante la devolución de los hallazgos a las personas participantes para validar las interpretaciones. La transferibilidad se atendió mediante una descripción densa del contexto institucional y del perfil de la muestra. La conformabilidad se garantizó a través del registro detallado de las decisiones analíticas y de la construcción de un archivo de auditoría. La dependencia se promovió mediante la aplicación de protocolos comunes de codificación y sesiones sistemáticas de reflexión metodológica.

4. Resultados

Para facilitar la comprensión, los resultados se presentan siguiendo el orden de las subpreguntas de investigación. En primer lugar, se describen las habilidades de liderazgo (HL) promovidas durante la formación médica; luego, las HL que deben priorizarse en el proceso formativo; seguidamente, los retos que enfrenta la persona profesional en medicina para ejercerlo; y posteriormente, la influencia del liderazgo en la toma de decisiones. Finalmente, se desarrollan los temas emergentes, organizados en dos apartados: criterios sociales y criterios espaciales del liderazgo en la formación médica. En la Figura 1 se visualiza este procedimiento.

Figura 1: Proceso de sistematización de resultados según ATR

| Subpreguntas de investigación | Tema ¹ | Subtemas ² |
|---|---|---|
| ¿Cuáles HL se han promovido o estimulado en su formación profesional en medicina? ¿Cuáles HL deben priorizarse dentro del proceso de formación de estudiantado de pregrado de medicina? ¿Cuáles retos puede enfrentar la persona profesional en medicina para ejercer el liderazgo? ¿Cómo cree que el liderazgo puede influir en la toma de decisiones en el quehacer diario futuro? | Criterios temáticos sobre HL en la Carrera de medicina (CT) | Habilidades de liderazgo (HL) Experiencias de liderazgo (EL) Retos para ejercer el liderazgo (RL) Visión a futuro del liderazgo (VL) |
| Emergentes³ | | |
| Criterios sociales (CS) | | |
| Interacción profesorado-estudiantado Entre estudiantado Relación personal médico-estudiantado Relación personal médico-persona paciente | | |
| Criterios espaciales (CE) | | |
| Universidad Centro médico Campo laboral futuro Otros espacios | | |

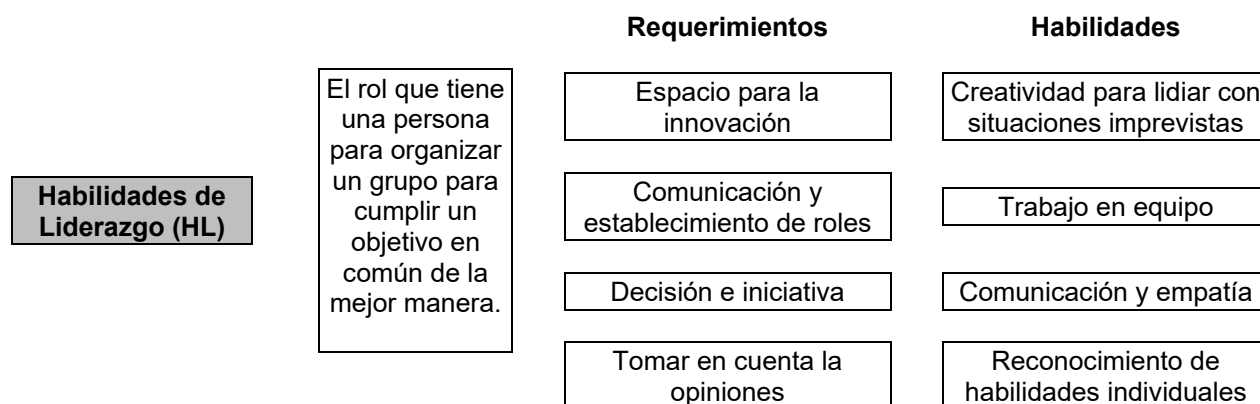
Nota. ¹Tema preliminar ²Subtemas preliminares ³Temas y subtemas emergentes

Fuente: Elaboración propia (2025)

4.1. Las HL que se han promovido o estimulado en la formación de futuras personas profesionales en Medicina

Los hallazgos obtenidos de las entrevistas con las tres personas informantes revelaron varias HL importantes promovidas en la formación de estas personas estudiantes de Medicina en la UCR. Dichas habilidades se detallan en la Figura 2, la cual resume los requerimientos y las habilidades esenciales identificadas en el estudio.

Figura 2: Requerimientos y Habilidades Asociadas al Liderazgo (HL)



Fuente: Elaboración propia (2025)

A partir de los hallazgos, se concluye que las personas participantes valoran la creatividad como una habilidad clave para enfrentar situaciones imprevistas y resolver problemas, por lo que destaca la importancia de fomentar ambientes que estimulen la innovación (E-I1). Esto concuerda con los resultados de las investigaciones de (Bass y Avolio, 1994; Sayyeda et al., 2024; Born et al., 2019). En un estudio más actual, Ruiz-Chaves y Zeledón-Sánchez (2024) realizaron una investigación al respecto, donde quedan en evidencia las repercusiones curriculares de esta temática y su importancia en la preparación de personas profesionales en medicina.

