

Revista Mexicana de Patología Clínica

Volumen
Volume **50**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2003**

Artículo:

Liderazgo médico en sistemas de salud.

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Federación Mexicana de Patología Clínica, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Liderazgo médico en sistemas de salud.

Diseño de un nuevo modelo de gestión

Palabras clave: Liderazgo médico, sistemas de salud, cultura organizacional.

Key words: Physicians as leaders, health care systems, organizational culture.

Recibido: 04/03/03

Aceptado: 27/03/03

Teodoro Carrada Bravo*

* Jefe de Educación Médica e Investigación, Hospital General de Zona y Medicina Familiar 2. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:

Prof. Dr. Teodoro Carrada Bravo
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona y Medicina Familiar 2
Jefe de Educación Médica e Investigación
Av. Reforma # 702 Fraccionamiento Gámez
C.P. 36670 Irapuato, Guanajuato, México.
E-mail: teocamx@yahoo.es

Resumen

142

Los médicos pueden ser nominados para ejercer el liderazgo en las unidades de medicina familiar, hospitales o departamentos académicos. Este nombramiento puede ser una oportunidad excelente para mejorar la calidad de la atención en salud; pero para hacer uso óptimo del puesto directivo, los médicos deben aprender a liderar, poner en práctica el vasto cuerpo de conocimiento y habilidades sobre este tema. Se presentan también casos prácticos en relación a la naturaleza del liderazgo y de la administración (management). Este trabajo es un modo de iniciación para los clínicos que tienen la necesidad de liderar y quieren hacerlo bien; se presenta también una guía para quienes juegan el rol de seguidores, y se discuten los retos específicos del liderazgo médico. El propósito principal de un líder no es señalar todos los problemas de calidad, sino establecer un ambiente propicio que facilite la creatividad y permita el florecimiento de la calidad.

Summary

Physicians are often asked to assume leadership roles in their primary health care units, hospitals, research or academic departments. These positions can be an excellent leverage point to improve health care quality. To make optimal use of these opportunities, physicians must learn how to lead, by using a body of knowledge that leaders should acquire, case-examples are presented to address such topics as the nature of leadership and management, and ways in which physicians might approach a new leadership assignment. This paper is intended to be a primer for clinical physicians who are asked to lead and want to learn how to lead well. Also general guidelines for those who must play the role of followers are offered, and challenges that medical leaders may face are described. The leader's main purpose is not to fix quality problems, but to establish an environment in which creativity and quality improvement can thrive.

Introducción

En algún momento de la carrera profesional, los médicos distinguidos por su talento y sentido de responsabilidad pueden ser llamados para

liderar. Esta oportunidad se presenta al ser nombrado Jefe de Departamento Clínico, Director de Unidad de Medicina Familiar, Hospital, Centro de Salud comunitaria o Facultad de Medicina. Igual que los deportistas, la estrella que se transforma en

director es el entrenador de los equipos exitosos; pero los médicos generalmente fuimos enseñados a destacar como solistas y, cuando el médico llega a ser líder, adquiere la responsabilidad de forjar un equipo interdisciplinario de salud, de señalar la ruta a seguir y de enseñar las reglas del juego administrativo; necesita también aprender a liderar, aunque sólo algunos pocos lo hacen bien. En este trabajo se intenta presentar de manera preliminar el campo vasto del saber referente al liderazgo médico. Este saber puede contribuir a mejorar sustancialmente la calidad de la gestión en salud, que el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud y otros organismos, ofrecen a los usuarios y a la población en general.¹⁻³

Dos versiones del liderazgo médico

La dirección exitosa. Un médico internista distinguido y estudioso fue nombrado Director de un Hospital General de Zona y Medicina Familiar. Al tomar posesión del cargo se enteró de lo siguiente:

- a) Sólo 20% de la población femenina en edad fértil se había practicado la prueba del Pap-nicolaou vaginal; el año anterior se habían registrado dos muertes maternas y otras dos más causadas por cáncer cervicouterino diagnosticado tarde. Además, la tasa de aceptantes de métodos anticonceptivos no excedía de 30%.
- b) No se disponía de información confiable referente al número de pacientes afectados de tuberculosis pulmonar. En la consulta externa se hacía poco esfuerzo para investigar a los tosedores crónicos y la tasa de abandono de los pacientes con tratamiento antituberculoso era mayor de 30%.
- c) Los esquemas de vacunación completos en menores de cinco años eran sólo de 60% y en el servicio de pediatría eran frecuentes los internamientos por diarrea y desnutrición infantil de segundo y tercer grado.

d) Las causas de hospitalización más frecuentes en los adultos mayores eran hipertensión arterial y diabetes mellitus mal controladas e infarto agudo de miocardio. Las defunciones por cáncer broncogénico y cáncer de próstata habían mostrado una tendencia ascendente en los últimos cinco años.

El flamante directivo recolectó y examinó cuidadosamente la información demográfica-epidemiológica disponible en el sistema regional de salud (Sires), y se dispuso a escuchar los puntos de vista y las propuestas de sus colaboradores, no sin antes advertirles: "los problemas que ustedes me presenten deben estar fundamentados siempre en datos medibles, y no se vale apuntar cuestiones sin aportar soluciones factibles, al incluir en la propuesta escrita el mapa del proceso específico, las intervenciones de soluciones posibles, el coste, los nombres de los responsables y el tiempo de cumplimiento".

Antes de cerrar la primera junta de gobierno, les reiteró: "la política de esta nueva administración es propiciar el trabajo en equipo, participativo, impulsar vigorosamente la atención de salud integral, reducir el tiempo de espera de los usuarios y abatir sustancialmente las incapacidades prolongadas y los diferimientos. Pretendo alcanzar más calidad que cantidad, abatir costes y eliminar el desperdicio de tiempos y recursos; pero mi objetivo principal es rescatar la vocación de servicio y satisfacer plenamente las expectativas y necesidades de nuestros usuarios. Tendré el cuidado de asegurar que las propuestas de mejora desarrolladas sean técnicamente correctas, éticamente aceptables y muy efectivas".⁴

En los días siguientes, hizo visitas frecuentes a todos los servicios, en los tres turnos. No perdió ninguna ocasión de entrevistarse y conocer las opiniones y quejas de los pacientes y del personal operativo. Restauró la comunicación interna, reforzó la capacitación del personal de todas las categorías, propició los adiestramientos en servicio y los cur-

143

sos diplomados, y facilitó el desarrollo de proyectos acordes a la problemática de la operación.

