

Recibido: 17 de mayo de 2001  
Aceptado: 12 de junio de 2001

# La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura?

...Es comprensible que las personas reprimidas manifiesten hostilidad intensa hacia una cultura cuya existencia posibilitan con su trabajo y dedicación, pero de cuya riqueza sólo reciben una parte muy pequeña...

SIGMUND FREUD,  
*The Future of an illusion, 1927*

**Teodoro Carrada  
Bravo**

Jefe de Educación e Investigación Médicas, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Irapuato, Guanajuato

Correspondencia:  
Teodoro Carrada Bravo,  
Calzada de los Rincones 694,  
Col. Las Plazas,  
Irapuato, Guanajuato.  
Tel.: (01 462) 51 746,  
(01 462) 43 100,  
extensión 127.  
Fax: (01 462) 43 660.  
Correo electrónico:  
gto02z@imss.gob.mx

## RESUMEN

La cultura organizacional se puede definir como un complejo holístico que incluye los saberes, las creencias, los valores, las leyes, las costumbres y cualquier otra capacidad o hábito compartido por el hombre como miembro de un grupo social. La cultura es un comportamiento aprendido, es el modo como la gente vive su vida. Algunos aspectos específicos de los sistemas de salud son mejor valorados socialmente que otros, en función de las estructuras dominantes en la organización social. El análisis y la investigación de la cultura se enfoca a entender estas diferencias y a monitorear los cambios culturales que se reflejan en tiempo, lugar e historia. La cultura no suele ser estacionaria al pasar de una generación a la siguiente; los valores culturales y otros elementos suelen propagarse de la sociedad a las organizaciones sanitarias y viceversa, a través de la comunicación directa e indirecta y entre los diversos grupos humanos. En la medida que se desarrolle un mayor entendimiento de la cultura organizacional, habrá ganancias y más probabilidades de que las organizaciones tengan una mayor aceptación social.

## SUMMARY

Organizational culture can be defined as the complex whole that includes knowledge, belief, art, morals, law, customs, and any other capabilities and habits acquired by humans as members of a social group. Culture as learned behavior is the way in which people live their lives. Some specific aspects of health systems are valued more in society than others, depending on the dominant structures within the social organization. Analysis and research of culture attempts to understand these differences and monitor cultural changes as reflected in time, place, and history. Culture is rarely stagnant, as it is passed from one generation to the next, and cultural values and other elements are spread frequently from society to health organizations by means of direct or indirect communication and among groups. The greater the understanding we develop of organizational culture, the more we will gain from it to better function within society.

## La cultura organizacional

En sentido histórico-antropológico la cultura es aquello que distingue y da identidad a un grupo humano; es la forma como interactúan los integrantes del grupo entre sí y con los de fuera, y el modo como acostumbran realizar lo que hacen. Elliott Jaques la define como:<sup>1</sup>

La forma tradicional o habitual de pensar-decir-hacer las cosas, que comparten los miembros de una organización y que los miembros nuevos tienen que aprender o aceptar, al menos parcialmente, a fin de que sus servicios sean aceptados en la organización.

Una organización de salud es un conjunto o equipo de trabajo profesional, interdisciplinario,

## Palabras clave

Cultura organizacional, elementos culturales, investigación cultural en sistemas de salud

## Key words

Organizational culture, cultural elements, cultural research in health systems

que labora de manera estructurada para producir bienes intangibles (los servicios de salud) y alcanzar ciertas metas; para lograr éstas se requiere del acuerdo y la participación de los usuarios.

La cultura organizacional en sistemas de salud es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales.<sup>2,3</sup>

El desarrollo organizacional es un esfuerzo consciente y planificado que realiza el gerente-médico para incrementar a largo plazo los procesos de motivación-aprendizaje, innovación creativa y de mayor participación democrática grupal, encaminados a mejorar el clima laboral, aumentar la competitividad y la capacidad resolutoria de los profesionales de salud y de los directivos, mediante una administración eficaz de la cultura organizacional.<sup>4,5</sup>

## **El perfil del hombre y de la cultura en México**

Octavio Paz, refiriéndose a la cultura del trabajo en México, escribió:

«Lo que nos puede distinguir del resto de los pueblos no es la siempre dudosa originalidad de nuestro carácter, fruto quizá de las circunstancias siempre cambiantes, sino la de nuestras creaciones.