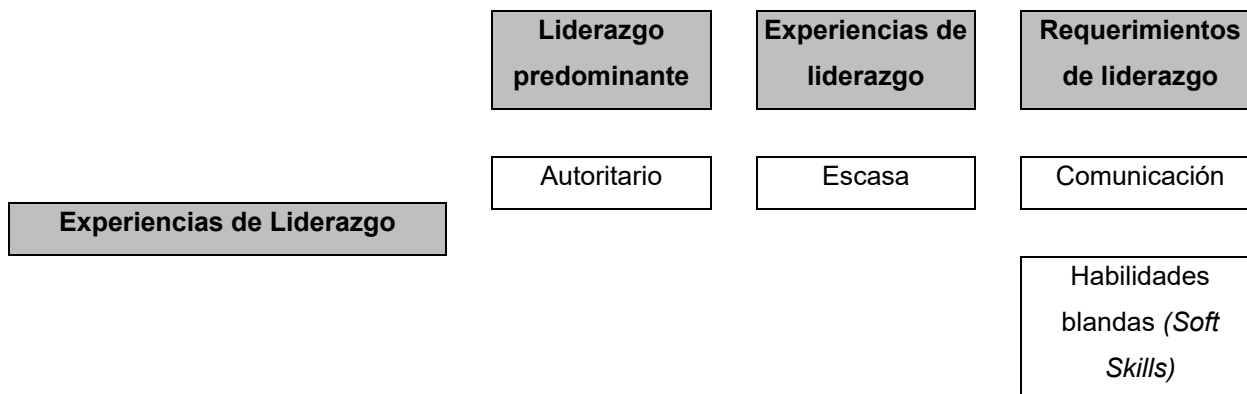
También, se destacó la comunicación efectiva, la empatía y la asignación clara de papeles fundamentales para el trabajo en equipos interdisciplinarios (E-I2, E-I3), lo cual es abordado en los hallazgos de varios trabajos que tratan aspectos de la comunicación y su función en el liderazgo (Girela et al., 2018; Conte et al., 2022 y Northouse, 2022). Se agrega a lo anterior la necesidad de líderes decididos, que tomen la iniciativa sin excluir las opiniones del equipo, para promover así un liderazgo equilibrado y colaborativo (E-I2).

Lo señalado por la persona informante tiene respaldo en autores como Bass y Avolio (1994), y Born et al. (2019), quienes citan las características esperadas en un liderazgo en estos contextos. De igual forma, se indicó la importancia del trabajo en equipo, la inclusión y el reconocimiento de las habilidades individuales. Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional, que respalda la incorporación de estas competencias en la formación médica (Ross et al., 2021).

4.2. HL que deben priorizarse dentro del proceso de formación

Después de realizar el análisis de los datos obtenidos en el subtema experiencias de liderazgo (EL) en el contexto de la medicina, se encontraron varios aspectos relevantes. Estos hallazgos se resumen en la Figura 3, que organiza la información en tres dimensiones: liderazgo predominante, experiencias de liderazgo y requerimientos de liderazgo.

Figura 3: Resultado en experiencias de liderazgo (EL)



Fuente: Elaboración propia (2025)

Los resultados evidencian que el estudiantado de Medicina percibe un liderazgo predominantemente autoritario en su entorno formativo, caracterizado por una comunicación limitada y una escasa participación del equipo, lo que genera desmotivación (E-11). Al respecto, el trabajo de Mikio et al. (2022) sugieren que los contextos médicos exigen líderes no autoritarios. En las tendencias actuales para el liderazgo médico latinoamericano, se impulsa el de tipo transformacional en instituciones sanitarias, como base para rediseño curricular y gestión clínica (Rojas, 2024). Frente a esto, se expresa una clara necesidad de un liderazgo más participativo, con comunicación efectiva y bidireccional, donde se valoren las opiniones de todas las personas involucradas. Además, algunas personas participantes han tenido experiencias previas liderando, lo cual influye positivamente en su comprensión de las habilidades necesarias en el campo médico (E-12). Estos hallazgos se alinean con investigaciones que destacan los beneficios del liderazgo auténtico y participativo para el rendimiento académico (Hirayama et al., 2023). Del mismo modo, se subraya la importancia de desarrollar habilidades blandas como la empatía y la comunicación, fundamentales para establecer relaciones efectivas y ejercer un liderazgo comprensivo, tal como lo señalan Girela et al. (2018).

4.3. Retos de la persona profesional en medicina para ejercer el liderazgo

En el subtema retos de liderazgo, se identificaron varios aspectos relevantes relacionados con los desafíos que enfrentan las personas médicas en formación de liderazgo.