Con apoyo del bibliotecario, recogió y dio difusión a las normas técnicas vigentes y a las publicaciones científicas necesarias para fundamentar su plan de trabajo. Se interesó en conocer los trabajos de investigación publicados por el personal de su Unidad de Salud; recogió y analizó las actas e informes de los comités de mortalidad, del expediente clínico, de finanzas, de investigación y de incapacidades prolongadas. Tomó notas de las inconformidades expresadas por los pacientes, haciendo colocar un buzón de quejas y sugerencias en cada servicio.⁵

Diseñó en la computadora un método de recolección y análisis estadístico de datos y seguimiento de problemas prioritarios; convenció a sus colegas de la necesidad de tener información oportuna y confiable para la toma de decisiones, usando el sistema de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Fomentó la lectura crítica de los documentos científicos, tuvo gran cuidado en mantener la armonía del grupo y la participación del personal operativo, conjuntando los esfuerzos de los administradores y del personal médico.⁶

Armado con la información necesaria logró abatir los tiempos de espera de los usuarios, dedicó tiempo suficiente para impartir docencia, y realizar un proyecto de investigación referente al programa de tuberculosis y procuró, por todos los medios, reducir los errores iatrogénicos y las quejas de los usuarios. El lema de trabajo fue: maximizar el beneficio y la satisfacción de los usuarios, sin descuidar las demandas y necesidades de los prestadores de servicio, los proveedores y los patrones. Con este programa de mejora continua, pudo cumplir las metas y los indicadores de calidad. El reconocimiento a la actuación, por escrito y verbalmente, la habilidad para negociar fueron las claves del éxito de este líder ejemplar y talentoso, su grupo ganó identidad y reconocimiento; pero lo más trascendente: los usuarios satisfechos expresaron el deseo de colaborar y apoyar fuertemente

las reformas en marcha y el programa de calidad total instituido por el nuevo Director, quien fue iterativo: "la calidad no es un lujo, ni una asignatura más, es más bien una herramienta poderosa para garantizar la supervivencia feliz de las organizaciones de salud progresistas".^{7,8}

Un directivo médico altamente efectivo debe usar el tiempo para tomar decisiones, por eso le pagan y, puedo afirmar sin temor a equivocarme: la viabilidad de una organización de salud es función directa de la calidad, precisión y oportunidad de las decisiones, fundamentadas en las evidencias más sólidas, del líder-director. Pensamiento estratégico es la habilidad gerencial que te permite escoger aquellos problemas que conviene resolver, zanjarlos rentablemente, usar los recursos con ventaja máxima al usuario y ser productivo, creativo, innovador. Recuerde usted "quien no vive para servir, no sirve para vivir".^{9,10}

La dirección fallida. La visita de supervisión reciente había encontrado en el Departamento de Cirugía del Hospital General de Zona un diferimiento de 290 pacientes quirúrgicos citados a más de cuatro meses. La revisión del problema reveló varias causas posibles: subregistro y mala calidad de diagnóstico, programación inadecuada, inicio de las intervenciones a destiempo y la existencia de tiempos muertos desaprovechados, falta de surtimiento de ropa quirúrgica, los pacientes no se presentaban a las intervenciones programadas y los cirujanos de las diferentes subespecialidades rara vez se comunicaban entre ellos, eran poco cooperativos y sin deseo de cambiar las rutinas establecidas. Algunos manifestaron no conocer al director del hospital y las pocas veces que se habían juntado con el jefe del departamento fue para recibir amenazas y reprimendas.

El director del hospital presionado y sin información estadística convocó al cuerpo de gobierno de la unidad, pero la reunión fue un verdadero desastre: la mayoría favorecía el cambio, pero algunos jefes veteranos se oponían vigorosamente, los médicos acusaban a los administradores y éstos,

a su vez, expresaron que los mayores culpables eran los cirujanos y su jefe inmediato a quienes calificaban de ineptos, perezosos, y desordenados. El Director prometió encontrar a los culpables y aplicarles las sanciones correspondientes, señalando que su administración no se había fortalecido por falta de apoyo del delegado estatal. Nadie se preocupó de analizar los datos, ni se fijó compromiso concreto para abordar el problema.¹¹

Las juntas de gobierno kilométricas sin agenda ni resultados claros se mantuvieron por meses. Algunos de los cirujanos excelentes y experimentados presentaron la renuncia, disgustados por el conflicto crónico y el pésimo ambiente del área laboral. Se reclutaron nuevos candidatos para ocupar las plazas vacantes, pero el conflicto persistente los orilló a buscar empleo en otro lado. El resto del departamento quedó con carga de trabajo excesiva y a destajo, moral baja e incertidumbre acerca de la conducción departamental futura. El director "resolvió" el problema delegándole la responsabilidad al subdirector y al jefe del departamento quirúrgico quienes, por cierto, nunca lo resolvieron, y terminaron formando un frente unido contra los "administradores inútiles". Las jefas de enfermeras y de trabajo social manifestaron el deseo de mantenerse al margen de este problema, desde su óptica no era de su incumbencia. Los usuarios se quejaron de mal trato, incumplimiento de las citas y solicitaron ser atendidos en otro hospital.^{12,13}

Dada la naturaleza dinámica y compleja de las organizaciones de salud, el liderazgo médico se manifiesta en función a la experiencia del directivo, los conocimientos, la personalidad y los valores, siendo particularmente relevantes los sentimientos de seguridad, las actitudes frente a los colaboradores, la capacidad para tomar decisiones oportunas frente a situaciones de cambio e incertidumbre (inteligencia emocional).

Este directivo no supo evitar el conflicto interno, no pudo integrar al grupo de trabajo, ni se pre-

ocupó por colectar y usar los datos del problema, por tanto, no hubo ningún avance ni mejora de la situación existente. Es un ejemplo de liderazgo pasivo, no se interesa por las personas ni le preocupa la productividad.^{1,6,14,15}

¿Cómo identificar el liderazgo?

Los líderes cambian las cosas. Un líder examina la situación actual, pone su vista en las posibilidades del futuro y reconoce la necesidad de mejorarlas y, para lograrlo, forja un sistema nuevo o reforma el existente; va de lo que es a lo que debiera ser, por tanto, el liderazgo es potencialmente riesgoso porque implica que las personas cambien su manera de pensar, de decir y de hacer las cosas.

El liderazgo es acción y no una postura. El tener un nombramiento formal y un espacio propio no significa que usted esté liderando; el líder es un reformador-creativo y muy efectivo. Frente a un problema, primero infórmese bien, piense con claridad y críticamente, tome una decisión y actúe para resolverlo.¹⁶

El liderazgo no es sentirse víctima. Parafrasear el pensamiento de Gertrude Stein "cuando uno llega al círculo del liderazgo, generalmente se encuentra que allí no hay ellos", para el internista del primer escenario hubiera sido fácil decir: ¡Dios mío, para que me metí en este horrible embrollo, haciendo mi vida infeliz por falta de datos confiables y con programas de salud descuidados y malhechos, que a nadie satisfacen! Definitivamente es culpa de "ellos", que no tienen el cuidado de registrar correctamente los datos, ni se preocupan de vigilar los resultados. Yo trataré de hacer lo que pueda "sin sudar ajeno".