«Viejo o adolescente, criollo o mestizo, general, obrero o médico, el mexicano se aparece como un ser que se encierra y se preserva: máscara el rostro y máscara la sonrisa. Plantado en su arisca soledad, espinoso y cortés a un tiempo, todo le sirve para defenderse: el silencio y la palabra, la cortesía y el desprecio, la ironía y la resignación. En suma, entre la realidad y su persona establece una muralla, no por invisible menos infranqueable, de impasibilidad y lejanía. El mexicano siempre está lejos, del mundo y de los demás. Lejos, también de sí mismo. El solitario paisano ama las fiestas y las reuniones públicas. Todo es oca-

sión para reunirse. Cualquier pretexto es bueno para interrumpir la marcha del tiempo y celebrar con festejos y ceremonias, hombres y acontecimientos.

«El mexicano al haber sentido la pérdida de sus usos y legados por generaciones, reacciona defensivamente. Esto revela un anhelo de progreso e incorporación al mundo moderno. Las dos circunstancias ponen de relieve que en cierta medida hemos perdido raíces, sin llegar todavía al desarrollo y bienestar que pretendemos.»<sup>6,7</sup>

Ahora que las corrientes modernas de administración en sistemas de salud están poniendo mayor atención a la diversidad cultural de los mexicanos, resulta importante investigar esta cultura —en transición hacia la modernidad—, que no hemos sabido apreciar ni conocer a fondo, para desarrollarla en las organizaciones.<sup>8,9</sup>

## **Perfil cultural de las instituciones de salud**

La cultura de un organismo de salud es un sistema de conocimientos profesionales, expectativas, creencias y supuestos inconscientes, descubiertos o aceptados por el equipo de trabajo interdisciplinario, fuertemente influidos por la estructura, la tecnología y el ambiente laboral. De este modo, se generan las normas de comportamiento grupal, que contribuyen a configurar los diversos modelos de liderazgo, de mando-subordinación y de interacción con otros miembros de la propia institución y con los extranjeros.

La cultura institucional es un proceso muy dinámico de aprendizaje-construcción psicosocial, que permite organizarse y comprender la realidad interna, matizada por las presiones y cambios del entorno. Adviértase que en las organizaciones profesionales la cultura es un vínculo para enseñar-aprender, crear-innovar, administrar los procesos y las personas, para saber a qué atenerse y cómo conducirse, con la cooperación o no de los más experimentados o mejor preparados. Pero la cultura es también un modo eficaz de reproducción organizacional y de comunicación, que se expresa principalmente en el lenguaje hablado, corporal y por escrito de sus miembros.

Lo más característico de los sistemas de salud es su enorme complejidad estructural, y la coexistencia de varios grupos o equipos de trabajo profesional (subculturas) cuya meta común es producir servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los usuarios y las expectativas de la sociedad.<sup>9-11</sup>

La figura 1 muestra las variables que influyen en la cultura organizacional de un sistema sanitario, considerando su tamaño, la complejidad de la atención otorgada, la tecnología y el tipo de recurso profesional disponible para satisfacer las necesidades de los usuarios. Poder es capacidad de ejercer influencia y fuerza para cambiar el comportamiento o las actitudes de las personas o del equipo de salud, por esta razón, se analiza su distribución o tramo de mando.

Es importante investigar los documentos escritos (formalización documental) generados por los diferentes departamentos: expedientes clínicos, normas técnicas, reglamentos, publicaciones científicas, cursos impartidos, etcétera. La complejidad de la atención (diferente en cada uno de los niveles de atención médica) determina los tipos de profesionales requeridos y la fluidez de la comunicación interna. Los sistemas médicos son *superestructuras* provistas de una gran diversidad cultural en lo referente a categoría profesional, género, edad, clase social, antigüedad en el puesto, nivel educativo, etcétera.

¿El personal de salud viste y se presenta de cierta manera? ¿Los directivos se interesan en conocer, escuchar y atender a los clientes? ¿La atención de primer contacto con el usuario es oportuna y amable? ¿Los sanitarios y las instalaciones se mantienen siempre limpios? ¿La farmacia puede surtir con rapidez el total de las recetas expedidas por los médicos? Los artefactos son fáciles de identificar pero difíciles de interpretar; el análisis de este nivel visible puede ser engañoso ya que no se consigue comprender la parte inconsciente de la organización.