Los resultados muestran que el liderazgo en medicina implica una alta carga emocional y responsabilidad (Northouse, 2022), lo cual genera presión en el estudiantado al asumir roles de liderazgo sin contar con formación específica que le prepare para ello (E-I1). Esta situación puede distorsionar la comprensión del liderazgo y dificultar su ejercicio efectivo. Las personas participantes destacaron la necesidad de liderazgos con empatía, comunicación y motivación capaces de fomentar un entorno colaborativo (E-I2), estas cualidades coinciden con las destacadas por Bass y Avolio (1994), y Girela et al. (2018).

Igualmente, se subrayó la importancia de tomar decisiones fundamentadas y saber cuándo buscar consejo para integrar diversas perspectivas. Aunque se prefirió trabajar con personas conocidas por la confianza que ello genera, también se reconoció el reto de incluir diversidad en los equipos para enriquecer la toma de decisiones (E-I3). Estos hallazgos coinciden con Mikio et al. (2022), quienes documentaron cómo la pandemia por COVID-19 puso a prueba el liderazgo médico, que evidencian la necesidad de liderazgos con preparación para enfrentar la incertidumbre, manejar el estrés y adaptarse con eficacia. Además, se destaca la urgencia de brindar apoyo emocional a quienes asumen liderazgo en medicina para garantizar su bienestar y la sostenibilidad de sus funciones.

4.4. Cómo el liderazgo puede influir en la toma de decisiones en el quehacer diario profesional en medicina

Después de analizar los datos obtenidos en el subtema visión de liderazgo (VL) se han identificado puntos relevantes relacionados con la percepción y las metas acerca del liderazgo de las personas participantes.

Los datos destacan la relevancia de la empatía y la comunicación compasiva en el liderazgo médico, que subraya la necesidad de establecer vínculos emocionales positivos con las personas pacientes para ofrecer una atención de calidad. Como señaló una persona informante: “un líder debe entender a sus pacientes, ser empático y decir las cosas de una manera más suave” (E-I1). Además, algunas personas participantes se proyectan como futuras líderes en equipos interdisciplinarios, y reconocen el valor de la colaboración para una atención integral (E-I2). Aunque se identificó la necesidad de mejorar habilidades interpersonales, así como la ausencia de un plan de formación en liderazgo, evidenciadas por

autores como Van Diggele et al. (2022), se observa que las nuevas generaciones poseen mayor sensibilidad hacia la empatía y la comunicación. Esto sugiere un cambio positivo en el perfil de liderazgo médico, el cual debe ser fomentado desde las etapas iniciales de formación. Estas observaciones coinciden con Girela et al. (2018), quienes destacan las habilidades blandas; por ejemplo, la escucha activa y la comprensión empática, como elementos clave para un liderazgo efectivo en medicina.

4.5. Aspectos emergentes importantes para el desarrollo del liderazgo en el estudiantado de Medicina

4.5.1. Criterios sociales en el liderazgo

Este tema surge de la sistematización de los datos y se agrupa en 4 subtemas: interacción profesorado-estudiantado, entre estudiantado, relación personal médico-estudiantado, y relación personal médico-persona paciente. Los hallazgos reflejan que la relación profesorado-estudiantado está marcada por poca consideración hacia las opiniones del estudiantado y por un clima de temor frente a figuras de autoridad. E-I1 señaló que “los profesores casi nunca toman en cuenta las opiniones del estudiantado”, y que, en algunos casos, el liderazgo se ejerce de forma poco asertiva, lo que afecta negativamente el ambiente de aprendizaje. Se observa también una enseñanza desigual entre departamentos y un escaso enfoque en el desarrollo de HL. Aunque las actividades grupales son valoradas, la jerarquía existente limita su potencial formativo. Estos hallazgos son concordantes con los de Sayyeda et al. (2024), que identifican que solo el 49,1 % del profesorado promueve un clima de respeto, al deducir que se requiere un liderazgo más ético en la formación.

En las relaciones entre el estudiantado se identifican barreras como la competitividad, la falta de empatía y el marcado sentido jerárquico en la carrera. Al respecto E-I1 mencionó que “cuesta que los compañeros acepten que uno lidere”, mientras E-I2 destacó que “validar opiniones ayuda a motivar”. Por su parte, E-I3 agregó que “el carácter fuerte de quienes estudian medicina hace que uno tenga que adaptarse”. Se recomienda fomentar el trabajo colaborativo, rotar funciones y construir espacios equitativos que valoren la diversidad de opiniones, en línea con Curay (2023), quien subraya el valor de la comunicación para mejorar el aprendizaje cooperativo.