Ésta es la respuesta del mediocre, especialmente cuando la información no es confiable. Es más fácil culpar a otros y apuntarles con el dedo, pero definitivamente no se puede ser líder y sentirse víctima, a la vez.¹⁷

Los líderes definen la realidad con datos medibles. En el primer escenario, la información

colectada permitió tomar decisiones racionales y el problema fue corregido.¹⁸ Por el contrario, en el escenario del Departamento de Cirugía nadie analizó los datos, dejando a los cirujanos sin soluciones viables y con mucha incertidumbre; el liderazgo fallido se concretó a jugar un rol pasivo, sin haberse logrado avances concretos (modelo *laissez faire*).

Los líderes hacen propuestas de cambio y las someten a prueba. Si se demuestra que el cambio es bueno y funciona, otros médicos harán intentos por aplicarlo. Este modo ofrece a los jefes la oportunidad de liderar, y no se requiere que el líder tenga una posición jerárquica elevada; lo importante es hacer propuestas bien estructuradas, factibles y costeables, dar seguimiento al cambio por medio de indicadores y gráficas sencillos.¹⁹

El liderazgo es un reto a lo establecido. Muchos médicos, especialmente del medio hospitalario, piensan que su papel es sólo criticar las fallas y deficiencias de los administradores. Los líderes exitosos se distinguen por hacer propuestas de mejora bien fundamentadas, innovadoras, y los pares suelen ser diestros en responder criticándolas y elaborar todo género de argumentos para rechazar los cambios; pero el líder conoce y en-

frenta este riesgo... no se arredra, ni se rinde frente a los escollos.

Los líderes convencen. En el primer escenario, el director convenció al cuerpo de gobierno de las enormes ventajas de producir información confiable y analizarla para resolver los problemas. La persuasión requiere de credibilidad, perseverancia y la capacidad de describir las diferencias entre el estado actual y el escenario del porvenir que se pretende alcanzar.²⁰

Los directivos exitosos necesitan poseer la toga y el birrete del liderazgo. ¿Cómo se fortalece la credibilidad de un médico directivo para convencer a otros colegas suyos? El directivo inteligente y cooperador recibe esta "toga" de otros médicos quienes lo creen excelente, honrado, veraz, congruente y dispuesto a admitir y corregir sus errores. Esta creencia es necesaria, pero no es suficiente. La promoción a un puesto directivo te da autoridad, pero no poder; este último proviene de tus seguidores. En el cuadro I se presentan los atributos y virtudes deseables en los directivos médicos.^{21,22} La autoestima, la inteligencia emocional y el pensamiento crítico son elementos esenciales del liderazgo exitoso.

146

Cuadro I. Los valores del líder en los sistemas de salud.

Cualidades deseables de un líder médico destacado		
— Abatir los errores — Atención al detalle — Audacia prudente — Autoestima — Autoaprendizaje — Buen humor — Compromiso — Creatividad — Cultura vasta — Curiosidad — Eficacia — Estilo de vida saludable	— Flexibilidad mental — Formación científica — Honestidad — Ingenio — Iniciativa — Integridad moral — Inteligencia emocional — Interés por las personas — Labor en equipo — Lealtad — Metas de mejora	— Originalidad — Práctica ética — Pensamiento crítico — Perseverancia — Responsabilidad — Sentido de pertenencia — Talento — Trabajo proactivo — Tranquilidad bajo presión — Visión inspiradora
No es necesario que un príncipe tenga todas las virtudes, pero si es indispensable que parezca tenerlas		

Fuente: Carrada-Bravo T. *El liderazgo en organizaciones de salud*, mayo 2002.

La toga, sin embargo, tiene un lado negro: algunos médicos apoyan al director bajo la expectativa de que él hará mucho por defender los intereses de su propio departamento; pero si el líder vuela toda su energía sólo en el área de su interés particular y descuida las otras, los encargados, decepcionados, pueden retirarle el apoyo. El líder debe poseer el don de saber balancear las expectativas de los departamentos con las necesidades y prioridades del sistema de salud. Ningún sistema funciona cuando cada departamento trabaja sólo para los intereses particulares.^{22,23}

¿Cuáles son las fuentes del poder directivo?

El poder de un líder médico radica en la capacidad de influenciar a los demás, matizando frecuentemente creencias, tradiciones, normas, experiencias y valores de cada organización. En México, hemos vivido largamente dentro de una organización política-corporativa y centralista, autoritaria, no-democrática. El poder estaba distribuido asimétricamente y se consideraba que las personas que lo detentan son "superiores"; por tanto, se deberían ver y comportar como lo más poderosas posibles, provistas de un automóvil último modelo, oficina grande y confortable, secretaria guapa, bien presentada y, si se puede tener, "un chofer propio y guaruras".

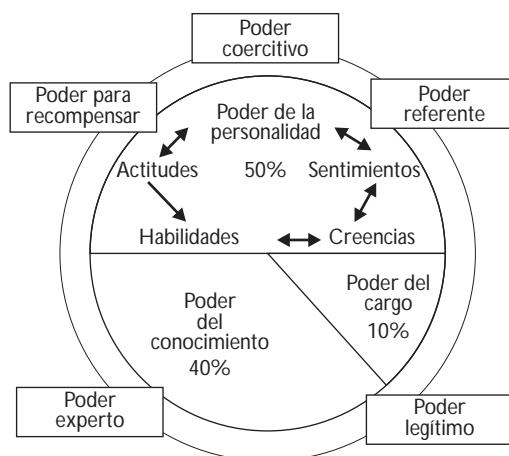
Los directores de unidad médica poseen *autoridad formal*, viene del nombramiento en puesto de confianza, y que se asocia a la estructura y modo de administrar las unidades de salud. Este *poder legítimo* da derecho a tener mando e influencia mayor que los subalternos y capacidad de decidir; el empleado de rango menor tiene obligación de aceptar este poder, limitado sólo por el contrato colectivo de trabajo, la Ley Federal de Trabajo y las normas de gestión vigentes, emanadas por las jefaturas normativas de nivel central; en el caso del Sector de Salud se considera las políticas y ordenamientos emitidos por los Consejos Técnicos y el director

general, el secretario de salud y las Direcciones Normativas, además de las estructuras de gobierno estatal y de la contraloría federal.²⁴

El liderazgo involucra a otras personas, quien no tiene seguidores no es líder, y eso entraña una distribución desigual del poder entre el líder y los miembros de su grupo. El *poder experto* implica que el directivo posee experiencia relevante o conocimiento profundo que sus colaboradores no tienen. Cuando el paciente sigue las instrucciones del médico, está reconociendo el poder profesional del experto. La figura 1, muestra las cinco fuentes del poder identificadas por J French y B Raven.²⁵

El *poder de recompensa* significa que el director puede otorgar notas de mérito, asignar tareas y presupuestos, dar créditos académicos por cumplir órdenes o alcanzar bien los resultados requeridos. El *poder coercitivo*, por el contrario, es la capacidad de sancionar, reprimir o, en caso extremo, hacer que se pierda el empleo por incompetencia, mal comportamiento o violación de los reglamentos y normas vigentes.

147



Fuente: Carrada-Bravo T. *El liderazgo en organizaciones de salud*, mayo 2002.