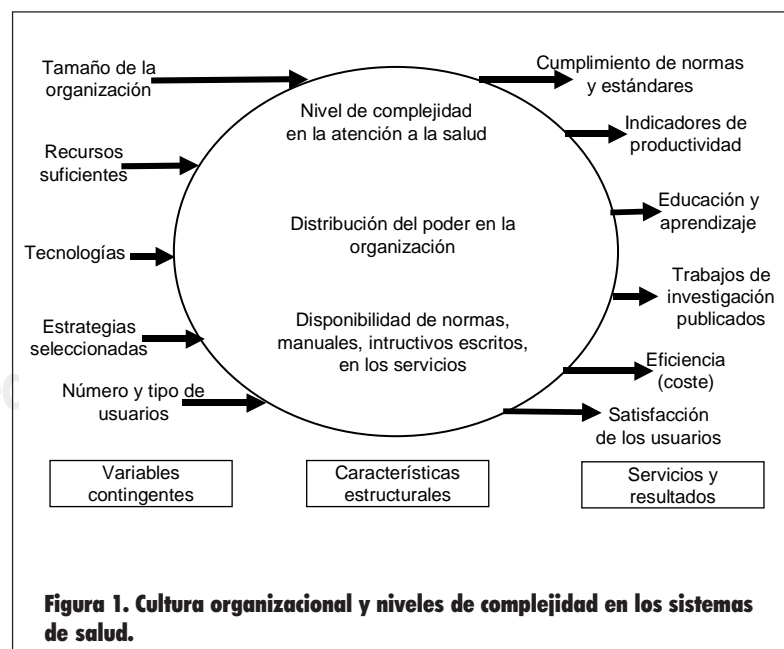
Los *valores* es aquello que vale la pena hacer, las razones para justificar lo que se dice y se hace, indicadores de lo que debe ser frente a lo que es, por ejemplo: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) actualmente tiene como valor principal incrementar su capacidad resolutive a través de la mayor calidad, relevancia, eficiencia y equidad en la atención a todos sus usuarios. La identificación de los valores se obtiene por medio de entrevistas con personajes clave de la institución, pero se corre el riesgo de que muestren un modelo idealizado, es decir, que relaten como les gustaría que fuesen los valores y no como efectivamente son.

La *creencia* es lo que se considera verdadero o acertado para dirigir la organización, incluso aquellos sentimientos capaces de inducir

## Elementos nucleares de la cultura organizacional

De entrada, es aconsejable indagar los cuatro elementos principales: artefactos, valores, creencias y supuestos básicos, que muestra el iceberg de la cultura organizacional (figura 2).

Los *artefactos* es aquello que se ve, se escucha o se siente al encontrarse frente a un grupo nuevo, que tiene una cultura diferente a la de uno. En esta categoría se incluye el ambiente físico y su arquitectura, el mobiliario, los equipos, el vestuario de los individuos, documentos, cartas, los servicios otorgados, los trabajos de investigación publicados, la imagen y presentación de los directivos y del personal, la limpieza de las instalaciones. Los artefactos se descubren con sólo prestarles atención, es la parte más visible y abierta de una organización



**Figura 1. Cultura organizacional y niveles de complejidad en los sistemas de salud.**

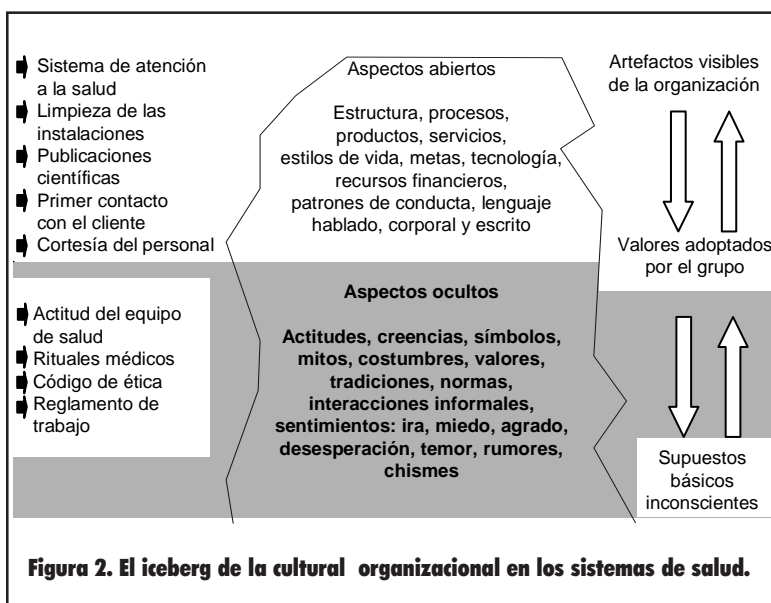
a la acción, que suelen modificar la percepción, la interpretación e integración de las sensaciones, y que influyen en la manera de pensar-hacer las tareas. La inmensa mayoría de los directivos actuales del IMSS comparte la creencia de que el Instituto, con gran experiencia y mucha flexibilidad, puede adaptarse con rapidez a los cambios del entorno y a las demandas crecientes de los derechohabientes, pues tiene gente muy preparada, directivos conocedores y motivados: su fortaleza mayor es su personal de *alto desempeño*.<sup>8-12</sup>