En la relación personal médico-estudiantado se evidencian jerarquías rígidas, falta de interés en la formación del estudiantado y comunicación vertical, las cuales limitan el ejercicio del liderazgo. Al respecto, E-I1 enfatizó la importancia de generar un ambiente de apoyo,

mientras que E-I3 expresó que “los médicos no deberían ponerse en un pedestal”. La literatura respalda estos hallazgos: Frampton et al. (2013) destacan la necesidad de formar profesionales con escucha activa y compasión. Además, Girela et al. (2018) señalan que la falta de comunicación adecuada está asociada al 70 % de las reclamaciones sanitarias, lo que evidencia la necesidad de involucrar a las personas pacientes en la toma de decisiones. En este sentido, es necesario hacer ver que en el contexto brasileño se respalda que el liderazgo mejora comunicación, empatía y trabajo en equipo en pregrado (Melo et al., 2023).

Finalmente, en la relación personal médico-persona paciente se subraya el papel fundamental de la confianza mutua. Así, las personas informantes E-I1 y E-I3 señalaron que “sin confianza, los pacientes no dicen todo”, lo que representa un riesgo para su salud. La teoría confirma la importancia de fomentar una comunicación abierta, empática y respetuosa (Frampton et al., 2013; Girela et al., 2018) mediante la promoción de un liderazgo médico que construya vínculos sólidos con las personas atendidas.

4.5.2. *Criterios espaciales en el liderazgo*

Este tema emergente se agrupa en cuatro subtemas: universidad, centro médico, campo laboral futuro y otros espacios.

En la universidad, los hallazgos evidencian la importancia de capacitar al personal docente en liderazgo para acompañar a un estudiantado empático y sensible. Las personas participantes subrayan la necesidad de adaptar el currículo a las características actuales y fomentar su participación en asociaciones estudiantiles como espacios para desarrollar liderazgo (E-I1, E-I2). Estas ideas se respaldan en la teoría que reconoce que las experiencias educativas moldean a la futura persona profesional en medicina (Flores, 2004) y que los ambientes colaborativos fortalecen el aprendizaje autónomo y el apoyo entre pares (Pervaz, et al., 2020). Se recomienda evitar estilos autoritarios y promover la comunicación, la participación y el liderazgo estudiantil mediante figuras como las coordinaciones de curso.

En el centro médico, las personas informantes expresan que las rotaciones clínicas generan miedo y ansiedad debido a la presión, aunado, en ocasiones, a los regaños y a la falta de acompañamiento del personal médico, lo cual limita el desarrollo de liderazgo (E-I1, E-I2). Se resalta la falta de apoyo emocional y de experiencias que permitan tomar decisiones en contextos difíciles (E-I3), lo que coincide con estudios que muestran altos niveles de estrés en esta etapa (Celis et al., 2001) y la necesidad de fortalecer la creatividad como recurso profesional (Hur et al., 2022). De forma similar, en la práctica cotidiana de la medicina, se

asocia estilos de liderazgo con desgaste o *burnout* en personal de urgencias, lo que subraya efectos del liderazgo sobre clima y desempeño (Lugo-Machado et al., 2024).

Las personas participantes también insisten en que las personas líderes médicas deben ser empáticas, motivadoras y capaces de generar confianza en los equipos de salud. El grupo informante, E-I1 y E-I2, afirma que las personas pacientes ven a la persona médica como una figura de liderazgo, lo que exige habilidades interpersonales y comunicativas sólidas. Esto se apoya en lo señalado por Van Diggele et al. (2022), y Tawanwongsri y Phenwan (2019), quienes destacan que la formación en liderazgo favorece la toma de decisiones efectivas, el trabajo colaborativo y el clima organizacional. Ejemplos como el uso de simulaciones clínicas con equipos de enfermería muestran el potencial de experiencias interprofesionales para formar líderes competentes (Conte et al., 2022).

Finalmente, se valoran experiencias formativas tempranas donde el estudiantado asumió roles como el de “comunicador” en la escuela (E-I2) o lideró talleres para personas con VIH (E-I3), lo que le permitió desarrollar HL desde una edad temprana. Martínez et al. (2020) refuerzan esta visión al indicar que la empatía y la comprensión de las necesidades de otras personas son claves para ejercer un liderazgo eficaz en el ámbito de la salud.

5. Conclusiones

Las personas estudiantes reconocen haber desarrollado habilidades clave como la comunicación efectiva, la empatía, el trabajo en equipo, la creatividad y la toma de decisiones, pero en su mayoría, estas emergen desde la práctica clínica o experiencias previas, más que desde una mediación pedagógica intencionada y reflexiva. Esta situación evidencia una brecha entre lo que el estudiantado vive y lo que se espera del liderazgo médico en contextos reales, lo cual requiere atención urgente por parte de las instancias académicas responsables de la formación médica. Los hallazgos de esta investigación permiten concluir que el liderazgo constituye una competencia fundamental para el ejercicio profesional en medicina; sin embargo, su abordaje en la formación universitaria continúa siendo incidental, fragmentado y poco estructurado.