Figura 1. Las fuentes de poder en los sistemas de salud. El poder es en las ciencias sociales como la luz en la física del universo. Cuanto mayor poder tenga un líder, tendrá mayor capacidad de influir sobre los demás. Obsérvese la importancia del conocimiento y de las relaciones humanas armónicas y cordiales, fuertemente condicionadas por los sentimientos y las actitudes.

El *poder referente* se basa en el deseo del subordinado de identificarse con el director, cuando el personal de salud tiene motivos para emular las costumbres laborales y, en las juntas de gobierno, suele suceder que cuando el director tiene orden, preparación y carisma, hace exposiciones breves, claras y bien fundamentadas, resultan amenas y/o atractivas a los colaboradores. Si el director es puntual, hace uso de sus agendas de trabajo, sabe hacer seguimiento de los compromisos al buscar la coparticipación democrática y es más probable que tenga éxito en su gestión. "El ejemplo arrastra y convence más que los discursos".^{26,27}

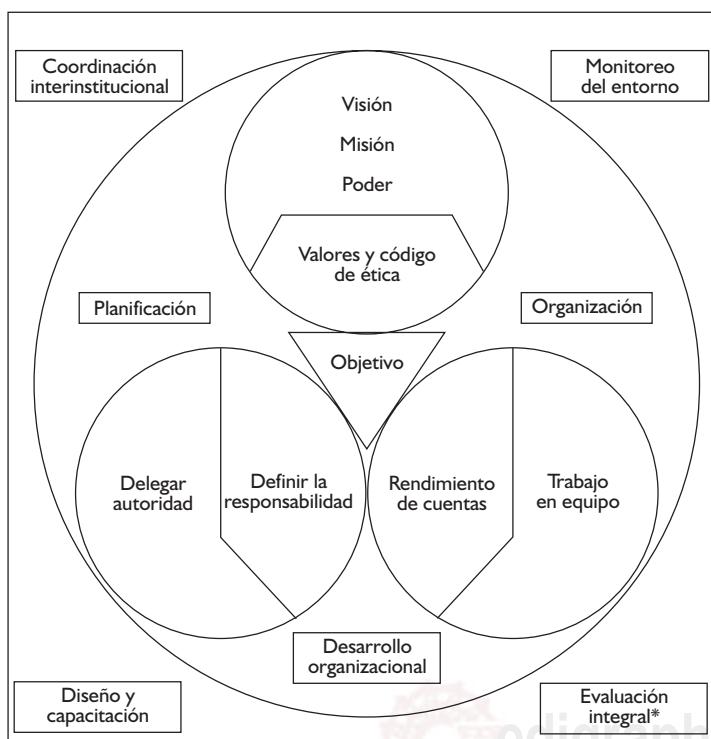
¿Qué es el liderazgo médico?

El liderazgo en las organizaciones sanitarias es el proceso de dirigir, organizar, diseñar, optimizar y evaluar las actividades de los miembros de un grupo interdisciplinario, y de influir en ellas para propi-

ciar la colaboración y la concertación, ampliar y facilitar la comunicación y el trabajo en equipo; la meta es forjar un grupo de acción comprometido con la calidad, dispuesto a lograr la visión y los objetivos de la organización.^{4,5} En el modelo de la figura 2, se presentan las funciones y tareas básicas del líder médico. En el centro de este modelo está el *poder*.

La definición de liderazgo propuesta por JP Kotter: "Es una serie de procesos destinados a crear una organización nueva o modificar la ya existente, adaptarla a las circunstancias cambiantes del entorno. El líder visionario define cómo debe ser el futuro, luego conduce a las personas de acuerdo a esta visión y las inspira para hacerla realidad, a pesar de los obstáculos". El liderazgo está encaminado a producir cambios necesarios, mientras la administración (*management*) puede definirse así: "trabajar con las personas y manejar los procesos para producir resultados predecibles", ningún concepto es superior al

148



* De la demanda, oferta, procesos, resultados y desempeño.

Fuente: Carrada-Bravo T. *El liderazgo en organizaciones de salud*, mayo 2002.

Figura 2. Las funciones del líder médico en los sistemas de salud. La misión y la visión en los sistemas de salud están influidos por los valores y el código de ética del médico y de la organización sanitaria. Las tareas principales del líder son: coordinar, evaluar, diseñar y mejorar los procesos, y de este modo contribuir al desarrollo y permanencia de la organización. El trabajo en equipo y la transparencia son cualidades necesarias en los sistemas "de avanzada", como parte importante de la modernización.

otro y se requieren directivos capaces de liderar y administrar.

Al recibir el nombramiento (la toga), no se adquiere la habilidad de formar un equipo de trabajo ni de solicitar y usar bien el presupuesto. Éstas y otras habilidades gerenciales deben ser aprendidas y practicadas, si se desea que los médicos sean verdaderamente efectivos en mejorar los procesos de atención en salud con estándares de calidad, eficiencia y de mayor equidad. No habrá buenos resultados mientras no florezca la confianza y cooperación entre los médicos y los administradores, ésta es una tarea principal del líder.

Liderazgo con el ejemplo

Líderes carismáticos son aquellos que, dada su brillante actuación y gran energía, son fuente de inspiración para los seguidores y tienen la capacidad de realizar cambios importantes. Cito los casos de médicos notables: Roberto Koch, microbiólogo alemán; Rudolph Virchow, profesor y fundador de la patología celular y de la medicina social en Alemania; Albert Sabin, norteamericano, inventor de la vacuna oral contra la poliomielitis y, en México, fueron sobresalientes los maestros don Ignacio Chávez, fundador del Instituto Nacional de Cardiología; don Salvador Zubirán, fundador y patriarca del Instituto Nacional de Nutrición; don Ismael Cosio-Villegas, neumólogo y maestro excepcional del Sanatorio para Tuberculosis de Huipulco; don Federico Gómez brillante pediatra e investigador del Hospital Infantil de México; don Fernando Latapí, dermatólogo y director del Centro "Ladislao de la Pascua" y del servicio de Dermatología en el Hospital General de México y don Antonio González-Ochoa, investigador genial y maestro, fundador de la micología médica, quienes forjaron escuelas y dejaron muchos alumnos y seguidores.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la Secretaría de Salud destacó la labor del doctor don Ignacio Morones-Prieto, exdi-

rector del IMSS y secretario de salud, quien dio un impulso enorme a la campaña de erradicación del paludismo; don Luis Castelazo-Ayala, subdirector médico, creó las modernas unidades de atención ginecoobstétrica y promovió la docencia de calidad; don Bernardo Sepúlveda, gastroenterólogo-investigador, tuvo la visión de promover con vigor inusitado las investigaciones sobre amibirosis en México. Don Miguel Bustamante epidemiólogo y maestro destacado de la salud pública.