Los *supuestos inconscientes* es la manera correcta de hacer las cosas, aquellas ideas que los miembros de la organización toman por sentado o existente; representan lo que es correcto o aceptable, por ejemplo: en un organismo autocrático el director ordena una solución para un problema determinado, el encargado de esa área sabe que no dará resultado pero prefiere callar. Cuando el problema empeora, su jefe le pregunta: ¿qué hubiera hecho usted? El subordinado responde que él habría procedido de otra manera y se la explica. El director sorprendido le dice: ¿por qué no habló usted antes? En este ejemplo, el supuesto básico es: *al jefe nunca se le contradice*. Son esquemas, generalmente inconscientes, de pensamiento-acción aceptados por la mayoría; es la parte más oculta y cerrada del iceberg cultural.<sup>13-16</sup>

## Los supuestos inconscientes en las organizaciones médicas

Los supuestos revelan fielmente la forma como un grupo profesional percibe, piensa, siente y actúa en seis dimensiones:

1. *Relación organización-contexto externo*: puede ser de dominio/sumisión, democracia/participación, armonía/cooperación y abarca la misión en la sociedad, *la razón de ser*, los servicios ofrecidos, los productos y los usuarios. En ella se verifica cuáles son los ambientes y sistemas importantes con los que hay que mantener relaciones de coordinación, intercambio o aprendizaje, porque representan oportunidades o amenazas para el grupo.
2. *Naturaleza de la verdad y la realidad*: incluye las reglas y acuerdos verbales referentes al tiempo, el espacio, la propiedad y la información, que sirven para tomar decisiones basadas en criterios objetivos o alcanzadas por consensos con base en las opiniones, costumbres, principios, dogmas o el gusto personal, por ejemplo:
  - a) *Tradición*: esto fue hecho siempre de esta manera.
  - b) *Racionalidad técnico-científica*: el comité de investigación analiza las propuestas (protocolos) y emite un dictamen de calidad.
  - c) *A través de autoridad*: los consultores expertos de la Organización Mundial de la Salud recomiendan cómo hacer las cosas.
  - d) *Código de ética*: éste es el camino correcto de hacer esto.
  - e) *Método científico*: las investigaciones demuestran que éste es el modo mejor y más costeable de hacer las cosas.
  - f) *Por prueba y corrección*: probar esto y ver qué sucede.<sup>17,18</sup>
3. *Naturaleza del tiempo y el espacio*: la planificación pudiera ser orientada de acuerdo con la experiencia del pasado-presente, o enfocada al futuro, considerando las unidades de tiempo (días, meses, años). El espacio organizacional es un símbolo del poder-estatus, de aproximación o distancia jerárquica entre las personas, y de privacidad; de esta manera se delimitan las posibilidades de comunica-



ción y hasta dónde pueden ir las relaciones amigables-íntimas.<sup>19</sup>

4. *La naturaleza humana*: el hombre puede ser considerado malo, perezoso, incapaz, o por el contrario, bueno, trabajador, cooperativo, flexible, dadivoso. Este supuesto influye en las actitudes y en el interés que se tenga en educar y capacitar a los profesionales de la salud.<sup>17</sup>
5. *La concepción del trabajo-descanso*: el trabajador profesional puede ser proactivo y actuar para conseguir lo que quiere, o reactivo y aceptar lo inevitable sin movilizarse.<sup>20</sup>
6. *Las relaciones humanas*: es el modo de interactuar con los otros priorizando la tradición, la familiaridad y la herencia, o bien, dándole valor a la colaboración, al consenso, al compromiso grupal, contra el individualismo y la competencia interdepartamental.<sup>21,22</sup>

## **La relación de los directivos con la organización**

Los patrones de comportamiento gerencial reconocidos en los sistemas de salud son:

- a) *Autocrático*: basado en los supuestos de los jefes, fundadores, directores que tienen el “poder y el deber de ejercerlo sin consultar a nadie”.
- b) *Paternalista*: quienes están en el poder tienen el deber de cuidar, proteger y tuturar a quienes no gozan de autoridad, sin que los subordinados participen. En México este tipo de relación es muy frecuente (en la interacción médico-paciente, político-ciudadano, maestro-alumno).
- c) *Consultivo*: todos los niveles y departamentos poseen experiencias e información relevante, pero el poder de decidir permanece en manos de los jefes.
- d) *Participativo/delegativo*: el talento y la información existen en todos los niveles y departamentos de la organización; es necesario compartir y delegar el poder a los profesionales operativos. La descentralización y la autonomía profesional son propios de este modelo cultural.
- e) *Colegiado*: el supuesto es que todos los miembros de la organización son socios y

las responsabilidades se reparten por igual. Las Academias de Medicina y de Cirugía y los colegios de médicos especialistas son ejemplos de este modelo conceptual.<sup>23,24</sup>