Asimismo, se identifica una disonancia entre el modelo de liderazgo autoritario predominante en muchos espacios clínicos y educativos, y el modelo colaborativo, horizontal y empático que el estudiantado aspira a ejercer. Esta tensión genera sentimientos de frustración, inseguridad y una percepción limitada sobre su papel como líderes en formación. Además, se hace evidente la necesidad de ambientes educativos y profesionales más

respetuosos, inclusivos y participativos, donde se valide la voz del estudiantado, se fomente la escucha activa y se reconozca la diversidad de perspectivas como un aporte al aprendizaje colectivo.

Las relaciones sociales y los espacios formativos condicionan fuertemente el desarrollo de HL. Las jerarquías verticales entre personas docentes, médicas y estudiantado, junto con dinámicas competitivas entre pares, limitan las oportunidades de liderazgo y generan temor a participar o a equivocarse. Las rotaciones clínicas, aunque constituyen un espacio clave para el aprendizaje práctico, son percibidas como entornos de alta presión emocional, donde el liderazgo se asocia con autoridad más que con colaboración. Esto resalta la urgencia de repensar las prácticas pedagógicas en estos contextos, incorporando estrategias de acompañamiento, mentoría y retroalimentación que favorezcan el desarrollo personal y profesional del estudiantado.

Pese a estas limitaciones, las personas participantes manifestaron disposición para asumir funciones de liderazgo en equipos interdisciplinarios, y valoraron experiencias previas tanto dentro como fuera del entorno académico, como oportunidades significativas para fortalecer sus habilidades interpersonales y organizativas. Estas experiencias demuestran que el liderazgo puede cultivarse en múltiples espacios cuando existen condiciones adecuadas, acompañamiento pedagógico y apertura a nuevas formas de interacción. Por lo anterior, se recomienda diseñar e implementar módulos formativos específicos sobre liderazgo en la Carrera de medicina, con un enfoque humanista, ético y colaborativo que contemple la realidad del entorno clínico costarricense. Del mismo modo, se considera prioritario capacitar al profesorado en liderazgo pedagógico con el fin de promover ambientes de aprendizaje basados en la confianza, el respeto mutuo y la participación activa del estudiantado.

Igualmente, es necesario fortalecer las oportunidades de liderazgo estudiantil mediante asociaciones, proyectos comunitarios y actividades interprofesionales, así como brindar acompañamiento emocional durante las prácticas clínicas, especialmente en situaciones de alta presión. Finalmente, se recomienda fomentar el desarrollo de habilidades blandas desde etapas tempranas del proceso educativo y realizar evaluaciones periódicas sobre la cultura de liderazgo en los espacios de formación médica. Solo mediante estas acciones integrales será posible construir un liderazgo médico más consciente, empático y comprometido con el bienestar de las personas y la mejora del sistema de salud.

Desde el punto de vista práctico las voces de las personas participantes, traducidas en hallazgos de investigación, evidencian oportunidades de mejora en la enseñanza médica.

Estas pueden introducirse en el currículo universitario, mediante adiciones a la malla curricular de elementos específicos en liderazgo médico y en la práctica clínica, roles rotativos en las rondas. De igual forma, para ambos casos, utilizar rúbricas que valoren los aspectos de liderazgo señalados en esta investigación, los cuales son: comunicación, empatía, coordinación, decisión y reflexión aplicadas en prácticas. Aunado a lo anterior, se pueden trabajar mentorías, simulaciones y fortalecer la formación en ejercicio del cuerpo docente de Medicina.

Este conjunto de temáticas ha sido ampliamente abordado por diversos autores desde distintas perspectivas teóricas y empíricas. Northouse (2022) concibe el liderazgo como un proceso dinámico de influencia y comunicación, en el cual las relaciones interpersonales constituyen el núcleo de la acción directiva. En una línea complementaria, Bass y Avolio (1994) y Walumbwa et al. (2008) desarrollan los enfoques de liderazgo transformacional y auténtico, enfatizando su impacto positivo en el clima organizacional y en la motivación del personal.

De igual manera, Girela et al. (2018) y Frampton et al. (2013) aportan evidencia que sitúa la comunicación y la empatía como dimensiones centrales en las prácticas de atención y acompañamiento profesional. Por su parte, Telio et al. (2015) y Harden y Crosby (2000) proponen guías orientadas a fortalecer la docencia clínica y el *feedback* relacional, mientras que Edmondson (1999) destaca la relevancia de la seguridad psicológica como condición esencial para el trabajo en equipo efectivo.

La investigación, presenta limitaciones relacionadas con el tamaño reducido de la muestra, lo cual, si bien permite una comprensión profunda de las experiencias vividas, no busca representar la totalidad del estudiantado de Medicina. Asimismo, la interpretación de los datos estuvo mediada por la subjetividad del equipo investigador, aunque se aplicaron estrategias de rigor como la triangulación y la validación de hallazgos, además de la reflexividad. De esta forma es necesario resaltar la posible influencia del equipo investigador en la interpretación de los datos, propia de los enfoques cualitativos y, en particular, del análisis temático reflexivo, donde la reflexividad es constitutiva del proceso analítico (Braun and Clarke, 2022). Para solventar esta limitación, se mantuvo un diario reflexivo y se aplicaron estrategias de rigor ya indicadas; no obstante, la dependencia del juicio interpretativo no puede eliminarse por completo (Lincoln y Guba, 1985; Nowell et al., 2017).