Líderes médicos destacados y efectivos

Los líderes señalados tuvieron vida profesional ejemplar, se caracterizó por ciertas líneas de acción definidas, como perseverancia y fuerte convicción:

1. Crear la visión compartida.

- Forjar una visión inspiradora del porvenir.
- Enrolar a los seguidores y motivarlos con el ejemplo.
- Propósito claro y acciones grupales decididas.
- Resolución exitosa de problemas y conflictos.

149

2. Energía de mejorar los procesos.

- Transformar las amenazas en oportunidades.
- Investigar, experimentar y correr riesgos calculados.
- Innovación y creatividad en todos los procesos.

3. Facilitar el aprendizaje encaminado a la acción

- Propiciar la empatía y la colaboración.
- La prioridad es capacitar y motivar a todos.
- Fortalecer el capital humano de la organización.

- La investigación y el pensamiento crítico como herramientas básicas de superación profesional.
 - Educación de calidad con mejora continua.
- 4. Marcar la ruta del cambio a seguir.**
- Arrastrar con el ejemplo.
 - Planear metas pequeñas y ganancias cortas.
- 5. Alentar el ánimo de los colaboradores.**
- Abrir oportunidades de desarrollo para todos.
 - Reconocer las contribuciones y la creatividad.
 - Celebrar grupalmente los avances y logros.
 - Compartir saberes, emociones y experiencias.
 - Difundir y publicitar los adelantos del grupo.^{1,28,29}

150

En el cuadro II se resumen los roles principales y las funciones del directivo-líder médico. Sobresale por su importancia la relación interpersonal cálida y cercana hacia los colaboradores y la generación de mejora continua en todos los procesos de la organización.

Teoría bidimensional en la rejilla gerencial de Blake y Mouton

Estos autores han recomendado clasificar a los líderes no solamente por el cumplimiento de los objetivos (tareas) o del trabajo en equipo (relaciones humanas), sino por la interacción de estas dos dimensiones. Para explicarlo, utilizaron una gráfica de rejilla, (*figura 3*), se explicará mejor por medio de los ejemplos siguientes:

- Si el directivo muestra poco interés por las tareas y/o las personas, es decir, una calificación de 1 (uno) para cada una de estas variables, el líder maneja una administración deficiente (1, 1), no produce, piensa que las personas son flojas, es conflictivo, difícil de entender, no le interesa nada, no participa y es intrascendente. Este estilo de liderazgo se conoce como *perder-dejar* (liderazgo empobrecido).
- Estilo 1 por las tareas y 9 por las personas (1, 9). Es el amigo de todos. Con todo mundo busca buenas relaciones y pretende cumplir todos los deseos de su grupo, nunca se enoja, pero no produce. Se le conoce como *ayudante amigable* (liderazgo del club campestre).
- Estilo 5 por las personas (5, 5). Es conciliador con el grupo y atiende los compromisos de la organización, es voluble, en ocasiones amigable

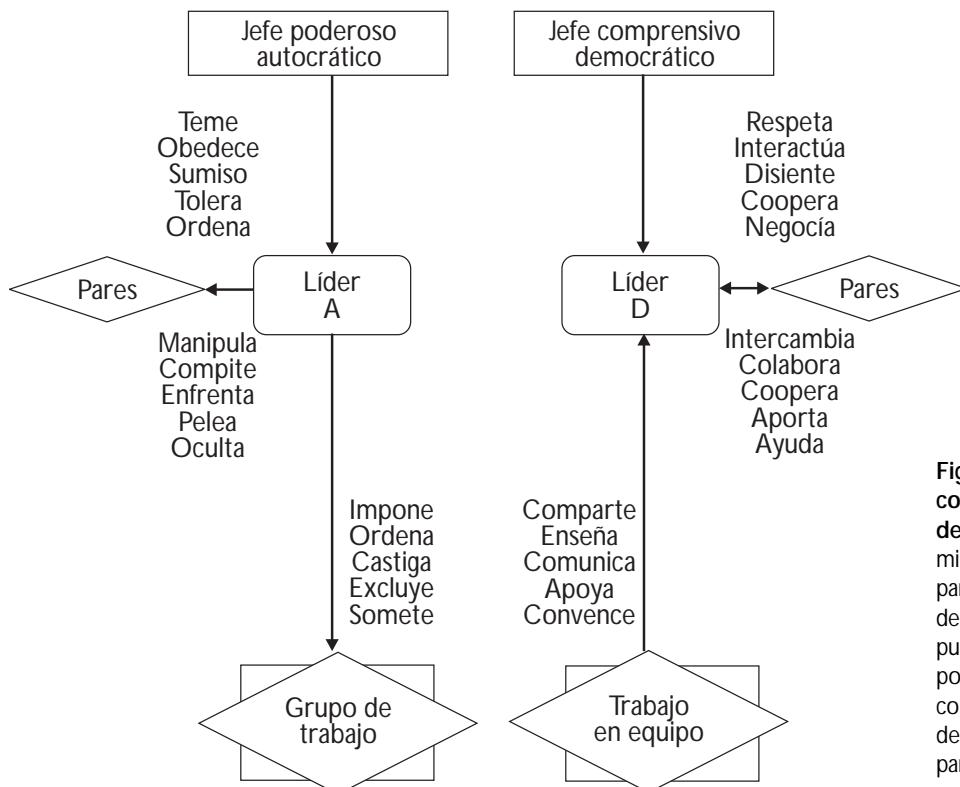
Cuadro II. Los roles y las tareas del líder médico.

Relación interpersonal exitosa*	Educa y capacita a su equipo**	Toma de las decisiones
Cabeza visible de la organización Enlace y coordinación intersectorial Comunicador efectivo Ejecutor de acuerdos	Administra los procesos Portavoz del grupo Propicia la creatividad y la innovación Diseñador de proyectos	Asigna los recursos Gestor de bienes necesarios Negociador exitoso Generador de mejoras

* Inteligencia emocional del líder.

** Usa la mejor información disponible (evidence-based medical knowledge), promueve el adiestramiento y la capacitación en los escenarios de trabajo, la meta es forjar capital humano de alto desempeño.

Fuente: Carrada-Bravo T. *El liderazgo en organizaciones de salud*, mayo 2002.



Fuente: Carrada-Bravo T. *El liderazgo en organizaciones de salud*, mayo 2002.

Figura 3. Dos estilos antagónicos del liderazgo en sistemas de salud. En México aún predomina el liderazgo autocrático no-participativo que ejerce su poder de castigo, sometimiento y manipulación. Lo deseable es cambiarlo por otro estilo más flexible que comparte, comunica y convence, dentro de un terreno preparado para el florecimiento de la cooperación, el consenso y el compromiso compartido.

151

y en otras no; no afronta sus problemas con valor. Líder de las *transacciones o conciliador* (liderazgo a mitad del camino).

—Estilo 9 por las tareas, y 1 por las personas (9, 1). Solamente le interesa producir y producir, no le preocupa la gente, es desconfiado; según él, la gente no trabaja. Este estilo es de *ganar-perder* (liderazgo autoritario). En la figura 3, se compara el liderazgo autocrático contra el estilo democrático en su relación con los pares y los subordinados.

