



Liderazgo de equipos de alto rendimiento: de operador clínico a estrategia del sistema. Herramientas de gestión y liderazgo para el anestesiólogo como líder en salud

*Leading high-performance teams: from clinical operator to systems strategist.
Management and leadership tools for the anesthesiologist as a healthcare leader*

Dra. Verónica Camacho-Vacherón*

Citar como: Camacho-Vacherón V. Liderazgo de equipos de alto rendimiento: de operador clínico a estrategia del sistema. Herramientas de gestión y liderazgo para el anestesiólogo como líder en salud. Rev Mex Anestesiología. 2026; 49 (Supl. 1): s62-s64.

INTRODUCCIÓN

La anestesiología contemporánea ha experimentado una transformación significativa en las últimas décadas. Lo que históricamente se concebía como una disciplina centrada exclusivamente en el acto anestésico, hoy se reconoce como un componente crítico en la gestión integral del sistema quirúrgico. Este cambio responde a la creciente complejidad de los hospitales modernos, donde la coordinación, la eficiencia y la seguridad dependen de múltiples variables interdependientes.

En este contexto, el anestesiólogo ya no puede limitarse a la ejecución técnica. Su rol se expande hacia la toma de decisiones estratégicas, la gestión del flujo perioperatorio y la coordinación interdisciplinaria. Esta evolución no es opcional, sino necesaria para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud.

PROBLEMA ACTUAL: CRISIS ORGANIZACIONAL

Una proporción importante de las fallas en el entorno quirúrgico no deriva de limitaciones clínicas, sino de deficiencias organizacionales. La percepción común de que la falta de personal es el principal problema oculta una realidad más compleja: la ineficiencia en la distribución de recursos.

Los quirófanos detenidos, los retrasos en la programación y la sobrecarga del personal son manifestaciones de un sistema fragmentado. La ausencia de visibilidad operativa en tiempo real y la falta de protocolos de decisión estructurados contribuyen a esta problemática.

Por lo tanto, el verdadero desafío no es aumentar recursos, sino optimizar su uso mediante modelos de gestión más sofisticados.

CAMBIO DE PARADIGMA

El anestesiólogo debe posicionarse como el nodo central del sistema quirúrgico. Esto implica asumir un rol activo en la coordinación del flujo de pacientes, la asignación de recursos y la toma de decisiones críticas.

Este cambio de paradigma transforma al anestesiólogo en un líder sistémico, capaz de integrar información clínica, operativa y organizacional para optimizar el funcionamiento del servicio.

La transición de ejecutor técnico a estrategia del sistema representa uno de los cambios más relevantes en la evolución de la especialidad.

MARCO CONCEPTUAL DE LIDERAZGO

El liderazgo en entornos de salud se ha asociado con mejores resultados clínicos y operativos. En anestesiología, este liderazgo

* Servicio de Anestesiología,
Hospital General de México
«Dr. Eduardo Liceaga».
Ciudad de México, México.



se expresa a través de la capacidad de gestionar la incertidumbre, coordinar equipos multidisciplinarios y tomar decisiones bajo presión.

Modelos como el liderazgo transformacional y el liderazgo adaptativo ser particularmente útiles en entornos complejos, donde las soluciones requieren flexibilidad, innovación y capacidad de respuesta. Revisiones sistemáticas recientes confirman que el liderazgo transformacional se asocia significativamente con mejores resultados clínicos, mayor seguridad del paciente y reducción de eventos adversos^(11,12).

MODELO A.E.I.E.

El modelo A.E.I.E. (Atención, Emoción, Intención, Ejecución) se propone como una herramienta práctica para estructurar el liderazgo anestésico.

1. Atención: implica desarrollar una conciencia situacional avanzada, basada en la lectura constante del entorno y el uso de datos en tiempo real.
2. Emoción: se refiere a la gestión de equipos humanos en contextos de alta presión, donde la comunicación y el manejo del conflicto son fundamentales.
3. Intención: representa la capacidad de priorizar y tomar decisiones estratégicas alineadas con la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema.
4. Ejecución: consiste en la implementación efectiva de protocolos, la definición de roles claros y la trazabilidad de los procesos.

HERRAMIENTAS DE IMPLEMENTACIÓN

La aplicación práctica del liderazgo anestésico requiere herramientas concretas.

1. Permite una visión en tiempo real del estado de los quirófanos, facilitando la toma de decisiones informadas.
2. Optimiza la secuenciación de procedimientos y reduce tiempos muertos.
3. Permiten responder de manera estructurada ante escenarios críticos.
4. Asegura la correcta asignación del personal según competencias, mejorando tanto la eficiencia como el bienestar del equipo.

TORRE DE CONTROL QUIRÚRGICA

La torre de control quirúrgica es un modelo de gestión operativa desarrollado en el Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» que integra datos en tiempo real para optimizar la asignación de recursos, mejorar la eficiencia del flujo quirúrgico y fortalecer la toma de decisiones perioperatorias.

Mediante herramientas digitales de captura inmediata (QR y bases de datos dinámicas), el sistema permite visualizar el estado de los quirófanos, la disponibilidad de personal y el avance de los procedimientos, transformando la operación de un modelo reactivo a uno proactivo.

Su implementación ha permitido:

1. Reducir tiempos muertos entre procedimientos.
2. Optimizar la utilización de quirófanos.
3. Mejorar la asignación de anestesiólogos según carga y competencias.
4. Generar trazabilidad operativa completa del flujo perioperatorio.

Este modelo es consistente con la evidencia internacional que demuestra que la optimización sistémica del quirófano, más que el incremento de recursos, es el factor determinante de la eficiencia perioperatoria^(4,5).