El estudio de las diferentes culturas ayuda a comprender las relaciones de poder, los entendidos verbales, lo que es tenido como verdadero o valioso. Adviértase que la cultura impuesta es un modo de conformar conductas y estilos de trabajar, de convivir, y no es raro que los directores autócratas pasen por alto las diferencias culturales, los antagonismos y las discrepancias, de ese modo se anula la reflexión crítica y se reduce al mínimo la participación activa de los subordinados, que reciben un trato de empleados sumisos más que de socios-colaboradores.<sup>25</sup>

Delegar es asignar a otra persona la autoridad formal dentro de la estructura de la organización y la responsabilidad para desempeñar actividades específicas, lo que suele conducir a mejores decisiones, porque es más probable que los profesionales operativos tengan una visión más clara de los hechos y de las mejores soluciones. Los gerentes mexicanos son reacios a delegar y esgrimen pretextos como “yo puedo hacerlo mejor, mis empleados no tienen capacidad suficiente, me toma mucho tiempo explicarles lo que quiero que hagan”. El motivo verdadero: el director es demasiado desorganizado para delegar trabajo en forma efectiva y hacer un seguimiento del problema, señalando responsables y tiempos de cumplimiento. La delegación acelera la toma de decisiones y puede motivar a los operativos, estableciéndose un sistema flexible de retroalimentación.<sup>7,8</sup>

La delegación sólo funciona cuando el equipo de salud está integrado y existe confianza recíproca. Otro requisito importante es la comunicación abierta, honradez profesional y habilidad por parte del director para formular planes-programas-metas y explorar-reconocer los talentos y habilidades de sus colaboradores. No se vale delegar sólo tareas desagradables o difíciles. Los directivos que tienen nombramiento *por amistad* se sienten inseguros y amenazados cuando sus colaboradores hacen muy bien su trabajo.

Toda la autoridad delegada no le sirve al receptor si éste no cuenta con recursos financie-

ros y el tiempo necesario para realizar el trabajo. Algunos directivos mexicanos pretenden hacer creer que se puede hacer mucho más con lo mismo; la meta principal del sector salud es ofrecer más calidad que cantidad, evitar los desperdicios, disminuir los errores y los conflictos y, lo más relevante, *satisfacer plenamente las expectativas y demandas de los usuarios.*<sup>26,27</sup>

## **La investigación de la cultura organizacional**

La tarea de indagación cultural consiste en traer a la superficie las premisas inconscientes. Existen tres métodos:

- a) *Empírico*: como de un fotógrafo de la realidad que observa y recolecta datos, los cuales sirven para formular hipótesis y teorías.
- b) *Antropológico*: el investigador se inserta dentro de la organización con un referencial teórico elaborado previamente, que adapta y modifica de acuerdo con la realidad; el antropólogo recoge las observaciones e interpreta el significado de las formas simbólicas.
- c) *Clínico*: el investigador va al campo por solicitud de la propia organización, elabora un marco teórico-conceptual de abordaje, su función es registrar los hechos, entrevistarse con personas o grupos específicos para recoger puntos de vista, opiniones y propuesta de mejora. Las tareas principales son:
  - Reconstruir el historial de la organización desde su fundación.
  - Analizar el proceso de inducción al puesto y de socialización de los nuevos integrantes.
  - Elaborar una biografía organizacional con base en documentos, entrevistas con personas claves e identificar los incidentes críticos, el modo de abordarlos y resolverlos. Al entrevistar a un profesional debe hacerse una cronología histórica de esta persona en la organización.
  - Examinar el proceso de trabajo a nivel profesional-técnico y sociocultural para descubrir las relaciones de poder.
  - Registrar el discurso, la manera como se llevan a cabo las cosas y los sentimientos predominantes, para poder inferir los supuestos

compartidos, de este modo se puede estimar la fuerza de cohesión y congruencia de la cultura o subcultura organizacional de aquellos que comparten creencias y valores comunes.

Es deseable investigar también el ambiente físico, la distribución de los espacios y el uso del tiempo dentro de la institución.<sup>28</sup>

Se prefiere usar muestras convencionales y frecuentemente se recurre a los informantes clave, personas con características específicas que tienen mayor conocimiento de la organización o de ciertos departamentos específicos.