—Estilo 9 por las tareas y 9 por las personas (9, 9). Es el líder ideal. Tiene un equilibrio en el interés por las personas y por las tareas. Es integrador del equipo, pero al mismo tiempo productor. Es el *integrador-solucionador* de problemas (líder participativo con un ejemplo de trabajo interdisciplinario, cooperativo y dispuesto a mejorarse)^{1,30} (figura 4), compare usted la

gerencia participativa contra la gerencia empobrecida de la rejilla.

Reglas básicas del líder médico

Algunas reglas básicas para mejorar la actuación del líder son las siguientes:

- Elevar la autoestima propia y la de los demás.
- Esforzarse en ser respetado.
- Permitir se forje afecto, seguridad y confianza.
- Ayudar a su personal y motivarlo.
- Pedir a su personal consejos, apoyo y cooperación.
- Fomentar el sentido de responsabilidad y de ahorro.
- Criticar la conducta de manera constructiva y positiva.
- Tratar a la gente como seres humanos.
- Ser congruente en el pensar, el decir y el hacer.

152

INTERÉS POR LAS PERSONAS	ALTO	9	1,9 Gerencia de "Club campestre" Atención a las necesidades de la gente, ambiente cómodo y amigable en la empresa, buen ritmo de trabajo, rendimiento bajo.			9,9 Gerencia participativa en equipo Las personas están comprometidas con la visión y los objetivos de la institución, relaciones basadas en la confianza, el respeto y la cooperación, más calidad que cantidad.			
		8							
		7							
	INTERÉS BAJO	6							
		5							
		4							
		3							
		2	1,1 Gerencia empobrecida Hace el esfuerzo mínimo requerido, para conservar a los miembros de la empresa, baja productividad y mala calidad.			9,1 Gerencia autoritaria de tareas La eficiencia de las labores es primordial, los factores humanos intervienen mínimamente producción máxima y coste bajo.			
	1								
Interés por el buen servicio (tarea) y la producción									

Fuente: Carrada-Bravo T. *Estilos de liderazgo médico*, según Blake-Mouton, mayo 2002.¹

- El liderazgo está basado en el servicio, no en la autoridad.

Liderazgo e inteligencia emocional

Un verdadero líder, aparte de tener claro el ámbito de su competencia, tiene que desarrollar tres dimensiones, sin las cuales no podrá ser considerado exitoso:

Autoridad. Puede basarse en la posición oficial o formal, es la jerarquía o autoridad natural (poder legítimo).

Conocimiento. Se refiere a lo que sabe la persona en un contexto y con un grupo de personas

determinado. El conocimiento profundo da poder y credibilidad.

Congruencia. Se refiere a las acciones, los comportamientos y forma de ser en sí. Debe existir congruencia entre lo que se piensa, se dice y se hace.^{30,31}

Peter Senge, en su libro *La quinta disciplina*, menciona cinco disciplinas cruciales de las organizaciones en aprendizaje, las que sobrevivirán a los cambios actuales y futuros:

- La primera es *forjar la visión compartida*: habilidad de construir un propósito y una identidad de la organización, pública o privada, que sea capaz de inspirar la consecución de las metas

propuestas. La visión del futuro es un sueño, pero los sueños sin trabajo nunca se realizan.

—La segunda es *aprender en equipo*: sentar las bases para que los grupos de salud sean efectivos, cooperativos y de alto desempeño profesional.

—La tercera se refiere a los *modelos mentales*: las creencias subconscientes de los integrantes de la organización son el sustento del comportamiento, de las actitudes y de ciertas resoluciones. Las decisiones de los directivos, están fincadas tanto por las emociones y las creencias como por la lógica y la razón. Lo importante es darse cuenta que el intelecto cultivado se fortalece cuando la persona sabe administrar las emociones propias y sabe interpretar las de los otros.

Esta disciplina permite sacar a la superficie las creencias ocultas, en muchísimas ocasiones limitadoras, para transformarlas en otras del mismo tipo, pero potenciadoras, que conduzca a la toma de decisiones oportunas y de acciones correctivas.

—La cuarta es la *maestría personal*: el enfoque se centra en el perfeccionamiento (no la perfección); es el sentir del artesano que dedica su vida a mejorar sus habilidades, usando de la motivación y la satisfacción que nacen en quien se siente feliz y realizado.³²

—Finalmente el *pensamiento sistemático*: muy distinto del pensamiento lineal, característico del hemisferio izquierdo de nuestro cerebro. Pensar sistemáticamente en cualquier ámbito, ya sea como directivo, gobernante, jefe de familia, etcétera, implica estar atento a las conexiones que existen entre todas las partes y el todo, entendiéndolas como un proceso de desarrollo más que como una serie de instantáneas aisladas. Bajo esta perspectiva, muchos de los problemas que aquejan a las organizaciones deben su origen a la visión tan limitada que se tiene de los diversos problemas y procesos de trabajo.^{33,34}

Ahora bien, ¿dónde encaja la *inteligencia emocional*? Podremos recordar la historia de algún directi-

vo dotado de grandes habilidades y mucha preparación técnica y quien fuera promovido a una posición de liderazgo importante para luego fracasar en ella. Por el contrario, habremos escuchado la historia de alguna persona en apariencia no muy destacada, sólo tenía unas buenas técnicas, un nivel de IQ normal, pero se desempeñó de tal forma que obtuvo un gran éxito. ¿Cuál es la diferencia entre ambos?, quizás los dos tenían el mismo nivel intelectual. Después de diversas investigaciones, se ha descubierto que el factor fundamental radica: en el mayor nivel de inteligencia emocional (EQ), más que un alto IQ. Si el IQ fuera determinante, la mayoría de los académicos serían personas de un gran éxito, pero sabemos que éste no es el caso.

De acuerdo con Daniel Goleman, la inteligencia emocional lleva cinco componentes:

- 1. Autognosis.** Habilidad de reconocer y entender nuestras emociones, estado de ánimo e impulsos, así como los efectos en los demás; se identifica por la confianza en sí mismo, la capacidad de autoevaluación realista y el sentido del humor auténtico.
- 2. Autocontrol.** Habilidad para controlar o redirigir los impulsos y estados de ánimo, se eliminan los juicios a priori, pensar críticamente antes de actuar. Se distingue por la integridad y la confianza que podemos transmitir a los demás y por la apertura y flexibilidad frente al cambio.
- 3. Motivación.** Es la energía interna, se convierte en fuerza para trabajar por razones más allá del dinero y la posición social. Se avanza al conseguir logros y metas con energía, perseverancia y, a veces, terquedad. Existe un fuerte impulso hacia la mejora continua, optimismo incluso frente al fracaso, fuente también de aprendizaje e información. Existe un gran compromiso organizacional. En este punto son importantes tanto la motivación, organizada en alejarnos de aquello que no queremos (deses-

peración), como la que nos impulsa a la realización, es decir, nos acerca a los que sí queremos (inspiración).