OBSTÁCULOS REALES PARA LA TRANSICIÓN

Reconocer los desafíos inherentes a esta transformación es tan importante como proponer soluciones. El anestesiólogo que aspira a asumir un rol estratégico se enfrenta a resistencias que no son técnicas, sino sistémicas e institucionales.

Formación profesional insuficiente

Los programas de residencia en anestesiología siguen centrados casi exclusivamente en competencias clínicas. Las habilidades de gestión, toma de decisiones organizacionales y liderazgo de equipos rara vez forman parte del currículo formal. Revisiones sistemáticas de habilidades no técnicas en anestesiología confirman que, aunque estas competencias son decisivas para la seguridad del paciente, su enseñanza y evaluación explícita siguen siendo insuficientes en la formación de posgrado^(8,10). Esto genera una brecha entre las responsabilidades reales del jefe de servicio y las herramientas con las que fue preparado.

Cultura institucional y resistencia al cambio

En entornos hospitalarios públicos de alta complejidad, los modelos jerárquicos tradicionales y la fragmentación entre servicios dificultan la implementación de modelos de gestión integrados. El cambio hacia una coordinación perioperatoria activa requiere no solo voluntad individual, sino estructuras organizacionales que lo soporten. Como señala Edmondson⁽¹⁴⁾, la seguridad psicológica del equipo –la confianza para proponer, cuestionarse y mejorar sin temores– es una condición necesaria para cualquier transformación organizacional real.

Doble carga: clínico y gestor simultáneamente

Gestionar un servicio quirúrgico de alta demanda mientras se mantiene la práctica clínica es, en sí mismo, un factor que limita el espacio para la innovación administrativa. La doble función exige capacidad de delegación y un equipo con roles definidos, condiciones que no siempre existen en hospitales públicos con recursos limitados. Esta tensión no es un fracaso del individuo, es una característica estructural del sistema que debe ser reconocida y abordada institucionalmente.

CONCLUSIONES

El anestesiólogo del futuro será un estratega del sistema. Su capacidad para integrar información, coordinar equipos y optimizar procesos será tan relevante como su habilidad técnica. La evidencia disponible es clara: los sistemas quirúrgicos que incorporan liderazgo estructurado, herramientas de visibilidad operativa y protocolos de decisión logran mejores resultados en eficiencia, seguridad y bienestar del equipo.

Sin embargo, esta transición no ocurrirá de forma espontánea. Requiere una decisión consciente de los propios anestesiólogos de asumir ese rol y una respuesta institucional que incluya formación en gestión desde la residencia, rediseño de estructuras de coordinación y reconocimiento formal del liderazgo perioperatorio como una función clínica de alto valor.

El liderazgo anestésico no es una opción. Es una condición necesaria para enfrentar los retos actuales del sistema de salud.

REFERENCIAS

Contexto global y fuerza laboral

1. Meara JG, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386:569-624. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60160-X.
2. Law TJ, Lipnick MS, Morriss W, et al. The global anesthesia workforce survey: updates and trends in the anesthesia workforce. *Anesth Analg*. 2024;139:15-24. doi: 10.1213/ANE.0000000000006836

3. World Health Organization. Global patient safety report 2024. Geneva: WHO; 2024.

Eficiencia quirúrgica y gestión del quirófano

4. Schouten AM, Flipse SM, van Nieuwenhuizen KE, Jansen FW, van der Eijk AC. Operating room performance optimization metrics: a systematic review. *J Med Syst*. 2023;47:19. doi: 10.1007/s10916-023-01912-9.
5. Pasquer A, Ducarroz S, Lifante JC, et al. Operating room organization and surgical performance: a systematic review. *Patient Saf Surg*. 2024;18:5. doi: 10.1186/s13037-023-00388-3.
6. Castillo Sánchez JA, et al. Enhancing operating room efficiency: the impact of computational algorithms on surgical scheduling and team dynamics. *Healthcare (Basel)*. 2024;12:1906. doi: 10.3390/healthcare12191906.

Habilidades no técnicas y seguridad del paciente

7. Gawande A. The checklist Manifesto. New York: Metropolitan Books; 2010.
8. Ji K, Huang J, et al. Development and applications of the Anaesthetists' Non-Technical Skills behavioural marker system: a systematic review. *BMJ Open*. 2024;14:e075019. doi: 10.1136/bmjopen-2023-075019.
9. Burns JK, Ghanmi N, Etherington C, et al. Identifying positive and negative use of non-technical skills by anesthesiologists in the clinical operating room. *Perioper Care Oper Room Manag*. 2023;31:100318. doi: 10.1016/j.pcorn.2023.100318.
10. Finstad AS, Bjorshol CA, Aase I, et al. Assessment of anaesthesia teams' non-technical skills in clinical practice before and after simulation-based team training. *Anesthesiol Res Pract*. 2024;2024:2021671. doi: 10.1155/2024/2021671.

Liderazgo en salud

11. Ystaas LMK, Nikitara M, Ghobrial S, et al. The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: a systematic review. *Nurs Rep*. 2023;13:1271-1290. doi: 10.3390/nursrep13030108.
12. Wu Y, Awang SR, Ahmad T, You C. A systematic review of leadership styles in healthcare sector: Insights and future directions. *Geriatr Nurs*. 2024;59:48-59. doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.06.033.
13. Kotter JP. Leading change. Boston: Harvard Business Review Press; 2012.
14. Edmondson AC. Teaming: how organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy. San Francisco: Jossey-Bass; 2012.

Guías clínicas perioperatorias

15. Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *Eur Heart J*. 2022;43:3826-3924. doi: 10.1093/eurheartj/ehac270.