La investigación cualitativa-etnográfica y de grupos focales devela la cultura organizacional, al permitir la discusión entre el investigador y los profesionales o trabajadores insertos en la cultura que se pretende descifrar, acerca de las características sorprendentes y las anomalías encontradas.<sup>29,30</sup> En la figura 3 se presenta un modelo de los 18 elementos que integran la cultura organizacional en los sistemas de salud.

## **El prejuicio y la discriminación**

La palabra *prejuicio* significa juicio previo, es una actitud negativa e injustificada hacia un grupo o persona diferente en cuanto a cultura, religión, género, afiliación política o preferencia sexual. El prejuicio es mezcla de creencias, sentimientos de hostilidad, envidia, miedo, generalizaciones excesivas llamadas estereotipos y de predisposiciones hacia la discriminación de otros.

Cuando algunas personas de una organización médica gozan de poder, prestigio profesional y mayor salario que otras, suelen adoptar actitudes negativas para justificar su discriminación. En situaciones extremas los directivos autócratas perciben a los de categorías más bajas como perezosos e irresponsables, de este modo justifican su poco interés en escucharlos, capacitarlos o en tener trato directo con los *de abajo*.

En nuestro medio es muy común que ciertos gerentes perciban a las mujeres como seres carentes de asertividad, aunque excesivamente sensibles, por lo tanto, adecuadas para desempeñar tareas duras sin ofrecerles ninguna oportunidad de ascenso y superación profesional; el prejuicio de género o de categoría laboral apa-

rentemente racionaliza las desigualdades y, sin duda, obstaculiza el desarrollo cabal de las instituciones de salud.<sup>31,32</sup>

La discriminación crónica genera inequidad y contribuye a incrementar los prejuicios a través de las reacciones que provoca en las víctimas —mujeres, grupos indígenas, desvalidos y los individuos más pobres—. Gordon Allport en su obra clásica *The nature of prejudice* observó que la condición de víctima puede generar la tendencia de la persona a culparse o tener sentimientos de cólera y frustración; estas reacciones producen nuevos elementos del prejuicio al culparse a la víctima de *irrecuperable*. Cuando las circunstancias laborales originan un índice de conflictos más alto, alguien puede utilizar esta información para justificar el aislamiento y la continuidad de la discriminación, de tal modo que dentro de la organización se crea un verdadero *ghetto* cultural.

Cuando las cosas empeoran hallar un *chivo expiatorio* puede aportar una válvula de escape para fortalecer la autoestima; puede ser útil poder denigrar a otros, así se explica el fenómeno *del mundo justo*, la elite privilegiada percibe su

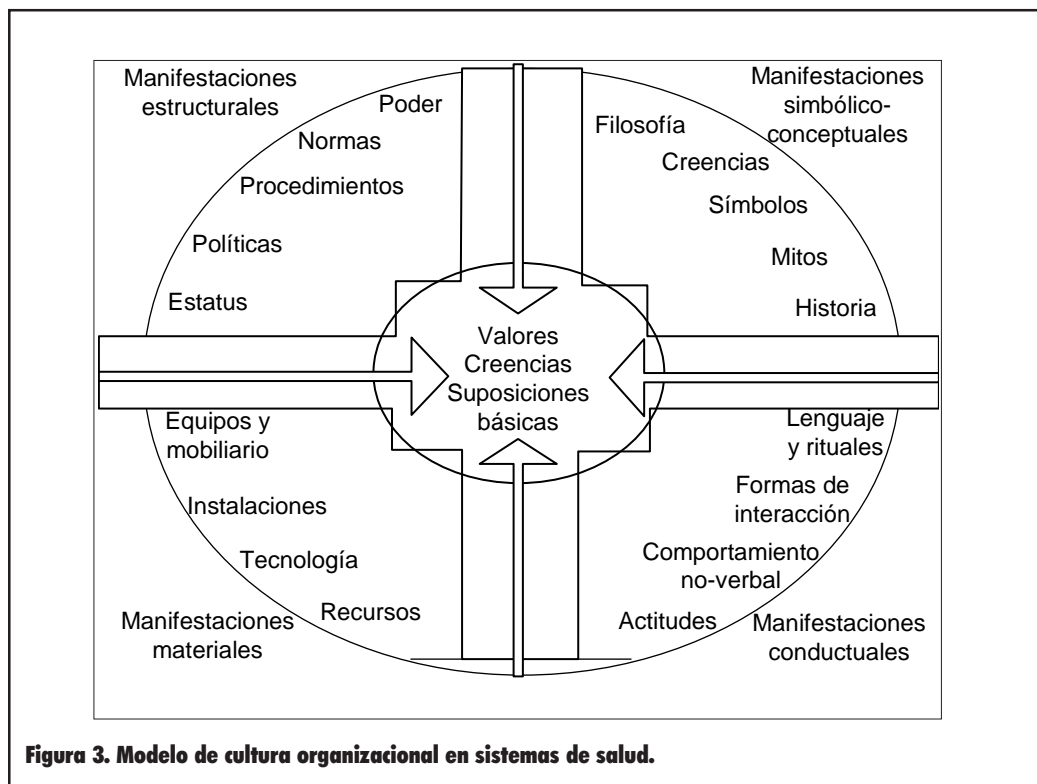
bienestar como un *premio* y el infortunio de los discriminados como una forma merecida de justicia, ¿acaso no se ha dicho que las personas enfermas de sida tuvieron lo que se merecían?