4. **Empatía.** Es la capacidad para entender las respuestas emocionales de los demás, habilidad de saber cómo influir en las personas, y entrar en su mundo, de acuerdo con sus reacciones emocionales. Se desarrolla la capacidad de fomentar y retener el talento, se tiene gran sensibilidad intercultural y la atención está dirigida al servicio del usuario interno y externo.
5. **Habilidades para relacionarse.** Es la paciencia en el manejo y la construcción de redes relaciones. Se desarrolla la habilidad para encontrar un espacio común y construir simpatía, “rapport” con los demás. Se establecen ligas de intercambios con diversas personas en diferentes lugares, más adelante servirán para resolver cualquier contratiempo; por tanto, se influye positivamente en los demás, se lidera y se construye un equipo de trabajo participativo.³⁵

154

Si ya tenemos desarrolladas estas habilidades personales en nosotros, no hay ningún problema, probablemente las instituciones médicas serán ejemplo a seguir. Pero ¿si no fuera el caso?, ¿qué puedo hacer para aprender estas habilidades fundamentales para mi desarrollo como líder?, ¿cómo desarrollar esta maestría personal?^{36,37}

La respuesta la da la disciplina dentro de la psicología conocida como programación neurolingüística (PNL); da las herramientas necesarias para poder desarrollar las capacidades y habilidades, ampliar nuestra visión, obtener resultados óptimos de la gente a nuestro alrededor, pero sobre todo, nos ayudará a conocernos mejor a nosotros. Esta disciplina ha hecho grandes aportaciones al desarrollo humano, la salud, la educación, el liderazgo, etcétera, en los últimos 25 años.

Por otro lado, en el área de educación y la enseñanza, se sabe también que todos tenemos una forma predilecta, regularmente inconsciente, de aprender y asimilar la nueva información.

Algunos aprendemos mejor por medio de lo que vemos (visuales), otros al escuchar (auditivos) y algunos por lo que sentimos o hacemos (kinestésicos). Este descubrimiento es fundamental en el proceso comunicativo, si como líderes la responsabilidad de dirigir a las personas, y conocer cuál es el canal preferente y usarlo a la hora de dar alguna enseñanza, orden o instrucción, el poder de comunicarse aumentará exponencialmente. Literalmente podremos hablar el lenguaje de la otra persona, influyendo positivamente en ella.

En la práctica, en las personas predominantemente visuales, la mirada tiende a dirigirse ligeramente hacia arriba y las palabras que usan en el proceso comunicativo al expresarse así: “Veo lo que quieras decir”, “Ahora lo veo claro”, “La situación está clara”, etcétera.

Si la persona piensa en términos auditivos dirá frases como: “Me suena bien”, “Sí, te escucho”, “Háblame claro”, etcétera.

Si fuera kinestésica (sensaciones, sentimientos, emociones), los predicativos verbales serían de otro tipo: “Tuvo un fuerte impacto en mí”, “Eso no me late”, etcétera.³⁸ La frase conocida “los ojos son las ventanas del alma” es más cierta que nunca, por medio de ellos es posible saber qué tipo de pensamientos tienen las personas en un momento determinado.

De acuerdo con los estudios del doctor Chris Argyris, en el proceso comunicativo hay tres elementos: la palabra, el tono de voz y el lenguaje corporal. El porcentaje de influencia de cada uno de ellos en el proceso del lenguaje es bastante elocuente, como sigue: palabra 70%, tono de voz 38%, lenguaje corporal 55%. Las palabras por sí solas no tienen tanto peso a la hora de transmitir un mensaje, pero sí el tono de voz y sobre todo el lenguaje corporal usado en el momento; por eso, cuando alguien dice algo y no le creemos, pudiera ser porque su tono de voz o el lenguaje corporal, o ambos, no son congruentes con las palabras expresadas.

Para concluir: es fundamental para la permanencia profesional y la supervivencia organizacional mantenernos en constante capacitación, independientemente del puesto o área de trabajo, no basta con la actualización profesional. Ahora lo sabe: conoce el qué (inteligencia emocional) y el cómo (programación neurolingüística). Te invito a desarrollar más estas capacidades comunicativas que ya tienes, pero puedes mejorarlas. La inteligencia emocional es factor clave: puede ser la diferencia entre el éxito y el fracaso, entre trascender en la actividad directa o convertirnos en uno más del montón.³⁹

Discusión y comentarios

En las instituciones mexicanas de salud se ha observado que los administradores profesionales no consideran a los médicos como socios, sino como "intrusos indeseables y poco confiables"; del mismo modo, los médicos directivos frecuentemente señalan a los administrativos como "burocratas irrecuperables, no entienden nada de medicina, ni se enfrentan a las quejas de los usuarios, y son el mayor obstáculo para impulsar el desempeño organizacional". Esta tensión interna, es causa de sabotajes, rencillas y retardos en el proceso de mejora continua de las instituciones. La marcha exitosa de cualquier organización de salud será en función del grado de cooperación y compromiso compartidos entre los médicos y los administradores; es indispensable fomentar la participación corresponsable, la confianza y el respeto mutuos, el consenso y la negociación grupal. Esto es particularmente importante en la toma de decisiones no programadas que requieren del talento y las habilidades del líder junto con todo su cuerpo de gobierno, comprometidos en la meta común de alcanzar la visión y cumplir los objetivos y metas de la organización.^{40,41}

El mayor reto del líder-médico es mantener un equilibrio justo entre los intereses de su es-

pecialidad y/o departamento y las demandas del sistema de salud, "el que a dos amos sirve con alguno queda mal". La guía para zanjar este problema difícil es tener en mente la misión principal del directivo médico: servir a los intereses y expectativas de los usuarios son la razón de ser de todas las organizaciones. Los gerentes de nivel central, los cuerpos de gobierno locales, el sindicato y los profesionales operativos deben enfocar todas las baterías a rescatar la vocación de servicio, como prioridad institucional importante para todos. Quien no vive para servir, no podrá sobrevivir.^{42,43}

Los médicos técnicamente preparados y profesionalmente aptos pueden ser llamados a liderar: la tarea es aprender, pensar críticamente y superarse, medir y administrar los procesos. La función no es realizar los cambios, sino más bien forjar un ambiente laboral armónico y grato, facilitar la comunicación, propiciar la creatividad y la innovación; pero recuerde, las habilidades y técnicas de administrar y de liderar no son innatas, pero pueden ser aprendidas y practicarse; de este modo se abre camino a la calidad total de la atención en salud y la satisfacción del usuario.