Entre los desafíos enfrentados durante la investigación se encuentran la coordinación de entrevistas en un contexto académico exigente y la gestión emocional de las personas participantes al abordar experiencias sensibles. A partir de los hallazgos obtenidos, se sugiere

profundizar en estudios futuros sobre liderazgo en entornos clínicos específicos, incluir al profesorado como unidad de análisis y explorar la influencia del liderazgo médico en la calidad del cuidado desde la perspectiva de las personas pacientes.

6. Agradecimientos

Las personas autoras agradecen profundamente a las tres personas estudiantes de la Carrera de Medicina de la UCR que participaron en este estudio su apertura, sinceridad y compromiso al compartir sus experiencias. Su contribución fue esencial para comprender el desarrollo del liderazgo en la formación médica desde una perspectiva vivencial. Asimismo, se extiende el agradecimiento al cuerpo docente y a las personas especialistas que colaboraron en la validación del instrumento de entrevista, así como a quienes ofrecieron asesoría metodológica durante el proceso investigativo. Esta investigación no recibió financiamiento externo y fue desarrollada en el marco de las actividades académicas ordinarias de la UCR, institución a la que también se agradece por facilitar los espacios y recursos necesarios para la ejecución.

7. Referencias

- Acosta Patiño, July Catherine., Maya Martínez, Yenny Stefany., Ruano Torres, Luisa Fernanda., y Chavez Martínez, Janeth Lorena. (2024). Ética y liderazgo en salud: el arte de enfrentar desafíos con propósito. *Excelsium Scientia Revista Internacional de Investigación*, 8(2), 24–30. <https://doi.org/10.31948/esrii.v8i2.4603>
- Bass, Bernard., y Avolio, Bruce. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. SAGE Publications.
- Born, Karen., Moriates, Christopher., Valencia, Victoria., Kerssens, Marlou., y Wong, Brian (2019). Learners as Leaders: A Global Groundswell of Students Leading Choosing Wisely Initiatives in Medical Education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 94(11), 1699–1703. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002868>
- Braun, Virginia., y Clarke, Victoria. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Celis, Juan., Bustamante, Marco., Cabrera, Dino., Cabrera, Magno., Alarcón, Walter., y Monge, Eduardo. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 25-30. <https://www.redalyc.org/pdf/379/37962105.pdf>
- Consejo Nacional de Rectores [CONARE]. (2022a). *Dictamen OPES 12-2022. Rediseño de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria*. Consejo Nacional de Rectores. <https://repositorio.conare.ac.cr/server/api/core/bitstreams/73cf636c-07db-466d-bd1a-61492251cd8b/content>

- Consejo Nacional de Rectores [CONARE]. (2022b). *Dictamen OPES 34-2022. Especialidad en Valoración Médica del Daño Corporal*. Consejo Nacional de Rectores. <https://repositorio.conare.ac.cr/server/api/core/bitstreams/aa16b5e5-be16-4b6f-8b55-843fb1ef98c0/content>
- Conte, Helen., Wihlborg, Jonas., y Lindström, Veronica. (2022). Developing new possibilities for interprofessional learning- students' experience of learning together in the ambulance service. *BMC Medical Education*, 22, 192. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03251-8>
- Curay, Pablo. (2023). Aprendizaje colaborativo en los estudiantes de medicina. *Polo del Conocimiento*, 8(3), 565-582. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9295481>
- Edmondson, Amy. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Flick, Uwe. (2023). *An introduction to qualitative research* (7th ed.). SAGE Publications.
- Flores, Gretchen. (2004). Perspectivas futuras de las actividades de educación médica continua en Costa Rica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(1), 129-136. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100009&lng=en&tlng=es
- Frampton, Susan., Guastello, Sara., y Lepore, Michael. (2013). Compassion as the foundation of patient-centered care: The importance of compassion in action. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2(5), 443–455. <https://doi.org/10.2217/CER.13.54>
- Girela, Beatriz., Rodríguez, María., y Girela, Eloy. (2018). La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio. *Cuadernos de Bioética*, 29(95), 59–67. <https://aebioetica.org/revistas/2018/29/95/59.pdf>
- Guinez-Molinos, Sergio., Martínez-Molina, Agustín., Gomar-Sancho, Carmen., Arias-González, Víctor., Szyld, Demian., García-Garrido, Encarnación., y Maragaño-Lizama, Patricio. (2017). A collaborative clinical simulation model for the development of competencies by medical students. *Medical teacher*, 39(2), 195–202. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248913>
- Harden, R. M., y Crosby, Joy. (2000). AMEE Guide No. 20: The good teacher is more than a lecturer—the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 22(4), 334–347. <https://doi.org/10.1080/014215900409429>
- Hirayama, Paula., Miclos, Paula., y Días, Olga. (2023). Authentic Leadership, Personality Types, and Job Satisfaction: Study with Nurses in a Private Hospital. *Journal of nursing management*, 2023(1), 6656568. <https://doi.org/10.1155/2023/6656568>
- Hur, Year., Yeo, Shanghee., y Lee, Keumho. (2022). Medical students' self-evaluation of character, and method of character education. *BMC Medical Education*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03342-6>