Entonces, ¿cómo podemos transformar los conflictos alimentados por el prejuicio, las trampas sociales y las creencias erróneas? Esta mejora organizacional es más probable en situaciones de cambio cultural caracterizado por la cooperación, la mayor comunicación, la conciliación y el consenso democrático. El estudio de la cultura y de sus elementos visibles y ocultos no es tarea fácil, requiere de un equipo interdisciplinario motivado, mucha perseverancia y el deseo sincero de perfeccionarse para beneficio de todos. Pero para poder avanzar es preciso aceptar la diversidad cultural, tan aparente en las instituciones mexicanas de salud, públicas o privadas.<sup>33-36</sup>

**Teodoro Carrada Bravo.**  
**Cultura organizacional en sistemas de salud**

## Discusión y conclusiones

El cambio cultural de una institución sanitaria implica cristalizar nuevos modos de ac-



ción, basados en la reconceptualización de los procesos y de los métodos, o bien, la ideación de modelos frescos y mejores.<sup>11</sup>

Para implantar una cultura organizacional nueva se requiere planificar-hacer-verificar y evaluar-capacitar a los profesionales y motivarlos dentro de un ambiente propicio que facilite el aprendizaje creativo, genere confianza mutua entre los miembros del equipo de salud, mayor libertad académica y de investigación, más tiempo disponible para idear, reflexionar críticamente e innovar, a través de la participación democrática grupal.<sup>16,17,20,24</sup>

El buen humor, la paciencia y la aceptación prudente de los riesgos son ingredientes principales para lograr la reforma exitosa del sector salud hacia la mejora continua.<sup>1,7,21,35</sup>

La transformación se inicia con el diagnóstico situacional y la indagación cuidadosa de los elementos culturales visibles y ocultos. Se podrá así seleccionar las estrategias y el tipo de liderazgo más adecuados a fin de reducir los conflictos, abatir los errores y eliminar el desperdicio con beneficio máximo para los usuarios y los prestadores de servicios. Lo más relevante es eliminar las barreras interpersonales, interdepartamentales y culturales, de tal modo que todos gocen de oportunidades iguales para superarse, al desarrollar su potencialidad total y su mayor creatividad. Las organizaciones modernas *de avanzada* son aquellas que fomentan el diálogo y la franqueza y son capaces de producir innovaciones. Este noble propósito exige de conocimientos relativos a la percepción del propio ser (autognosis) y a la manera de aprender a convivir armónicamente y a colaborar con otras personas.<sup>19,28,30</sup>


Una tarea principal de los directivos médicos es forjar motivaciones elevadas y fomentar el entusiasmo de sus colaboradores, el trabajo en equipo, el cumplimiento de los compromisos justo a tiempo, cambiar la cultura de cantidad por la de calidad. La colaboración interdisciplinaria con enfoque al usuario es indicio de fuerza y cohesión grupal para buscar soluciones óptimas a los problemas que nos agobian. Este enfoque cultural parte del supuesto que en el IMSS existe sinergia potencial, y que su gente rendirá más si sus relaciones humanas son más constructivas y positivas. La cultura moderna y adaptable es aquella que concede más valor a las personas que a las cosas, con la meta de mejorar

los procesos y servicios de salud, inducir más acercamiento y mayor equidad en la organización. Rescatar la vocación de servir a los usuarios, aun cuando ello implique correr algunos riesgos: éste es el reto principal del sector salud en el siglo XXI que comienza.<sup>12,25,27,35</sup>

## Referencias

1. Schein E. Organizational culture and leadership. Second edition. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
2. Welligton JH, Hoerr NL, Osol A. Blakinston's New Gould Medical Dictionary. New York: The Blakinston Co.; 1953. p. 1294.
3. Tamayo y Tamayo M. Diccionario de la investigación médica. México: Limusa-Noriega; 1999. p. 225.
4. Papper S. The creative clinician. Arch Intern Med 1984;144:2049-2050.
5. Schwenk TL, Whitman N. The physician as teacher. Baltimore: Williams and Wilkins; 1987.
6. Paz O. El laberinto de la soledad. México: Fondo de Cultura Económica; 1984. p. 10.
7. De-la Cerda-Gastélum J, Núñez-de-la-Peña F. La administración en desarrollo. Hacia una nueva gestión administrativa en México y Latinoamérica. México: Diana.
8. Arias-Galicia LF, Heredia-Espinosa V. Administración de recursos humanos para el alto desempeño. México: Trillas; 1999. p. 757.
9. Freeman P, Gómez-Dantes O, Frenk J. Los sistemas de salud ante la globalización. Retos y oportunidades para América del Norte. México-Washington DC: Academia Nacional de Medicina-Instituto de Medicina; 1995. p. 196.
10. Alan-Dever GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. Rockville, Md: Organización Panamericana de la Salud; 1991. p. 409.
11. Novaes HM. Análisis de las organizaciones de salud. Serie Paltex Núm. 4. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1969. p. 250.
12. Stoner JAF, Freeman RE, Gilberber DR. Administración. Sexta edición. México: Pearson; 1996. p. 65-92 y 195-199.
13. García-Córdova F, Flores-Santillán JM. Cultura organizacional, una promesa realmente atractiva. Adminístrate Hoy 1999;6(66):11-19.
14. García-Córdova F, Flores-Santillán JM. Elementos y manifestaciones de la cultura organizacional. Adminístrate Hoy 1999;6(67):15-23.
15. García-Echeverría S, Pumpin C. Cultura empresarial. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
16. León-Millán A. Conocer la cultura de las organizaciones. Una buena base para la estrategia y el cambio. Primera edición. Madrid: Actualidad Editorial; 1991.
17. Myers DG. Psicología. Tercera edición. México: Médica Panamericana; 1994.



18. Díaz-Gutiérrez EJ. La estrategia del caracol. El cambio cultural en la organización. Barcelona: Oikos-Tau; 1999.
19. Bañares L. La cultura del trabajo en las organizaciones. Madrid: Rialp; 1994.
20. Giral-Barnes J. Educación proactiva, una propuesta para México. *Directivo Médico* 1995; 2(3): 37-40.
21. Carrada-Bravo T. Educación, creatividad y cultura organizacional. *Directivo Médico* 2000;7(3):37-40.
22. Segall MH, Dasen PR, Berry JW, Poortinga YW. *Human behavior in global perspective*. New York: Pergamon; 1992.
23. Del-Valle-Flores R. El arte de negociar. *Directivo Médico* 1995;2(2):35-38.
24. Viniestra-Velázquez L. *Materiales para una crítica de la educación*. Primera edición. México: Instituto Mexicano del Seguro Social-Unidad de Investigación Educativa; 1999. p. 1-147.
25. De-Souza A. Cultura organizacional 1998; galeon.com/laboral/desarrollo/cultura organizacional. htm. p. 1-25.
26. Fisch GG. Toward effective delegation. *CPA Jour* 1976;46(7):67.
27. Carrada-Bravo T. La reingeniería en los sistemas de salud. Diseño de un nuevo modelo de cultura empresarial. *Directivo Médico* 1998;5(2): 8-12.
28. Cordera-Pastor A. Los nuevos retos del diagnóstico situacional. *Directivo Médico* 1995;2(5):17-19.
29. Hudelson PM. *Qualitative research for health programmes*. Ginebra: OMS-División de Salud Mental; 1994. p. 11-102.
30. Cordera A, Olavarria J. Comportamiento psico-social en hospitales. *Directivo Médico* 1995; 2(6):13-16.
31. Unger R, Crawford M. *Women and gender*. New York: McGraw-Hill; 1992.
32. Tauris C. *The mismeasure of women*. New York: Simons and Schuster; 1992.
33. Allport GW. The nature of prejudice. En: Boring EG, Lindzey G, editors. *A history of psychology in autobiography*. Vol 5. New York: Appleton-Century-Crofts; p. 386.
34. Reforma del Sector Salud. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(1/2):1-150.
35. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy* 1995;32:257-277.
36. Deal TE, Kennedy AA. *Culturas corporativas. Ritos y rituales de la vida organizacional*. México: Fondo Educativo Interamericano; 1982. 

**Teodoro Carrada Bravo.**  
**Cultura organizacional**  
**en sistemas de salud**