La meta es: salud para todos, mejor calidad de vida, mayor equidad y un desarrollo sostenible. Personas sanas en un limpio y grato ambiente.⁴⁴⁻⁴⁸

Si usted es líder no significa que deba terminar cada día completamente exhausto y al borde del colapso nervioso; pero esto y más puede sucederle, si trata de hacerlo todo sin ayuda. Usted producirá más y será más efectivo si deja que un asistente experimentado y de confianza lo apoye y lo reemplace, así ganará tiempo y espacio para pensar y tomar las decisiones importantes.^{49,50} La excelencia profesional del médico no es privilegio del superhombre, sino del ser humano comprometido con la visión y las metas de la organización a la que sirve. Reflexione y acéptelo: el tiempo no se puede administrar, debemos autorregularnos para saberlo aprovechar y alcanzar así los mejores resultados.^{1,8,26,50}

Bibliografía

1. Carrada-Bravo T. Liderazgo gerencial en los sistemas de salud. *Directivo Médico* (Méx) 1998; 5 (4): 16-21.
2. Carrada-Bravo T. Perspectivas de cambio en la educación médica del siglo XXI. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2001; 14(1): 49-60.
3. Berwick DM. Physicians as leaders in improving health care: a new series in Annals of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1998; 128: 289-292.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Niños, adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores. *Guía práctica*. México, DF: Edic IMSS, 2002.
5. Del Valle R. Comités de Unidad Médica, Administración. *Directivo Médico* (Méx) 1994; 1 (1): 34-39.
6. Carrada-Bravo T. Reingeniería en sistemas de Salud. Diseño de un nuevo modelo cultural. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (2): 127-135.
7. Reinertsen JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. *Ann Intern Med* 1998; 128: 833-838.
8. De Pree M. *Leadership is an art*. East Lansing, Mi: Michigan State Univ Pub, 1987: 9-19.
9. Heifets RA, Laurie DL. The work of leadership. *Harvard Business Rev* 1997: 124-134.
10. Carrada-Bravo T. La excelencia empresarial en sistemas de salud. *Directivo Médico* (Méx) 1998; 5 (6): 34-38 y 1999; 6 (1): 37-41.
11. Cordera-Pastor A. El recién nombrado directivo médico. *Directivo Médico* (Méx) 1999; 6 (1): 25-29.
12. Cordera-Pastor A. Características esenciales de los directivos de la atención médica. *Directivo Médico* (Mex) 1997; 6 (2): 2-4.
13. Cordera-Pastor A, Baz DLG, Chacón-Sosa F. Acciones directivas en una organización de Salud. *Directivo Médico* (Méx) 1999; 6 (6): 11-17.
14. Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership in health system reform. *JAMA* 1994; 272: 797-802.
15. Nash DB, Nash IS. Building the best team (Editorial). *Ann Intern Med* 1997; 127: 72-74.
16. Clemmer J. *Pathways to performance*. A guide to transforming yourself, your team and your organization. Rocklin, CA: Prima, 1995: 19-32.
17. Connors R, Smith T, Hickman C. *The Oz Principle: Getting results through individual and organizational accountability*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1994: 10-56.
18. Orozco OFJ, Jiménez-Salazar R. *El nuevo paradigma de la competitividad*. México: Panorama, 1998: 9-54.
19. Deming WE. *The new economics for industry, government: education*. Cambridge, MA: MIT Press, 1994: 50-93.
20. Crosby P. *Los principios absolutos del liderazgo*. México: Prentice Hall Hispanoamer, 1996: 1-128.
21. Austry JA. *Love and profit: The art of caring leadership*. Nueva York: Avon; 1992: 19-21.
22. Bennis W, Mische M. *La organización del siglo XXI. Reinventando la empresa a través de la reingeniería*. México: Panorama, 2000: 9-143.
23. Carrada-Bravo T. Benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (1): 25-33.
24. Cordera-Pastor A. Autoridad, poder e influencia. *Directivo Médico* (Méx) 2000; 6 (4): 2-4.
25. French JRR, Raven B. The basis of Social Power. In: Cartwright D (ed). *Studies in social power*. Ann Arbor, Mich: University of Michigan Press, 1959: 150-167.
26. Stoner JAF. Liderazgo. En: Stoner JRF, Freeman RE, Gilbert DR Jr. *Administración*. 6a ed. México: Prentice Hall, 1996: 512-542.
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. *El gerente y la organización a nivel operativo*. México: Fortalecimiento Directivo de los Servicios en el IMSS, Módulo 5, 2000: 7-147.
28. Arias-Galicia LF, Heredia-Espínosa V. *Administración de recursos humanos para el alto desempeño*. México: Trillas, 1999: 5-757.
29. Goleman D. What makes a leader? *Harvard Business Rev* 1998; 76: 93-102.
30. Kotter JP *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Pub 1982: 54-59.
31. Nolan TW. Understanding medical systems. *Ann Intern Med* 1998; 128: 293-298.
32. Senge P. *The fifth discipline: The art and practice of the learning organizations*. Nueva York: Doubleday, 1990: 2-360.
33. Scholtes PR. *The team handbook: How to use teams to improve quality*. Madison, WI: Joiner Associates, 1988: 6. 36-6. 45.
34. Langley GT, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey Bass, 1996: 3-214.
35. Goleman D. *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*. Bantam, NY: Psycol Pub, 1995: 4-411.
36. Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. *Ann Intern Med* 1998; 128: 460-466.
37. Clemmer TP, Spuhler VJ, Berwick DM, Nolan TW. Cooperation: The Foundation of Improvement. *Ann Intern Med* 1998; 128: 1004-1009.
38. Seagal S, Horne D. *Human dynamics: A new framework for understanding people and realizing the potentials in our organization*. Cambridge, MA: Pegasus Communications; 1997: 8-129.
39. Arias-Galicia F, Pantoja-Sánchez MT. *Didáctica para la excelencia*. 3a ed. México: ESCASA, 1996.
40. De la Cerda-Gastelum J, Núñez de la Peña F. *La administración en desarrollo. Hacia una nueva gestión administrativa en México y Latinoamérica*. México: Diana, 1996: 3-319.
41. Kras ES. *La administración mexicana en transición*. México: Iberoamericana, 1991: 8-126.
42. Drucker PF. *La gerencia efectiva. Tareas económicas y decisiones arriesgadas*. México: Hermas, 1984: 7-271.
43. Zamacona-Fuentes A. *El director estratégico. Una revolución de alto nivel*. México: Panorama, 1996: 9-93.
44. Ginebra J. *El liderazgo en acción*. México: Mc Graw-Hill, 1993: 7-108.
45. Cornejo y Rosado MA. *Excelencia directiva para lograr la productividad*. México: Grad, 1990: 6-189.
46. Margulies N, Raia AP. *Desarrollo organizacional, valores, proceso y tecnología*. México: Diana; 1974: 9-774.
47. Austin N, Peters T. *Pasión por la excelencia. La diferencia en el liderazgo*. México: Lasser Press Mexicana, 1986: 11-509.
48. Viniegra-Velázquez L. *Materiales para una crítica de la educación*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social-Unidad de Investigación Educativa 1999: 1-147.
49. Cornejo MA. *Compromisos para ser líder*. México, Grad, 1994: 2-225.
50. Deming E. *Calidad, productividad y competitividad*. Madrid: Ed. Diaz-Santos, 1989: 2-320.