- Klifto, Christopher., Cheung, Emilie., Holcomb, Jason., Frankle, Mark., Duralde, Xavier., MacDonald, Peter., Ricchetti, Eric., Aibinder, William., Amini, Michael., Barnes Leslie., Byram, Ian., Chalmers, P., Chuinard, Christopher., Friedman, Alan., Gilotra, Mohit., Gregory, James., Grogan, Brian., Horneff, John., Kassam, Hafiz., Kazanijian, Kacj., Kilcoyne, Kelly., Kowalsky, Marc., Li, Xinning., Liu, Joseph., Muh, Stephanie., Munoz, Julianne., Patterson, Brendan., Phipatanakul, Wesley., Ward, Abner., Waterman, Brian., Woodmass, Jarret., y Wright, Melissa. (2024). Are leaders born to lead, or are they made? *Journal of shoulder and elbow surgery*, 33(3), 531–535. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37777042/>
- Knox, Sarah., y Burkard, Allan. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4-5), 566–575. <https://doi.org/10.1080/10503300802702105>
- Lincoln, Yvonna., y Guba, Egon. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lugo-Machado, Juan., Escobar-Morales, Ana., Medina-Valentón, Elizabeth., y García-Ramírez, Patricia. (2024). Relaciones jerárquicas de poder en la educación médica. *Medicina Interna de México*, 40(4), 264–270. <https://medicinainterna.org.mx/article/relaciones-jerarquicas-de-poder-en-la-educacion-medica/>
- Martínez, Gregorio., Santos, Jesús., Leal, Eduardo., y Hernández, Angélica. (2020). Liderazgo transformacional en estudios de ciencias de la salud. *Educación Médica Superior*, 34(2), e1920. <https://n9.cl/zshnwu>
- McKimm, Judy., y Swanwick, Tim. (2011). Leadership development for clinicians: what are we trying to achieve?. *The clinical teacher*, 8(3), 181–185. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2011.00473.x>
- Melo, Ellen., Suassuna, Kaysa., Pimentel, Ana., y Silveira, Caíque. (2023). Liderança na educação médica para qualificação da atenção à saúde: Uma revisão integrativa. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 11(2), 2055–2062. <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e1.a2023.pp2055-2062>
- Merriam, Sharan., y Tisdell, Elizabeth. (2022). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Mikio, Hayashi., Takuya, Saiki., Steven, Kanter y Ming-Jung, Ho. (2022). Leaders' perspectives and actions to manage challenges in medical education presented by the COVID-19 pandemic: a nationwide survey of Japanese medical colleges. *BMC Medical Education*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03193-1>
- Morán-Barrios, Jesús., Ruiz de Gauna, Pilar., Ruiz Lázaro, Pedro Manuel., y Calvo, Rosa. (2020). Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. *Educación Médica*, 21(5), 328–337. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.02.001>
- Northouse, Peter. (2022). *Leadership: Theory and practice* (9th ed.). SAGE Publications.

- Nowell, Lorelly., Norris, Jill., White, Deborah., y Moules, Nancy. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42818/924159103X.pdf>
- Patton, Michael. (2023). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (5th ed.). SAGE Publications.
- Pervaz, Maha., Velan, Gary., O'Sullivan, Anthony., y Chinthaka, Balasooriya. (2020). The collaborative learning development exercise (CLeD-EX): an educational instrument to promote key collaborative learning behaviours in medical students. *BMC Medical Education*, 20, . <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1977-0>
- Ramachandran, Sunder., Balasubramanian, Sreejith., James, Wayne Fabian., y Al Masaeid, Turki. (2023). ¿Hacia dónde va el liderazgo compasivo? Una revisión sistemática. *Management Review Quarterly*, 74(4), 1473–1557. <https://doi.org/10.1007/s11301-023-00340-w>
- Rojas, Nydia. (2024). *Tendencias actuales del liderazgo médico en las organizaciones*. <https://revistas.umng.edu.co/index.php/ciencia/article/view/7552/6129>
- Ross, Simone., Sen Gupta, Tarun., y Johnson, Peter. (2021). Leadership curricula and assessment in Australian and New Zealand medical schools. *BMC Medical Education*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02456-z>
- Ruiz-Chaves, Warner., y Zeledón-Sánchez, Fernando. (2024). Desarrollo de habilidades de liderazgo en la formación del estudiantado de medicina: Revisión sistemática. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 18(1), e1801. <https://doi.org/10.19083/ridu.2024.1801>
- Sancho-Ugalde, Hilda., y Vanegas-Pissa, Juan. (2019). Revisión de la educación médica en Costa Rica: logros y desafíos. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 22(4), 159–164. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2014-98322019000400002
- Saxena, Anurag., Meschino, Diane., Hazelton, Lara., Chan, Ming-Ka., Benrimoh, David., Matlow, Anne, Dath, Deepack., y Busari, Jamiu. (2019). El poder y el liderazgo médico. *BMJ Leader*, 3(3), 92–98. <https://doi.org/10.1136/leader-2019-000139>
- Sayyeda, Ajwad., Saha, Shivani., Kanyala, Deepika., y Sablea, Shantanu. (2024). Effective leadership strategies in healthcare: A narrative review. *Multidisciplinary Reviews*, 8(3), 2025090. <https://doi.org/10.31893/multirev.2025090>
- Tawanwongsri, Weeratian., y Phenwan, Tharin. (2019). Reflective and feedback performances on Thai medical students' patient history-taking skills. *BMC Medical Education*, 19(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1585-z>

-
- Telio, Summer., Ajjawi, Rola., y Regehr, Glenn. (2015). The “educational alliance” as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Academic Medicine*, 90(5), 609–614. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000560>
- Van Diggele, Christie., Roberts, Chris., y Lane, Stuart. (2022). Leadership behaviours in interprofessional student teamwork. *BMC Medical Education*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03923-5>
- Walumbwa, Fred., Avolio, Bruce., Gardner, William., Wernsing, Tara., y Peterson, Suzanne. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89–126. <https://doi.org/10.1177/0149206307308913>

ANEXO 1 GUÍA DE ENTREVISTA

Entrevistador: _____. Lectura y firma del consentimiento informado

Rompe hielo: https://www.youtube.com/watch?v=fUXdri9ch_Q

Parte I: Información Personal de los Participantes

Nombre:

Edad:

Año que cursa en la carrera:

Estudiante de tiempo completo / parcial:

Colegio del que egreso:

A donde vive:

Parte II: Identificación de HL en el contexto medico-educativo

Nota: Este apartado responde a la subpregunta de investigación #1

Desde una perspectiva general, ¿cuáles HL deben priorizarse dentro del proceso de formación de estudiantes de pregrado de medicina?

Para ud ¿Cómo se define liderazgo?

¿Cómo se vincula la definición de liderazgo con la formación en medicina?

¿Cuál ha sido su experiencia como estudiante de medicina en torno al liderazgo?

¿Qué habilidades cree que son importantes para ser un buen líder en el campo de la medicina?

De las habilidades anteriores, ¿cuáles deberían considerarse como las más necesarias?

¿Cómo puede un estudiante de medicina aplicar HL en su relación con los y las pacientes?

¿De qué manera puede un(a) estudiante de medicina motivar a su equipo de trabajo para alcanzar los objetivos de manera efectiva?

Parte III: Experiencias de liderazgo en el proceso formativo médico-educativo

Nota: Este apartado responde a la subpregunta de investigación #2

¿Qué situaciones de aprendizaje requieren HL en su formación como futuro profesional de medicina?

¿Ha participado en algún proyecto o iniciativa en el campo de la medicina? De ser así, ¿cuál fue su papel?

¿Cómo se podría aplicar el liderazgo para mejorar el ambiente laboral en un centro médico?

Basado en su experiencia, ¿qué recomendaciones le daría al personal a cargo de la carrera para promover el liderazgo?

Parte IV: Retos para ejercer el liderazgo en el contexto médico-educativo

Nota: Este apartado responde a la subpregunta de investigación #3

¿Cuáles retos puede enfrentar un profesional en medicina para ejercer el liderazgo?

¿Qué retos enfrentan los y las estudiantes en el campo de la medicina en torno a sus HL?

¿Cómo maneja ud situaciones de crisis en el campo de la medicina?

¿Cómo maneja ud situaciones difíciles con los pacientes y sus familias?

¿Qué estrategias podría utilizar un profesional en el campo de la medicina para liderar un equipo interdisciplinario?

¿Cómo puede una persona estudiante en el campo de la medicina aplicar sus HL para mejorar el acceso a la atención médica en comunidades marginadas o de bajos recursos?

Parte IV: Visión a futuro del liderazgo en el contexto médico-educativo

Nota: Este apartado responde a la subpregunta de investigación #4

¿Cómo cree que el liderazgo puede influir en la toma de decisiones en el quehacer diario como futuro profesional de medicina?

¿Ha desarrollado algún plan para mejorar sus HL en su campo educativo en la medicina? De ser así, ¿en qué consiste su plan?

¿Cómo se mantiene actualizado en los avances y nuevas tecnologías en el campo de la medicina?

¿Cómo puede un profesional en medicina aplicar el liderazgo para fomentar la innovación y la creatividad?

Revista indizada en



Distribuida en las bases de datos:

