



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Planeación ético-estratégica en organizaciones hospitalarias

Tesis

Que para optar por el grado de:

Maestría en Administración

Presenta:

Luis Alfonso Rosas Contreras

Tutor:

Dr. Gabino García Tapia

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

México, D. F., Abril de 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Nadie envejece solo por vivir
Un número de años
La gente envejece únicamente
Al abandonar sus ideales*

*Los años arrugan el rostro
Pero perder el entusiasmo arruga el alma*

*La preocupación, la duda, el egoísmo, el miedo
La desesperación - estos son largos,
Largos años que inclinan la cabeza
Y llevan el espíritu nuevamente al polvo.*

(Cicerón, 43 a.c.)

Agradecimientos

U.N.A.M.

Era apenas un niño inquieto y travieso aun, cuando llegué a ti [iniciación Universitaria]. Siempre supe que eras el camino para ser un hombre de bien. Me proporcionaste todo lo necesario para mi desarrollo personal y profesional y en tus aulas encontré a mis amigos: alumnos, profesores, quienes me acompañaron a concretar cada uno de los proyectos que me tracé en la vida. Gracias.

***¡Cómo no te voy a querer!
México-PUMAS-Universidad***

In Memoriam
Quím. Piedad Zambrano Suarez
[Mi Profra. Quím. Gpo. 303 ENP 2, UNAM.]
*Amarte como me amo a mi mismo
es buscar oírte como quisiera ser escuchado
al igual que comprenderte como quisiera ser comprendido.*
David Augsburger

Cuando a una persona se le quiere y ya no está con nosotros quedan y afloran en la mente los recuerdos y anécdotas de la persona que se fue. Profesora Piedad: aún la recuerdo con todo mi cariño y entusiasmo; especialmente por aquella ocasión que me dijo: "Haz siempre el mejor esfuerzo, no esperes que otros te resuelvan tus problemas porque esperarás todo la vida, recuerda *La Actitud* de las personas hace la diferencia." A veces uno tiene problemas para emprender el vuelo, pero la luz de la esperanza al final del túnel es la que nos enseña que sí hay salida, aun cuando en ocasiones uno cree que ya no queda nada. Usted me hizo retomar mis ideales cuando los sentía lejanos o, peor aún, perdidos, al hacerme sentir de nuevo importante y enseñarme con humildad que yo puedo hacer la diferencia incluso en estos tiempos difíciles donde predominan las agendas saturadas y los contratiempos. Gracias por creer en mí. ¡Gracias, mi querida maestra en donde este ahora! (qepd).

*Los amigos son Ángeles que nos levantan
sobre nuestros pies, cuando nuestras alas
tienen problemas para recordar como volar."*
Anónimo
Gracias.

MAESTROS:

Por todos y cada uno de mis maestros de la **Maestría en Administración de Sistemas de Salud**, quienes me guiaron y han logrado la difícil tarea de sembrar parte de su conocimiento y algo de su ser en mí para que crezca y se fortalezca dando testimonio de mi presencia en esta División de Estudios de Posgrado del Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración de nuestra querida Facultad de Contaduría y Administración y a donde quiera que vaya.

¡Hay Algo Más en Ti!
Dr. Ignacio Chávez Sánchez
[Rector de la UNAM, 1961–1966].
Dedicada a la FCA.

TUTOR:

Mi más sincero agradecimiento y reconocimiento especial a mi tutor, el **Doctor Gabino García Tapia** por su colaboración y amistad en haber compartido desinteresadamente sus conocimientos, consejos, comentarios, aportaciones y tiempo invertido que contribuyeron a mi formación, elaboración y revisión de esta investigación. *GRACIAS.*

DIOS MÍO:

Te agradezco por todos y cada uno de los hermosos seres humanos que pusiste en mi camino para brindarme ayuda, amor, amistad sincera, confianza, consuelo y aliento durante todos estos años; dejando como testimonio principalmente su sabiduría y de la misma forma se han llevado algo de mí.

PADRES:

Con un merecido y profundo agradecimiento por todo su amor, apoyo y comprensión; por cada una de las recomendaciones que me dieron a lo largo de mi vida. Por enseñarme el valor y el significado de una familia. Por enseñarme a trabajar con responsabilidad. Por creer en mí desde el inicio de este proyecto en que lograría terminarlo. Espero se deleiten al saber que su ejemplo y esfuerzo no ha sido en vano. *LOS AMO, PAPÁ Y MAMÁ.*

HERMANO:

Por todos esos momentos que crecimos juntos, fue increíble vivirlos a tu lado. Te agradezco todo el apoyo incondicional que me has dado, sobre todo en los momentos más difíciles de mi existencia; ahí siempre estuviste puntual dándome ánimos para ir siempre adelante. *GRACIAS*, mi querido Edgar Rosas.

ESPOSA:

Amor, esto no hubiera sido posible sin ti. Siempre estuviste a mi lado en todo momento, alentándome nuevamente a desarrollar este nuevo reto en mi vida que sabes que es importante para mí. Hace apenas 8 años decidimos iniciar juntos un destino, fue entonces que empezamos a escribir una nueva historia en el libro de la vida y cada día se sigue escribiendo un capítulo más, y sigues siendo mi fuente de inspiración. *ME ENCANTAS*, “mi Brisita”. Brisa Espadas.

PRINCESAS:

HIJAS hermosas y traviesas, porque ustedes son todo mi amor, no tengo palabras para expresarles cuanto las amo a cada una de mis cachorras, pero lo que sí sé es que mis sueños de vida están realizados por el solo hecho de haber llegado y eso no lo cambio por nada. Soy afortunado al tenerlas a mi lado dentro de nuestro núcleo familiar. *QUE FELIZ SOY.*

FAMILIARES y AMIGOS:

Porque en la familia es el eje fundamental donde se plasman los valores de una sociedad, yo les agradezco a mis familiares tanto paternos como maternos por estar unidos desde pequeños con nuestros padres; ahora, la gran mayoría, con nuestras respectivas familias. A la familia de mi esposa: gracias por adoptarme y hacerme sentir parte de ustedes.

A todas aquellas personas que de forma directa e indirecta han estado presentes y han sido parte en mi formación y elaboración de la presente tesis: Gracias por su tiempo y confianza, en especial a ti, mi querida amiga, *GRACIAS.*

Trabajar una tesis es todo un arte, más cuando te genera muchísimas inquietudes; lo digo así por todo lo que implica, por todos los retos: Tiempo, esfuerzo, familia, posibles horarios de descanso, etc. A veces piensa uno que se sacrifican ciertas cosas, pero es una labor interesante al plasmar en estas páginas lo aprendido, para comprender mejor la óptica de los Sistemas de Salud y poder tener una participación activa, con una actitud ética y humanista.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	vi
Introducción	1
Capítulo 1. Marco metodológico	4
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Justificación	6
1.3 Preguntas de investigación	9
1.4 Hipótesis de investigación	9
1.5 Objetivos de la investigación	10
1.6 Metodología de la investigación	11
1.6.1 Descripción de la investigación: Enfoque y método	12
1.6.2 Diseño de la investigación	12
1.6.3 Población y muestra	13
1.7 Alcance y límites de la investigación	13
Capítulo 2. Marco conceptual	14
2.1 Estrategia: Definición y evolución del concepto	15
2.2 Administración y planeación estratégica	18
2.3 Planeación estratégico hospitalaria	22
2.3.1 Premisas de la planeación estratégica hospitalaria	24
2.3.2 Relevancia de la planeación estratégica en la administración hospitalaria	25
2.3.3 El proceso de planeación estratégica hospitalaria	29
	42
Capítulo 3. Historiografía hospitalaria	
3.1 Breve historiografía de los hospitales	44
3.1.1 Antecedentes	44
3.1.2 La era moderna	49
3.1.3 Siglos XIX y XX	51
3.2 Los hospitales en México	53
Capítulo 4. Ética organizacional-hospitalaria	59
4.1 Ética, ética organizacional y principios éticos	60
4.1.1 Principios y códigos éticos	61
4.2 Ética organizacional	64
4.3 Ética organizacional y planeación estratégica	69
4.3.1 Planificación ético-estratégica: Una aproximación al ethos corporativo	71
4.4 Ética médica	73
4.4.1 Antecedentes	74
4.4.2 La ética médica en la actualidad	74
4.5 Principios de ética médica	76
4.5.1 La propuesta de Pellegrino y Thomasma	82
4.6 Ética hospitalaria	83
Capítulo 5. Planeación ético-estratégica hospitalaria	87
5.1 Construcción de una estructura ética hospitalaria	88
5.2 Elementos para construir una estructura ética hospitalaria	92
5.2.1 Articulación de valores	92
5.2.2 Procesos de aprendizaje	93
5.2.3 Cambio cultural	94
5.2.3.1 Ética organizacional	94
5.2.3.2 La organización ética de la atención a la salud	95
5.2.4 Cooperación comunitaria	97

5.3	Modelo para la construcción de una estructura ética hospitalaria	98
5.3.1	Descripción de la OH	98
5.3.2	Construcción de la estructura ética	99
5.3.2.1	Misión	100
5.3.2.2	Visión	100
5.3.2.3	Principios y valores	101
5.3.2.4	Responsabilidad ética y legal	103
5.3.2.5	Compromisos	104
5.3.2.6	Proceso de toma de decisiones	104
5.3.2.7	Plan de trabajo del Comité de Ética	104
5.4	Integración de la ética en la planeación estratégica hospitalaria	105
5.5	Pautas para la implantación de la planeación ético-estratégica	109
Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones		111
6.1	Conclusiones	112
6.2	Recomendaciones	113
6.3	Aportaciones de la investigación	114
Bibliografía		115
Índice de tablas y figuras		119

RESUMEN

Alcanzar los objetivos que demanda la salud pública requiere de la implementación de programas y acciones estratégicas que involucren a todos los actores relacionados — directa o indirectamente— con la organización hospitalaria; esto implica definir la planeación estratégica como un proceso de fundamentación, diseño, implantación y evaluación de una transformación cualitativa esencial en el funcionamiento de las OH, que permita planear el ejercicio de sus funciones de acuerdo a las exigencias futuras del entorno. La adecuada planificación ético-estratégica permitirá a la gerencia de las OH establecer la dirección a seguir para resolver los problemas detectados, lo que enriquecerá su plan estratégico, resolverá las contradicciones existentes entre el estado actual y el esperado de acuerdo con las expectativas creadas permitiendo, en último término, alcanzar los objetivos organizacionales. Así mismo, resolverá la gran disyuntiva que enfrentan las OH¹, alcanzar el equilibrio entre el cumplimiento de su misión asistencial y los requerimientos administrativos de optimización de recursos y tiempo, lo que no puede sino repercutir tanto en la calidad de la atención al usuario como en los índices de productividad y competitividad de la institución.

Palabras-clave. Organizaciones hospitalarias; estrategia; planeación estratégica; ética; planeación ético-estratégica.

¹ Excluidas las OH confesionales cuyos principios éticos sobrepasan en valor a los administrativos.

Introducción

Los crecientes costos en salud, la competencia, el desarrollo tecnológico, la globalización y la transformación en la forma y los actores que intervienen en la prestación y entrega de los servicios de salud en las OH, han convulsionado las dinámicas organizacionales de este tipo de instituciones, cuyo desarrollo trata de conciliar los intereses que desde tres perspectivas éticas confluyen en ellas: la ética clínica, la ética profesional y la ética de los negocios, que deben confluir en una ética organizacional única que funcione como referente para el discurso ético sobre todos los aspectos de la organización al tiempo que conforma un marco de referencia que permita a las OH reconocer la naturaleza relacional y su impacto sobre otros (Arango, 2011). Lo anterior en el convulso contexto del mundo contemporáneo, donde la organización de los hospitales constituye parte esencial de todo programa de asistencia médica. Debido a la creciente complejidad de las ciencias médicas, es indispensable que las OH, además de proporcionar un servicio hospitalario eficaz, desempeñen un rol distintivo en los programas de salud y bienestar social, de modo que puedan impactar en el desarrollo económico de su comunidad, para lo cual es imprescindible contar con una gestión clínica y administrativa adecuada a las exigencias de la sociedad actual.

De acuerdo a ello, la presente investigación tiene como propósito destacar la importancia de incorporar elementos éticos desde la génesis de las estrategias gerenciales, con el objeto de lograr la inserción de la ética como elemento formal en la toma de decisiones, en todas las fases de la planificación estratégica de la misión, visión, valores, objetivos, políticas, estrategias, tácticas, planes, entre otros elementos propios de la gestión estratégica de negocios, lo cual se reflejaría en la conjunción de la rentabilidad necesaria para la sostenibilidad y el crecimiento en el tiempo, con el desarrollo de activos intangibles como la reputación corporativa, capital relacional, capital social, posicionamiento de las marcas, los cuales facilitarían el logro de los objetivos corporativos, incrementado la competitividad e inimitabilidad, tanto de las estrategias como de los productos/servicios ofrecidos.

La ética organizacional referida a la atención a la salud es una temática relativamente novedosa, posterior a los debates éticos y a los meramente administrativos, centrados en

la responsabilidad moral de las organizaciones frente a la necesidad de generar beneficios. Es por ello que, en las OH, la ética organizacional suscita un enorme interés debido a la incorporación del lenguaje empresarial en este tipo de instituciones; en otros términos, *a que las OH se han convertido en empresas, el paciente en un consumidor, usuario o cliente y, la salud, en una mercancía* (Arango, 2011) .

La inclusión del cuidado médico en el eje central de dichas discusiones es sumamente compleja al ofertar un servicio con implicaciones morales superiores a las de la mayor parte de las organizaciones del sector productivo. Es decir, se trata de agentes morales con responsabilidades morales que proveen un servicio regido, en buena parte, por principios morales. Ello significa que el desarrollo de las organizaciones hospitalarias implica caminar sobre una delicada línea de equilibrio entre las obligaciones ético-morales del cuidado médico y las obligaciones económico-morales de un negocio. Así, el cuidado de la salud es una industria y, como tal, debe manejar índices de competitividad, mejora y productividad sin perjuicio de la calidad de atención al paciente, el compromiso de servicio del personal que la integra y la cooperación comunitaria. Nada de lo cual podrá realizarse sin una sólida estructura de valores profesionales, éticos y de negocios como base de cimentación de dicha industria.

Con el fin de ordenar los hallazgos encontrados el trabajo se estructura conforma de la siguiente manera:

- Capítulo 1 Marco metodológico**
Explica ampliamente la situación objeto de estudio, ubicándola en un contexto que permite comprender su origen y relaciones, al tiempo que describe cada uno de los pasos que orientaron el desarrollo del trabajo de investigación.
- Capítulo 2 Marco conceptual**
Revisión de los conceptos, funciones, etapas de planeación, estrategia y planeación estratégica, así como de su aplicación a las organizaciones productivas en general y, a las hospitalarias en particular.
- Capítulo 3 Historiografía hospitalaria**
Revisión de la historia y evolución de las organizaciones hospitalarias desde su inicio hasta nuestros días.
- Capítulo 4 Ética organizacional hospitalaria**
Análisis del desarrollo organizacional hospitalario contemporáneo y de la incorporación de los principios éticos-morales en todas las fases de sus procesos de planeación estratégica.

Capítulo 5 Planeación ético-estratégica hospitalaria

Revisión de los factores necesarios para la construcción de un modelo teórico de planeación ético-estratégico para organizaciones hospitalarias.

Capítulo 6 Conclusiones y recomendaciones

Capítulo 1

MARCO METODOLÓGICO



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las organizaciones hospitalarias [OH] han sido consideradas a lo largo de su historia organismos morales con vida ética propia, pese a lo cual no siempre pueden determinar con total autonomía las normas que construyan la conducta de sus empleados o que sustentan sus decisiones, dado que unos y otras deben sujetarse —en mayor o menor medida— a los planteamientos estratégicos de desarrollo del propio hospital considerado como organización empresarial, de modo que es necesario aunar las funciones del cuidado de la salud —ligadas a la ética— con la gestión económica de la institución; el perfil humano con el administrativo; las decisiones objetivas con las subjetivas.

En este contexto, alcanzar los objetivos que demanda la salud pública requiere de la implementación de programas y acciones estratégicas que involucren a todos los actores relacionados —directa o indirectamente— con la organización; esto implica definir la planeación estratégica como un proceso de fundamentación, diseño, implantación y evaluación de una transformación cualitativa esencial en el funcionamiento de las OH, que permita planear el ejercicio de sus funciones de acuerdo a las exigencias futuras del entorno. En otros términos, la planeación estratégica enmarcada en el fortalecimiento de los principios éticos hospitalarios debe ser parte esencial en el desarrollo de las OH (Milanés Céspedes, 2010), lo que requerirá de formas propias en su estructura, funciones, normatividad evaluación y control, además de en la atención al paciente y en sus relaciones con la comunidad en que se enmarca.

La adecuada planificación ético-estratégica permitirá a la gerencia de las OH establecer la dirección a seguir para resolver los problemas detectados, lo que enriquecerá su plan estratégico, resolverá las contradicciones existentes entre el estado actual y el esperado de acuerdo con las expectativas creadas permitiendo, en último término, alcanzar los objetivos organizacionales. Así mismo, resolverá la gran disyuntiva que enfrentan gran parte de las OH², alcanzar el equilibrio entre el cumplimiento de su misión asistencial y los requerimientos administrativos de optimización de recursos y tiempo, lo que no puede sino repercutir tanto en la calidad de la atención al usuario como en los índices de productividad y competitividad de la institución. Desde esta perspectiva,

² Excluidas las OH confesionales cuyos principios éticos sobrepasan en valor a los administrativos.

la planificación ético-estratégica debe entenderse una herramienta con plena vigencia y utilidad en la dirección de las OH, siempre y cuando se diseñe como un proceso programable, sistemático, racional y holístico e integral a corto, largo y medio plazo, con el fin de orientar a la organización hacia transformaciones relevantes y duraderas para el futuro (Rodríguez Perea, 2012) .

De acuerdo a lo expuesto, el propósito de la presente investigación no es otro que plantear a instituciones académicas, gubernamentales y privadas relacionadas con el cuidado de la salud el hecho de que la inserción de los factores éticos dentro de los procesos de planeación estratégica de las OH se vuelve un elemento indispensable en el desarrollo de una estructura organizacional equilibrada. Más allá de la ética clínica y de los comités de ética hospitalaria, los administradores de las OH deberán esforzarse en construir un enfoque integrado que permita reestructurar la cultura hospitalaria para comprometerla con los principios éticos derivados del cuidado de la salud evitando, conflictos de interés.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las OH actuales enfrentan numerosos retos y desafíos de extrema complejidad en un esfuerzo por atraer una inversión creciente hacia el cuidado de la salud, sin que ello implique descuidar la calidad de los servicios que ofrecen. Morales (2006) lo define en términos de silogismo: *(si) se busca más dinero para la salud, (entonces) también más salud por el dinero*. Las OH, como cualquier otra organización empresarial buscan incrementar su rentabilidad, productividad y competitividad en el mercado a través del incremento de su eficiencia operativa —tiempos y recursos— sin descuidar los niveles de satisfacción tanto de sus usuarios —pacientes— como de su personal asistencial —personal médico-sanitario—, para lo cual es fundamental estrechar los vínculos entre la visión estratégico, los principios éticos, la cultura organizacional y los procesos operativos que repercuten en el funcionamiento integral de la institución; ello, a través del diseño e implementación de un proceso de planeación ético-estratégica que considere la visión, misión, valores, objetivos y principios éticos de la OH, con el fin de reflejar una estrategia sustantiva derivada del análisis de los factores externos e internos, y los intereses de los actores involucrados —accionistas/propietarios, trabajadores, usuarios y comunidad—que

contenga tanto la esencia ética como las metas económico-administrativas de la organización.

Las sociedades contemporáneas se ven supeditadas a luchar incesantemente contra el incremento de la pobreza, el deterioro medioambiental provocado por la actividad económica, la violencia, el desorden social, la pérdida de principios y valores, cuya solución requiere del establecimiento de compromisos conjuntos de todos los actores sociales —gobierno, organizaciones, sociedad en general—. Desde esta perspectiva las OH —como cualquier otra organización productiva— deben involucrarse con la comunidad a la que brindan asistencia, incorporándola a sus planes estratégicos —misión, visión, valores, principios éticos, objetivos y estrategias propiamente dichas—. En el caso concreto de las OH, ello debe establecerse desde la perspectiva deontológica que sustenta su misión asistencial pero, también, desde la estructura organizacional sobre la que asienta sus procesos de gestión administrativa. Las OH requieren, entonces, de la conformación de sólidos modelos ético-estratégicos de funcionamiento, que les permitan actuar con modelos de comportamiento anticipador y preventivo con sensibilidad humana y social, integrados a principales servicios, procesos y otras actividades.

Al contrario de lo que sucede en otras organizaciones —identificadas más por su estructura que por el recurso humano que las conforman— las OH se caracterizan por considerar al talento humano como su principal activo, cuya interacción se centra en tres factores básicos: las declaraciones fundamentales, la estructura y la práctica real. Respecto al primer factor, las declaraciones fundamentales —misión, visión, valores, red asistencial —usuarios—, servicios, estrategias y políticas— se sitúa en el plano estratégico de la institución, es decir, en la capacidad de la organización de pensar estratégicamente, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan para crear identidad y resultados coherentes con dicha identidad. Respecto al segundo factor, la estructura, responde a la necesidad de la OH para cumplir sus objetivos a partir del establecimiento de roles y la organización de los recursos. Por último, la práctica real, aun cuando sufre la influencia de los dos factores previos, también se relaciona estrechamente con la normatividad, los procesos de resolución de conflictos y la cultura organizacional. Si bien los citados factores pueden aplicarse en general a cualquier tipo de organización productiva,

muestran un funcionamiento diferente en las OH, debido a las peculiaridades derivadas de los servicios que otorgan —diagnóstico, indicaciones y cuidados terapéuticos— y de las características de quien los provee —personal médico-sanitario—. Al respecto, cabe señalar que el personal médico-sanitario empleado en las OH canaliza las expectativas, deseos y necesidades del usuario y, generalmente de forma autónoma y descentralizada toma decisiones sobre el diagnóstico y el cuidado terapéutico de sus pacientes, mismas que tienen costos y repercusiones relevantes para la organización, ya que induce la demanda de prestaciones o productos intermedios, dentro del propio centro o hacia el exterior (Cosialls i Puello, 2000), determinando las acciones y por tanto los gastos para la institución. Las decisiones clínicas —sustentadas por los principios de la ética médica—, si bien suelen ser las más benéficas para el cuidado del usuario no siempre son las más deseables a nivel administrativo, debido, en buena medida, a la brecha institucional existente entre los gestores administrativos y los equipos clínicos, así como a la ineficacia de los primeros para convencer a los segundos de racionalizar su praxis profesional con el fin de controlar costos e incrementar el índice de productividad.

De acuerdo a ello, la presente investigación considera que un modelo de gestión hospitalaria que considere los procesos de planeación ético-estratégica que promueva esquemas de administración con sentido clínico y tenga presente tanto el código deontológico de la profesión médico-sanitaria como los requerimientos organizacionales de la gestión económico-administrativa sólo podrá optimizar el desarrollo organizacional de las OH, incrementando su eficacia, eficiencia y, por ende, sus niveles de competitividad. Un adecuado proceso de planeación ético-estratégica convertirá a la OH en una institución amigable, integrada al sistema social de su comunidad, en permanente interacción con los otros componentes de la red de servicios de salud, con una imagen corporativa sólida, con resultados eficaces y eficientes, abierta al cambio y sensible a la retroalimentación y al control social (Cosialls i Puello, 2000). Ello significa que la OH funcionarán con una mayor coherencia, mejor articulación de sus procesos clínicos en función de las necesidades de los usuarios y de la continuidad de la atención, generando resoluciones oportunas y devolviendo los pacientes a su entorno comunitario; igualmente, podrán anticipar la resolución de problemas y, en consecuencia, se optimizará el binomio costo-efectividad al tiempo que se mantiene la filosofía ético-social de la institución.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

■ **Pregunta principal**

¿Las organizaciones hospitalarias pueden mejorar su eficiencia a través de la aplicación de principios éticos en sus procesos de planeación estratégica?

■ **Preguntas secundarias**

P1 ¿Cómo deben incorporarse los principios éticos a los procesos de planeación estratégica de las organizaciones hospitalarias?

P2 ¿Es factible para las organizaciones hospitalarias incorporar principios éticos a sus procesos de planeación estratégica con el fin de mejorar su eficiencia?

P3 ¿Qué factores externos e internos deben considerarse en el análisis organizacional a la hora de incorporar principios éticos a los procesos de planeación estratégica de las organizaciones hospitalarias?

1.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

■ **Hipótesis principal**

La aplicación de principios éticos a los procesos de planeación estratégica de las organizaciones hospitalarias contribuye a mejorar tanto su eficiencia como su calidad asistencial.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

■ **Objetivo general**

Demostrar que las OH pueden mejorar su eficiencia a través de la aplicación de principios éticos a sus procesos de planeación estratégica.

■ **Objetivos específicos**

O1 Demostrar que las OH pueden mejorar su eficiencia incorporando principios éticos a su proceso de planeación estratégica.

O2 Demostrar la factibilidad de mejorar el nivel de eficiencia de las OH a través de la incorporación de principios éticos en sus procesos de planeación estratégica.

O3 Analizar los factores internos y externos relacionados con la OH que deben considerarse a la hora de incorporar principios éticos a sus procesos.

Tabla 1. Matriz de congruencia de la investigación

PREGUNTA GENERAL	
¿Las organizaciones hospitalarias pueden mejorar su eficiencia a través de la aplicación de principios éticos en sus procesos de planeación estratégica?	
OBJETIVO GENERAL	
Demostrar que las OH pueden mejorar su eficiencia a través de la aplicación de principios éticos a sus procesos de planeación estratégica	
HIPÓTESIS GENERAL	
La aplicación de principios éticos a los procesos de planeación estratégica de las organizaciones hospitalarias contribuye a mejorar tanto su eficiencia como su calidad asistencial.	
PREGUNTAS SECUNDARIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
P1 ¿Cómo deben incorporarse los principios éticos a los procesos de planeación estratégica de las organizaciones hospitalarias?	O1 Demostrar que las OH pueden mejorar su eficiencia incorporando principios éticos a su proceso de planeación estratégica.
P2 ¿Es factible para las organizaciones hospitalarias incorporar principios éticos a sus procesos de planeación estratégica con el fin de mejorar su eficiencia?	O2 Demostrar la factibilidad de mejorar el nivel de eficiencia de las OH a través de la incorporación de principios éticos en sus procesos de planeación estratégica.
P3 ¿Qué factores externos e internos deben considerarse en el análisis organizacional a la hora de incorporar principios éticos a los procesos de planeación estratégica de las organizaciones hospitalarias?	O3 Analizar los factores internos y externos relacionados con la OH que deben considerarse a la hora de incorporar principios éticos a sus procesos.

1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La ejecución de la presente investigación inició como un estudio exploratorio de la planeación ético-estratégica de las OH, paso previo a la construcción de un modelo que pudiera servir para futuros procesos de planeación en las organizaciones de salud. La técnica seleccionada para ello fue la del análisis e interpretación de información documental, que reúne, discrimina y analiza datos contenidos en forma de documentos producidos por la sociedad para estudiar un fenómeno determinado. En síntesis, la investigación que aquí se presenta, fue concebida como un procedimiento reflexivo, controlado, sistemático y crítico de proposiciones hipotéticas (Rojo Pérez, 2002), sobre las relaciones existentes entre la ética clínica y la ética organizacional en las organizaciones hospitalarias, con el fin de que éstas puedan obtener nuevas oportunidades de negocio capaces de proporcionarles ventajas competitivas sin perjuicio de minimizar su misión asistencial.

1.6.1 Descripción de la investigación: enfoque y método

Todo estudio basado en el análisis de información documental presenta un carácter eminentemente exploratorio, dado que es necesario precisar la naturaleza y el alcance del proyecto de investigación que, en el caso que aquí se trata, pretende el acercamiento del investigador a su objeto de estudio —los procesos de planeación ético-estratégicos en las OH—, a través del estudio de la literatura alusiva. Igualmente, la investigación posee carácter descriptivo en cuanto que detalla una situación mediante el estudio de la misma en circunstancias tempo-espaciales determinadas, es decir, el la incorporación de los principios éticos —ética clínica— de las OH a sus procesos de planeación estratégica. Desde esta perspectiva, la presente investigación identifica las características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado y establece comportamientos concretos con el propósito de delimitar los hechos que conforman el problema de investigación (Martínez, 2008). Por último, puede considerarse en la investigación un enfoque analítico, ya que los datos recogidos por sí solos no arrojarían mayores hallazgos si no existiese, por parte del investigador, un proceso de interpretación capaz de producir descubrimientos sustanciales sobre el objeto de estudio (Panqueva Tarazona, 2008). Además, el investigador recurrió al método hermenéutico, es decir, al intercambio recurrente entre observaciones, presunciones, interpretaciones tentativas, expectativas y verificaciones de datos nuevos y evaluaciones que, a lo largo

del proceso de investigación, le permitieron acceder a nuevas interpretaciones que, a su vez, comprendían nuevos datos.

1.6.2 Diseño de la investigación

De acuerdo a Sabino (1992), el diseño de investigación es aquel que se ocupa de confrontar la visión teórica del problema con los datos de la realidad, con el propósito de proporcionar un modelo de verificación que permita contrastar hechos con teorías, de acuerdo a una estrategia metodológica que determina las operaciones necesarias para ello y, una vez establecido el problema de investigación, orienta y esclarece las etapas necesarias para llevar el análisis a término. En el presente estudio se seleccionó un diseño bibliográfico-documental, en el que los datos han sido ya empleados en otras investigaciones y son conocidos mediante los informes correspondientes. Los datos llegan al investigador elaborados y procesados de acuerdo con los fines de quienes inicialmente los obtuvieron y manipularon. Para obtener la información relacionada con el objeto de estudio se utilizaron fuentes secundarias —manuales, hemerografía, documentos técnicos, tesis, legislación y cibergráficas— cuyos datos fueron manipulados por el investigador de acuerdo a técnicas reconocidas de análisis documental con el propósito de identificar los elementos principales y relacionados para definir en forma significativa las interacciones entre la ética clínica y los procesos de planeación estratégica hospitalaria.

Tabla 2. Etapas del análisis documental realizado para la investigación.

ETAPA 1 Preparación y descripción del material bruto	ETAPA 2 Reducción de los datos
Preparación de una base documental completa y fácilmente accesible, considerando que la información debe presentar las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> ■ Detectable: saber que existe. ■ Ubicable: saber dónde se encuentra. ■ Trazable: saber dónde y cómo se obtuvo 	Reducción del volumen de los datos despejando los componentes de interés para la investigación a través de la técnica de inducción, esto es, de la identificación temática en la base de datos para, posteriormente, realizar agrupamientos a partir de dichos temas.
ETAPA 3 Elección y aplicación de los métodos de análisis	ETAPA 4 Análisis transversal
Interpretación de los datos para detectar patrones a partir de los datos previamente organizados, a través de a) método iterativo: es decir, del abordaje de los datos con mínima formalización teórica para llegar a la construcción progresiva de una explicación y, b) método del análisis histórico, es decir, de la formulación de predicciones sobre la evolución del objeto de estudio.	Verificación de posibles réplicas de los resultados entre varios casos o situaciones cuando los datos cualitativos recolectados se refieren a varios casos del fenómeno —organizaciones, situaciones, individuos...etc. —. Procede por comparación dónde cada situación es analizada de acuerdo al o los modos de análisis descritos precedentemente, de manera de captar si los modelos o patrones observados se reproducen.

Fuente. Merino (2013), basado en Universitat de Valencia (2008).

1.6.3 Población y muestra

Se define como población el conjunto total de unidades de observación consideradas en el estudio —nación, estados, localidades, instituciones, empresas, entre otros—, es decir, la totalidad de los elementos que forman un conjunto, mientras que la muestra es una porción representativa que se extrae de la población y que contiene todas las características representativas de la población. Dado que la presente investigación se enfoca en la planeación ético-estratégica de las instituciones hospitalarias, la población objeto de estudio son las OH en general, por lo que no es necesario determinar muestra.

1.7 ALCANCE Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación nace del deseo del investigador de construir un marco de referencia útil para quienes, desde cualquier nivel social o institucional, se ven abocados a la toma de relacionadas con la planeación estratégica hospitalaria decisiones medioambientales. Para acceder a un espectro tan amplio de posibles beneficiarios, más allá de los aspectos técnicos que el objeto de estudio de la investigación genera, se han considerado todos los ámbitos del conocimiento involucrados en la planeación ético-hospitalaria —administración, socio-economía, filosofía, ética, historia, políticas públicas, entre otros—, para, a partir de ellos, abordar las diversas facetas de los procesos de planeación estratégica y ética aplicada a las organizaciones de salud.

Por lo que respecta a las limitaciones del proceso de investigación, recaen en la dificultad que para el investigador supone la revisión detallada de la ingente cantidad de recursos documentales que un trabajo de estas características requiere, recursos que, por otra parte, están en constante proceso de actualización. La segunda limitación recae en la discriminación de la información, especialmente en lo que refiere a la exactitud y confiabilidad de los datos obtenidos. El ordenamiento y síntesis de los datos se convierte en la tercera limitación y, por último, cabe señalar el esfuerzo constante del investigador por mantener la objetividad a la hora de interpretar los datos obtenidos.

CAPÍTULO 2

Marco conceptual



2.1 ESTRATEGIA: DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

A lo largo de la historia occidental la estrategia se ha ligado tradicionalmente al arte militar. El vocablo griego, *strategos*, inicialmente referido al nombramiento del general en jefe de un ejército, pasó a significar las habilidades psicológicas y el carácter con los que se asumía el cargo. Alrededor del años 450 a.c., comenzó a integrar connotaciones relativas a administración, liderazgo, oratoria y poder³; un siglo después, en la época de Alejandro Magno, refería a la habilidad de aplicar la fuerza, vencer al enemigo y crear un sistema unificado de gobierno global (Mintzberg, 1997). En oriente, Sun Tzu⁴, autor de *El arte de la Guerra* (s.VI a.c.), considera la astucia y el cálculo los pilares fundamentales de la estrategia; elementos compartidos por Takuan Soho⁵ (1573-1645) en numerosos textos sobre el zen que aun constituyen la base filosófica de numerosas teorías empresariales japonesas (Santana, 2007). Igualmente, conforman la base de la obra de Peter Senge⁶, quien traslada el concepto de astucia de la guerra de los negocios. Ya en el Renacimiento, Nicolás de Maquiavelo, asocia el concepto de estrategia a la vida política y la opinión pública. Posteriormente, Helmut von Moltke⁷ (1800-1891), define a la estrategia como la adaptación práctica de los medios puestos a disposición de un general para el logro de un objetivo; definición que será recuperada y ampliada por las teorías de administración organizacional, que incorporan al concepto general de estrategia conceptos paralelos como estrategia operativa y estrategia logística, ambos jerarquizados en función de una pirámide estratégica organizacional. En el siglo XX, economistas, mercadólogos y publicistas, introducen en la definición los principios de la teoría de la decisión, que con el tiempo se utilizarán para apoyar otros procesos empresariales que darán paso a enfoques de planificación estratégica corporativa centrados en factores como la calidad, la flexibilidad, la agilidad, la asociación y el pensamiento sistémico, entre otros (Santana, 2007).

³ Concepto recogido en textos de Herodoto, Jenofonte y Sócrates.

⁴ Estratega, político y filósofo chino de gran influencia entre los teóricos militares, los líderes políticos y los de gestión empresarial. Su obra aborda estrategias de un modo amplio, incidiendo en la administración pública y la planificación.

⁵ Considerado como uno de los grandes escritores más influyentes en la estrategia y el pensamiento de los samuráis, comparable a Sun Tzu, Mencius o Confucio

⁶ Peter Senge. (1999). *La Quinta Disciplina: El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. Barcelona: Granica

⁷ Profundo estudioso de lo militar, consideró la guerra un negocio antes que un arte o una ciencia lo que le llevó a ponderar la fuerza a invertir en función de los beneficios que se podían adquirir.

Definiciones más actuales permiten sintetizar de modo genérico el concepto de estrategia como la preparación previa de las organizaciones para la acción necesaria destinada a lograr una ventaja competitiva (Perea, 2006), esto es, el proceso de determinación de los fines y objetivos básicos a largo plazo de una empresa, junto con la adopción de cursos de acción y la asignación de recursos necesarios para lograr esos objetivos (Chandler, 1962)⁸, a través de los recursos y las capacidades existentes y adicionales de la organización (Perea, 2006). Como en cualquier concepto complejo, pueden establecerse diferentes niveles de estrategia organizacional, si bien la mayor parte de la literatura coincide en señalar: a) estrategia corporativa —aplicada a toda la empresa—; b) estrategia global —empleada para introducir a la organización en mercados extranjeros—; c) estrategia de negocios —define la elección de un producto o servicio y el mercado de cada negocio dentro de la organización— y, d) estrategia funcional —determinación del modo de empleo de los recursos en el nivel operativo—. Niveles a los que habría que añadir, en casos particulares como el de las organizaciones hospitalarias [OH], la estrategia institucional que:

Determina la clase de organización económica y humana que es o pretende ser una organización y la naturaleza de la contribución económica y no económica que intenta brindar a sus accionistas, empleados, usuarios y comunidad (Andrews, 1977)⁹.

En general, la estrategia corporativa de cualquier organización consiste en el patrón de objetivos, propósitos, metas, políticas y planes esenciales —para la consecución de las citadas metas— que definen tanto la situación actual de la organización como sus expectativas a futuro (Andrews, 1977)¹⁰. De ella deriva la estrategia de negocios, esto es, la forma en la que la organización competirá en una unidad de negocio determinada para posicionarse frente a la competencia, afectando la toma de decisiones respecto a la selección de los grupos de clientes/usuarios a satisfacer y los niveles de satisfacción de éstos (Hamermesh, 1990; Dereck, 1980)¹¹, lo que obligará a la organización a mejorar su efectividad operativa en la totalidad de sus

⁸ Chandler, A. (1962). *Strategy and Structure: chapters in the history of the industrial enterprise*, M.I.T. Press, Cambridge, citado por Perea (2006).

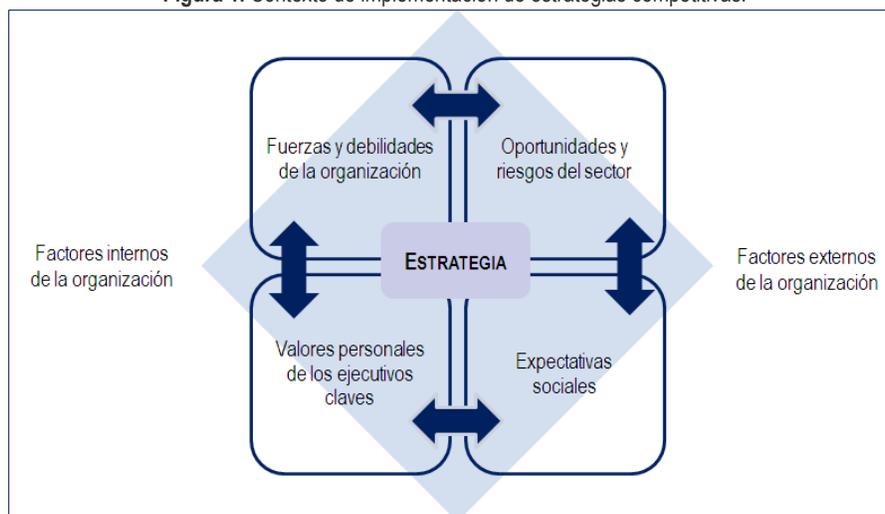
⁹ Andrews, K. (1977). *The concept of Corporate Strategy*. Dow Jones Irwin. Citado por Perea (2006).

¹⁰ *Ibíd.*

¹¹ Hamermesh, G. (1990). *Planeación estratégica. O cómo se las arreglan los gerentes triunfadores*. Mexico DF: Limusa. Dereck, Ch. (1980) *Estrategia global bancaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Citado por Perea (2006).

operaciones con el fin de desarrollar funciones de creación de valor a un costo menor que el de sus competidores, o bien a implementar acciones de diferenciación a un precio mayor que el de la competencia —estrategia funcional— (Perea, 2006). En síntesis, las estrategias organizacionales definen el nivel corporativo dónde se quiere competir, el nivel de negocios con que se quiere competir y el nivel funcional con que se cuenta para competir (Perea, 2006), en un contexto socialmente deseable limitado por las normas éticas y por las políticas y regulaciones gubernamentales.

Figura 1. Contexto de implementación de estrategias competitivas.



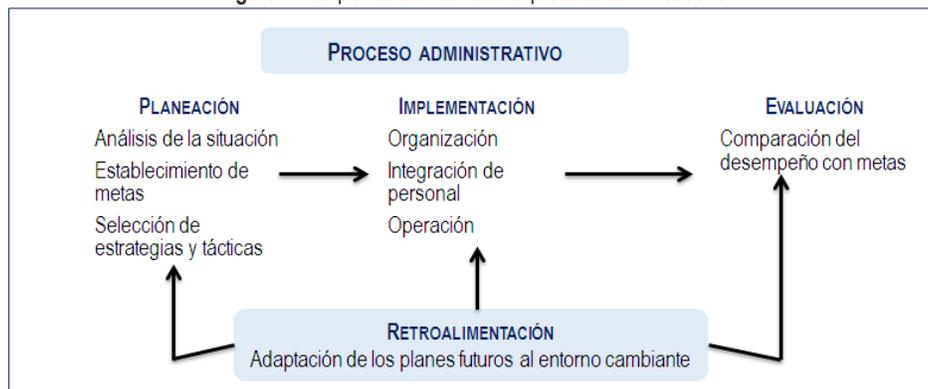
Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Porter, M. (1982).

De acuerdo a Porter (1982), las organizaciones deben de implementar, de modo excluyente, tres estrategias respecto a sus competidores para un crecimiento exitoso: a) liderazgo general en costos —costos reales más bajos que los de la competencia—; b) diferenciación —diseño o imagen de marca, tecnología, atributos del servicio, red de ventas, entre otras, en pro de la calidad, la innovación y la capacidad de satisfacer al usuario— y, c) enfoque o alta segmentación.

2.2 ADMINISTRACIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

La administración se define como la capacidad del factor humano de una organización para ordenar las actividades a realizar y cumplir con un propósito u objetivo de manera eficiente, con el menor consumo de recursos (Villa, 2011). En otros términos, puede describirse como el proceso de planear, instrumentar y evaluar las actividades de un grupo de personas que trabajan para la consecución de una meta común, ya que toda organización necesita planes generales y específicos para lograr el éxito; a lo largo de los procesos de planeación, los administradores adecúan los recursos de la organización en función de sus oportunidades de mercado y sus operaciones a largo plazo, sin que ello signifique que dichos procesos de planeación deban de ejecutarse en un lapso igualmente largo¹².

Figura 2. La planeación dentro del proceso administrativo.



Fuente. Rosas, L.A (2014).

En el contexto administrativo, la planeación estratégica (PE) se enfoca en la resolución de problemas y situaciones susceptibles de cambio en pro del mejor desarrollo de la organización, entendida esta última como el conjunto de personas y recursos de índole variada que se reúnen para generar un bien o servicio —producto final de un sistema de trabajo—. En ocasiones —caso de las organizaciones hospitalarias—, el sistema de trabajo no permite identificar claramente el producto final —de identidad difusa— por lo que los procesos de planeación, que parten de un diagnóstico situacional, ayudan a delimitarlo y alcanzarlo a través de acciones concretas y adecuadas a los

¹² Hace algunos años, el término ventana estratégica fue sugerido para describir la cantidad limitada de tiempo que coincidía entre los recursos de una compañía y la oportunidad de un mercado particular¹². Por lo común, la ventana está abierta sólo de manera temporal. Por lo tanto una organización debe estar dispuesta a moverse rápida y decisivamente cuando se abre una ventana estratégica.

usuarios —pacientes—. Si bien en el contexto administrativo los conceptos de estrategia y PE mantienen una íntima conexión, no deben confundirse ni emplearse en términos de sinonimia, dado que el proceso de PE se percibe como un caso especial del proceso de solución de problemas aplicado a definir la estrategia de una organización —de forma tácita o explícita— a partir de siete puntos fundamentales recogidos en la tabla 3.

Tabla 3. Pasos de la planeación estratégica.

1	Identificación de estrategia	Evaluación de la estrategia actual de la empresa y de sus componentes.
2	Análisis ambiental	Evaluación de los ambientes específicos, competitivos y general de la organización para identificar oportunidades y amenazas.
3	Análisis de recursos	Análisis de las destrezas y recursos disponibles para cerrar las brechas estratégicas identificadas.
4	Análisis de brecha	Comparación de los objetivos, estrategias y recursos de la organización, con las oportunidades y amenazas del ambiente a fin de determinar el grado de cambio que se requiera en la estrategia corriente.
5	Alternativas estratégicas	Identificación de las opciones sobre las cuales se pueda construir una nueva estrategia.
6	Evaluación de estrategia	Evaluación de las opciones en términos de los valores y objetivos de los accionistas, la administración y otras fuentes legítimas de poder; los recursos disponibles; y las oportunidades ambientales y las amenazas que existen, con el fin de identificar las que mejor satisfagan todas estas demandas.
7	Elección estratégica	Selección, para su futura ejecución, de una —o más— de las opciones propuestas.

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Castaño (2004).

A partir de lo expuesto es posible describir la PE como un proceso que inicia con un diagnóstico situacional orientado a cambios, basado en estrategias de impacto y transformación, cuyas líneas de acción se supeditan a dichas estrategias consideradas como un todo global de cambio con la finalidad de vencer las debilidades de la organización y convertir en oportunidades las amenazas (Villa, 2011). En otros términos, se trata de un proceso enfocado en la definición previa del tipo de esfuerzos de planeación que: a) debe realizar la organización; b) cuándo y cómo debe realizarlos; c) quién los implementará y, d) cómo se utilizarán los resultados. Un proceso formal, continuo —revisado periódicamente—, flexible —para aprovechar el conocimiento del entorno que cambia constantemente—, sistemático —organizado y conducido en base a una realidad entendida—, racional y holístico (Ponce de León, 2006; Rodríguez, 2012), que inicia con el establecimiento de metas organizacionales, define estrategias y políticas enfocadas a la consecución de dichas metas y desarrolla planes detallados que aseguren la implantación de las citadas estrategias. De acuerdo a lo anterior, el proceso de PE debe satisfacer las características específicas de cada organización, con el propósito de descubrir y explotar las oportunidades futuras de la organización al tiempo que extrapola y

evita las amenazas a la misma (Ponce de León, 2006). Lo que, en última instancia, permite ubicar el proceso de PE en definiciones académicas:

Proceso proactivo y estructurado que acometen las organizaciones, consistente en el aprovechamiento dinámico de ciertas oportunidades externas elegidas, encajando y desarrollando las competencias internas, con el fin de cumplir la misión de la organización y generar valor para sus grupos de interés (Trullenque, 2007).

Conjunto de procesos llevados a cabo para identificar el futuro deseado de la organización y desarrollar las guías de decisión que conducen a él. Cuando una organización tiene un comportamiento consistente y sólido en el tiempo, es que tiene una estrategia. La estrategia es un medio que la organización elige para moverse desde donde está hoy hasta una situación deseada en el futuro (Ginter, 2008)

Supone la participación activa de los actores organizacionales, la obtención permanente de información, sobre sus factores claves de éxito, su revisión, monitoreo y ajustes periódicos para que se convierta en un estilo de gestión que haga de la organización un ente proactivo y anticipatorio (Castaño, 2004).

Conviene, a partir de lo expuesto, extrapolar algunos elementos fundamentales para la correcta comprensión de los procesos de planeación estratégica. Así, el proceso de PE es:

- Un documento que recoge, de forma sistemática y ordenada, la manera en que una organización piensa trascender desde su situación actual hasta la situación que desea para sí misma en el futuro.
- El conjunto de criterios de decisión y las propias decisiones que toma y ejecuta una organización, para orientar de forma determinante y permanente sus actividades y su configuración.
- La manifestación de una clara vocación transformacional, puesto que: a) identifica características actuales propias de la organización y del entorno en el que ésta se desarrolla; b) genera una imagen de cómo se quiere que esa organización mejore en el futuro y, c) establece la ruta y las acciones que permitirán el cambio desde la situación actual a la situación deseada.
- La asociación a lapsos temporales de medio y largo plazo —tres o más años— como contraposición al concepto de “operativo”, asociado a la idea de inmediatez —lapso máximo de un año— (Rodríguez, 2012).

A lo anterior, Castaño (2004) añade un quinto elemento que permite diferenciar el proceso de PE del concepto de estrategia:

- Ambos conceptos —estrategia y PE— designan secuencias de acciones en el tiempo con la finalidad de alcanzar en un lapso determinado objetivos relevantes para la organización. Sin embargo, mientras la PE se asocia con un proceso simple cuyo propósito es ofrecer respuestas a una serie de interrogantes, la estrategia remite a un proceso de pensamiento complejo que establece trayectorias, posiciones y perspectivas de la organización [v. tabla4].

Tabla 4. Estrategia y planeación estratégica: Diferencias.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		ESTRATEGIA	
¿A dónde quiere ir?	Horizonte Diagnóstico Direccionamiento Proyección estratégica Evaluación /monitoreo	Trayectoria	Comportamiento consistente ante el flujo de acontecimientos.
¿Dónde está ubicada?		Posición	Ubicación en relación a su ambiente externo y a su mercado potencial con el propósito de crear riqueza.
¿Dónde quiere estar?		Perspectiva	Difusión de la intención estratégica, a través de la cultura organizacional, para ser compartida por sus miembros.
¿Cómo llegar?			
¿Cómo está llegando?			

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Castaño (2004).

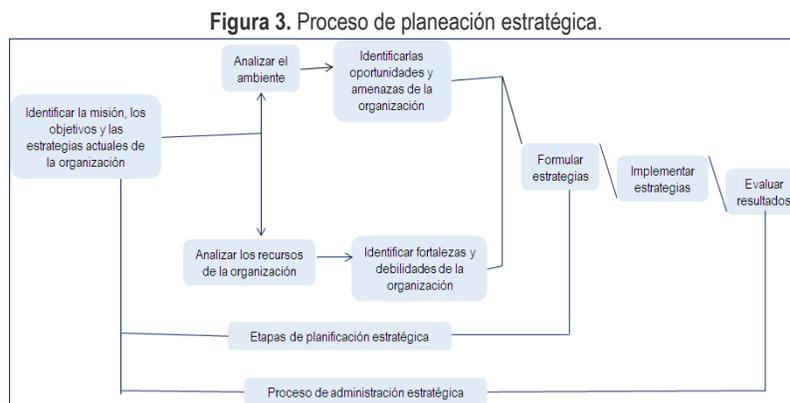
Por su parte, la Universidad Nacional de San Agustín (2014), en la presentación de su *MBA en Administración*, retoma la posición de Castaño (2004), al señalar que toda organización debe enfrentar tres preguntas a la hora de planear estrategias de crecimiento: 1) ¿cuál es la posición actual de la organización?; 2) ¿A dónde quiere llegar la organización? Y, 3) ¿qué se precisa para llegar a la meta propuesta? [v. tabla 5].

Tabla 5. Planeación estratégica.

Situación actual		Proceso de tránsito	Situación futura
Organización	Evaluación de las condiciones, desempeño financiero, fortalezas, debilidades y ambiente externo e interno de la organización.	Formulación y ejecución de estrategias que encaminen a la organización en la dirección deseada.	Visión futura de la organización: nuevos grupos de clientes, nuevas necesidades, nuevas capacidades para construir.
	¿En dónde está?	¿Cómo llegar?	¿A dónde llegar?

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en UNSA (2014).

En síntesis, la PE se centra en la tarea de definir los objetivos de la organización y determinar una estrategia general que permita alcanzar las metas y el desarrollo de una jerarquía de planes para integrar y coordinar actividades (Perea, 2006).



Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Robbins, S. y Coulter, M. (2000)¹³

2.3 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA HOSPITALARIA

En términos actuales, Gamble et al. (2012), definen la estrategia organizacional de la siguiente manera:

La estrategia de una compañía consiste en las medidas competitivas y los planteamientos comerciales con que los administradores compiten de manera fructífera, mejoran el desempeño y hacen crecer el negocio (Gamble, 2012).

Por otra parte, de acuerdo a estudios hospitalarios auspiciados por la Organización Mundial de la Salud [OMS], la planeación estratégica hospitalaria [PEH] debe centrarse en la capacidad de la organización de ofrecer procesos para el usuario, es decir, debe incidir en: a) la trayectoria de los pacientes tratados en ella; b) los procesos ofrecidos por los profesionales sanitarios y, c) la adecuación de las instalaciones a dichos procesos (Rechel, 2010). De acuerdo a ello, la PEH, involucra necesariamente los valores de la organización, su filosofía de trabajo, la cultura organizacional y, finalmente, los grupos de interés en el futuro. En esta búsqueda de valores, el equipo hospitalario debe desplazarse de una concentración individual a un examen más amplio de la institución y su funcionamiento como sistema social: ética, calidad, seguridad, ambiente, innovación, imagen en su sector y en su comunidad, responsabilidad con los usuarios, recursos

¹³ Robbins, S. y Coulter, M. (2000). *Administración*. México: Prentice Hall.

humanos, técnicos y financieros, rentabilidad, alianzas estratégicas, diversidad de servicios y de mercadeo, servicios de línea, expansión y concentración geográfica, entre otros. Sin embargo, como paso previo a lo expuesto, es preciso incidir en cuatro elementos esenciales en el proceso de PEH: a) tiempo —momento de vigencia de la PE surgido de la decisión política de planificar—; b) espacio —delimitación geográfico poblacional cubierta por el servicio de salud¹⁴— c) modo y, d) satisfacción de las necesidades de salud de la población —finalidad del proceso—, que aunados permitirán una definición amplia del proceso de PEH:

Forma de privilegiar la estructura de los objetivos, reconocer las categorías de complejidad, la fragmentación, incertidumbre, conflicto y dependencia; considerando el problema del poder y admitiendo la existencia de diferentes fuerzas sociales; utilizando e integrando elementos normativos que corresponderían al “deber ser” y elementos estratégicos como el “poder ser”, en una actitud anticipativa y exploradora que permita crear situaciones futuras intermedias y finales, que corresponderían a la situación de objetivos probables y deseables para la fuerza social que planifica, seleccionando proyectos dinámicos, idóneos, para llegar al cambio deseado, combinándolos en secuencias alternativas o trayectorias que maximicen su efecto; analizando y construyendo la viabilidad de la spropuestas; considerando la negociación tanto hacia el interior de la fuerza social que planifica como hacia el exterior [...] y exigiendo amplia participación de todos los actores que participan en el proceso (Arredondo, 2008).

De acuerdo a ello, todo proceso de PEH debe considerar cinco factores fundamentales referidos a los riesgos y problemas generales de salud:

- Identificación de las diferencias en las condiciones de vida de la población objetivo del servicio de salud.
- Establecimiento de las acciones a realizar de acuerdo a los factores de riesgo y funciones de salud.
- Establecimiento de las acciones correspondientes a cada una de las unidades productoras de servicios.
- Identificación y cuantificación de actividades a realizar así como análisis de los recursos necesarios para realizarlas.
- Identificación de áreas de investigación (Arredondo, 2008).

¹⁴ Hospital de referencia nacional, regional o local.

A lo que debe añadirse la consideración del elemento humano —equipo de planeación— encargado de llevar a cabo el proceso de PEH, entre cuyas habilidades, valores y competencias, deberán constar: a) capacidad de implementar estrategias globales que incluyan el dominio del tiempo, el espacio, el entorno, la estructura como sujeto permanente de cambio, la administración y el manejo del talento humano; b) conocimiento de los nuevos desarrollos tecnológicos; c) habilidades políticas y, d) habilidades de liderazgo. Cualidades indispensables a la hora de obtener la información necesaria para el diseño, implementación y seguimiento de las estrategias organizacionales.

2.3.1 Premisas de la planeación estratégica hospitalaria

Para buena parte de la literatura, el proceso de PEH no es únicamente un mecanismo enfocado en la toma de decisiones futuras; tampoco pronostica el éxito o fracaso de un servicio de atención médica o mejora la morbilidad hospitalaria; por el contrario, se centra en la formulación y respuesta ordenada y sistemática de preguntas en torno al funcionamiento y desarrollo de la OH:

¿Es adecuado el hospital? ¿A qué población sirve? ¿Cuáles son sus características principales? ¿Cuáles son las necesidades de la población atendida en materia de salud? ¿Cubre el hospital dichas necesidades? ¿Existen grupos poblacionales con necesidades de salud desatendidas o no abordadas? ¿Cuál es la opinión de la población atendida respecto al servicio hospitalario? ¿Qué servicios específicos ofrece el hospital a la población que le corresponde? ¿Cuál es la calidad y el volumen de los servicios otorgados? ¿El volumen de pacientes que se manejan en las áreas funcionales es suficiente para lograr economías de escala? ¿Los programas de atención a la salud vigentes son esenciales para la misión de la OH? ¿Se duplican servicios con otros hospitales ubicados en la zona de atención de la organización? ¿Cuál es el papel de la OH dentro de la región en que se ubica? ¿Y dentro de la nación? ¿Qué convenios existen para asegurar que los pacientes que requieren servicios diferentes a los que cuenta la OH sean transferidos a otras instituciones? ¿Existe un programa de control de calidad hospitalaria? ¿Algunos de los programas hospitalarios deberían anularse debido a la baja demanda, pobre calidad, recursos inadecuados o irrelevancia? ¿Cuál es el alcance y la calidad de los servicios ambulatorios de la OH? ¿El servicio de urgencias es capaz de atender adecuadamente la mediana crítica que se presenta? ¿Cuenta con personal capacitado y materiales adecuados? ¿Dispone de ambulancias? ¿La OH cuenta con programas o convenios para proporcionar atención médica a pacientes de larga duración? ¿El hospital mantiene o desearía adquirir compromisos educacionales a través de convenios con escuelas de medicina? ¿La OH cuenta con capacidad, espacio y recursos financieros para efectuar investigación? ¿El personal médico se encuentra organizado y calificado? ¿Se ha incrementado la plantilla de personal? ¿La organización cuenta con una adecuada plantilla de personal a tiempo completo? ¿Cuál es la contribución del personal en relación a la eficacia de la organización? ¿Existen dificultades para reclutar o mantener al personal? ¿Los recursos financieros de la organización son capaces de

soportar los programas y compromisos adquiridos en concordancia con los estándares deseados? ¿Cómo afectará el futuro a dichos estándares y compromisos? ¿La OH desea ofrecer nuevos servicios, ampliar los existentes o alcanzar nuevos núcleos de población? ¿Está preparada para dicha reestructura? ¿Los sistemas de apoyo tecnológico, logístico y administrativo se mantienen actualizados o son obsoletos? ¿Cuál será el negocio de la administración hospitalaria a mediano y largo plazo? (Ponce de León, 2006)¹⁵.

El proceso de PEH no plantea una dimensión de tiempo fijo ni se centra en un solo objetivo, sino que toma en cuenta que cada unidad funcional de la OH para enfocarse en las diversas metas que han de ser consignadas —de diferente forma y con variables grados de importancia— en la planeación y operación de la unidad. Su rol más importante es el de simular el futuro en papel con el propósito de introducir, evaluar y desarrollar nuevas alternativas en los procesos de atención a la salud, esto es, experimentar nuevas situaciones a muy bajo costo, ofreciendo una visión global de la OH a fin de coordinar las diferentes unidades funcionales de la organización evitando la suboptimización de las partes a costa del todo (Howard y Rowland, 1984; Steiner, 1985)¹⁶. Pese a ello, todo proceso de PEH se enfrenta a un cierto número de limitaciones que deberán ser consideradas antes de su inicio: a) el entorno puede ser diferente de lo esperado; b) resistencia por parte del personal médico, paramédico y administrativo respecto al proceso; c) falta de recursos y, d) falta de tiempo del personal para dedicarse al proceso (Ponce de León, 2006). Adicionalmente, cabe señalar que los procesos de PEH pueden resultar ineficaces por: a) exceso de ritualismo y formalidad; b) falta de compromiso de la dirección hospitalaria; c) dificultad del personal para asumir el cambio generado por el proceso; los largos lapsos de tiempo necesarios para conseguir los resultados esperados y, d) la falta de capacitación del personal involucrado en el proceso (Steiner, 1985)¹⁷

2.3.2 Relevancia de la planeación estratégica en la administración hospitalaria

La misión y los objetivos de una OH se diseñan e implementan a través de los diferentes departamentos —médico, paramédico, administrativo— de la misma, cada uno de los cuales interrelaciona sus propios objetivos con los objetivos generales de la organización

¹⁵ La relación de preguntas del autor citad es mucho más amplia. La presente investigación recoge sólo una parte de ellas a modo de ejemplo.

¹⁶ Howard, S, Rowland, B (1984). *Hospital Administration*. Maryland: Handbook. Steiner, G. (1985). Planeación estratégica. México: Compañía Editorial Continental. Citados en Ponce de León (2008)

¹⁷ Op. cit.

en pro del beneficio del hospital. En este contexto, las estructuras jerarquizadas de la OH —médica, paramédica y administrativa— se construyen como burocracias profesionales similares a las de cualquier otra organización en el sentido de que el hospital trata a un cliente masa¹⁸, protocolizando diagnósticos y tratamientos hasta el punto de tratar enfermedades más que enfermos. Un modo de actuación semejante al de cualquier organización productora de bienes, donde la dirección decide los procesos de fabricación del producto del mismo modo en que el médico decide el tratamiento que debe administrarse a su paciente. Ello, en una época de deficiencias presupuestarias destinadas a la salud, puede llevar a olvidar que el criterio de excelencia debería ser el factor fundamental en el sector salud (Obeso, 1996) y generar discrepancias entre el núcleo sustantivo de la organización —médico y paramédico— y el núcleo de apoyo —administrativo— más interesado en la reducción de costos o el cumplimiento de horarios que en la atención integral o la calidad de la práctica médica. En este contexto, los sistemas de control hospitalario deben de priorizar la autonomía médica sobre los procedimientos administrativos de atención a la salud, dentro de un clima organizacional que propicie el compromiso y la participación a través de canales de comunicación formativos e informativos. Sin embargo, dado que el núcleo sustantivo de la organización —médicos y paramédicos— presenta mayores niveles de identificación con su profesión que con la organización, suele entrar en conflicto con la estructura administrativa de la institución. Para evitar tales obstáculos, una OH eficiente debe reconocer las diferencias en la socialización y formación de médicos y administradores a fin de facilitar el proceso de integración de las mismas a partir de los diferentes marcos de referencia, especialmente, en momentos como los actuales en que la práctica de la medicina evoluciona a pasos agigantados:

El cambio moderado más importante es el papel del Estado en la regulación de la salud, siendo el Estado y el ente proveedor que es la población que es la población que entrará en un mercado de competencia con diferentes grados de regulación. La consecuencia es la de considerar al hospital como la suma de servicios, reforzando los mecanismos de planeación y el papel de la administración, así como los mecanismos de participación y coordinación (Obeso, 1996).

¹⁸ Es decir, el hospital trata a un ingente número de pacientes con un presupuesto limitado, situación completamente diferente del cliente-individuo del consultorio tradicional, lo que se vuelve un hecho especialmente relevante en hospitales públicos debido al acceso casi universal de la población a los sistemas nacionales de salud.

En otros términos, es preciso impulsar la multidisciplinariedad y la generación de nuevas competencias acordes a los adelantos tecnológicos en pro del progreso del saber y de una gestión más eficiente y eficaz con niveles de excelencia en el rubro de calidad, mismos que no podrán alcanzarse sin la implementación de procesos de PE. Adicionalmente, la necesidad de las OH de diseñar e implementar este tipo de procesos de su obligación de asumir procesos sustantivos y permanentes de cambio tanto en su estructura interna como en el entorno externo.

- Incremento del nivel de conocimiento, exigencia y capacidad de elección de sus usuarios.
- Incremento en la preparación y profesionalidad de la competencia que: a) facilita la posibilidad de reclutar a profesionales altamente cualificados y capacitados fuera de los grandes centros urbanos y hospitalarios y, b) mayor extensión del grado de especialización y excelencia.
- Limitación de recursos que exige la asignación racional de los mismos y permite, únicamente, la permanencia de las mejores y más eficientes OH.
- Alza en los niveles de satisfacción exigidos por el usuario al exigir los mejores resultados esperables.
- Incremento del tamaño y complejidad de las organizaciones hospitalarias propiciado por el incremento poblacional, las necesidades y la oferta de opciones diagnósticas (Rodríguez, 2012).

Zuckerman (2005), adiciona a lo anterior cuatro nuevos factores a considerar¹⁹:

- Necesidad de descubrir oportunidades o amenazas veladas con el fin de actuar sobre ellas con anticipación.
- Necesidad de contar con un marco claro y explícito formulado con criterios que con criterios que faciliten la toma de decisiones cotidianas al evidenciar elecciones fragmentarias, desalineadas o basadas en juicios personales de valor.
- Necesidad de cohesión institucional al favorecer la participación y el compromiso de toda la OH en el logro de los resultados planificados.

¹⁹ Zuckerman AM. (2005). Healthcare *strategic planning*. Citado por Rodríguez (2012).

- Necesidad de ofrecer una imagen externa coherente, seria y creíble (reputación institucional).

Dada la complejidad del proceso de PEH, su diseño e implementación afrontan frecuentemente obstáculos y, en ocasiones, fallos que impactan en el correcto desarrollo del proceso y pueden abocarlo al fracaso total o parcial, por lo que es conveniente considerar cuidadosamente que:

- Los lapsos largos de tiempo en el diseño y ejecución del PE pueden afectar a los diferentes niveles de la organización por lo que
- es posible comenzar a percibir a lo largo del proceso conflictos y diferencias latentes en la organización, y que éstas puedan incluso llegar a explotar impactando en el clima laboral de la OH y, en consecuencia, que
- el ambiente turbulento o excesivamente cambiante incremente la posibilidad de fracaso (Fernández, 2010), a lo que contribuirán factores tales como:
 - Mala selección de los recursos humanos involucrados en el diseño e implementación de proceso de PE.
 - Fallas en el abordaje de asuntos relevantes debido a su complejidad o a la incomodidad que generan.
 - Mala planificación de los recursos necesarios.
 - Llegada de un nuevo equipo directivo que desea reiniciar el proceso (Rodríguez, 2012).

Para facilitar el diseño y ejecución del proceso del PE, éste debe ser promovido por las más altas autoridades del OH (Kotter, 1990), con el apoyo de un equipo directivo de planeación interno, varios equipos de trabajo adicionales que reporten al equipo directivo y, cuando se requiera, consultoría externa. El equipo directivo de planeación establecerá claramente los límites del PE corporativo al que deben alinearse los PE de las diferentes unidades funcionales; así mismo, tendrán presente que el PE corporativo, a su

vez, estar alineado con los PE dependientes de las unidades regionales y nacionales de salud²⁰.

La razón que justifica la existencia de los diferentes PE en salud es la pertenencia a una estructura que, aun siendo subordinada, es suficientemente grande, compleja y diferente del resto de la organización. Con esa perspectiva, una unidad de gestión integrada, un instituto clínico o un servicio clínico pueden perfectamente necesitar de un PE propio, en función de su complejidad y su diferenciación respecto al PE vigente de ámbito superior. La única exigencia metodológica es que esté alineado con él y no plantee contradicciones o divergencias. En los últimos años, y dentro del área hospitalaria del corazón, se han realizado PE para subunidades como hemodinámica, electrofisiología, cardiología clínica, diagnóstico no invasivo, etc. Son pertinentes cuando la subunidad tiene la dimensión y la complejidad suficiente y especificidades y diferencias notables con el resto del servicio y el plan es coherente con el de nivel superior.

El equipo directivo de planeación debe representar la totalidad de los intereses del hospital y contar con capacidad ejecutiva real para liderar el diseño e implementación del proceso; así mismo, debe integrarse en él un experto en metodología y, si fuera preciso, un facilitador externo —consultoría— que ordene, dinamice, interrelacione, conecte y vertebré espacio-temporalmente todo el trabajo. En preciso considerar, a la hora de conformar los equipos de trabajo, la dificultad de los profesionales de las OH — particularmente de los profesionales de la medicina— para trabajar el pensamiento estratégico a mediano y largo plazo, dado que la toma de decisiones clínicas se maneja a corto plazo en lo que respecta a los protocolos de diagnóstico y tratamiento, pueden presentar un mal manejo de situaciones marcadas por la incertidumbre, la ambigüedad y los problemas no sistematizables (Lee, 2010). Igualmente, es preciso reiterar nuevamente que el núcleo sustantivo de las OH —médicos y paramédicos— se enfoca más en el ejercicio profesional —praxis— que en los aspectos organizacionales, por lo que puede tender a olvidar que la PEH debe entenderse más como un ejercicio político que como un ejercicio técnico o profesional (Ponce de León, 2006).

2.3.3 El proceso de planeación estratégica hospitalaria

Todo proceso de PE —incluido el de las organizaciones hospitalarias—se estructura en fases sucesivas a las que la literatura otorga denominaciones diversas. La presente investigación se ha decantado por una terminología clásica utilizada por numerosos especialistas.

²⁰ Tales como el Sistema Nacional de Salud y los sistemas estatales de salud.

Fase 1. Análisis del deber ser de la OH: Misión, visión y valores

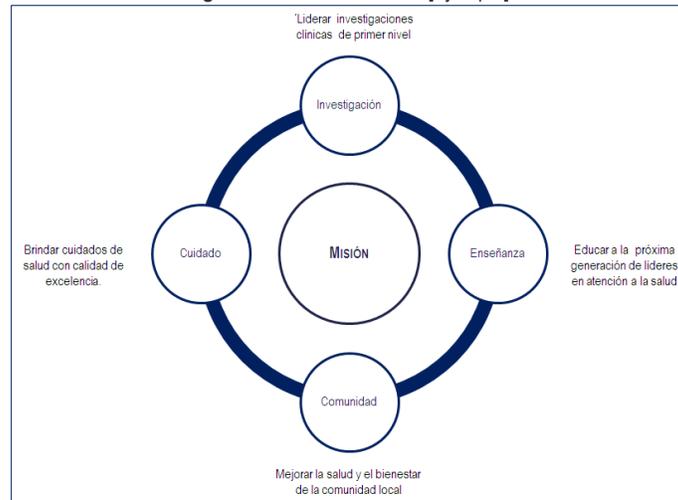
■ Misión

Enunciado declarativo, claro y conciso, que recoge aspectos sustanciales de la organización —propósito general, usuarios, función, oferta de servicios, ámbito geográfico de operación y singularidades específicas—. Ampliamente difundida entre la totalidad de los integrantes de la organización, ésta suele utilizarla como declaración formal de compromiso ante empleados y usuarios (Rodríguez, 2012), además de considerarla como elemento básico de singularización para distinguirse de otras organizaciones similares (David, 1993)²¹. La formulación de la misión debe contener, de modo explícito diez características básicas: 1) clientes —¿quiénes son?—; 2) productos o servicios —¿cuáles son?—; 3) Mercados —¿Compite la organización geográficamente?—; 4) tecnología —¿Cuál es la tecnología básica de la organización?—; 5) Preocupación por la supervivencia, crecimiento y rentabilidad —¿Cuál es la actitud de la empresa en relación a las metas económicas?—; 6) filosofía —¿Cuáles son los valores, creencias, aspiraciones y prioridades filosóficas de la organización?—; 7) concepto de sí misma —¿Cuáles son la sfortalezas y ventajas claves de la organización?—; 8) Preocupación por la imagen pública —¿A qué imagen pública aspira la organización?—; 9) Efectividad reconciliatoria —¿Pone la organización atención a los deseos de las personas clave de la misma?— y, 10) Calidad inspiradora —¿La misión de la organización motiva o estimula a la acción?— (McGinnis, 1981)²².

²¹ David, F.R. (1993) *La gerencia estratégica*. Bogotá: Legis. Citado en Arredondo (2006).

²² McGinnis, V. (1981). *The Mission Statement: A Key Step in Strategic Planning*. *Business*, 31(6), 41. Citado en Arredondo (2008).

Figura 4 Misión de una OH [Ejemplo].

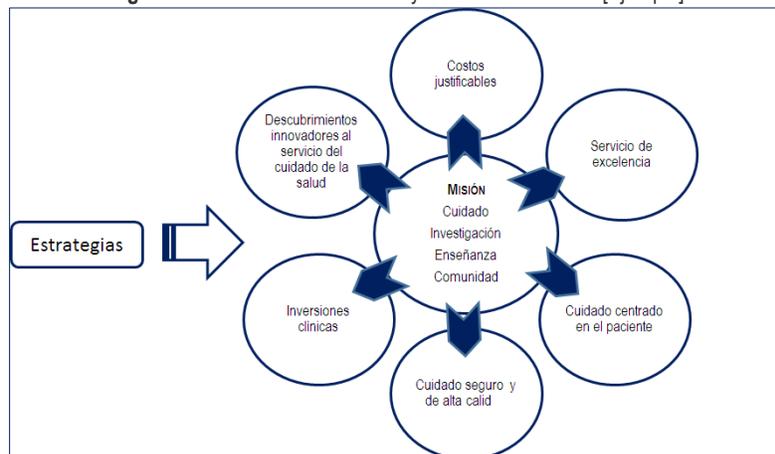


Fuente. Rosas, L.A. (2014)²³.

■ **Visión**

Enunciado declaratorio, claro y conciso, que recoge la imagen deseada de la organización a futuro, es decir, tras su transformación (Rodríguez, 2012). En términos académicos, se define como el deseo de uno o varios actores sociales quienes tras definir una situación objetiva dirigen sus esfuerzos en un sentido deseado por todos, es decir, hacia una percepción de futuro realista, creíble y atractiva para la organización (Arredondo, 2008). [v. figura 5].

Figura 5. Relación entre la misión y la visión de una OH [Ejemplo].



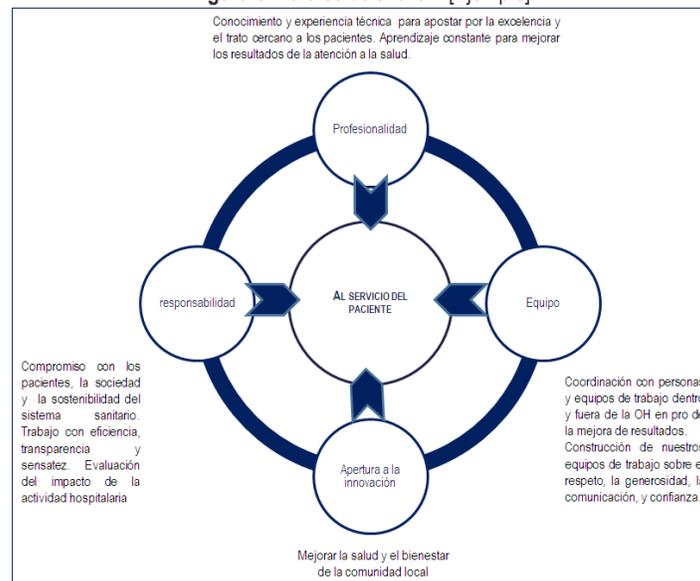
Fuente. Rosas, L.A. (2014)²⁴.

²³ Figura construida a partir de la misión del Hospital Infantil de Boston. Información disponible en: <http://espanol.childrenshospital.org/oportunidades-de-trabajo/vision-mision-y-valores/>. Recuperada el 27/04/14.

■ **Valores**

Código ético —formal o tácito— conformado por el conjunto de principios, reglas y aspectos culturales que rigen la organización determinando su comportamiento institucional y permiten prever su respuesta ante situaciones emergentes que requieren ser resueltas de modo inmediato, gobiernan su comportamiento e impactan en los procesos de toma de decisiones (Rodríguez, 2012). [v. figura 6].

Figura 6. Valores de una OH [Ejemplo].



Fuente. Rosas, L.A. (2014)²⁵.

Fase 2. Formulación estratégica

■ **Etapa 1. Análisis externo**²⁶

Determina el alcance y los límites del sistema económico, político, social y cultural en el que se ubica la OH, obligada a conocer y reflexionar sobre las tendencias y cambios que ocurren en su entorno para decidir sobre cuáles puede actuar modificándolas a través de su acción social y cuáles escapan de su control. Conformado por cuatro dimensiones denominadas genéricamente *sector de negocio*, el análisis externo provee información de

²⁴ Figura construida a partir de la visión del Hospital Infantil de Boston. Información disponible en: <http://espanol.childrenshospital.org/opportunidades-de-trabajo/vision-mision-y-valores/>. Recuperada el 27/04/14.

²⁵ Figura construida a partir de los valores del Hospital Infantil de Boston. Información disponible en: <http://espanol.childrenshospital.org/opportunidades-de-trabajo/vision-mision-y-valores/>. Recuperada el 27/04/14.

²⁶ Conocido como análisis del entorno o análisis ambiental.

todos aquellos factores foráneos que pueden impactar en la OH aunque no puedan transformarla.

1. Usuarios. —pacientes— que la organización debe identificar y segmentar — criterios geográficos, socioeconómicos, etc. — para definir sus necesidades y el nivel de satisfacción esperado.
2. Competidores. que la organización debe identificar y analizar para entender sus características diferenciales respecto a aquellas que le son propias.
3. Proveedores. Que la organización debe caracterizar dado su alto nivel de influencia en la calidad y el coste de los servicios que prestan y/o de los bienes que proveen.
4. Dueños. Persona, empresa o administración —pública o privada— que ostenta la titularidad patrimonial de la organización hospitalaria y cuyas expectativas en términos de tiempos y objetivos debe satisfacer la organización.

Porter (2008) incide en cinco aspectos adicionales: a) la rivalidad existente entre los competidores en el sector; b) la existencia, importancia y naturaleza de barreras de entrada al sector; c) la amenaza de servicios o productos sustitutos; d) el poder de negociación que tienen los proveedores, y e) el poder de negociación que tienen los clientes.

■ **Etapas 2. Análisis interno**

Provee información relevante respecto al funcionamiento interno de la organización hospitalaria, a partir de cuatro focos específicos:

1. Recursos disponibles —humanos, económicos presupuestarios, estructurales (planta física, instalaciones y equipamiento) y organizativos—.
2. Marco jurídico de referencia que orienta y/o limita el desempeño de la organización.
3. Poderes involucrados en la estructura y funcionamiento de la organización — sindicatos, asociaciones profesionales, órganos de decisión interna, comisiones clínicas, grupos de poder informal, etc. —.

4. Análisis de la actividad asistencial, docente e investigadora, desde una perspectiva temporal lo suficientemente amplia que permita detectar tendencias capaces de impactar en la toma de decisiones estratégicas, por lo que es preciso considerar: a) abordar el análisis desde las perspectivas de cantidad, calidad y coste de producción; b) sintetizar los datos relevantes para la adopción de decisiones de carácter estratégico y, c) validar periódicamente la cartera de servicios diferenciales ofertada al usuario, dado que en ella se concentra el mayor ejercicio de asignación de recursos (Rodríguez, 2012).

■ **Etapas 3. Matriz FODA**

La PEH continúa con el establecimiento del diagnóstico de la organización a través de una matriz FODA, herramienta simple de análisis estratégico, que permite valorar la posición competitiva de la organización dentro del sector, a partir del cruce de variables internas y externas, con el fin de proporcionar la información básica para la definición de objetivos, estrategias y metas, enfocadas a definir estrategias futuras articuladas desde una doble perspectiva: a) punto de vista interno y, b) punto de vista externo (Vega, 2011).

El análisis interno de la organización, centrado en las debilidades —situaciones que limitan o impiden el cumplimiento de la misión— y fortalezas —situación que facilita o contribuye al cumplimiento de la misión—, establece cinco categorías de trabajo: a) capacidad gerencial organizativa; b) capacidad competitiva y de mercado; c) capacidad financiera; d) capacidad tecnológica y, e) capacidad de talento humano [v. tabla 6].

Tabla 6. Categorías y ejemplos de variables del análisis interno²⁷.

Capacidad gerencial organizativa	Uso de planes estratégicos	Capacidad competitiva y de mercado	Evaluación del servicio
	Asignación de recursos para objetivos		Segmentación de clientes
	Estructura organizativa apropiada		Planes de promoción y publicidad
	Descentralización y delegación		Presupuesto y cumplimiento
	Clima y cultura organizativa estimulantes		Uso de investigaciones de mercado
Capacidad financiera	Sistema de información contable	Capacidad tecnológica	Actualidad tecnológica frente al sector
	Sistema de análisis financiero		Flexibilidad ante el cambio tecnológico
	Sistema de controles internos y auditoría		Acceso a nuevas tecnologías
	Sistema de compras e inventarios		Proveedores de la empresa
	Administración del presupuesto		Uso de indicadores de productividad

<p>Capacidad del talento humano</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel académico Rotación Ausentismo Pertenencia Motivación
--

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Arredondo (2008).

Una vez establecidas las variables correspondientes a cada categoría se califican de acuerdo a los criterios establecidos por la organización.

Tabla 7. Criterios de calificación del análisis interno

Debilidades	Debilidad importante = 1	Fortalezas	Fortaleza menor = 3
	Sin acciones de mejora		Con acciones concretas de mejora
	Debilidad menor = 2		Fortaleza importante = 4
	Con acciones puntuales de mejora		Totalmente desarrollada

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Malagón-Londoño (1998).

Posteriormente, la calificación se ordena en un instrumento de evaluación del factor interno definido por la organización.

Tabla 8. Ejemplo de instrumento de evaluación de análisis interno.

Categoría A	Variable B	Calificación C	Ponderación D	Resultado ponderado E
Capacidad gerencial y organizativa	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Capacidad competitiva y de mercado	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Malagón-Londoño (1998).

²⁷ Únicamente se utiliza una serie limitada de variables a modo de ejemplo. Cada organización hospitalaria debe establecer las variables más adecuadas a su estructura funcional.

Nota: A: Categoría. B: Variables asignadas a cada categoría. C: Calificación, de 1 a 4, por variable. D: Ponderación a cada variable de 0,0 —sin importancia— a 1,0 —muy importante. E: Multiplicación de la calificación —C— de cada variable por su ponderación —D—, para establecer el resultado ponderado de cada variable.

La suma de los resultados ponderados de cada variable permite establecer el resultado total ponderado para categoría específica y calcula el promedio total de los resultados ponderados para conocer el resultado total ponderado del factor interno en la organización. Si el resultado total ponderado es superior a 2.5²⁸ la organización muestra un fuerte posicionamiento interno; si es inferior a 2.5, la organización muestra debilidades internas (Malagón-Londoño, 1998). Cabe señalar que en las organizaciones hospitalarias las categorías deben trabajarse por unidades funcionales identificadas para cada área funcional de acuerdo a la estructura orgánica de la organización. En cuanto al análisis externo, ambiental o del entorno, parte de la definición de entorno considerado como el conjunto de factores, procesos y agentes que de forma positiva o negativa inciden o pueden incidir, en un futuro cercano, en el cumplimiento de la misión y la visión organizacionales (Arredondo, 2008). Se utilizan, para facilitar este análisis, dos grupos de variables: amenazas —factor, proceso o agente de trabajo que no favorece ni contribuye al cumplimiento de la misión y visión organizacionales— y oportunidades —tendencias económicas, sociales, políticas que podrían beneficiar a la organización en el futuro—, estableciéndose —al igual que en el análisis interno las correspondientes categorías y variables.

Tabla 9. Categorías y ejemplos de variables del análisis externo²⁹.

Económicas	Inversión	Político-legales	Constitución política
	Devaluación		Normas impositivas
	PIB		Descentralización
	Inversión política		Reforma del sistema de seguridad social
	Tasa de desempleo		Estabilidad política
Socio-culturales	Nivel de educación	Tecnológicos	Nivel de tecnología
	Nivel de exigencia de los usuarios		Flexibilidad de los procesos
	Responsabilidad civil médica		Automatización
	Responsabilidad ambiental		Auge de la medicina ambulatoria
Demográficos y estado de salud	Cambio en los hábitos de vida	Competencia	Nuevos riesgos del uso de la tecnología
	Esperanza de vida		Vulnerabilidad de la competencia
	Tasa bruta de mortalidad		Vulnerabilidad de las estrategias
	Tasa bruta de mortalidad infantil		Relación servicios organización/competidores
	Tasa bruta de natalidad		Nuevas organizaciones
Tendencia de morbilidad	Posición de la competencia en el mercado		

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Arredondo (2008).

²⁸ Considerando 2.5 el promedio de la suma de 1+2+3+4 partido entre 10.

²⁹ Únicamente se utiliza una serie limitada de variables a modo de ejemplo. Cada organización hospitalaria debe establecer las variables más adecuadas a su estructura funcional.

Tabla 10. Criterios de calificación del análisis externo

Amenazas	Amenaza importante = 1	Oportunidades	Oportunidad menor = 3
	Amenaza menor = 2		Oportunidad importante = 4

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Malagón-Londoño (1998).

Tabla 11. Ejemplo de instrumento de evaluación de análisis externo.

Categoría A	Variable B	Calificación C	Ponderación D	Resultado ponderado E
Económicas	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Político-legales	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Malagón-Londoño (1998).

Nota: A: Categoría. B: Variables asignadas a cada categoría. C: Calificación, de 1 a 4, por variable. D: Ponderación a cada variable de 0,0 —sin importancia— a 1,0 —muy importante. E: Multiplicación de la calificación —C— de cada variable por su ponderación —D—, para establecer el resultado ponderado de cada variable.

El proceso de evaluación e interpretación del análisis interno es el mismo que el expuesto, previamente, para el análisis interno. Una vez complementado el análisis interno y externo de la OH, el equipo de planeación estratégica se encontrará listo para construir la matriz FODA.

Tabla 12. Construcción de matriz FODA

	Fortalezas	Debilidades
Dejar en blanco	1	1
	2	2
	Lista de fortalezas	Lista de debilidades
	4	4
	5	5
Oportunidades	Estrategias FO	Estrategias DO
1	1	1
2	2	2
Lista de oportunidades	Uso de fortalezas para aprovechar oportunidades	Vencer debilidades aprovechando oportunidades
4		
5	5	5
Amenazas	Estrategias FA	Estrategias DA
1	1	1
2	2	2
Lista de amenazas	Uso de fortalezas para evitar amenazas	Reducir debilidades Evitar amenazas
4		
5	5	5

Fuente. David (1993). [Formato modificado].

Ya con la matriz FODA construida de modo claro y prolijo, el equipo de planeación estratégica podrá iniciar el plan estratégico para la organización.

Tabla 13. Resumen de análisis interno-externo.

Resumen análisis interno-externo	
Oportunidades	Amenazas
O1	A1
O2	A2
O3	A3
O4	A4
O5	A5
Fortalezas	Debilidades
F1	D1
F2	D2
F3	D3
F4	D4
F5	D5

Fuente. David (1993). [Formato modificado]

Tabla 14. Hoja de trabajo FODA: Explicación de las relaciones.

Hoja de trabajo FODA	
Relaciones fortaleza-oportunidad Explicación de la relación [Códigos FO]	Relaciones fortaleza-amenaza Explicación de la relación [Códigos FA]
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
Relaciones debilidad-oportunidad Explicación de la relación [Códigos DO]	Relaciones debilidad-amenaza Explicación de la relación [Códigos DA]
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Fuente. David (1993). [Formato modificado].

Herramienta insustituible en la PEH, la matriz FODA es, igualmente, un instrumento indispensable para la definición de estrategias adecuadas y bien fundamentadas en el desarrollo de sistemas de auditoría y de garantía de la calidad en salud. En ella, las variables de contexto, demanda e impacto son de carácter externo, mientras que las de oferta, procesos y resultado se definen como de carácter interno. La premisa implícita en este tipo de instrumentos matriciales implica que todo plan estratégico —incluidos los de las OH— debe de considerar, como elemento prioritario, la interrelación entre el entorno externo de la organización y sus capacidades internas, a

través de los cuatro tipos de relaciones matriciales establecidas entre variables externas e internas —relaciones debilidades-oportunidades, fortalezas-amenazas, debilidades-amenazas y fortalezas-oportunidades. En este sentido, la construcción del diagnóstico del hospital a través del instrumento matricial permitirá al equipo de planeación obtener una visión clara de la organización hospitalaria y, en su caso, redefinir los diferentes elementos del plan estratégico: principios corporativos, misión, visión, estrategias, objetivos y metas.

■ **Etapa 4. Propuesta de alternativas estratégicas**

Consiste en reunir formalmente en un solo documento todas las alternativas de actuación estratégica sugeridas, sin perjuicio de su factibilidad o pertinencia; clasificarlas y agruparlas en ámbitos de actuación —a los que se identificará y se nominará según la orientación de citadas propuestas— y, seleccionar aquellas de mayor factibilidad y/o alcance para descartar el resto, lo que permitirá acotar los diversos ámbitos de actuación.

El equipo directivo del PE concluye esta etapa con un abanico de no más de 20 áreas de actuación, que constituye la propuesta de alternativas estratégicas, sobre la que finalmente deberá decidirse qué subconjunto de ellas integrará definitivamente la formulación estratégica final (Rodríguez, 2012).

■ **Etapa 5. Líneas y objetivos estratégicos**

El equipo de planeación selecciona aquellas áreas en las que se va a concentrar la actuación estratégica de la organización hospitalaria en el plazo previsto, de acuerdo al cumplimiento de tres condiciones preestablecidas: a) número reducido —no superior a 10—para asegurar la dirección efectiva de los esfuerzos organizacionales; b) permanencia activa durante toda la vigencia del PE y, c) denominación genérica, de manera que traduzca solamente un área de actuación y no oriente hacia una acción determinada. Una vez identificadas y nominadas, se asigna a cada área de actuación hasta un máximo de cinco objetivos estratégicos, es decir, las grandes acciones que se pretenden acometer en ellas. El conjunto de áreas de actuación y objetivos estratégicos de una organización constituye lo que, comúnmente, se denomina formulación estratégica, cuya redacción no debería ocupar más de dos páginas además de revelar claramente la estrategia de la organización. El equipo de planeación sabrá que la formulación estratégica del proceso de PEH cuando pueda responder afirmativamente a una serie de cuestionamientos: a) ¿La formulación ofrece una propuesta estratégica que

conduzca a la OH a una posición realmente distinta de la actual y de la de sus competidores?; b) ¿Ofrece valor de una manera diferente?; c) ¿Las decisiones tomadas implican que la OH transforma su modo de actuación y/o anula algunas acciones? ¿Ello modifica su forma de operar? ¿Las elecciones estratégicas seleccionadas cuentan con vocación de larga permanencia?

Fase 3. Planificación operativa

A cada objetivo estratégico se le asignarán uno o varios objetivos operativos, claros y específicos, a través de los cuales se identificará con la debida claridad qué es exactamente lo que se pretende. Los objetivos operativos deben de redactarse de acuerdo a ciertos criterios: a) duración determinada y reconocible inferior a un año, con metas intermedias que escalonen en el tiempo su nivel de consecución; b) cuantificación explícita con el propósito de facilitar el seguimiento del grado de cumplimentación a través de indicadores de medida; c) Grado de alcance real, pues si el objetivo resulta inalcanzable al inicio del PEH, la organización se desmotivará; d) costo de ejecución asignado, de manera que la suma de los costos de todos los objetivos operativos coincida con la suma total del PE; disponibilidad de la financiación y el resto de los recursos necesarios para su consecución —tiempo, personal, materiales—. Adicionalmente, el objetivo tendrá un responsable asignado con capacidad para modificar el desempeño de la unidad o subunidad hospitalaria y, por último, debe de representar un reto que tensione a la OH. Una vez formulada la totalidad de los objetivos operativos se integrará su ejecución en un cronograma de actuaciones con el propósito de obtener una perspectiva panorámica que facilite la conexión, sincronización y sucesión de tareas.

Fase 4. Evaluación de resultados

La formulación de una estrategia implica necesariamente afrontar cierto grado de incertidumbre derivado de: a) la posibilidad de que el PE no sea el más adecuado; b) la existencia de factores infravalorados; c) la posibilidad de cometer errores de ejecución; d) la posibilidad de que el impacto previsto de las acciones elegidas sea inferior o diferente al inicialmente previsto y, e) la posibilidad de que se produzcan cambios en el entorno, o en la propia OH, durante la ejecución del PE que invaliden o modifiquen los

análisis realizados inicialmente. Para minimizar los citados riesgos, el equipo directivo de planificación, deberá ejercer un seguimiento constante al grado de cumplimiento de los objetivos, esto es: a) obtener información interna a partir de un sistema de cuadros de mando que integre los indicadores definidos en los objetivos operativos; b) obtener información externa, que detecte cambios en el entorno que signifiquen una modificación sustancial de los datos considerados para establecer las prioridades estratégicas; c) controlar el flujo de información obtenida para evitar que un exceso de la misma , agrupando los indicadores en conjuntos lógicos y coherentes y, d) diseñar un árbol de distribución de información apropiado para que cada centro directivo de la OH y cada responsable de los objetivos operativos disponga de la información necesaria y suficiente. La evaluación de resultados del PE debe llevarse a cabo de modo colegiado trimestralmente entre el equipo directivo de planeación y todos y cada uno de los grupos de trabajo, con el fin de sugerir las modificaciones pertinentes y discutir o no su aplicación en los objetivos operativos originales.

Fase 5. Reformulación estratégica

La última parte de la PEH consiste en la modificación, si se considerase necesario, de modificar los planteamientos estratégicos tras asegurarse de que dicha modificación es en verdad necesaria para el correcto desarrollo de la PEH y documentar ampliamente las razones del cambio. Cambio que sólo debe ocurrir en el objetivo estratégico tras un periodo de observación de las desviaciones en el mismo no inferior a un año o, bien, por cambios relevantes e imprevisibles en el momento de ejecución del PE, en el entorno de la OH. Igualmente, pueden producirse disfunciones sistemáticas en uno o varios objetivos estratégicos en las líneas de trabajo de un área de actuación, lo que indicaría que dichas líneas son erróneas o se han desvirtuado por cambios en el entorno.

Capítulo 3
Historiografía hospitalaria

Los conocimientos paleopatológicos³⁰ y paleomédicos³¹ de la enfermedad y las correspondientes acciones médicas para su tratamiento permiten deducir tanto la existencia de la enfermedad desde el inicio de la vida en la tierra como la existencia continuada de las principales formas de enfermedad a lo largo de la historia de la humanidad³². Igualmente, se ha podido seguir la huella de ciertos procedimientos médicos empleados durante largos periodos de la historia, cuyas características fluctúan entre lo terapéutico y lo mágico dada la consideración de la enfermedad por las culturas prehistóricas como un fenómeno sobrenatural punitivo debido a las malas acciones del enfermo. Dado el valor moral de la enfermedad en la época, su diagnóstico y tratamiento contenían elementos igualmente morales, íntimamente ligados a concepciones mágico-religiosas —ceremonias, plegarias, fórmulas de hechicería y encantamiento, uso de objetos rituales etc. — aunque no exentos de elementos empíricos como el uso de la herbolaria³³ (EM-PUCCH, 2010). Entre el ritualismo médico primitivo y la medicina contemporánea de tecnología avanzada se ubican una larga y compleja serie de tradiciones curativas, algunas de las cuales mantienen todavía altos niveles de vigencia como parte de un abordaje amplio del diagnóstico y tratamiento de padecimientos diversos.

Proveniente de las religiones animistas, el chamanismo se define como la primera forma de curación conocida practicada de manera regular y ejercida a través de espíritus que habitaban en objetos de la naturaleza. Consecuencia natural del chamanismo fue la aparición de la medicina tradicional³⁴ que, a menudo, recurre a tratamientos físicos y prácticos además de a la herbolaria sin dejar completamente de lado las tradiciones religiosas. Algunas formas de medicina tradicional —la acupuntura, por ejemplo— se han

³⁰ Paleopatología. estudio de signos y rastros de enfermedad dejados en fósiles, momias y objetos arqueológicos.

³¹ Paleomedicina. estudios de las huellas de una acción médica encontradas en fósiles, momias y objetos arqueológicos.

³² La existencia de formas de enfermedad no refiere a la existencia de enfermedades particulares, es decir, los hallazgos de bacterias petrificadas en formaciones geológicas de 500 millones de años atrás, similares a las cocáceas actuales, indican la existencia de enfermedades bacterianas aunque dichas enfermedades no sean las mismas que nos afectan actualmente. Así, se han encontrado huellas de: lesiones óseas, arterioesclerosis, neumonía, pleuritis, cálculos renales y lesiones cutáneas, entre otras

³³ La herbolaria es considerada como el primer antecedente de la farmacopea.

³⁴ Entre otras escuelas de medicina tradicional destacan la medicina ayurvédica de la India y la medicina china.

vuelto una alternativa confiable a la medicina alópata, producto de la tradición occidental, y enfocada en el conocimiento adquirido y comprobado de manera empírica.

Aunque es sencillo rastrear la historia de la medicina debe de considerarse que el conocimiento, los avances y las repercusiones de las enfermedades y el cuidado de la salud han evolucionado lentamente debido a que la praxis médica carecía de la organización necesaria y de una perspectiva científica global hasta la llegada de los hospitales.

3.1. BREVE HISTORIOGRAFÍA DE LOS HOSPITALES

El hospital³⁵ es una institución compleja, con una plantilla médica y de enfermería organizada e instalaciones permanentes, que ofrece gran variedad de servicios médicos para quienes requieran un tratamiento u observación intensivos. También incluye instalaciones para urgencias, neonatales y lactantes, consultas ambulatorias y áreas para curas y atenciones que no requieran hospitalización permanente del paciente. No es sencillo, dada la complejidad y abundantes referencias sobre el tema, elaborar una historiografía básica del origen y evolución de los establecimientos hospitalarios a lo largo de la historia aun cuando sea relativamente fácil acceder a múltiples y valiosas fuentes de referencia en torno al tema³⁶. Sin embargo, la síntesis historiográfica es un factor fundamental para comprender tanto el papel que en la sociedad moderna juega el hospital dentro de las instituciones de salud, como las razones por las que ido incrementando instalaciones y servicios de enorme complejidad a su primitiva función de recibir peregrinos y moribundos (Turnes, 2009).

3.1.1. Antecedentes

Buena parte de la literatura remonta el origen de las organizaciones hospitalarias a las culturas clásicas anteriores al cristianismo; otros autores, por el contrario, consideran que

³⁵ Del latín *hospes*, —huésped o visita, pero también hospedador—; que deriva a *hospitalia* —casa para visitas foráneas—; que deriva a *hospital* —lugar de auxilio a los ancianos y enfermos—.

³⁶ Entre otras fuentes conocidas, pueden destacarse: **MacEachern**, M.T. (1962). *Hospital Organization and Management, Physicians*. Berwyn, Illinois: Record Company, Disponible en: http://books.google.com.mx/books/about/Hospital_Organization_and_Management.html?id=qmwaAAAAMAAJ&redir_esc=y; **Garrison**, F. (1966). *Historia de la Medicina*, México, D.F.: Editorial Interamericana, Disponible en: https://archive.org/stream/.../introduccionlahis02garr_djvu.txt-; **Lain Entralgo**, P. (1978) *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat. Disponible en: <http://docuteka.net/historia-universal-de-la-medicina-lain-entralgo-pdf>

dichas instituciones pueden considerarse únicamente antecedentes más o menos remotos de los hospitales propiamente dichos (Conde, 2006). En este contexto, las primeras referencias de organizaciones hospitalarias datan del año 4000 a.c., cuando los templos, además de como casas de oración, fungían como espacios de refugio para enfermos y escuelas de medicina (Fajardo, 2003). Entre las civilizaciones orientales, se ha documentado fehacientemente la construcción de 218 instituciones con características similares a las del hospital moderno por el rey Asoka (India, 273-232 a.C.) dirigidas por médicos adeptos a los procedimientos quirúrgicos, la higiene y el respeto a la confidencialidad del paciente (Turnes, 2009; Fajardo, 2003; Garrison, 1966). En los templos egipcios —que fungían como hospitales— era común el uso de sustancia psicotrópicas y limitado el de la cirugía pese al avanzado conocimiento de la medicina egipcia de la anatomía humana gracias a los procedimientos de momificación (Turnes, 2009; Conde, 2006; Fajardo, 2003). La cultura griega cuenta con una amplia historia relativa a las organizaciones hospitalarias, desde los *iatreion* —clínicas privadas con salas de exploración— hasta la construcción en Cos (400 a.C.) del primer *asklepieion*³⁷, especializado en curaciones de sueño terapéutico por medio de la intervención del dios-médico Esculapio (*incubatio*) en salas amuebladas con camas (*klinai*). Centrada en los baños, el ejercicio, el aire libre y la dieta más que en tratamientos de pócimas y medicina, es la primera civilización en ocuparse de los registros médicos³⁸ (Conde, 2006). Sin embargo, el hito más importante de la historia hospitalaria griega, radica en la figura de Hipócrates, quien inició el método de estudio a la cabecera del enfermo situando a la praxis médica en una nueva era de racionalismo.

Todo lo que un hombre de genio podría hacer por la medicina interna, sin ningún otro instrumento de precisión que su propia mente abierta y sus despiertos sentidos, él lo obtuvo, y con estas reservas, sus mejores descripciones de la enfermedad son modelos de su clase aún en la actualidad. A él la medicina le debe el arte de la inspección y de la observación clínica, y es él, por encima de todos, el ejemplar de esa actitud espiritual, flexible, crítica, bien equilibrada, siempre en busca del error y que es la esencia misma del espíritu científico. Hipócrates enseñó a los médicos de Cos, que en relación con la enfermedad interna (...) la base de todo conocimiento real radica en la (...) insistencia razonada para investigar, (...) repasar los síntomas una y otra vez, hasta que comiencen a sobresalir con su valor real en el cuadro clínico, por sí mismos (Garrison, 1966).

³⁷ Los *asklepieion* contaban con bibliotecas y habitaciones para visitantes, asistentes, sacerdotes, y médicos

³⁸ Documentados en las columnas del *asklepieion* de Epidauro, bajo las cuales estaban inscritos los nombres de los pacientes, con breves historias de sus casos y comentarios respecto a su curación.

Los *asklepieion* se expandieron a lo largo de Europa a través de los territorios Imperio Romano, donde, carentes de todo prestigio, pasaron a denominarse *tabernae medicae*, sin ser capaces de opacar a los tradicionales *valetudinaria*³⁹, hospitales de los campamentos militares romanos que, en las fronteras del Imperio, asistían a los soldados heridos o enfermos gracias a un amplio y bien formado personal que incluía médicos, farmacéuticos, escribas e inspectores. A ellos se unían los hospitales de esclavos, sostenidos por los grandes terratenientes para mantener en buen estado de salud a los esclavos que servían de mano de obra y que eran atendidos por médicos también esclavos (Turnes, 2009).

Ninguna de las organizaciones hospitalarias citadas, a excepción de los *valetudinaria*, formaba parte de la ordenación social de las ciudades ni se regía por el espíritu de la compasión, la filantropía y la vocación de servicio al enfermo que caracterizarán, posteriormente, a las organizaciones hospitalarias cristianas (Conde, 2006) en su asistencia a pobres, enfermos, huérfanos, mujeres desamparadas, niños abandonados, ancianos y peregrinos (Fajardo, 2003), convirtiendo el impulso humanitario y el desarrollo de la ciencia comenzará en el factor dominante del desarrollo hospitalario (Conde, 2006). Pese a ello, no es posible afirmar que el concepto contemporáneo de las organizaciones hospitalarias derive directamente del Cristianismo, lo cierto es que la incidencia en los valores del amor y la compasión que caracterizan a la doctrina de Cristo impulsaron el nacimiento y desarrollo de todo tipo de asistencia pública, incluida la hospitalaria⁴⁰, especialmente a partir del años 335, cuando Constantino clausura el culto a Esculapio e impulsa la fundación de hospederías (San Juan, 2009). En el año 369, Justiniano erige el gran hospital de San Basilio, en Cesárea, la primera verdadera comunidad para enfermos, ancianos y huérfanos. Un año después, en 370, se construye el Hospital Cristiano de Constantinopla y, entre 370 y 379, Basilio el Grande, decreta la generalización de un sistema socio-sanitario completo —prevención, asistencia, tratamiento y servicio social— de asistencia al enfermo; funda el Hospital de Capadocia⁴¹ en Roma, que serviría de ejemplo a muchos otros que comenzarían a surgir en Asia

³⁹ *Valetudinarius-valetudinaria* (lat.), derivado de *valetudo*: estado de salud buena o mala.

⁴⁰ San Job y San Lázaro lucharon en contra de la lepra. Santa Águeda (230?-251) atendía padecimientos mamarios y San Valentín (año 273), padecimientos contra la epilepsia; La población hacia la iglesia, buscando protección (Garrison, 1966). En Bizancio (287) San Cosme y Damián, religiosos y médicos, curaban con el auxilio de la fe (Barnes, 1973).

⁴¹ El hospital contaba con habitaciones para médicos, enfermeras, obreros y una escuela industrial.

Menor⁴², dirigidos por eclesiásticos, asistidos —o no— por médicos y, con mayor frecuencia por *parabolani* —enfermeros— (Nogales, 2003). A medida que avanza la desintegración del Imperio e inicia el sistema feudal, la apertura de nuevas vías de comunicación con el correspondiente incremento del tránsito poblacional, lleva a Rómulo Augusto a firmar el edicto de creación de las xenodoquias⁴³, lugares de hospedaje y descanso para viajeros que, con el tiempo, expandirán sus funciones al cuidado de los enfermos (Palacios, 2010) en espacios anexos o cercanos a las iglesias. Así, alrededor del año 500, la mayor parte de las grandes ciudades del Imperio contaban con organizaciones hospitalarias o pseudohospitalarias de ascendencia religiosa que ofrecían tratamientos terapéuticos de carácter más místico y teúrgico que científico; fuera de los centros neurálgicos del territorio, sin embargo, las instituciones hospitalarias eran sustituidas por albergues o posadas que, ocasionalmente y de modo provisional, cobijaban a los enfermos⁴⁴. (Mendoza, 2003). Será necesario esperar al año 1136 para que Basilio Juan II Comneno, funde el Pantocrátor⁴⁵, peculiar tríada de instituciones — una iglesia, un monasterio y un hospital— que servirá de modelo a numerosos hospitales europeos (Turnes, 2009).

La conquista árabe de los territorios bizantinos impulso el crecimiento y desarrollo de los hospitales islámicos —*bimaristán* (casa del enfermo) —, el primero de los cuales data, aproximadamente del 707, en la ciudad de Damasco, bajo la influencia de los cristianos sirios y sus instituciones benéficas. Dado que el Corán encomienda explícitamente a los médicos el cuidado de los enfermos, también en el año 707, el califa Al-Wadi, funda el hospital en Bagdad; ochenta años más tarde, en 786, Harun-al-Rashid, otorga un nuevo hospital a la ciudad al tiempo que emite un decreto según el cual a toda nueva mezquita debía anexársele un centro hospitalario. Ya en el siglo XI, las

⁴² Entre ellos, los de Sebaste (Ponto), Edesa, y Antioquía, en Asia Menor, todos anteriores al año 398; o el donado por Fabiola (390-400) a la ciudad de Roma.

⁴³ (gr.) *Xenos* (foráneo) y *dochion* (recibimiento). Destacan por su amplitud la anexa a la Basílica de María (Jerusalén, 570) y la del Patriarca Juan (Alejandría, anterior al año 620).

⁴⁴ Casos excepcionales fueron el Hôtel de Dieu (Lyon, Francia, 452) y su homónimo de París (660) que aún continúa en funcionamiento.

⁴⁵ El Pantocrátor contaba con cincuenta camas repartidas en cinco departamentos: a) enfermedades quirúrgicas, 10 camas; enfermedades agudas, 8 camas; c) enfermos masculinos, 10 camas; d) enfermos femeninos, 10 camas; enfermedades ginecológicas, 12 camas. Cada departamento contaba con dos médicos, cinco cirujanos y dos enfermeros o sirvientes, todos bajo las órdenes de dos médicos jefes. Así mismo, el hospital tenía un departamento ambulatorio de admisión, farmacia, baños propios, molino y panadería.

instalaciones hospitalarias del Islam despertaban la admiración de viajeros y peregrinos a La Meca por su buena disposición, administración y cuidado asistencial⁴⁶. Alrededor de 1120, Mustawfi Aziz al-Din, construyó, también en Bagdad, un hospicio con escuelas especiales y vigilancia médica con el fin de promover la docencia clínica, las demostraciones con enfermos y la asistencia práctica a las operaciones (Turnes, 2009).

Mientras tanto, en Europa, el inicio de las Cruzadas (1096) impulsó la fundación de hospitales militares a lo largo de las rutas hacia Tierra Santa; así, en 1099, los Hospitalarios de San Juan establecieron en Jerusalén un hospital con capacidad para atender a 2,000 pacientes, atendido por los caballeros de la orden⁴⁷ (San Juan, 2009). Hacia fines del siglo XII y principios del XIII, los refugios para enfermos se extienden por toda Europa y la fundación de instituciones hospitalarias sufre un nuevo repunte⁴⁸ y, en general, puede describirse en el continente una clara tipología hospitalaria: a) hospitales civiles; b) hospitales episcopales; c) hospitales ciudadanos; d) hospitales reales y de la nobleza; e) hospitales para peregrinos; f) hospitales para leprosos y, g) hospitales para locos (Conde, 2006). Instituciones cuyo trabajo Miller (1986) describe con prolijidad:

Los estudiosos modernos no se han sentido inclinados a investigar sobre los hospitales medievales por pensar que éstos eran asilos muy mal equipados que ofrecían al enfermo una asistencia médica mínima. Pensaban que tales instituciones nada tenían en común con los hospitales de hoy. Este punto de vista tiene su origen en el escepticismo de la Ilustración hacia las instituciones religiosas. Los intelectuales del siglo XVIII contrastaban la eficacia de la ciencia en la cura de las enfermedades humanas con la inutilidad de la caridad cristiana que, a lo sumo, sólo proporcionaba alivio pero no verdaderos remedios. Sin embargo, los hospitales de la Italia del Renacimiento, igual que los de la Constantinopla medieval y los de Bagdad, demostraron que las instituciones filantrópicas no estaban necesariamente aisladas de la medicina científica. De hecho, el servicio hospitalario en Italia llegó a formar una parte vital de la preparación médica, primero en Florencia y luego en la Universidad de

⁴⁶ Los hospitales islámicos contaban con: a) dirección y administración independientes de la dirección médica; b) personal especializado para las secciones de hombres y mujeres; c) visitas de los médicos jefes acompañados por sus médicos subordinados; d) estudiantes de medicina trabajando como auxiliares; e) departamentos con salas para las distintas especialidades —enfermedades internas, cirugía, oftalmología, ortopedia, procesos febriles, alteraciones del metabolismo, ictericia—; e) horarios para pacientes ambulantes y, f) asilos especiales para los enfermos mentales. Las recetas eran prescritas por el médico y las indicaciones iban directamente a la farmacia del hospital. Hasta 3000 drogas distintas tenían que ser examinadas por un *muhtasib* o inspector de mercados y costumbres. Junto a los hospitales estaban las perfumerías y los almacenes de los boticarios. Existía un especial control de la policía sanitaria, para evitar el uso de productos sucedáneos. Igualmente, se crearon hospitales ambulantes para el ejército, el transporte de prisioneros, las regiones campesinas y las zonas con grandes catástrofes —epidemias, por ejemplo—.

⁴⁷ A ellos se debe también la fundación de los hospitales de York (1084) y Berlín (1070).

⁴⁸ Inocencio III (1204) funda el Hospital Santo Spirito in Sassia, considerado un modelo en su género. Poco tiempo después, se habían fundado en Roma nueve hospitales más y, 155 ciudades alemanas, contaban con algún tipo de organización hospitalaria.

Padua. En hospitales como Santa María Nuova, el mandamiento cristiano de ayudar a los necesitados se combinaba con un sentido de orgullo cívico y un concepto de la ética profesional por parte de los médicos, para crear instituciones que fueran a la vez verdaderamente filantrópicas y eficientes en el arte de curar a los enfermos (Miller, 1986)

3.1.2 La era moderna

A partir del siglo XIV, las organizaciones hospitalarias experimentan en Italia un inusitado florecimiento que inicia con la fundación en Florencia del Hospital de Santa María Nuova (1288) y continúa con el Hospital de Siena; éste último, a diferencia del Hotel-Dieu de París, contaba entre su personal un médico, un cirujano y un farmacéutico. Pero lo que realmente dio prestigio a los hospitales italianos fue la instrucción clínica formal impartida en el Hospital de San Francisco, en Padua (Conde, 2006). Ya en pleno Renacimiento, Isabel La Católica, durante el sitio de Málaga (1487), introdujo los hospitales de campo — ambulancias— para, en 1552, tras el sitio de Metz, firmar con Francia un tratado para que los heridos en batalla recibieran asistencia sin importar el bando al que pertenecieran, constituyendo estos dos eventos el primer antecedente de la Cruz Roja. (Turnes, 2009).

El pensamiento mercantilista del Renacimiento considera a los pobres como mano de obra desempleada y gravosa con tendencia a la delincuencia, por lo que comienzan a emitirse leyes contra la mendicidad para recluir a los pobres y forzarlos a trabajar. Con el cambio de valoración de la pobreza inicia la separación formal entre hospitales y asilos o albergues para pobres, así como un incipiente proceso de secularización de los hospitales que, poco a poco, y especialmente tras la Reforma, irán separándose del dominio eclesiástico para adquirir funciones de espacio de reclusión al servicio del orden social (Conde, 2006). El proceso de secularización aceleró en Europa la fundación de hospitales reales y municipales, así como el paso de algunas instituciones hospitalarias religiosas a la jurisdicción civil, aun cuando el funcionamiento interno de los nosocomios continuó ateniéndose al modelo de vida monástica⁴⁹. Por otra parte, la autoridad civil centró sus esfuerzos en racionalizar la fragmentación⁵⁰ hospitalaria, concentrando, coordinando y administrando las organizaciones. De esta época data también el inicio de la medicalización hospitalaria debido a la proliferación de profesionales universitarios

⁴⁹ Para recibir cuidados hospitalarios eran obligatorias la confesión y la comunión y la asistencia a las ceremonias religiosas. Se ritualizaba la vida cotidiana, imitando la clausura, con horarios rigurosos y una jerarquía indiscutible.

⁵⁰ Eliminando a la existencia en las ciudades de múltiples hospitales minúsculos, con frecuentes dificultades económicas y administración deficiente.

capaces de aportar tratamientos complejos destinados a acortar la estancia de los enfermos en el recinto de asistencia, lo que indirectamente influye en la creación de hospitales de especialidades —sífilis, enfermedades febriles, contagiosas e incurables, humor gálico o mal de bubas, entre otras— (Enfermería avanza, 2012; Conde, 2006).

Con el siglo XVII, la vanguardia de las organizaciones hospitalarias se traslada de Italia a Francia, en lo que respecta a construcción, actividad y sostenimiento, con un proceso de control estatal cada vez más férreo a través de políticas de reducción, concentración y reorganización de centros en aras de una mayor racionalización institucional, que llevan a la creación de la figura del Hospital General⁵¹. Cabe señalar que la utilización de los hospitales como instrumentos al servicio del Estado supuso la sustitución paulatina de las motivaciones y finalidades de carácter caritativo por la búsqueda de una mayor eficacia en la consecución de fines políticos, sociales y militares. Sin embargo, la calidad de las prestaciones recibidas por los enfermos bajo la tutela estatal era deplorable y se irá incrementando hasta las primeras décadas del siglo XX, con altos grados de mortalidad hospitalaria debido a: a) hacinamiento y la falta de higiene; b) número insuficiente de camas; c) mala alimentación; d) falta de aislamiento de los enfermos contagiosos; e) carencia de salas especializadas para cirugía y, e) número insuficiente de médicos pese a que los cuidados inmediatos —médicos y espirituales— eran prestados por miembros de diversas congregaciones religiosas⁵². Los donativos constituían más de la mitad de la totalidad de los recursos, que se completaban con legados, exenciones, derechos y privilegios que, pese a todo, resultaban siempre insuficientes. Las subvenciones y limosnas eclesiásticas contaban cada vez menos, de modo que la secularización de la asistencia era ya un hecho pese a lo que figuras como San Vicente de Paul y Santa Luisa de Marillac y sus Hijas de la Caridad, aportan a la asistencia de los enfermos, sentando los precedentes de la moderna enfermería (Conde, 2006).

La llegada de la Ilustración impulsó de modo decisivo la medicalización de los hospitales y, con ella, la conversión de éstos en espacios científicos y académicos que,

⁵¹ Entre otros, además del de París, el *Allgemeine Krankenhaus* de Viena y el Hospital de la *Charité* en Berlín.

⁵² Hijas de la Caridad, Hospitalarias de San José, entre otras.

paulatinamente, abandonaron los valores de la compasión, el cuidado y la atención del enfermo en pro del desarrollo de la ciencia, es decir, del control y eliminación de la enfermedad. En este contexto, los hospitales comienzan a percibirse como instituciones destinadas a la rehabilitación física y la curación pero, también, suponían el primer contacto con profesionales de la salud para ingentes sectores de la población que, hasta el momento, no habían tenido acceso a ellos. Poco a poco los hospitales irán adquiriendo nuevas pautas de admisión, tratamiento e, incluso deceso, en pro de la rehabilitación y la curación total y expedita (Conde, 2006). Cirujanos y clínicos comienzan a percibir nuevas oportunidades para mejorar sus habilidades clínicas e incrementar su fuerza y su situación profesional y social a través un trabajo hospitalario que facilitaba las observaciones empíricas y la elaboración de nuevos y sólidos conocimientos prácticos de anatomía, patología y tratamientos clínicos. Los cirujanos en Francia y Gran Bretaña fueron especialmente hábiles en la investigación clínica y la adquisición de conocimientos prácticos en anatomía, patología, tratamiento clínico —incluyendo remedios tradicionales como la herbolaría y, también, el uso de drogas— e incluso análisis estadístico, gracias al considerable número de enfermos a los que acceder en las salas de los hospitales. De modo paralelo, algunas organizaciones comenzaron a anexar en sus instalaciones salas de estudio y enseñanza afianzando se el concepto de hospital-escuela. (Conde, 2006).

3.1.3 Siglos XIX y XX

El hospital decimonónico puede describirse como científicamente encomiable y asistencialmente deplorable pese a una constante preocupación por la salubridad e higiene de los recintos hospitalarios y a una clara tendencia a la especialización de los mismos con el fin de mejorar los cuidados proporcionados al paciente a tendiendo a un solo tipo de dolencia (Castro, 2012). De esta época datan también los inicios de la ingeniería sanitaria, la ingeniería médica —rayos X— la antisepsia, la teoría microbiana de las infecciones y la anestesia reducen la mortalidad por las denominadas enfermedades de hospital de un 60 a un 15% y marcan el inicio de la medicina moderna (García, 1991), con lo que los profesionales de la medicina fueron finalmente reconocidos com científicos. Los enfermos hospitalizados, re-conceptualizados en la categoría de objetos científicamente cognoscibles, permanecían en condiciones inferiores a los mínimos consentidos por la decencia y la dignidad humana elemental. Era públicamente conocido que el enfermo que se hospitalizaba recibiría un diagnóstico excelente, un

tratamiento limitado debido a la escasez de recursos y, si el caso lo requería, una cuidadosa necropsia; esto es, hospitalizarse significaba para el enfermo prestar su cuerpo viviente para la enseñanza clínica y su cadáver para la enseñanza anatómica (Conde, 2006). El último tercio del siglo XIX puede ser considerado el momento en que la evolución de los hospitales cobra un nuevo impulso a partir de: a) el inicio de los seguros laborales de enfermedad, que amplió el mercado de la salud al permitir el acceso a los hospitales a individuos de toda clase social; b) medicalización de la sociedad al convertir al hospital en el destino preferido de los enfermos agudos necesitados de asistencia médica y quirúrgica, incluyendo la obstetricia y la neonatología; c) conversión del hospital en institución de primera instancia en vez de ser el último recurso sanitario gracias a procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más sofisticados —radiología, electrocardiografía y laboratorios clínicos—, a la aplicación de vacunas y sustancias químico-terapéuticas mejoraron y a la adopción la anestesia y la antisepsia; d) aparición de las enfermeras profesionales; e) conversión del hospital en centro de investigación, especialización y docencia médicas.

Los hospitales del siglo XX muestran un crecimiento considerable de la asistencia especializada mediante la creación de departamentos clínicos, el aumento de los médicos y estudiantes, y la realización de investigación clínica. Sin embargo, desde que el hospital se convirtió en el punto de atención preferido para la aplicación de los principios científicos a la medicina, aparecieron nuevos problemas éticos: a) ampliación del rango de las experiencias vitales dirigidas ahora a los problemas médicos por profesionales hospitalarios; b) enfoque despersonalizado de enfermedad que considera a los pacientes meros envases de enfermedades y, a éstas, objetos primarios de investigación y tratamiento; c) la autoridad moral del médico, basada hasta entonces en las cualidades personales pasa a centrarse ahora en la competencia científica con altos índices de agresividad e incluso abuso en comparación con las pocas garantías de salvaguarda previstas para los pacientes (Conde, 2006).

3.2 LOS HOSPITALES EN MÉXICO

Al igual que sucedía en Europa, también en la Nueva España se establecieron instituciones de ayuda social —hospitales, asilos, casas de cuna, etc.— dedicadas tanto a asistir a la población necesitada como a controlar problemas sociales —mendicidad, vagancia, orfandad— y médicos —demencia, brotes epidémicos de sarampión, peste y tifo, entre otros—, de acuerdo a los preceptos del cristianismo en relación al trato compasivo a desamparados y enfermos instaurados por los españoles y fomentado por la Iglesia Católica a través de la construcción y mantenimiento de instituciones de beneficencia (López Romero, 2012; Hospital General de México, 2010) bajo el auspicio de órdenes hospitalarias religiosas hasta el siglo XVII, cuando la Corona dejó de interesarse por la fundación de nuevos centros de asistencia en las colonias, si bien la idea de la caridad cristiana se mantuvo vigente (Hospital General de México, 2010). . Desde el inicio de la colonia se atribuyeron dos funciones paralelas a los hospitales novohispanos: a) el cuidado de los enfermos y, b) labores de asistencia a huérfanos, peregrinos y desvalidos.

La adscripción étnica y de oficios pesó en la institucionalización de la caridad y el socorro a los indios, quienes solían contar con hospitales separados financiados con parte de sus tributos, además de donaciones de particulares y de la Corona, con el propósito de a) ofrecer asistencia; b) congregar a la población indígena en poblaciones y, c) encargarse de su conversión a la nueva fe.

La elevada mortalidad y morbilidad de la población nativa del siglo XVI produjeron una significativa merma en la fuerza de trabajo que afectó los intereses económicos de los recién llegados conquistadores. Asociado a lo anterior se sumó la conquista espiritual de los pueblos indios, cuya expresión idealista de caridad, beneficencia y concreción de utopías renacentistas, se mezcló con la compulsiva conversión de los indios a las nuevas formas judeo-cristianas. Es en este contexto donde aparecen los hospitales como novedosos centros de curación pero también como espacios de obligada conversión al cristianismo, es decir, como instrumentos de control social, ideológico e incluso político (Campos, 2001).

Así, los hospitales para indios se establecieron con fines terapéuticos pero, también, en función de intereses económicos, políticos y religiosos suscitados ante la avalancha de epidemias que disminuían la población indígena y, por lo tanto, los tributos de ésta; además, la dispersión de los indios provocaba problemas tanto al gobierno como a la iglesia, por lo que era necesario encontrar un motivo de congregación que permitiera

mantenerlos juntos mientras se convertían a la nueva religión, de acuerdo a lo ordenado por el Tercer Concilio Provincial Mexicano (1585) respecto a la regulación de la vida interna de los hospitales que, entre otras cosas, señalaba: a) la obligación de dar instrucción cristiana a los enfermos; b) obligación de procurar la confesión, los sacramentos y la misa; c) obligación de dar al indígena cristiana sepultura y, d) prohibición de recibir a ebrios y maleantes (Campos, 2001). Al igual que sucedía en los hospitales para indígenas, el resto de las instituciones hospitalarias de la Nueva España concentraban prácticas médicas de muy diversa procedencia y enfoque clínico; la curación a partir de amuletos, ensalmos y oraciones convivía con la praxis flebotomías, parteras y sobadores; la herbolaria, con la amputación de miembros gangrenados y la extracción de tumores; y, todas ellas, descansaban sobre la teoría humoral preeminente a lo largo de los trescientos años de dominación europea que incidía en la aplicación de ventosas, sangrías y la administración de vomitivos, laxantes y purgas relacionadas con los movimientos astrales. Aunque los responsables médicos de cada hospital buscaban la cura de sus pacientes, en muchos casos el hospital significaba únicamente el proceso de preparación para la muerte, de ahí lo necesario de la presencia de capellanes y frailes confesores así como cementerios anexos a al hospital. En muchas ocasiones los hospitales funcionaron también como hospicio que mantenía a los enfermos pobres para evitar que murieran en la calle y/o propagaran su enfermedad. Algunos enfermos — leprosos, dementes— vivían en los hospitales el resto de su vida y, los que llegaban a curarse, generalmente lo hacían por una recuperación propia, ya que la ayuda terapéutica que se les proporcionaba no era la más adecuada y en varios casos era contraproducente (López Romero, 2012).

En 1524, se inauguró, en la Ciudad de México, el Hospital de la Concepción de Nuestra Señora⁵³; tras él, y durante el siglo XVI, se fundaron en el país 128 hospitales más, 9 de ellos en la capital (Hospital General de México, 2010). La fundación masiva de organizaciones hospitalarias en dicha centuria constituyó una de las estrategias más exitosas de los misioneros católicos. La creación de enfermerías y hospitales en la Ciudad de México, Xochimilco, Texcoco, Acámbaro, entre otros lugares por parte de los franciscanos, y los pueblos-hospitales de Michoacán, obra de Don Vasco de Quiroga,

⁵³ Posteriormente denominado Hospital de Jesús de Nazareno.

demuestran la visión, transcendencia e importancia de la obra humanitaria que guiaba a estos hombres, quienes enfrentados a situaciones novedosas implementaron una serie de transformaciones socio-político-culturales que aún hoy se perciben en los pueblos indígenas beneficiados (Campos, 2001).

Tabla 15. Hospitales de la Ciudad de México.

Hospital	Apertura	Cierre	Población atendida	Especialidad médica
Hospital de la Purísima Concepción	1524	---	Conquistadores descendientes, nobleza indígena	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia
Hospital de Santa Fe de México	1532	1794?	Indígenas del centro del reino	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia
Hospital Real de Naturales	1531	1822	Indígenas del reino	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia
Hospital del Amor de Dios	1539	1786	Población general: hombres y mujeres	Sífilis, mal gálico y bubas venéreas.
Hospital de San Hipólito	1567	1842	Población general	Hombres dementes
Hospital del Divino Salvador	1689	1821	Población general	Mujeres dementes
Hospital Real de San Lázaro I	1524	1528	Población general: hombres y mujeres	Lepra y llagas
Hospital Real de San Lázaro II	1572	1862	Población general: hombres y mujeres	Lepra y llagas
Hospital Real de la Epifanía San Juan de Dios	1528	1821	Población general: mulatos y negros libres, hombres y mujeres	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia
Hospital de Nuestra Señora de Montserrat	1590	1821	Población general: hombres y mujeres	Peste
Hospital de San Andrés	1779	1910	Población general: hombres y mujeres	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia
Hospital de la Inmaculada Concepción	1650	1843	Hermanos de la Orden de San Francisco	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia
Hospital Real de San Pedro o de la Santísima Trinidad	1557	1821	Población general: hombres y mujeres	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia
Hospital de San Antonio Abad	1628	1819	Población general: hombres y mujeres	Todas las enfermedades
Hospital de Belén	1694	1820	Población general: hombres y mujeres	Todas las enfermedades excepto sífilis, lepra y demencia

Fuente: (Muriel, 1956).

En el siglo XVIII, la evolución de la práctica médica en los hospitales transforma el sentido de los mismos: lo importante no era sólo contar con personas que ayudaran a los enfermos a *bien morir*, sino a restablecerles la salud. Pese a ello, la decadencia del imperio español, de la que deriva una importante falta de recursos, ocasiona una fuerte crisis hospitalaria que desemboca en numerosos cierres en la primera mitad del siglo XIX (López Romero, 2012; Campos, 2001).

En 1821 el Hospital Real de Indios, que era el hospital fundado expresamente por el Rey de España, fue suprimido a causa de la diferencia racial que manifestaba. Las luchas entre conservadores y

liberales, los conflictos internacionales y en general, las circunstancias ideológicas, hicieron que las instituciones benéficas durante la Colonia, fueran olvidadas (Díaz, 2006).

El gobierno se siente obligado a asumir el control de las instituciones de salud separando las instituciones de asistencia del dominio religioso, sustituyendo los conceptos de derechos humanos, caridad y asistencia médica por el Beneficencia Pública, más acorde a los cambios sociales y políticos originados por el movimiento independentista en 1810. Para estas fechas ya existía en el país una razonable red hospitalaria, con numerosas instituciones ubicadas en las grandes ciudades o a lo largo de la red de caminos de comercio y comunicación de las zonas mineras, agrícolas y ganaderas más relevantes; unos y otros atravesaban serias dificultades económicas que dificultaban tanto su supervivencia como la posibilidad de ofrecer atención de calidad (Viesca, 2010)

A principios del siglo XX, el interés por fomentar las políticas de asistencia social se vio reflejado en la fundación de hospitales privados por parte de las colonias extranjeras —Hospital Inglés, Sociedad de Beneficencia Española, Sociedad Americana de Beneficencia, Asociación Francesa, Suiza y Belga, Asociación de Beneficencia de la Colonia Italiana y Alianza Monte Sinaí— pero también por instituciones industriales, ferroviarias y mineras, con lo que algunos establecimientos dependían del gobierno federal a través de la beneficencia pública. También se fomentó, especialmente en el último cuarto de siglo XIX y el primero de XX, la creación de fundaciones públicas de carácter privado, como la Fundación Besistegui (1928) (Díaz, 2006). La última etapa de cambios en el ámbito de la salud durante el siglo XIX, fue resultado de las *Leyes de Reforma* durante el gobierno del Presidente Benito Juárez (1859) en base a ellas y a la confiscación de los bienes del clero, el Estado se hacía cargo de la política de salud (Hospital General de México, 2010).

A principios del XIX la infraestructura hospitalaria de México estaba constituida por las obras heredadas del virreinato adaptadas para un mejor funcionamiento, como parte de la aplicación de los lineamientos del *Código Sanitario* que tenían a la higiene como tema de enfoque central. En las primeras décadas del Porfiriato, la transformación conceptual y los cambios de la estructura hospitalaria significaron un ideal de modernización que respondía a la consolidación del estado mexicano moderno. De modo

paralelo, la incorporación de técnicas curativas, la anestesia y los rayos X en los hospitales indicaban la aceptación de la teoría infecciosa de la enfermedad (González Servin, 2011).

Tabla 16. Hitos de la salud pública en México: siglos XIX-XX

1841	Creación del Consejo de Salubridad: a) Fomento de los estudios de higiene; b) vigilancia de los establecimientos públicos; c) medidas de higiene pública; d) vigilar la enseñanza y la práctica de la medicina; e) propagar y preservar las vacunas y, f) redacción del <i>Código Sanitario de la República Mexicana</i> .
1843	Decreto de entrada al país de las Hermanas de la Caridad —enfermeras de profesión que trataron de renovar los servicios hospitalarios—.
1861	Creación de la Dirección de Fondos para la Beneficencia Pública ⁵⁴ : a) organizar, coordinar y sostener los medios de beneficencia pública, a fin de convertirla en un servicio público dependiente del Estado.
1874	Expulsión de las Hermanas de la Caridad de todos los hospitales del país.
1877	Creación de la Dirección General de Beneficencia Pública ⁵⁵ dependiente del Consejo Superior de Salubridad y Servicio de la Vacuna.
1885	Establecimiento de mecanismos de control de las fundaciones privadas. Elaboración Código Sanitario Mexicano
1889	Ley que otorga personalidad jurídica a las Asociaciones Filantrópicas.
1904	Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales.
1928	Creación del Departamento de Salubridad Pública
1904/1906	Ley de Accidentes de trabajo del estado de México y del Estado de Nuevo León ⁵⁶ .
1915	Proyecto de Ley de Accidentes ⁵⁷ .
1934	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública.
1943	Ley del Seguro Social. Creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
1959	Ley Federal del ISSSTE.

Fuente: Díaz (2006) (Hospital General de México, 2010).

En los años treinta, el término *beneficencia* se sustituye por *asistencia* y se reconoce la obligación del Estado de intervenir en materia de salud y auxilio social, así como el derecho de los ciudadanos a solicitarla. Cabe señalar que el conjunto de antecedentes expuestos generó en los mexicanos la idea de que los hospitales públicos trataban, únicamente, a los ciudadanos pobres, por lo que algunos médicos comenzaron a crear pequeños y confortables hospitales privados denominados *sanatorios*. Por su parte, los hospitales públicos consideraron destinar algunos anexos para atender a pacientes privados con capacidad retributiva elevada como un modo de mejorar sus ingresos⁵⁸.

⁵⁴ Hospitales, hospicios, casas de corrección y establecimientos de beneficencia quedarían bajo el amparo de esta Dirección.

⁵⁵ En 1930, pasa a depender de la Secretaría de Gobernación por falta de recursos financieros de Consejo.

⁵⁶ Obligación de los empleadores de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidentes o muerte derivados del cumplimiento de sus labores

⁵⁷ Establecimiento de pensiones e indemnizaciones a cargo del patrón en caso de incapacidad o muerte en el cumplimiento de tareas laborales

⁵⁸ Por ejemplo, el pabellón “Gastón Melo”, anexo al Hospital General de México.

La beneficencia pública federal solo atendía a la población de la Ciudad de México mientras el Consejo de Salubridad General mantenía representantes sanitarios en los puertos para evitar epidemias, lo que obligó a los Estados a crear sus propias beneficencias. Con la venta del Centro Médico Nacional al Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia construye el mayor número de unidades médicas en el medio rural y urbano, identificándolas como centros de salud y hospitales, logrando por primera vez que una gran parte de la población accediera a servicios hospitalarios y de salud financiados con subsidio federal, cuotas de recuperación o cooperativas (Loyo-Varela, 2009) .

Capítulo 4

Ética organizacional-hospitalaria



Las organizaciones actuales, incluidas las hospitalarias, operan en condiciones ambientales inciertas y difíciles debido a: a) al grado de complejidad de los fenómenos socio-económicos contemporáneos; b) al gran número de interlocutores implicados en la actividad empresarial; c) las correlaciones existentes entre áreas geográficas distantes; d) las dimensiones de negocio y, e) su interrelación con múltiples esferas culturales y políticas. Tal multiplicidad de contextos y condiciones las obliga a desempeñar un papel protagónico en la sociedad actual por lo que tanto su proceso administrativo como los valores bajo los que se conducen adquieren relevancia de orden social (Ramírez Flores, 2006). Igualmente, la diversidad socio-político-económico-cultural que enfrentan requiere que las organizaciones asuman estructuras flexibles que les permitan afrontar los constantes cambios del entorno e implicarse en procesos que respondan, además de a los factores citados, a las condiciones éticas del entorno. Así, en términos económico-organizacionales, la ética refiere al sistema de valores en base al cual las organizaciones operan y sobre el que descansan:

La valoración de las alternativas dirigidas a realizar ese conjunto de valores en la unidad económica; a los principios gestionales y a las normas de comportamiento que, delineados en tal reflexión, regulan los actos operativos del organismo empresarial, manifestando su cultura ética y permitiéndole perseguir la realización del sistema de valores escogido; al control global sobre los actos de la empresa, es decir, a la valoración de la correspondencia de las acciones emprendidas con el sistema de valores guía en el caso de que se perdiera la sintonía con los valores difundidos entre los stakeholders⁵⁹ (Comité, 2007).

4.1 ÉTICA, ÉTICA ORGANIZACIONAL Y PRINCIPIOS ÉTICOS

La compleja estructura de connotaciones asociada al concepto de ética requiere deslindar claramente su significado, variantes y conceptos asociados⁶⁰ y, de modo particular, en beneficio del rigor que una investigación de estas características requiere, las definiciones de ética y moral. Así, la moral implica la adhesión individual a una determinada escala de valores, diferente en cada individuo —moral individual—. La ética, por el contrario, es la disciplina filosófica que reflexiona sobre la moral con intención de legitimarla o

⁵⁹ Los *stakeholders*, es decir, los actores sociales que interrelacionan con la organización, se clasifican en: a) secundarios —comunidad en el sentido más amplio: desde los entes privados hasta el ámbito internacional, incluyendo los grupos de presión—; b) primarios externos —grupos de interés directamente relacionados con la empresa— y, c) primarios internos —socios, trabajadores, voluntarios de las empresas sin ánimo de lucro, etc.— (Agulló Gimeno, 2009).

⁶⁰ Es preciso diferenciar claramente la ética pura, de la aplicada o la organizacional; la ética de la moral y, también, la ética de la responsabilidad social y de la acción social. Asimismo, hay que distinguir la ética organizacional —entendida como filosofía— de otros términos como acción social o responsabilidad social.

deslegitimarla a partir de unos principios éticos universales —compartidos por todos los individuos independientemente de su moral—. Los preceptos morales derivan de la decisión de una sociedad, de preceptos religiosos, de dogmas que el individuo tiene el derecho de aceptar o no aceptar, esto es, corresponden al ámbito de las decisiones heterónomas. La ética, por su parte, impone una conducta derivada de una reflexión personal; de la libertad de decidir, de la capacidad de pensar, de reflexionar y de atreverse a tomar decisiones autónomas (Rivero Serrano, 2008). De ahí que se defina a la ética como el conjunto de principios y reglas morales que regulan el comportamiento y las relaciones humanas. Frente a ella, la moral —a partir de la adhesión del individuo a determinada escala de valores— cuestiona sobre *qué se debe hacer* respecto a las normas —reglas genéricas de comportamiento— y a los juicios —aplicación de las normas a casos particulares—. Al regir las decisiones y las acciones del individuo, la moral puede afectar a otros por lo que debe ser legitimada a través de la ética. De lo que puede deducirse que si la moral de una organización es, en principio, la suma de las morales de todos los individuos que la integran, la ética empresarial debe legitimar dicho sumatorio sobre la base de los principios éticos universales, esto es:

Una reflexión crítico-racional que pretende crear un espacio de diálogo contando con la libertad de los individuos, para realizar, convertir en reales, los valores empresariales, reflexionar sobre las consecuencias de cualquier decisión efectuada en o desde la empresa, y asumir responsabilidades (Agulló Gimeno, 2009).

La clara distinción de ambos conceptos reviste particular importancia para las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud, ya que incide en temáticas tan polémicas como la eugenesia, la fecundación asistida, la eutanasia o la medicina predictiva, que deberán ser consideradas ya sea bajo la perspectiva de la moral, ya sea bajo la de la ética (Rivero Serrano, 2008).

4.1.1 Principios y códigos éticos

Ramírez Flores (2006) señala que la consideración de las organizaciones como un medio de adentrarse en la actividad económica y de negocios, implica la necesidad de establecer un código de conducta que regule tanto su desempeño como sus relaciones con los actores sociales involucrados en el desarrollo organizacional, capaz de equilibrar el beneficio económico y las mejores prácticas de negocio, a partir de un silogismo simple:

Si el individuo participa de manera activa en el progreso social, entonces la organización debe colaborar en ese mismo desarrollo a través de un código de conducta ética que represente un ideal de comportamiento que considere: a) las regulaciones en los acuerdos y tratados internacionales; b) los códigos globales de conducta en los negocios y, c) las restricciones voluntariamente autoimpuestas por las propias organizaciones.

Código que deberá estar sustentado tanto por principios universales de moralidad (Ramírez Flores, 2006) como por principios éticos que permitan legitimar las acciones y procedimientos organizacionales (Agulló Gimeno, 2009). Respecto a los primeros, Ramírez Flores (2006), citando a Llano (1997)⁶¹, señala los siguientes: a) el bien debe seguirse y el mal evitarse; b) no deben emplearse medios moralmente malos aunque los fines sean buenos; c) no deben perseguirse fines buenos que al alcanzarlos tengan efectos malos; d) ha de considerarse valioso, todo aquello que contribuya al desarrollo del hombre; hay valores que son objetivos válidos para toda persona y cultura; e) el hombre debe adquirir las capacidades necesarias para alcanzar una vida plena; f) la persona nunca debe considerarse como medio, sino como fin; g) el bien no es menor porque beneficie a otro ni el mal es mayor porque me perjudique a mí y, h) prohibir no es malo ni permitir es bueno, pues malo es prohibir lo bueno y bueno prohibir lo malo.

Por lo que respecta a los principios éticos, Agulló Gimeno (2009) los describe como un conjunto coherente, de fuerte consistencia interna que debe ser voluntariamente aceptado por las organizaciones, es decir, no puede ser impuesto sino que debe constituir:

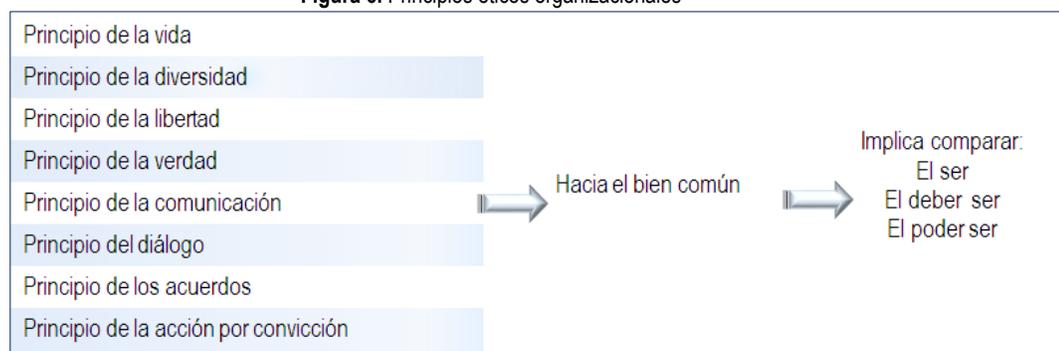
Una referencia que puede resultar útil como punto de partida para que cada organización defina sus alcances, límites y jerarquía y con la debida participación abierta y plural de sus diferentes actores, diseñen su propio programa de desarrollo humano, autónomo, endógeno y sustentable (Romero, 2007).

Ello, considerando a la organización —igual que cualquier otra creación humana— como un reflejo de sus creadores que, por lo tanto, deberá integrar en la construcción de su código ético y de conducta los principios éticos que regulan la conducta de sus integrantes (Ramírez Flores, 2006), seleccionando de entre el universo ético compartido

⁶¹ Llano, C. (1997). *Dilemas éticos de la empresa contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.

aquellos sobre los que desea construirse y adaptándolos a una estructura de negocios que propicie el bien propio —beneficio económico— sin perder de vista el bien común —máximo beneficio para el máximo número de individuos— (Ramírez Flores, 2006; Romero, 2007; Agulló Gimeno, 2009; Gracia, 1999). De entre los muchos esquemas de sustentación de códigos éticos que la literatura proporciona, Romero (2007), construye uno de fácil comprensión y, por lo tanto, aplicabilidad a cualquier organización, mismo que recoge la figura 4.1

Figura 6. Principios éticos organizacionales



Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Romero (2007).

Por su parte, la Confederación Española de Directivos y Ejecutivos (CEDE, 2012)⁶², señala, desde una perspectiva netamente organizacional, que los principios de la ética empresarial devienen de la ética general y surgen a partir de tres principios reguladores: a) la ética/moral social —marcada por el entorno social con el que está involucrada la empresa y dependiente de la religión, la estructura familiar, la cultura, la educación, entre otros factores—; b) la conciencia moral —principios morales de todo ser humano: el bien y el mal, el sentido de la justicia— y, c) la legislación estatal —reglamentos impuestos por un gobierno y basados en la moral de la nación—. De ellos, derivan los principios fundamentales de: a) justicia; b) verdad; c) respeto; d) tolerancia; e) libertad; f) responsabilidad; g) honestidad; h) bien social; i) seguridad y, j) legalidad. De acuerdo a la CEDE, toda organización cuyo desarrollo esté sustentado por un código ético estructurado de acuerdo a los principios descritos operará bajo ciertos planteamientos concretos: a) construcción de confianza —hacia usuarios, proveedores, comunidad, entre otros—; b) mantenimiento de compromisos; c) retorno a su comunidad o entorno —

⁶² La CEDE considera únicamente a las empresas occidentales, pues los principios éticos de las empresas orientales derivan de una filosofía completamente distinta a la tradición judeo-cristiana de occidente. Sin embargo, el autor lo recoge en función de su fácil aplicación al contexto organizacional del país.

responsabilidad comunitaria—; d) respeto hacia las personas; e) respeto hacia el medio ambiente y las generaciones futuras; e) reciprocidad; f) veracidad; g) profesionalidad; h) transmisión —de valores—; i) apertura al diálogo, la innovación, el cambio; j) transparencia contable y documental (CEDE, 2010).

Al respecto, Ramírez Flores (2006), citando a Andrews (1989)⁶³ afirma que en la construcción y aceptación de sus códigos éticos, las organizaciones deben: a) desarrollar gerentes y empleados como individuos morales y éticos; b) construir una cultura en la cual la comunidad comparta estrategias, valores y estándares de conducta y, c) formular e implementar de manera explícita políticas de conducta ética, y proveer los mecanismos que aseguren que las políticas sean observadas. Para alcanzar dichos propósitos, Llano Sifuentes y Zagal Arreguín (2011), señalan cinco principios básicos sobre los cuales una organización, no importa de qué tipo, puede construir y ejecutar códigos de ética y conducta: a) principio de totalidad o aplicación de la ética al todo; no pueden existir dos morales, dado que la doble moral se aniquila a sí misma; b) principio de consistencia o carencia de contradicciones internas en la aplicación de la ética; c) principio de gradualidad o el grado de responsabilidad ética es directamente proporcional a la responsabilidad del cargo ocupado por el individuo; d) principio de ejemplaridad o necesidad de una conducta éticamente ejemplar en la cúspide organizacional para promover dicha conducta en las bases de la organización y, e) principio de cascada o necesidad de arrancar el cambio ético desde la dirección general y la gerencia para transformar a la organización.

4.2 ÉTICA ORGANIZACIONAL

Las organizaciones tratan de asumir un sistema de valores que sirva como punto de referencia para la toma de decisiones, sustente los comportamientos organizacionales y ofrezca criterios guía para la conducta de los órganos empresariales. En consecuencia, la ética organizacional se enfoca en orientar la gestión de las organizaciones a través de modelos de comportamiento que privilegien determinados principios éticos y valores morales, conjugando los principios del derecho natural con los de la eficacia y eficiencia

⁶³ Andrews, K. (1989), "Ethics in Practice", *Harvard Business Review*, September–October, 99-104.

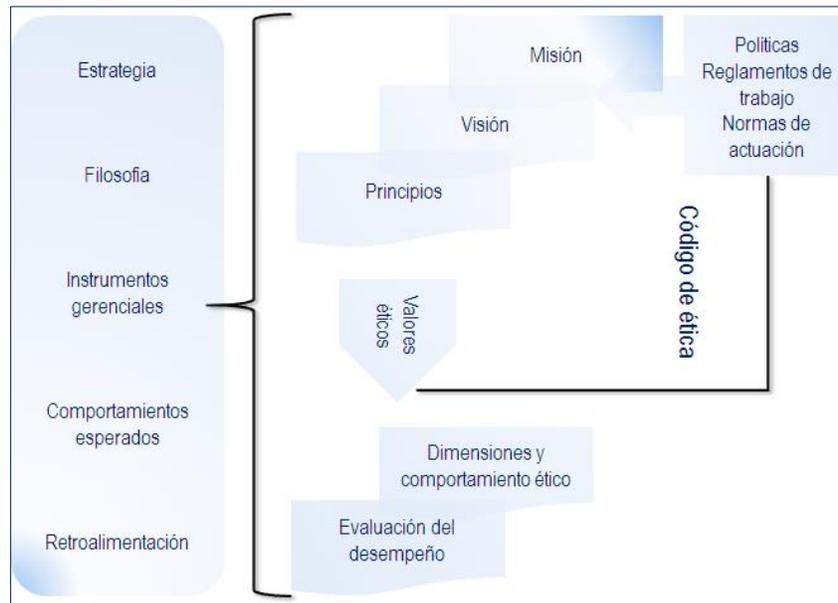
propios de las organizaciones en pro de un estado de bienestar cualitativo que enfatice tanto los bienes como las relaciones humanas y los valores (Comité, 2007).

Ética y organización⁶⁴ han sido durante largo tiempo conceptos antagónicos. La ética, perteneciente al universo de la subjetividad, se vincula a los modos de ser y actuar ante la realidad circundante; las organizaciones empresariales, por el contrario, se describen como entes objetivos ligados a criterios económicos y no morales. Sin embargo, la concepción de las organizaciones como comunidades de personas, las teorías contemporáneas sobre responsabilidad social y la introducción de criterios de justicia en el reparto del valor económico añadido, vinculan de modo inexorable la ciencia ética con las teorías de administración empresarial y las teorías humanistas con el desarrollo organizacional. Ello, a partir de la consideración de la responsabilidad moral de las organizaciones con la sociedad en que se ubican y en función de tres criterios básicos: a) el papel de las organizaciones como núcleo básico de las sociedades post-capitalistas vuelve indispensable la construcción de códigos éticos organizacionales para remoralizar la sociedad; b) la aceptación de la ética como una exigencia impuesta por la propia viabilidad del sistema económico en su conjunto y, c) el miedo a la mala imagen y a las sanciones legales derivadas de comportamientos organizacionales antiéticos (Vivas López, 2002).

De este modo, y dado que es imposible concebir el desarrollo organizacional contemporáneo al margen de la ética, las organizaciones se ven obligadas a incorporar elementos éticos-morales en todas las fases de sus procesos de PE —misión, visión, valores, objetivos, políticas, estrategias, tácticas y planes—, si desean incrementar su participación en el mercado, su rentabilidad y sus esquemas de calidad integrada —procesos, productos, personas— además de mantener intactas tanto su imagen como su reputación corporativa (Fernández, 2011),

⁶⁴ Se utiliza el término organización con el significado de organización empresarial.

Figura 7. Construcción de un código de ética organizacional aplicado a procesos de PE



Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en FUNDEMÁS (2007).

Expresado en otros términos, la construcción, asimilación y puesta en práctica de códigos organizacionales de ética y conducta se reflejaría en:

La conjunción de la rentabilidad necesaria para la sostenibilidad y el crecimiento en el tiempo, con el desarrollo de activos intangibles como la reputación corporativa, capital relacional, capital social, posicionamiento de las marcas, los cuales facilitarían el logro de los objetivos corporativos, incrementado la competitividad e inimitabilidad, tanto de las estrategias como de los productos/servicios ofrecidos (Fernández, 2011).

Lo que, en el mejor de los escenarios, dotaría a las organizaciones del estatus de modelo de comportamiento para el entorno en el que están involucradas.

La empresa es un ente cultural que debe asumir los valores éticos y las implicaciones sociales de los mismos e inspirar en ellos su programación y actividades convirtiéndose en un modelo de comportamiento para la sociedad (Comité, 2007).

Modelo de comportamiento que debe considerar el progreso tecnológico, la globalización y la evolución de las relaciones entre la producción y el consumo, como determinantes de una profunda, radical y rápida transformación de los sistemas económicos y de las actitudes de las organizaciones productivas que operan en ellos,

especialmente en referencia a elementos intrínsecamente ligados a contenidos éticos — imprescindibles para mantener altos índices de competitividad— tales como: a) transparencia; b) calidad orientada tanto a la excelencia del producto como a la satisfacción total del cliente y a la sustentabilidad ambiental; c) cooperación entre organizaciones productivas de cualquier naturaleza jurídica y dimensión. Lo que implica, en primera instancia, la necesidad imperiosa de sustituir los limitados contenidos éticos de las relaciones contractuales con:

El imprevisible potencial ético del diálogo y el intercambio de conocimientos, a través de una lógica de la participación y la capacidad creativa que estimule a las organizaciones productivas hacia la adquisición de responsabilidades de mayor complejidad dado que afectan a la totalidad de los actores sociales directa o indirectamente involucrados con ellas. (Comité, 2007).

Un contexto que obliga a reflexionar sobre la implicación de la bioética⁶⁵ en el desarrollo organizacional —particularmente en organizaciones relacionadas con el cuidado de la salud y la biotecnología— y reflexionar sobre cuestionamientos tales como: ¿qué tan legítimo es comercializar medicamentos que fueron desarrollados y generados a través de la experimentación en seres humanos?, ¿qué tan legítimo es el uso de partes de cadáveres, de personas ejecutadas legalmente, para la producción de diferentes productos, incluso de índole cosmética?. Consideraciones como las citadas originaron la publicación del *Belmont Report* (1979)⁶⁶, cuyo contenido enuncia cuatro principios éticos de valor universal: a) Principio 1: El respeto por las personas, que incorpora al menos dos convicciones éticas: 1a) Los individuos deben ser tratados como seres autónomos y, 1b) las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección; b) Principio 2: Las personas son tratadas de una forma ética, no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar y, c) Principio 3: El principio de justicia, que intenta responder a la pregunta *¿quién debe recibir los beneficios de la investigación y sufrir sus cargas?*

Ante ello, las organizaciones, de acuerdo a Comité (2007), se ven obligadas, en primer término, a incrementar exhaustivamente su conocimiento sobre el análisis económico-empresarial del entorno en el que impactan, esto es: a) la relación entre

⁶⁵ Se entiende por bioética la disciplina científica que se refiere a la vida —humana y no humana—.

⁶⁶ *Belmont Report* (1979) publicado por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de Experimentación Biomédica. Citado por Ramírez Flores (2006).

eventos económicos; b) el valor y el grado de compatibilidad entre los objetivos a alcanzar; c) las consecuencias económicas de las acciones orientadas a ciertos objetivos; d) la evolución de los instrumentos económicos —riqueza, capital; evolución de la estructura organizacional y, e) la conveniencia o inconveniencia de crear datos objetivos. En segundo término, a redefinir su identidad en función de los principios éticos que deseen asumir; por último, deberán cuestionarse el porqué de la asunción de dichos principios: a) ¿el discurso financiero de revalorización del negocio reduce la dimensión ética a una simple variable del proceso administrativo? y, b) ¿a sobre-valorización de la ética la convierte en un discurso distante de la práctica ejercida en el interior de las organizaciones?

En cualquier caso, es fácil percibir una amplia brecha entre el discurso organizacional de negocios y el discurso ético⁶⁷, por lo que puede resultar complejo construir los fundamentos de la PE de la organización desde ambos ámbitos de conocimiento (Mundim Pena, 2012) y, con frecuencia, la ética organizacional se convierte en una simple variable del proceso económico de la práctica de los negocios, fundamentándose tanto en la economía como en las ciencias sociales, de modo que la relación ética/beneficio, por tanto tiempo antagónica, se explique con fluidez⁶⁸. Una perspectiva reduccionista en la que la ética se desvirtúa al perder su carácter de disciplina con identidad propia y, para evitar que eso suceda, las organizaciones deben implementar mecanismos que les permitan cerciorarse del cumplimiento del código y, en su caso, a los imperativos legales⁶⁹ que obligan al diseño, aceptación y seguimiento fiel de los códigos éticos (Ramírez Flores, 2006).

⁶⁷ De modo que sentencias como: 'x es una decisión de negocio' no tengan contenido moral, y 'x es una decisión moral' no tengan contenidos de negocio.

⁶⁸ En *La Riqueza de las Naciones*, Adam Smith, logró por la primera vez exponer la compatibilidad entre ética y beneficio, al afirmar que el beneficio no es un añadido indebido, sino un vector de distribución de rienda y de promoción del bienestar social.

⁶⁹ En Estados Unidos, por ejemplo, la guía de auditoría *Consideration of Internal Control in a Financial Statement Audit* del *American Institute of Certified Public Accountants* dice: "Integridad y valores éticos son elementos esenciales del ambiente de control, que afectan el diseño, administración y monitoreo de otros componentes de control interno. Integridad y comportamiento ético son el producto de la cultura corporativa de la entidad. Estos valores incluyen acciones administrativas para remover o reducir incentivos y tentaciones que puedan promover al personal a involucrarse en actos deshonestos, ilegales o no éticos" (Ramírez Flores, 2006)

Por el contrario, la ética como demanda de la sociedad organizada en entidades civiles, exige que las organizaciones respondan con rectitud en sus relaciones con el ambiente⁷⁰. Desde esta perspectiva, la ética es un elemento fundamental en la estrategia de la organización, que busca adaptar su sistema formal a dichas demandas sociales, por lo que diseña y ejecuta actuaciones éticas fácilmente proyectables en el contexto social con el propósito de ofrecer una imagen institucional óptima (Mundim Pena, 2012), para lo cual las organizaciones deberán determinar si poseen suficientes características éticas: a) integridad incuestionable en todos los niveles; b) honestidad y transparencia en la gestión; c) actitud tendente a la resolución de problemas en vez de a la simulación de su no existencia; d) apertura a calcular riesgos; e) control y confianza ante la innovación; f) aceptación y aprendizaje del error cometido; g) compromiso para ser “lo mejor que se pueda ser” y, h) colaboración y pensamiento integral.

4.3 ÉTICA ORGANIZACIONAL Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La definición de la ética como un saber práctico enfocado hacia el fin de la acción que facilita al individuo la toma de decisiones acertadas y prudentes respecto a: a) los hábitos a asumir; b) el ordenamiento de las metas para alcanzarlos; los valores que lo orientan y, d) la incorporación del carácter o modo de ser (Debeljuh, 2009), lo que es fácilmente transferible al ámbito organizacional bajo la consideración de la ética como la plataforma necesaria alrededor de la cual diseñar estrategias, planes, objetivos y tácticas para alcanzar los citados objetivos de modo eficaz y responsable. En otros términos, la ética organizacional no sería sino la inserción de estándares ético-morales en la toma de las decisiones estratégicas y operativas de una organización.

Cuando esta acción de incorporar los valores y la ética en los planes organizacionales se hace un hábito en la empresa por la repetición misma de estos actos, se estarían generando unos círculos virtuosos que reforzarían positivamente tanto las capacidades organizacionales, que se convierten en activos tangibles, fácilmente mesurables, tales como: La calidad en los procesos, políticas cero defectos en los productos/servicios, mayor rentabilidad, menor rotación de personal, entre otros indicadores de la salud organizacional; así como los llamados activos intangibles, como: la reputación corporativa, el clima organizacional, el capital relacional, la imagen de las marcas, el posicionamiento de los productos, etc. (Fernández, 2011).

⁷⁰ Las organizaciones responderán a través de la defensa del medio ambiente, publicación de balance social, posición contra el trabajo infantil, transparencia contable, respecto a la ley, relación con el Tercer Sector y otras demandas de la sociedad civil organizada.

Sin embargo, es preciso considerar a la ética empresarial no como necesidad ineludible sino como una contingencia derivada de un momento social en que los consumidores e instituciones en general piden el ejercicio de actuaciones responsables de la empresa, por lo que es preciso incluir elementos éticos en los procesos de PE (Mundim Pena, 2012), añadiendo a éstos los componentes holísticos necesarios para facilitar la fusión de los criterios éticos con los económicos, con el propósito de generar riqueza material para la organización y bien común para los actores sociales relacionados con ella. En otros términos, agregar el factor ético al proceso de PE optimiza la toma de decisiones al permitir a la organización seleccionar la mejor línea de actuación entre un cúmulo de posibles opciones con el propósito de incrementar la creación de valor sin vulnerar —moral, física, psicológica o espiritualmente— a ninguno de los grupo de interés⁷¹ —empleados, clientes, accionistas, gobierno, sociedad, entre otros— involucrado directa o indirectamente (Fernández, 2011) con la organización, de acuerdo al concepto defendido por Gómez (1990):

La construcción de una empresa como comunidad de personas es una exigencia ética en la medida en que no contradiga otra exigencia ética inmediata, que es la continuidad de la empresa como tal (Gómez, 1990).

En este contexto, el proceso de PE de las organizaciones debe considerar el doble discurso que éstas enfrentan: por una parte, si la organización busca la cercanía con la realidad de su entorno, corre el riesgo de subordinarse a los valores vigentes en el mercado, convirtiéndose en la visión reflexiva y legitimadora de una moral convencional socialmente dominante; por el contrario, si intenta construir un discurso normativo aplicable sobre la esfera de las organizaciones, se arriesga a quedar reducida a un conjunto retórico de sermones moralistas, inviables en la práctica organizacional. Podría señalarse, entonces, que los procesos de PE enfrentan, como uno de sus más importantes retos, la necesidad de alcanzar un punto de equilibrio entre los aspectos filosófico-morales provenientes de la ética y los económicos propios del negocio empresarial (Mundim Pena, 2012).

⁷¹ Actores sociales.

4.3.1 Planificación ético-estratégica: una aproximación al ethos corporativo

La ética es inseparable de la competitividad; ninguna organización puede competir mucho tiempo ni hacerlo exitosamente sin la base de confiabilidad que el cumplimiento de un código ético de conducta otorga. La literatura y la praxis organizacional han proporcionado numerosos ejemplos de que el potencial económico de una empresa se incrementa de un modo directamente proporcional al grado de confianza que inspira a terceros⁷² el cumplimiento de un código ético, por lo que es lógico concluir que las relaciones organizacionales exitosas se fundamentan sobre todo en la confianza y la reputación recíproca y, en consecuencia, debe considerarse a la capacitación y la cultura éticas como una ventaja estratégica. Derivado de ello, numerosas organizaciones han comenzado a integrar en su proceso de PE —en algunos casos por imperativo legal— códigos de ética y declaraciones de valores⁷³ a los que apegarse escrupulosamente tanto a la hora de diseñar e implementar las estrategias organizacionales, como a la de ejecutar sus operaciones cotidianas. El hallazgo del punto de equilibrio anteriormente citado pasa por la inclusión en los procesos de PE de una ética aplicada organizada, sistemática y coherente sin perjuicio de lesionar los intereses financieros de la organización, lo que requiere, de acuerdo a Lozano (1996), un triple perfil ético:

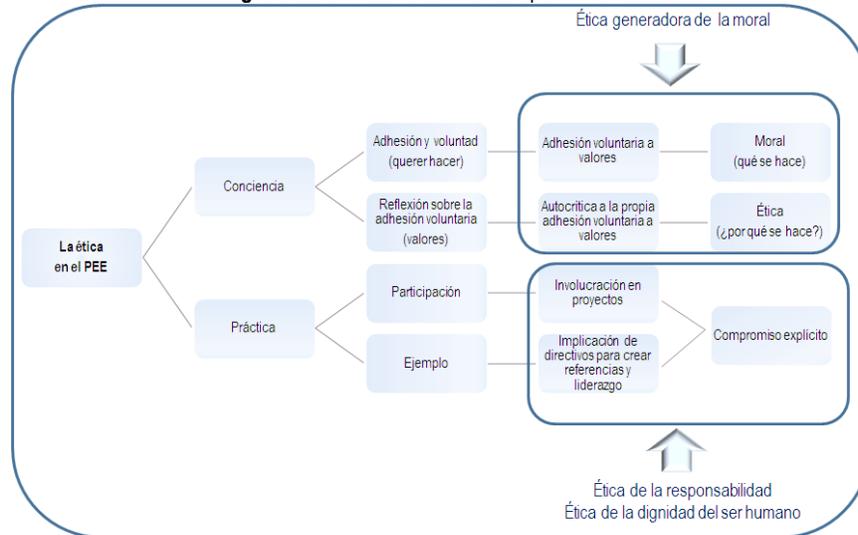
Una ética de la responsabilidad, atenta a las consecuencias de las acciones, una ética afirmativa del principio de la humanidad, atenta a la dignidad del ser humano reconocido como interlocutor válido, y una ética generadora de moral convencional, atenta al desarrollo de los sujetos en la consecución de determinados bienes mediante prácticas compartidas (Lozano, 1999).

En sentido amplio, Lozano (1999) coincide con el pensamiento de Agulló Gimeno (2009) al describir una concepción de la ética que involucre: a) la conciencia de la organización centrada en determinados valores —ética generadora de la moral— y, b) su praxis, es decir, la participación de sus miembros en un proyecto común que incluya la aplicación de los valores asumidos tanto por la organización como por sus integrantes —ética de la responsabilidad y ética de la dignidad del ser humano—.

⁷² Es decir, a los actores sociales involucrados con la organización.

⁷³ Tras numerosos escándalos de corrupción empresarial, se emite en los Estados Unidos la *Ley Sarbanes-Oxley* (2002) que exige a las organizaciones que cotizan en bolsa hacer público su código de ética o, en caso contrario, declarar por escrito ante Security Exchange Commission —organismo regulador de ese país en asuntos financieros— los motivos de su falta.

Figura 8. Inclusión de la ética en el proceso de PE



Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Agulló Gimeno (2009) y Lozano (1999).

En otros términos, la integración de los valores y principios éticos —asumidos por todos los integrantes de la organización— es un factor crucial para desarrollar con éxito planes estratégicos. Así, la organización está obligada a mostrar altos niveles de coherencia ética entre lo anunciado como parte del proceso de PE y lo realizado en su quehacer diario, lo que significa mantener una estrecha vigilancia para evitar que las iniciativas estratégicas se desconecten del código de ética y de la declaración institucional de valores⁷⁴.

De acuerdo a lo expuesto, la planificación ético-estratégica [PEE] consiste en vincular toda la plataforma ética —misión, visión, objetivos, estrategias empresariales— con los principios éticos y valores comúnmente aceptados o compartidos por la comunidad académica, empresarial, social, religiosa, entre otros grupos de interés, por ejecutivos, directivos, accionistas, gerentes y trabajadores en general en aquellas organizaciones en las cuales la ética es entendida, aceptada así como practicada voluntariamente como una forma de vida (Fernández, 2011).

El PEE asegura el fomento de conductas éticas capaces de impactar positivamente en la imagen, la reputación corporativa y el posicionamiento de marca de la

⁷⁴ Algunos aspectos a considerar en el ejercicio empresarial con implicaciones de desconexión del código ético serían: a) el daño al medio ambiente; b) la seguridad de los productos; c) la salud de los empleados; d) el acoso sexual; e) el SIDA en el centro de trabajo; f) el hábito de fumar; g) la lluvia ácida; h) las acciones de protesta; i) el manejo de desechos; j) las prácticas de empresas extranjeras; k) los ocultamientos; l) las tácticas de las adquisiciones; m) los conflictos de intereses; n) la privacidad de los empleados; o) los regalos-soborno; p) la seguridad de los informes de la compañía y, q) los despidos masivos, entre otros (Ballesteros Díaz, 2007).

organización; ello, debido al impacto positivo y al efecto multiplicador benéfico que la ética genera en el bienestar de los actores sociales involucrados, sin perjuicio del cumplimiento de los objetivos empresariales de rentabilidad. Planteamiento, éste último, que permite establecer las razones por las cuales la organización debe considerar la PEE, tal y como se recoge en el cuadro 4.1

Tabla 17. Razones para considerar una PEE

<p>La Planeación ético-estratégica es un buen negocio porque</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Repercute positivamente en los activos intangibles y la plusvalía de la organización. ■ Facilita un punto de equilibrio entre el desarrollo financiero de la organización y el bienestar de los actores sociales para alcanzar el bien común. ■ Genera crecimiento sostenido a largo plazo. ■ Asegura y protege a los miembros de la organización de agentes desleales ■ Favorece un clima de excelencia tanto para los miembros de la organización como para sus comunidades contribuyendo al bienestar del país.
--	--

Fuente. Thompson, 2010; Fernández, 2011; FUNDEMAS, 2007.

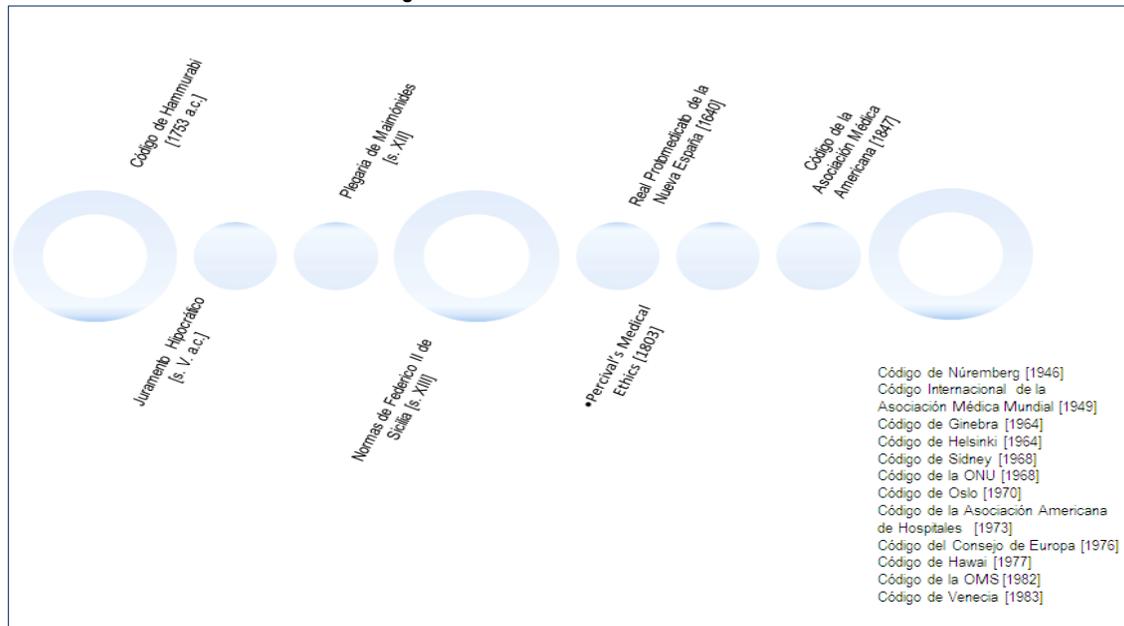
4.4 ÉTICA MÉDICA

4.4.1 Antecedentes

Los antecedentes de la ética médica se remontan al año 1753 a.c., con *Código de Hammurabi* y su descripción de los premios o castigos que debía recibir un médico de acuerdo a los resultados de su tratamiento. Posteriormente, en el siglo V a.c., el *Juramento Hipocrático* constituye la segunda referencia importante a la ética médica. Dieciséis siglos más tarde, en el XII, Maimónides, escribe su conocida *Plegaria*, cuyo contenido es aun aceptado por buena parte de la filosofía de la medicina. Las Normas de Federico II de Sicilia, en el siglo XIII, se consideran el antecedente más lejano de esfuerzos por certificar el ejercicio del médico y, ya en 1640, el *Real Protomedicato* de la Nueva España, constituyen el primer antecedente de bioética en América Latina. De vuelta en Europa, la publicación del *Discourse on the Duties of a Physician*, de Samuel Bard (1769) y las *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*, de John Gregory (1770) abren camino a la publicación, en 1803, del *Percival's Medical Ethics*, de Thomas Percival, para ser utilizado como reglamento del *Manchester Royal Infirmary*, primera propuesta normativa del ejercicio médico como respuesta a las tendencias de Adam Smith, quien sostenía que cualquiera podía ejercer la medicina, sin ninguna reglamentación o aval. En 1847, la Asociación Médica Americana, tomando como referencia el texto de Percival, publica su código de ética y conducta. Ya a mediados del

siglo XX, diversas agrupaciones médicas comienzan a publicar sus respectivos códigos de ética y conducta⁷⁵ para reglamentar el ejercicio de la medicina.

Figura 9. Antecedentes de la ética médica



Fuente (Rivero Serrano, 2008).

4.4.2 La ética médica en la actualidad

Desde el Juramento Hipocrático, la profesión médica se ha regido por diversas concepciones éticas que, en general, se han sustentado sobre cuatro postulados de carácter universal: a) colocar el interés del paciente por encima de los del médico; b) establecer estándares de competencia e integridad; c) proveer asesoría experta a la sociedad sobre asuntos de salud y, d) reivindicar a la medicina como profesión científico-humanista para satisfacer su compromiso con los enfermos y con la sociedad (Figuroa, 2006). De acuerdo a ello, la responsabilidad médica fluctúa en torno a una doble conciencia: a) la responsabilidad del médico frente a sí mismo como una ley moral relacionada con el ideal de perfección personal —autoconciencia— y, b) responsabilidad del médico frente a los otros, en referencia a obligaciones colectivas que devienen del ámbito del derecho —conciencia social— (Gracia, 1998). El primer tipo de

⁷⁵ Entre los que destacan: a) Código de Núremberg (1946); b) Código Internacional de la Asociación Médica Mundial (1949); c) Código de Ginebra (1964); d) Código de Helsinki (1964); e) Código de Sidney (1968); f) Código de la ONU (1968) g) Código de Oslo (1970); h) Código de la Asociación Americana de Hospitales (1973); i) Código del Consejo de Europa (1976); j) Código de Hawai (1977); k) Código de la OMS (1982) y, l) Código de Venecia (1983).

responsabilidad, de acuerdo a Figueroa (2006) determina los máximos morales del individuo —ideales de autorrealización, sistema personal de valores, concepto de vida virtuosa— y comprende los principios éticos de segundo nivel⁷⁶; el segundo, por el contrario, determina sus mínimos morales —cumplimiento del deber— y se apega a los principios éticos de primer nivel (Figueroa, 2006; Gracia, 1999). Para buena parte de la literatura, las organizaciones hospitalarias son concebidas como empresas de servicios de salud en la que los médicos han evolucionado de profesionales de la medicina a técnicos empresariales de la salud⁷⁷, por lo que la responsabilidad médica no siempre está por encima de los intereses monetarios.

Tabla 18. Ética de la profesión médica

Ética de máximos	Ética de mínimos	Ética organizacional
Responsabilidad moral	Responsabilidad jurídica	¿Value free?
Autonomía	Justicia	_____
Beneficencia	No maleficencia	_____
Valores personales	Leyes de la sociedad	Técnicas eficaces
Ideales de la conciencia	Preceptos universales	Eficiencia costo/beneficio
Virtudes íntimas	Virtuosismo objetivo	Destrezas
Principlismo	Consecuencialismo	Utilitarismo
Profesión	Oficio	Técnico
Impunidad	Penalización	Penalización

Fuente. Figueroa (2006)

Para asegurar el cumplimiento de los principios universales de ética médica, la tercera Asamblea de la Asociación Médica Mundial (Londres, 1949) adoptó el Código Internacional de Ética Médica⁷⁸.

⁷⁶ V. punto 4.4.3, p.

⁷⁷ La profesión médica ha guardado históricamente una relación íntima con la consagración religiosa y por ello está investida por una fuerte responsabilidad moral y una impunidad jurídica total o relativa. Lo contrario sucede a los oficios, que son un hacer sin demora, la faena que se presenta como inexcusable, un deber, en el que no hay margen para decidir si se hace o no se hace. Manifiestamente, la medicina moderna ha saltado vertiginosamente del estatuto de profesión al de oficio con la consiguiente mutación de sus responsabilidades el médico continúa asumiéndose como técnico empresarial de la salud, mientras las virtudes están esfumándose o reduciéndose a comportamientos cautelosos no-maleficentes (Figueroa, 2006).

⁷⁸ El Código fue *enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial (Sídney, 1968) y en la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y en la 57ª Asamblea General de la AMM, (Pilanesberg, 2006)*. Su aparición fue una respuesta a la experimentación nazi en seres humanos de los médicos durante la época del régimen nazi. Es una de las regulaciones éticas internacionales más importantes en la clínica y en la investigación médica y un documento fundamental de la Asociación Médica Mundial que nuclea a los médicos de todo el mundo (WMA, 2014).

Tabla 19. Código Internacional de Ética Médica

Deberes de los médicos en general	
El médico debe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional. ■ Respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento. ■ Permitir que su opinión sea influenciada por beneficio personal o discriminación injusta. ■ Dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana. ■ Tratar con honestidad a pacientes y colegas, e informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño. ■ Respetar los derechos y preferencias del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud. ■ Reconocer su importante función en la educación de la opinión pública, pero debe obrar con la debida cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales. ■ Certificar sólo lo que ha verificado personalmente. ■ Esforzarse por utilizar los recursos de salud de la mejor manera para beneficio de los pacientes y su comunidad. ■ Buscar atención y cuidados apropiados si sufre una enfermedad mental o física. ■ Respetar los códigos éticos locales y nacionales.
El médico no debe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recibir ningún beneficio financiero ni otros incentivos sólo por derivar pacientes o prescribir productos específicos.
Deberes de los médicos hacia los pacientes	
El médico debe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recordar siempre la obligación de respetar la vida humana. ■ Considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica. ■ A sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia. ■ Respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto. ■ Prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.
El médico no debe	<ul style="list-style-type: none"> ■ En situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación ■ Tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ni relación abusiva o de explotación.
Deberes del médico hacia sus colegas	
El médico debe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él. ■ Cuando sea médicamente necesario, comunicarse con los colegas que atienden al mismo paciente. Esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.
El médico no debe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dañar la relación médico-paciente de los colegas a fin de atraer pacientes.

Fuente.WMA (2014).

4.5 PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA

Se ha convertido en lugar común el señalar que los grandes avances tecnológicos y la modificación de los paradigmas explicativos de la dinámica y la etiología de las enfermedades que la medicina ha tomado de las ciencias biológicas han modificado sustancialmente la ética médica; que los viejos lineamientos expresados en el Juramento Hipocrático y otros textos de corte similar ya no bastan para ofrecer los lineamientos necesarios para resolver los dilemas morales surgidos de esta nueva condición. Sin

embargo, esto no resta de ninguna manera importancia al problema de la actualización de una ética profesional capaz de abordar de manera adecuada los conflictos morales emanados de las nuevas e inmensas posibilidades de acción que se ofrecen al médico de hoy en día. Tomando como marco de referencia el Juramento Hipocrático, el quehacer del médico se extiende de la adquisición de los conocimientos necesarios para ejercer su profesión y las condiciones para su enseñanza, a las normas morales de conducta necesarias para un buen desempeño de la atención de los pacientes en pro de su mejor atención y beneficio. Sin embargo, la complejidad creciente del mundo de la medicina generado puntos de confusión entre la ética de la práctica médica —entendida como la ética inherente al ejercicio de la profesión médica en condiciones de responsabilidad moral— y la ética médica aplicada —orientada a dilucidar los problemas de la medicina entendida como campo de aplicación de la biología humana— (Viesca, 2002)⁷⁹.

La importancia de la ética médica radica en la necesidad de normar los actos médicos en un mundo en el que los descubrimientos científicos y los avances tecnológicos suceden rápidamente, abriendo nuevas posibilidades de acción. La mayor parte de la literatura coincide en que un ejercicio médico ético se da cuando se cumplen cuatro principios fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía del enfermo y justicia en el suministro de la medicina. Otros autores consideran que de estos principios fundamentales derivan otros secundarios a éstos como el consentimiento informado o la confidencialidad (Ávila Funes, 2013; Sterling Posadas, 2007; Rivero Serrano, 2008; Gracia, 1999, entre otros). Los citados principios otorgan a los pacientes un rol protagónico como seres capaces de tomar sus propias decisiones en aquello que les afecta y no como seres pasivos, tal como ocurría todavía hasta la primera mitad del siglo XX (Treviño García, 2003).

El principio de autonomía exige que cada individuo sea tratado como un ser único e igual a todos los demás individuos, de modo que sólo una elevada justificación ética permita al médico interferir en los propósitos, la privacidad o los comportamientos

⁷⁹ Para efectos de la presente investigación se tomará el término de ética médica en su primera acepción, la que conlleva la cura de enfermedades, su control y el alivio y consuelo a los enfermos. La relación de la bioética con la ética médica —como muchos autores denominan a la bioética aplicada a la praxis médica, generando cierta confusión terminológica— será tocada únicamente de modo tangencial para evitar ambigüedades de nomenclatura.

particulares del individuo violando su derecho a la autodeterminación (Ávila Funes, 2013; Sterling Posadas, 2007). En otros términos, se define como el derecho legal y moral de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción, por más bienhechoras que sean las intenciones del médico. Es un principio que limita lo que el médico debe y puede hacer por su paciente (Pellegrino, 2008). Las reglas morales que sustentan el respeto a la autonomía del paciente son: a) respeto a la verdad; b) respeto a la intimidad; c) resguardo de la información confidencial; d) consentimiento previo del paciente ante tratamientos médicos y, e) respeto a la toma de decisiones del paciente, sin coerción y/o manipulación (Sterling Posada, 2007). La autonomía no es sólo el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado, sino también el deber ético de los profesionales de promover la competencia y de ayudar al paciente a ejercer responsablemente su libertad. También corresponde al principio de autonomía la participación de todos los ciudadanos en el control social y en la elaboración de las políticas de salud pública y de las líneas de investigación biomédica (León Correa, 2009).

El principio de no maleficencia se sustenta en la máxima hipocrática *primum non nocere* y forma parte del juramento de compromiso y responsabilidad moral que asumen los profesionales de la salud como la obligación de extremar siempre los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos del paciente, esto es: abstenerse intencionalmente de realizar aquellas acciones que puedan causar daño físico, psíquico o moral al paciente. Las reglas morales que sustentan el respeto a la no maleficencia del paciente son: a) no matar; b) no causar dolor o hacer sufrir a otros; c) no ofender y, d) .no privar a los demás de los bienes de la vida (Ávila Funes, 2013; Sterling Posadas, 2007). Además, la no maleficencia puede, a su vez, concretarse a tres principios: a) deber de no abandono del paciente o sujeto de investigación; b) principio de precaución, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis en el equipo clínico y en la institución y, c) principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en una institución o en salud pública (León Correa, 2009).

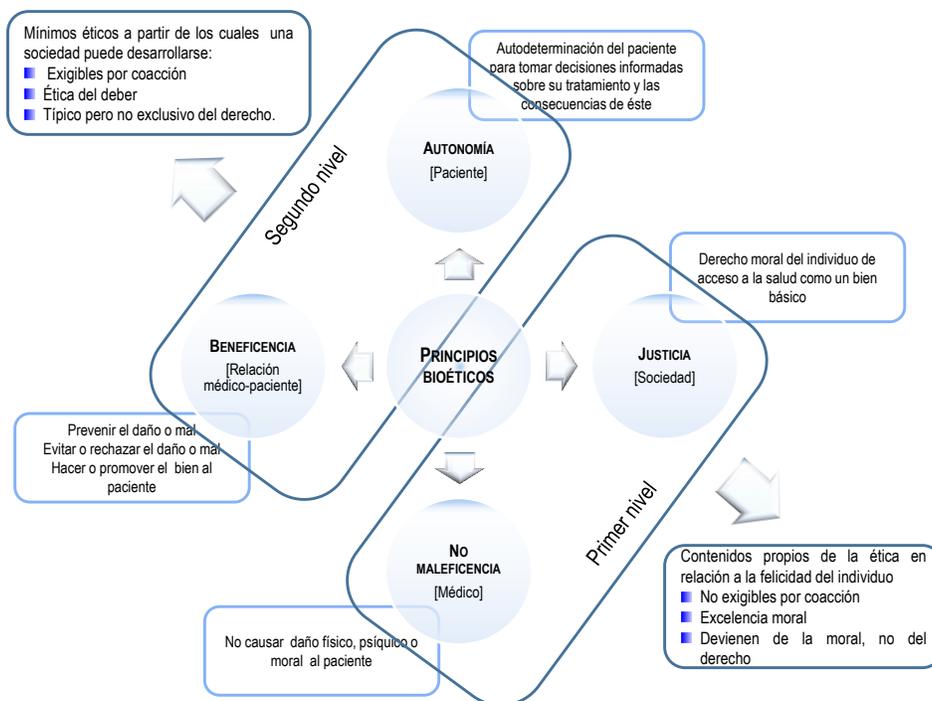
El principio de beneficencia se define como la virtud de hacer el bien en un triple sentido: a) prevenir el daño o mal; b) rechazar o evitar el daño o mal y, c) hacer o promover el bien. Las reglas morales que sustentan el respeto a la beneficencia son: a)

proteger y defender los derechos de los pacientes y usuarios; b) prevenir que suceda algún daño acudiendo a las instancias competentes; c) suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros y, d) ayudar a las personas con discapacidades. Además, la beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no sólo curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible, entendida como un bien del paciente y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento (León Correa, 2009).

El principio de justicia estipula la igualdad de trato entre los iguales y la diferencia de trato entre los desiguales, conforme a sus necesidades, esto es, la obligación moral de la sociedad de facilitar el derecho igualitario a los servicios de salud y derecho moral del individuo de acceder a ellos. La justicia en la atención por parte del personal de la salud no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de necesidades básicas de la persona, en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico que se traducen en recurso humano que ofrezca una adecuada calidad de atención. Es un principio ético básico para la sociedad que trasciende las decisiones de la ética médica y compromete a los prestadores de salud en actos donde se requieren acuerdos sociales de justicia distributiva, es decir, a la distribución equitativa y adecuada de los beneficios y cargas de acuerdo a las circunstancias y situaciones particulares de las personas, sus actos y consecuencias hacia los demás (Sterling Posada, 2007) a partir de los principios: a) respeto a los derechos o a la legalidad vigente —el paciente como sujeto de derechos legítimos—; b) claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y los pacientes y entre ellos y el sistema; c) equidad —distribuir las cargas y beneficios equitativamente, no realizar discriminaciones injustas y proporcionar igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud—; d) protección para los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica; e) eficiencia profesional, institucional o del propio sistema de salud y, e) continuidad de la atención del usuario y en la sostenibilidad del sistema y de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos (León Correa, 2009).

Para Gracia (1999) los principios de la ética médica deben jerarquizarse en dos niveles: a) principios de primer nivel —justicia y no maleficencia— y, b) principios de segundo nivel —autonomía y beneficencia—. El primer nivel representa los mínimos éticos necesarios para el desarrollo de la sociedad, al tratarse de principios que: a) son exigibles por coacción; b) pertenecen a la ética del deber y la corrección y, c) son típicos pero exclusivos del derecho. Por su parte, el segundo nivel, recoge aquellos contenidos propios de la ética relacionados con la felicidad y autorrealización de los individuos y: a) no son exigibles por coacción; b) tratan de la excelencia moral y, c) devienen de la moral y no del derecho (Gracia, 1999).

Figura 10. Síntesis de principios de la ética médica



Fuente. Rosas, L.A. (2014).

Por su parte, Maliandi (2006) desarrolla principios secundarios o intermedios que delimitan a los cuatro grandes principios generales, mismos que, referidos a la ética médica se recogen en la tabla 21.

Tabla 20. Principios intermedios de la ética médica.

Principios generales	Principios secundarios
No maleficencia	<ul style="list-style-type: none"> ■ No abandono institucional ■ Precaución (sistemas de seguridad) ■ Responsabilidad institucional
Justicia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respeto a los derechos de los pacientes ■ Equidad en el acceso de la atención a la salud. ■ No discriminación ■ Equidad ante la escasez de recursos ■ Protección de la población vulnerable ■ Eficiencia institucional ■ Sostenibilidad de la atención
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participación del paciente ■ Consentimiento informado ■ Participación familiar ■ Educación en salud institucional ■ Custodia de información y confidencialidad
Beneficencia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Calidad existencial ■ Excelencia institucional ■ Plan de humanización institucional ■ Solidaridad institucional

Fuente. Maliandi (2006).

León Correa (2009), señala que la calidad de la atención al paciente implica: a) excelencia de resultados; b) ajuste de valor en el costo del servicio; c) ajuste a unas determinadas especificaciones o estándares y, d) satisfacción de las expectativas de los usuarios. Sin embargo, conseguir tal nivel de calidad implica: a) compromisos explícitos por parte de las instituciones; b) procesos de acreditación institucional; c) cercanía con el paciente —humanismo médico— y, d) ejercicio de la solidaridad social e individual.

Por último, el hecho de que organizaciones y profesionales médicos estén sometidos a estrictos códigos de ética no significa que éstos no se transgredan. La ética médica requiere que el profesional de la salud posea los conocimientos y destrezas necesarios para el ejercicio de su profesión⁸⁰, y, de este modo, evitar que cualquier déficit de conocimientos afecte a los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. El ejercicio de la medicina puede transgredir los principios éticos si: a) el interés de quien la ejerce sustituye el principio de beneficencia por el ánimo de lucro o el de notoriedad; b) si el médico mantiene intereses dicotómicos⁸¹ que afecten al principio de justicia; c) si el

⁸⁰ Por lo que todas las Academias Nacionales de Medicina inciden en los procesos de certificación de conocimientos y destrezas del médico...

⁸¹ Existen intereses dicotómicos cuando un médico obtiene una parte de los honorarios cobrados por otro al que el primero refirió un enfermo para tratamiento médico o quirúrgico.

médico elude el proceso de consentimiento informado⁸² anulando el principio de autonomía; d) si el médico practica en exceso la medicina defensiva⁸³ y atenta contra el principio de justicia —dispendios innecesarios del paciente— y contra el de no maleficencia —sometimiento del paciente a estudios que pueden conllevar riesgos—; e) si el médico enfrenta un conflicto de doble fiduciario — de acuerdo al principio de beneficencia, debe ser sólo fiduciario del paciente— e intenta curar al enfermo y complacer a la compañía para la que trabaja —aseguradora, banco— que habitualmente restringe el uso de recursos de diagnóstico o tratamiento; f) si el médico se obliga a cumplir estándares de productividad empresarial⁸⁴ cuando está empleado en consorcios médicos privados; si practica mecanismos de selección negativa al privilegiar—acorde a los lineamientos de aseguradoras⁸⁵ o empresas de contratación— la admisión de individuos jóvenes y/o sanos sobre la de los adultos mayores y/o la de individuos con propensión a ciertas enfermedades. Por lo que respecta a la medicina de los servicios públicos la falta de equidad es más que evidente debido a: a) el exceso de pacientes por médico; b) la falta de insumos; c) la burocracia administrativa; d) los frecuentes cambios de médico asignado al paciente. Todos estos factores propician un sistema público ineficaz. Por el contrario, en los centros privados la selección de pacientes privilegia la capacidad económica del enfermo quien puede recibir el alta médica, independientemente de que así lo amerite su situación clínica, si sus recursos se agotan. (Rivero Serrano, 2008).

4.5.1 La propuesta de Pellegrino y Thomasma

Pese a lo anterior, Pellegrino y Thomasma, consideran que la medicina es una comunidad moral identificada con el bien en función de tres factores que definen la actividad de sus

⁸² Cuando, durante su ingreso en el hospital, el médico se limita a que el paciente llene un formato autorizando las maniobras de diagnóstico y tratamiento necesarios, convierte el consentimiento informado en un mero trámite administrativo.

⁸³ Aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar controversias por encima del diagnóstico y tratamiento del paciente, con diferentes efectos negativos: prescribir medicamentos innecesarios; indicar estudios no relevantes para el diagnóstico; referir al paciente a centros de especialidad sin que sea necesario; seleccionar los pacientes evadiendo aquellos con padecimientos graves o complicaciones, entre otros.

⁸⁴ A través del incremento innecesario de recursos en diagnósticos y tratamientos para incrementar sus índices de productividad

⁸⁵ La relación médicos- aseguradoras es motivo de numerosos desvíos de los códigos de ética: argucias para para diferir el pago de gastos médicos a los asegurados; bajos pagos a los médicos; premios y promociones por menor uso de recursos; elección controlada de médicos para pacientes asegurados, etc. Casos similares suceden en la dicotomía médico-industria farmacéutica: Regalos-soborno, viajes, asistencia a congresos..., para promover un nuevo producto y lograr que el médico lo recete.

profesionales e imponen responsabilidades morales a quienes la practican: a) la naturaleza de la enfermedad como un fenómeno humano sitúa a la persona enferma en un contexto de vulnerabilidad y dependencia, lo que obliga al médico a buscar su bien; b) El carácter social de los conocimientos médicos puestos al servicio del enfermo y, c) el juramento hipocrático como promesa pública de poner la competencia profesional al servicio del bien de los enfermos e impone obligaciones morales específicas al profesional de la salud, por lo que es posible defender una ética médica cuyo principio básico es la beneficencia terapéutica respetando la autonomía del enfermo. Así pues, Pellegrino y Thomasma proponen un modelo de ética médica que llaman "*beneficence in trust*" (beneficencia fiducial o en la confianza), que exige al médico ser una persona virtuosa, digno de la confianza del paciente, y dispuesto poner sus conocimientos científico-técnicos al servicio del bien de cada paciente. Consideran, por otra parte, que la ética de los principios si bien sirve para determinar la corrección de los actos médicos prescinde de la formación del carácter de las personas, o sea, de la virtud ética (Aparisi, 2007). Es de suyo evidente que ésta debe orientarse no sólo a la búsqueda de criterios que juzguen la rectitud de las acciones, sino también a promover la bondad de las personas, por lo que proponen una tabla de virtudes médico-éticas: a) Justicia —dar a cada paciente lo que le es debido—; b) fidelidad al juramento —no traicionar la confianza del paciente—; c) benevolencia —desear que todo acto médico sirva al bien del paciente; d) prudencia —elegir la mejor alternativa de tratamiento y diagnóstico—; e) humildad intelectual —reconocer la ignorancia y admitir los propios límites—; f) compasión —empatía con la debilidad y el dolor del paciente— y, g) abnegación —subordinar los intereses individuales al bien del paciente (Pellegrino, 2008).

Cabe señalar, al respecto de esta muy conocida propuesta, que: a) entre los profesionales de la medicina se está imponiendo la tendencia a ser cada vez menos profesionales libres y cada vez más empresarios, gestores o simples asalariados y, b) existe una tendencia generalizada a convertir el paciente en cliente o consumidor de salud como un producto más de una sociedad mercantilizada/medicalizada. Pese a ello, Pellegrino y Thomasma mantienen la preservación del ideal ético de la medicina como profesión dedicada al bien del paciente.

4.6 ÉTICA HOSPITALARIA

A lo largo de las últimas décadas, los cambios surgidos en el ejercicio de la medicina, la aplicación de nuevos conocimientos, el uso de recursos tecnológicos de enorme sofisticación y, sobre todo, las nuevas formas de sostener económicamente la actividad médica, han transformado el contrato implícito entre un médico y un paciente en una maquinaria sumamente compleja en la que, poco a poco, se han ido integrando nuevos elementos: a) la aparición de terceros pagadores; b) diversas formas de contrato de seguro de compañías que se comprometen a atender las enfermedades que surjan en el asegurado; c) la incursión de grandes capitales de industriales que ofrecen instalaciones en hospitales privados y, d) la organización de los hospitales como organizaciones empresariales que no terminan de encontrar un punto de equilibrio entre la gestión administrativa y la ética médica. (Rivero Serrano-Paredes Sierra, 2002). Todos estos factores han transformado la organización hospitalaria de tal modo que ha dado lugar a una ética médica organizacional y, por tanto, deben considerarse las responsabilidades éticas de quienes la organizan, diferenciando entre a) los aspectos conceptuales de la ética médica⁸⁶ y, b) los aspectos propios de la acción del médico ante el enfermo. Por otra parte, es preciso deslindar la responsabilidad ética del médico de las responsabilidades éticas de quienes han diseñado los servicios de salud, y de las de quienes los administran.

No cabe duda, especialmente en los grandes centros hospitalarios privados, que la medicina ha evolucionado hasta convertirse en una industria cuyo propósito se enfoca en la productividad del acto médico, convirtiendo en un recurso tanto más estimable cuanto mayor sea su productividad, entendiendo ésta como la mayor capacidad del médico para emplear los recursos del hospital y generar beneficios. La institución, al funcionar como intermediario con intereses y orientaciones propias, modifica igualmente la relación médico-paciente.

La ética de estas nuevas modalidades de relación, el deslinde de la responsabilidad moral del médico servidor de una institución y ésta misma, y de ambos para con los pacientes, constituyen un terreno nuevo en el cual la urgencia de su discusión y esclarecimiento no puede escapar a la vista de

⁸⁶ Pertinencia de la investigación, obtención, utilización y conservación de células embrionarias; uso de contraceptivos para el control de la fecundidad; la eutanasia y otros aspectos de la muerte asistida; el aborto en las diferentes situaciones en que éste se puede dar y trasplantes en diversas magnitudes, entre otros.

nadie que sea responsable ante los imperativos de la práctica actual de nuestra profesión (Viesca, 2002).

De este modo, la consideración de la medicina —y de las organizaciones hospitalarias— como empresa moral fundamentada en un compromiso de confianza y honestidad se ve seriamente amenazada y es imperativo reafirmar la primacía de la obligación del médico para con su paciente sobre la relación del médico con la institución para la que trabaja. En este contexto, la medicalización de las organizaciones hospitalarias tiende a olvidar que su afán de desarrollo debiera centrarse en la protección de los más débiles y desvalidos, en vez de en el beneficio económico por encima del bien colectivo, eludiendo cualquier consideración ético-moral.

Crecientes nubarrones oscurecen nuestra obligación y amenazan con transformar la atención de la salud, cambiándola de un compromiso de confianza a un contrato de negocio. Los cánones comerciales desplazan a los cánones de la medicina, pisoteando los valores más sagrados de nuestra profesión. La medicina mercantilizada trata al paciente como centro de lucro... Los médicos y enfermeras son empujados mediante amenazas y sobornos a abdicar su compromiso con el paciente y a hacer a un lado a los más enfermos, cuyo cuidado puede no ser rentable (Policy 1997)⁸⁷.

El compromiso social de la medicina actual se realiza en un extraño contexto de atención gerenciada de la salud, en la que el médico, como prestador de servicios, está obligado a rendir cuenta de sus acciones, con frecuencia distorsionadas por mandatos corporativos, mientras la corporación que administra y dispone de los recursos convierte la atención de la salud en una industria y el acto médico en un bien de mercado.

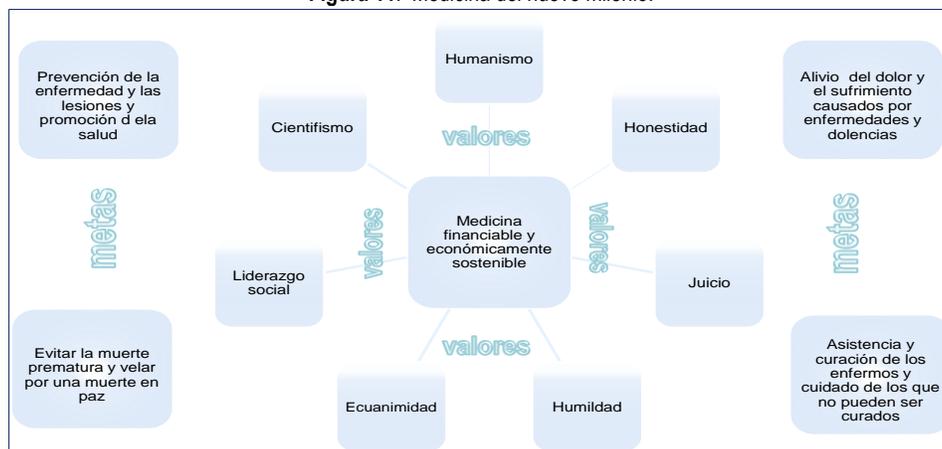
En tal contexto resultan aplastados los valores profesionales, y la medicina queda desprovista de autonomía intelectual bajo una espuria dominación burocrático-administrativa cuyo objetivo principal es la contención de costos -rehusando servicios-, para un mayor lucro corporativo (Patiño Restrepo, 2001).

Lo que propicia una serie de cuestionamientos: ¿el esquema empresarial que convierte al médico en empleado corporativo lo obliga a desentenderse de la defensa de los intereses del paciente? ¿La desregulación de la industria de la salud implica una nueva definición del médico asociándolo a un empleado corporativo consciente de los costos y de la necesidad de encontrar un equilibrio entre la calidad del producto y el lucro

⁸⁷ Policy, G. (1997). "Perspectives. Four patients, not for profits. A call to action". *JAMA* 278:1733. Citado por Patiño Restrepo (2001).

de la corporación? ¿El empleado corporativo de la medicina será capaz de mantener un compromiso social en el ejercicio de su profesión? ¿Será necesario redefinir las características de la vocación médica en el nuevo contexto socioeconómico? ¿Es irreconciliable la ética corporativa con la ética hipocrática? Preguntas, todas ellas, sin respuesta definida que, sin embargo, llevan a plantearse la necesidad de un proceso de conciliación y concertación entre la ética médica y la corporativa; a la definición de nuevos paradigmas contruidos a partir de la reordenación los valores tradicionales asociados a la profesión médica de modo que sea posible vincular: a) ciencia y tecnología médicas; b) burocracia corporativa y, c) el cuidado del paciente con los debidos niveles de efectividad y humanismo (Patiño Restrepo, 2001). Al respecto, Esguerra Gutiérrez (1998), tomando como referencia el estudio editado en 1996 por el Hastings Center, *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, señala que aunque la medicina moderna deba ser financiable y económicamente sostenible el ejercicio de la misma debe de conservar cinco características esenciales: a) honestidad; b) humildad; c) humanismo; d) ecuanimidad y e) juicio. A ellas, Patiño Restrepo (2001) añade f) científicismo y, g) liderazgo social. Los citados valores deben enfocarse en el cumplimiento de cuatro metas: a) prevención de la enfermedad y las lesiones y promoción de la salud; b) alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias; c) asistencia y curación de los enfermos y cuidado de los que no pueden ser curados y, d) evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Figura 11. Medicina del nuevo milenio.



Fuente. Rosas, L.A. (2014). Basado en Esguerra (1998), Patiño (2001) y Hastings Center (1996).

Planeación ético-estratégica hospitalaria



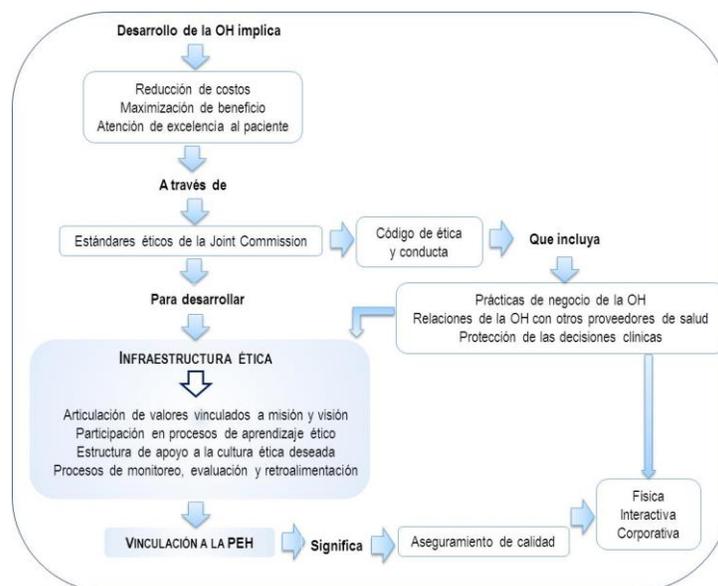
5.1 CONSTRUCCIÓN DE UNA ESTRUCTURA ÉTICA HOSPITALARIA

Con frecuencia, la literatura señala la necesidad de asumir que los códigos de ética organizacional no siempre coinciden —total o parcialmente— con lo que es deseable para mejor desarrollo organizacional, especialmente en épocas como la actual, signadas por la competitividad extrema y las constantes crisis económicas que obligan, con mayor frecuencia de lo aconsejable, a sacrificar los factores éticos en pro de la maximización de las ganancias corporativas. Brecha que adquiere particular relevancia en el caso de las organizaciones de salud en general y, de las hospitalarias, en particular. En este contexto, la consideración de los factores éticos dentro de los procesos de planeación estratégica de las OH se vuelve un elemento indispensable en el desarrollo de una estructura organizacional equilibrada. Más allá de la ética clínica y de los comités de ética hospitalaria, los administradores de las OH deberán esforzarse en construir un enfoque integrado que permita reestructurar la cultura hospitalaria para comprometerla con los principios éticos derivados del cuidado de la salud sin generar —en la medida de lo posible— conflictos de interés. Lo que significa, en otros términos, hallar el justo punto de equilibrio entre: a) reducción de costos; b) maximización de beneficios y, c) atención de excelencia en el cuidado del paciente de acuerdo a los estándares éticos recogidos por la Joint Commission⁸⁸ : a) operación de la OH de modo acorde a un código de conducta ética; b) inclusión en el código ético de prácticas de negocio derivadas de desempeño de la OH —mercadotecnia, admisiones, traslados, altas y cobros—; c) inclusión en el código ético de las relaciones de la OH y su personal con otros proveedores de servicios de salud, instituciones educativas y aseguradoras y, d) protección, a través del código de ética profesional de la integridad de las decisiones clínicas independientemente de los factores económicos asociados a ellas —formas de pago, riesgos económicos compartidos, etc.—. Ello con el fin de desarrollar una adecuada infraestructura ética a

⁸⁸ La Joint Commission Internacional es la organización con más experiencia en acreditación de todo el mundo. Lleva más de 50 años dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias. En la actualidad acredita cerca de 20.000 organizaciones a nivel mundial que solicitan la acreditación de forma voluntaria. La información y la experiencia obtenidas al evaluar estas organizaciones se utiliza a su vez para actualizar los estándares periódicamente, adecuándolos así a los cambios de los servicios sanitarios. Los distintos programas de acreditación establecen sistemas de evaluación que incorporan las áreas clave de atención interdisciplinaria centrada en el paciente y los aspectos básicos de la gestión y organización de los centros. Tienen la función de ayudar a las organizaciones que proporcionan hospitalización o atención ambulatoria a reforzar sus iniciativas en seguridad del paciente, mejorar la gestión y reducción del riesgo y aumentar la confianza de la comunidad mediante su compromiso con la calidad y la atención centrada en el paciente.

partir de cuatro postulados básicos: a) desarrollo de un proceso formal para aclarar y articular los valores organizacionales vinculados a la misión y visión de la OH; b) participación de los actores involucrados en procesos de aprendizaje ético a través del diálogo y el debate vinculados a la prestación de servicios; c) diseño e implementación de estructuras que apoyen y respalden la cultura ética deseada; d) diseño e implementación de procesos de monitoreo, evaluación y retroalimentación sobre la ejecución ética de la OH y, e) vinculación de la estructura ética de los cuatro postulados anteriores a los procesos de planificación estratégica organizacional (Waymack, 2006; Rivera Gutiérrez, 2003) con el fin de asegurar los tres niveles de calidad correspondientes a OH: a) calidad científico-técnica o física —atención al paciente de acuerdo a los principios de la ética clínica—; b) calidad funcional o interactiva —componente interpersonal del proceso asistencial: interacción paciente-profesional— y, c) calidad corporativa —desarrollo de la OH: imagen que ofrece prácticas de negocio, servicios— (Aranaz Andrés, 1998).

Figura 12. Contexto de formación de la estructura ética hospitalaria y vinculación a la PEH.

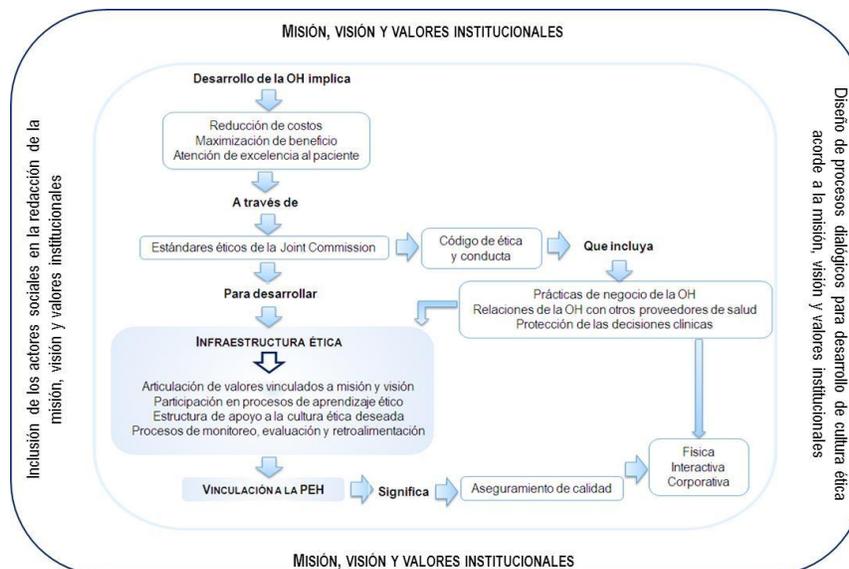


Fuente. Rosas, L.A. (2014).

Lo que sería imposible de llevar a la práctica sin la articulación clara y significativa de los valores organizacionales vinculados a la misión y visión de la HO, es decir: a) desarrollo de la misión, visión y valores como parte de un plan ético-estratégico organizacional; b) inclusión de todos los actores sociales relacionados con la OH en la redacción de la misión, visión y valores organizacionales; c) diseño de procesos

dialógicos sobre ética y asuntos éticos para desarrollar una cultura ética acorde a la misión, visión y valores institucionales (Rivera Gutiérrez, 2003).

Figura 13. Articulación de los valores institucionales a la estructura ética.

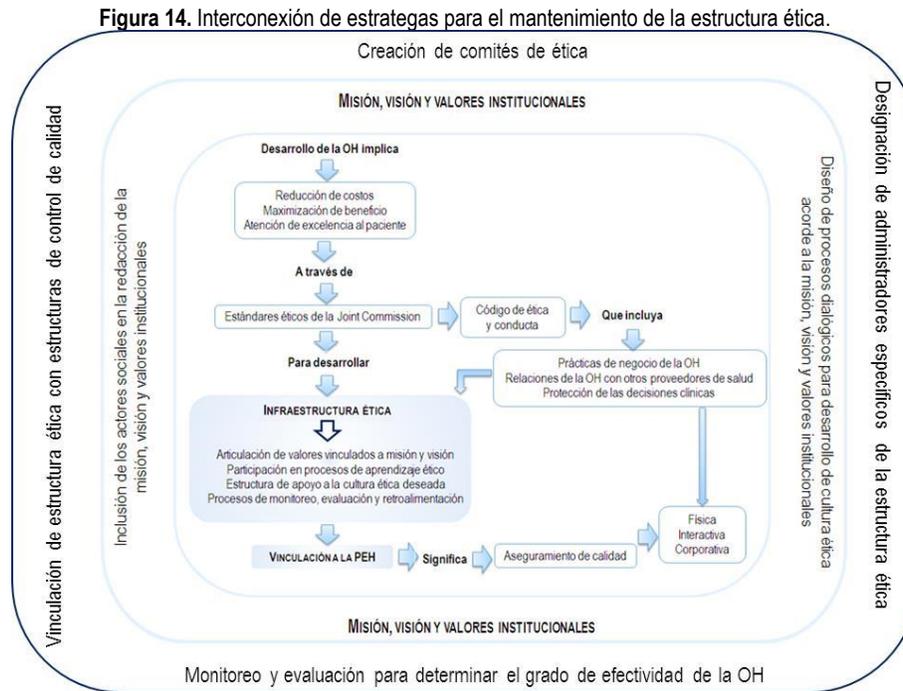


Fuente. Rosas, L.A. (2014).

La construcción de la estructura ética hospitalaria requiere, a su vez, del diseño e implementación de estrategias interconectadas que respalden dicha estructura y apoyen la cultura ética, lo que implica: a) creación de comités de ética; b) designación de administradores específicos responsables de mantener la estructura ética organizacional y su evaluación a través de encuestas comunitarias; c) integración de dichas estructuras con las estructuras de control de calidad y con los sistemas y procesos de evaluación de la OH y, d) monitoreo y evaluación de los puntos anteriores para determinar la efectividad de la organización de acuerdo a la estructura ética [v. figura 14].

La implementación y mantenimiento de la estructura ética hospitalaria implica, necesariamente: a) retroalimentación de los pacientes; b) diseño y evaluaciones de ética e integridad y, c) examen periódico de procesos y resultados relacionados con la toma de decisiones éticas. Igualmente, la construcción y mantenimiento de la estructura ética hospitalaria exigirá al administrador de la misma actualización constante respecto a los asuntos relevantes referidos a la ética clínica y organizacional —bibliografía, seminarios, etc. — además de la asunción de dos principios básicos: a) toda decisión administrativa

debe tener un componente ético y, b) la ética debe preceder a la ley en la toma de decisiones.

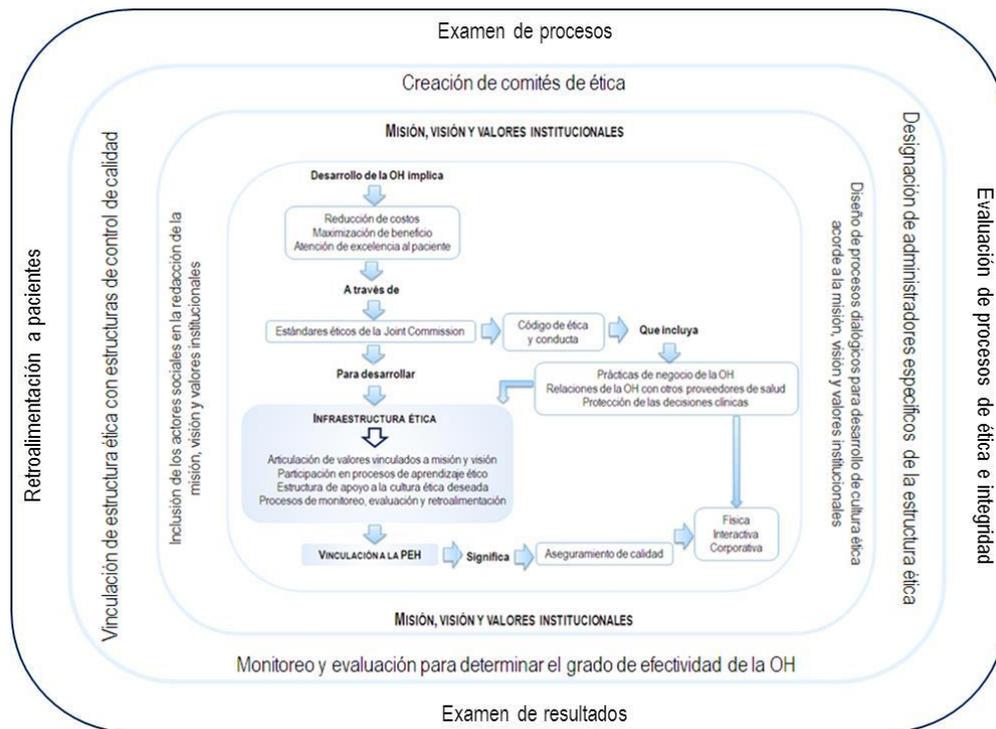


Fuente. Rosas, L.A. (2014).

Desde esta perspectiva, el administrador de una OH que ignore o minimice la importancia de las cuestiones éticas priorizando sobre ellas los postulados legales se arriesga a obtener una panorámica incompleta de su organización y, por ende, a tomar decisiones erradas por insuficiencia de información. En este sentido, cabe señalar que el administrador de una OH, más que un tecnócrata neutral, debe considerarse:

Un agente moral, alguien que afecta moralmente y es moralmente afectado por acciones a su alrededor. Esto significa que la toma de decisiones gerenciales no está libre de valores. El paciente depende de organizaciones de salud y su personal para servicios únicos en una sociedad. La responsabilidad del administrador hacia los pacientes tiene prioridad sobre su responsabilidad fiduciaria para con su organización. Proteger al paciente es más que proveer un ambiente seguro y un personal competente. Es más que una acreditación del Joint Commission. Es más que un superávit en el presupuesto. (Rivera Gutiérrez, 2003)

Figura 15. Interconexión de estrategias para el mantenimiento de la estructura ética (II).



Fuente. Rosas, L.A. (2014).

5.2 ELEMENTOS PARA CONSTRUIR UNA ESTRUCTURA ÉTICA HOSPITALARIA

La construcción de una estructura ética sólida y acorde con los principios que rigen tanto la ética organizacional como la clínica, requiere de cuatro elementos esenciales citados tangencialmente en el punto anterior: a) articulación de valores; b) procesos de aprendizaje; c) cambio cultural y cooperación comunitaria para establecer dicho cambio (Waymack, 2006).

5.2.1 Articulación de valores

Toda EEH supone la construcción entrelazada de varias estructuras secundarias en las que participan numerosos actores sociales —personal médico-sanitario, trabajadores sociales, la propia OH, instituciones académicas, laboratorios farmacéuticos, gobierno, y una comunidad en la cual y para la cual se practica el cuidado de la salud— que deben de trabajar armónicamente en pro de un entendimiento compartido de los propósitos y valores que se buscan con el fin de minimizar las diferencias de valores y visiones y, por

ende, la aparición de conflictos y antagonismos capaces de vulnerar la cooperación necesaria en detrimento de la consideración de la salud comunitaria considerada como un todo global. Para ello, el administrador hospitalario deberá, en primer lugar, construir una clara articulación de los valores básicos compartidos por los actores sociales y desde los cuales deberá desarrollarse la OH (Waymack, 2006).

Tabla 21. Valores elementales de una OH desde la perspectiva de la ética organizacional.

Tipo de valor	Actores	Valores
Profesionales	Personal médico-sanitario	Compromiso con las necesidades del paciente Respeto y promoción por la pericia profesional
Comunitarios	Comunidad	Promoción de la salud pública a través de educación y servicios Promoción de la salud pública a través de la mejora del orden público
De negocio	Administrador hospitalario	Respeto por los empleados y asociados de negocios Salud económica y florecimiento a largo plazo de la OH

Fuente. Waymack (2006)

La tarea del administrador hospitalario consistirá en organizar dichos valores para que actúen en la misma dirección, considerando que ninguno de ellos, individualmente, será capaz de determinar las acciones de la OH⁸⁹. En otros términos, requiere hallar un punto de equilibrio entre la salud del paciente, la salud de la comunidad y la salud económica de la OH y de los actores sociales que la integran con el fin garantizar justicia y equidad entre todos los actores involucrados.

5.2.2 Procesos de aprendizaje

La articulación de los valores institucionales requiere, en primer lugar, la creencia en los mismos de los actores sociales involucrados, para lo cual será necesario diseñar e implementar diferentes procesos de aprendizaje. Por lo que respecta al personal médico sanitario⁹⁰, será necesario considerar: a) el código de ética clínica como estándar mínimo de conducta y, b) la tradición de ética clínica como medio de interpretación de las responsabilidades éticas profesionales a través de situaciones particulares y concretas. Ambos elementos inciden en las obligaciones éticas relativas al paciente y, de modo colateral, a aquellas que refieren a la comunidad y a otros profesionistas relacionados con la práctica clínica. Cabe señalar, sin embargo, que el aprendizaje de la ética debe

⁸⁹ Por ejemplo: en compromiso hacia paciente o a la comunidad que no considere la realidad económica lesionará la salud financiera de la OH en detrimento de su mejor desarrollo y, a largo plazo, vulnerará los valores tanto de la comunidad como del paciente. De igual manera, el interés desmesurado en los valores del negocio socavarán la atención al paciente y a la comunidad anulando los principios básicos de la ética clínica: servir las necesidades de salud.

⁹⁰ Médicos, enfermeras, técnicos laboratoristas, asistentes de enfermería, etcétera.

derivar —más que de textos, códigos o tradiciones— de la observación directa reforzada por el ejemplo por lo que es esencial que sea considerada una parte vital de la educación médica profesional, tanto en el aula como en las prácticas clínicas. Al igual que sucede con el personal médico-sanitario, el resto de los actores sociales involucrados en el cuidado de la salud⁹¹ deben considerar que el hecho de no atender directamente al paciente no implica que carezcan de responsabilidades éticas ni que no deban de adherirse a estándares éticos determinados tanto por la OH como por las diversas industrias relacionadas con ella. Por otra parte, ambos elementos —médico-sanitarios y para-profesionistas asociados al cuidado de la salud— deben considerar las directrices gubernamentales alusivas a la salud pública y, al gobierno, como un mediador eficaz para desarrollar actitudes de cooperación entre la totalidad de los elementos encargados de velar por la salud como un bien público que beneficia a toda la comunidad.

En síntesis, es preciso señalar que la totalidad de los actores involucrados en el proceso de atención a la salud requiere de ciertos procesos de aprendizaje para enfocar o reenfocar la educación ética previamente recibida, de modo que puedan equilibrar la presión administrativa que tiende a privilegiar la eficiencia de tiempo y de recursos con la presión ética demandada por los principios morales de atención al paciente que, en cualquier caso, debe percibirse como persona y no como oportunidad o riesgo económico (Waymack, 2006).

5.2.3 Cambio cultural

Lo anteriormente descrito debe propiciar un severo cambio cultural en la OH que aliente la toma de decisiones de alta calidad ética y la construcción de una sólida estructura ética.

5.2.3.1 Ética organizacional

Las OH juegan un rol esencial en la prestación de la atención a la salud con base en la tecnología y, el éxito de su desarrollo sólo es posible cuando son operadas como una industria que, al igual que cualquier otra organización del sector productivo para considerarse exitosa debe: a) enfatizar la calidad de su trabajo y su producto con el fin de obtener beneficios dado que, si se centra en el beneficio en detrimento de la calidad dicho beneficio no se materializará y, b) seleccionar líderes con una sólida visión ética capaces

⁹¹ Investigadores, farmacéutas y proveedores de servicios y suministros en el área de salud, denominados por Waymack (2006) como para-profesionistas.

de articular con efectividad y eficacia los elementos esenciales de la ética corporativa (Collins, 1994). Una teoría que, en las OH, adquiere especial relevancia dado que el cuidado de la salud conlleva elementos morales de la máxima importancia al tratarse de una industria que confronta y responde al sufrimiento y la vulnerabilidad humanas en la que el usuario —paciente— está obligado a confiar —con absoluta dependencia— en que será atendido de acuerdo a los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia distributiva y autonomía que sostienen el código de ética clínica. Ello significa que las OH —dada la altura moral del servicio prestado— deben incorporar a sus esquemas de planeación ético-estratégica —organizacional— algunos componentes de la ética clínica que caracteriza la profesión médica, por lo que su estructura ético-organizacional será diferente de la de otros negocios del sector productivo.

5.2.3.2 La organización ética de la atención a la salud

La estructura ética de las OH deberá contar con: a) valores articulados; b) procesos éticos efectivos y, c) liderazgo ético y efectivo. Cabe señalar que la articulación de los valores éticos en las OH es de implementación reciente dado que la práctica médica asociada a la tecnología también lo es. El documento que recoja dicha articulación deberá incidir tanto en el reconocimiento del estatus moral derivado de la atención a la salud como en los compromisos morales que la institución adquiere hacia los pacientes y hacia la comunidad en general.

Tabla 22. Valores elementales de una OH desde la perspectiva de la ética organizacional (II).

Compromiso con	Descripción de compromisos
Valores profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidado médico profesional de alta calidad. ■ Profesionalismo del personal médico-sanitario y asociado a la OH. ■ Visión del paciente como persona y no como oportunidad o riesgo económico.
Valores de negocio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Énfasis en la calidad del servicio sobre el margen de beneficio. ■ Mejores prácticas—usuarios, inversionistas, empleados, comunidad—. ■ Énfasis en la salud económica de la OH
Valores comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> ■ Espíritu de servicio hacia la comunidad: cobertura de necesidades médicas.

Fuente. Waymack (2006)

Una vez conseguida la articulación de los valores institucionales y declaradas la misión y visión de la OH, con los correspondientes compromisos claramente establecidos, es preciso traducir el ideal ético —misión, visión, valores— a acciones operativas a

desarrollar en el funcionamiento cotidiano de la OH a través de políticas efectivas que fomenten la cultura organizacional de comportamiento ético: a) delimiten el comportamiento requerido para lograr los citados compromisos morales⁹²; b) implementen los valores de la OH en la distribución de recursos con el fin de integrar los elementos éticos en el proceso de PEH; c) esbocen lo que la OH considera procesos de decisión éticos y, d) incluyan elementos éticos en los procesos de evaluación y promoción de personal⁹³.

Además de la articulación de valores y del diseño e implementación de políticas efectivas, ninguna OH puede desarrollar una estructura ética sólida sin un proceso de liderazgo efectivo, tan importante en las cuestiones éticas como en las financieras. Al igual que en otros aspectos, las relaciones de poder/autoridad en una OH son levemente diferentes a las de otras industrias del sector productivo debido a: a) el nivel de autonomía del personal médico respecto a la administración de la OH⁹⁴; b) el nivel de autonomía del personal sanitario respecto a la administración de la OH⁹⁵ y, c) efectividad del liderazgo de la administración de la OH desde la alta gerencia a los niveles operativos inferiores.

A partir de lo expuesto resulta evidente la necesidad de reenfocar la estructura ética de muchas OH, especialmente en lo relativo a una reconsideración de la enumeración y categorización de los valores centrales y objetivos de dichas organizaciones, sus obligaciones, políticas y conductas ético-organizacionales. En otros términos, se requiere un cambio en la cultura de la OH que debe aprender a pensar y comportarse de una manera diferente, vinculando dicho cambio conductual a sus procesos de PEH, para transformar la planeación estratégica en planeación ético-estratégica a partir de procesos dialógicos en los que participen la totalidad de los actores sociales de la OH y, cuando el caso lo requiera, a través de la formación de comités multidisciplinarios y multi-institucionales. Al respecto Spencer (2000) señala que dichos

⁹² Waymack (2006) señala, a modo de ejemplo, que en los Estados Unidos, donde el aborto electivo es legal, los hospitales católicos cuentan con una política que especifica que no practican el aborto electivo dado los compromisos morales que el hospital tiene en contra del aborto.

⁹³ Especialmente cuando se utiliza como estándar de promoción el uso efectivo de tiempo y recursos.

⁹⁴ Dado que la toma de decisiones clínicas del personal médico se realiza únicamente en función de su juicio profesional que es completamente independiente del juicio administrativo.

⁹⁵ Dado que la toma de decisiones clínicas del sanitario se realiza en función de su juicio profesional pero, también, al ser empleados de la OH, de la administración de la misma, de las directrices del médico y, en el caso de las enfermeras de su devoción al paciente.

comités son un importante instrumento facilitador del diálogo ético en los momentos iniciales de la construcción de la estructura ético-hospitalaria al permitir la exposición de diferentes perspectivas en torno a las problemáticas derivadas de la atención a la salud, así como para presentar alternativas, probar soluciones, evaluar los esfuerzos realizados y reconsiderar —si fuera necesario— compromisos previamente establecidos. Sin embargo, Waymack (2006) enfatiza que aun cuando los comités pueden desarrollar una excelente labor de intermediación y asesoría, la solidez de la estructura ética de la OH depende, en realidad, de la efectividad de los líderes responsables de ella y de la respuesta que dichos líderes otorguen a cuatro preguntas básicas: a) ¿Cómo cambiar la misión y la visión de la OH para elevar su nivel de ética?; b) ¿Cómo describir los citados cambios en un código de ética o una declaración de valores?; c) ¿Cómo transformar las políticas de la OH para acomodar en ellas la nueva articulación de valores?; d) ¿Cómo iniciar y asegurar procesos dialógicos constructivos que involucren a todos los actores sociales?

5.2.4 Cooperación comunitaria

Waymack (2000) describe, que el administrador de una organización hospitalaria enfrenta decisiones difíciles al intentar hallar un punto de equilibrio entre la ética clínica que prioriza la atención al paciente— y la ética organizacional —que prioriza la atención al negocio— enfrentándose, con frecuencia, a numerosos valores en conflicto. Así, por ejemplo, proveer de cuidados gratuitos pacientes de bajos recursos pertenecientes a su comunidad —salud pública— no es rentable para la OH que, en una situación extrema, podría incluso verse en la obligación de suspender su operación; por otra parte, proveer tratamientos sin la debida compensación económica podría traducirse en la imposibilidad de adquirir infraestructura tecnológica de vanguardia disminuyendo, con ello, sus índices de competitividad respecto a otras OH cuyos pacientes cuentan con recursos suficientes para costear cuidados médicos; adicionalmente, al carecer de dicha infraestructura puede perder las acreditaciones nacionales e internacionales que le confieren el reconocimiento como una institución de calidad y, en consecuencia, arriesgarse a altas rotaciones de personal especializado debido a la imposibilidad de cubrir los honorarios demandados por sus trabajadores. En síntesis, tal y como se ha reiterado anteriormente, si bien la ética es lo mejor de una OH, a criterio de sus administradores no siempre es lo más deseable para el buen funcionamiento de la misma.

Por ello, es indispensable para un desarrollo exitoso de las OH un esfuerzo conjunto de cooperación comunitaria que involucre a la institución, a su personal, a las industrias asociadas, a las instituciones académicas, a los organismos gubernamentales y a la comunidad de usuarios. Esfuerzo que permitirá a la OH desarrollar procesos de planeación ético-estratégica con el debido equilibrio ético y financiero a partir de compromisos mutuos compartidos.

5.3 MODELO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA ESTRUCTURA ÉTICA HOSPITALARIA

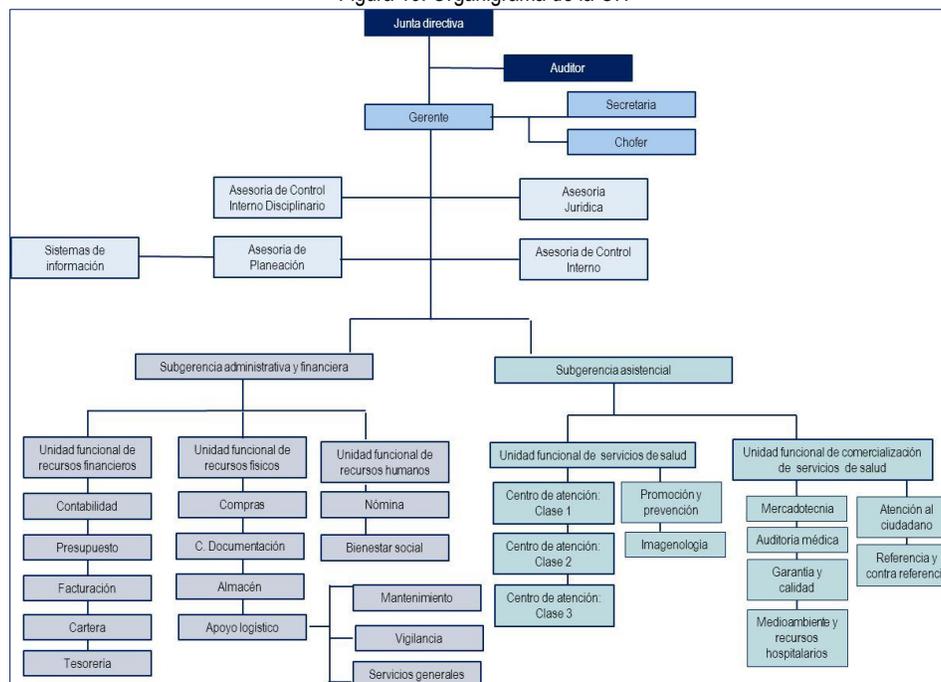
A modo de referencia, se describe a continuación un modelo de construcción de estructura ético-hospitalaria y su vinculación con los procesos de planeación estratégica. El modelo corresponde a una OH hipotética privada.

5.3.1 Descripción de la OH

Organización hospitalaria con treinta años de trayectoria, ubicada en el área metropolitana Ciudad de México, afiliada a la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP) y certificada⁹⁶ por el Consejo de Salubridad General desde el año 2000. La OH cuenta con cuarenta especialidades, y salas de alta especialización para cateterismo y medicina pulmonar. Adicionalmente, ofrece servicios de urgencia, hospitalización, quirófanos de alta especialidad, unidad de cuidados intensivos, hemodiálisis, unidad de cuidados cardiológicos, laboratorio clínico especializado, unidad de deimagenología, unidad de medicina transfusional con aféresis y banco de sangre, así como área de rehabilitación física y unidad de neurofisiología clínica. La OH desea iniciar un proceso de planeación ética estratégica a cinco años con el fin de consolidar su liderazgo en su zona geográfica de referencia y conseguir nuevas acreditaciones a partir del logro de una mayor incidencia en la prestación de servicios médicos con calidad, ética y seguridad, por lo que reenfocará su misión, visión y valores con el fin de crear una estructura ética sólida que pueda vincular a su proceso de PE. El organigrama de la OH es el que a continuación se presenta.

⁹⁶ La certificación de establecimientos de atención médica es un proceso voluntario mediante el cual el Consejo de Salubridad General valida el cumplimiento y garantiza que las instituciones de salud certificadas laboren con los más altos estándares de calidad en la atención médica, seguridad hospitalaria, normatividad vigente y políticas nacionales prioritarias de salud

Figura 16. Organigrama de la OH



Fuente. Rosas Contreras, L.A. (2014).

La OH interactúa dentro de su zona geográfica de referencia conforme a lo estipulado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos así como por lo dispuesto en la normatividad vigente relativa a la atención a la salud; igualmente desarrolla sus actividades con total respeto a las costumbres, creencias y saberes de sus usuarios frente a la restauración de su salud y a la de su comunidad. Así mismo, promueve los procesos sociales necesarios con el fin de mantenerse, reformarse o transformarse, de modo acorde a las necesidades de los individuos, familias y comunidades —considerados como sujetos activos con capacidad para seleccionar los mecanismos que respondan a sus aspiraciones de salud—.

5.3.2 Construcción de la estructura ética

La OH⁹⁷ tiene el gusto de presentar a su personal, empresas e instituciones colaboradoras, pacientes y comunidad en general, la actualización de su misión y visión organizacional, así como de los nuevos principios y valores que conforman su estructura ético-organizacional, a la espera de que sirvan de guía para todos aquellos que, directa o indirectamente, están involucrados en el mejor desempeño de nuestra organización. La misión y la visión organizacionales responden a

⁹⁷ Nombre de la OH.

dos preguntas esenciales: ¿Por qué existe la **OH**? ¿Cuáles son sus metas a mediano y largo plazo? Ambas resumen el proceso de planeación de la **OH**, mismo que debe de ser conocido y practicado por la totalidad de sus miembros.

5.3.2.1 Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con un equipo humano comprometido y altamente calificado que trabaja en pro de la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias; priorizando la seguridad del paciente, el trato humanizado, el mejoramiento continuo de la calidad y la formación del talento humano en salud para el desarrollo social de nuestra comunidad a través de la práctica de una ética humanista comprometida con el respeto a la vida y la dignidad del paciente.

5.3.2.2 Visión

Alcanzar niveles de competitividad nacional e internacional en la prestación de servicios especializados de salud, mediante la mejora sostenida de la calidad de la atención al paciente y la tecnología de vanguardia, a través de prácticas ético-estratégicas en las que todos los procesos de la atención médica se desarrollen de acuerdo a principios ético-humanistas que promuevan el máximo nivel de calidad y el respeto a la vida, la dignidad y los derechos humanos.

Lo que implica:

- Analizar las expectativas y necesidades de los usuarios para satisfacerlas de forma amable, ágil, oportuna, eficaz, segura, de acuerdo a criterios que garanticen el respeto a su dignidad.
- Ganar confiabilidad a través de la consecución de una imagen corporativa de excelencia en el servicio.
- Ofrecer un portafolio de servicios que enfatice la atención de media y alta complejidad.
- Formular políticas orientadas a maximizar la capacidad de servicio del talento humano de la organización, motivándolo psicológica y económicamente; estimulando su sentido de pertenencia a través de una inducción oportuna y completa, el respeto a su dignidad, la educación continua, los incentivos a la proactividad y los mecanismos contractuales flexibles.
- Desarrollar un modelo de atención a la salud articulado a redes de orden municipal, estatal nacional e internacional; que integre investigación, desarrollo

tecnológico, innovación, docencia, y formación de talento humano en servicios de salud.

- Forjar alianzas con los sectores gobierno, salud, educativo, empresarial para poder operar como un modelo administrativo-asistencial altamente eficiente y eficaz, con óptimo uso de su capacidad instalada, procesos administrativo-asistenciales sistematizados, servicios de urgencias y manejos ambulatorios ágiles, metodologías y tecnologías de alta costo-efectividad; con adaptación permanente a los cambios del entorno para lograr una organización sustentable.

5.3.2.3 Principios y valores

Considerados las guías ético-morales que la **OH** desea desarrollar, los principios —leyes universales e inmutables que inspiran la conducta personal y social esperada de todos los colaboradores de la OH—y valores — bienes descubiertos y elegidos de manera libre y consciente, que buscan ser realizados como un modelo de ideal deseado— son las guías éticas y morales que se desean desarrollar y que todos los actores sociales relacionados con la OH deben tomar en cuenta durante su práctica profesional, con el fin de desarrollar hábitos y actitudes positivas que permitan el cumplimiento de la misión institucional y el desarrollo de la OH. Derivado de ello, el cumplimiento de la misión de la OH se llevará a cabo conforme los citados principios, además de la observación de los acordados y establecidos en los procesos, guías, protocolos, planes y programas institucionales. Los valores institucionales acordados y aprobados como base de la operación cotidiana de la organización y del desarrollo de la gestión empresarial han sido concertados entre el equipo de gerencia, el Comité de Calidad y el Comité de Ética, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos por la OH, agregando valor a los servicios de atención a la salud. Así, todos los profesionales involucrados en la OH nos comprometemos a orientar nuestro trabajo de acuerdo a los principios organizacionales y valores corporativos propiciando su aplicación para el mejor desarrollo organizacional.

Tabla 23. Valores elementales de una OH desde la perspectiva de la ética organizacional (III).

Principios institucionales	
	Somos solidarios
Mantenemos una relación laboral y comunitaria que beneficie la consecución de los objetivos propuestos en la OH.	
	Somos tolerantes
Respetamos y tenemos consideración hacia las maneras de pensar actuar y sentir de los demás, aunque éstas sean diferentes a las nuestras, sin perjuicio de los derechos y deberes que nos asisten.	
	Somos participativos
Aseguramos la participación de todos y cada uno de los integrantes de la institución en la búsqueda de un objetivo común.	
	Somos competitivos
Aseguramos a quienes utilizan nuestros servicios, sus familiares, comunidad, proveedores y demás visitantes, que nuestra institución cuenta con los recursos necesarios e idóneos para garantizar su satisfacción.	
	Somos comprometidos
Prestamos el servicio requerido por el paciente en el momento indicado, sin retrasos que pongan en riesgo su salud.	
	Somos oportunos
Vamos más allá del deber en el desempeño y cumplimiento de nuestras funciones porque, como parte integral de la OH, identificamos y queremos lo que hacemos.	
Valores institucionales	
Somos honestos	
Actuamos en forma justa, honrada, recta y decente con nosotros mismos y con los demás, con transparencia en la gestión administrativa y asistencial, con coherencia hacia los principios y políticas de la OH porque creemos auténticamente en ella.	
Somos respetuosos	
Mantenemos un trato cordial y uniforme entre servidores y usuarios, independientemente de la condición política, social, económica, religiosa, de raza o creencia en pro de una sana convivencia.	
Somos equitativos	
Actuamos de acuerdo con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud.	
Somos responsables	
Asumimos con compromiso y conciencia las consecuencias de nuestros actos, con dedicación e interés máximo en el cumplimiento de los deberes y funciones desempeñadas.	

Fuente. Rosas, L.A. (2014).

Lo que conforma una OH responsable, consigo misma y con los demás, en relación a su capacidad de trabajo y el desarrollo de sus funciones y las consecuencias de sus decisiones, actos y omisiones, mientras mantienen la mejor disposición para el intercambio de acciones, experiencias e ideas en pro de los mejores resultados que puedan ser obtenidos para el paciente, la organización y la comunidad. Además de los principios y valores institucionales previamente expuestos, es preciso considerar los valores y principios de la ética clínica, mismos que han sido ampliamente comentados en capítulos anteriores.

Así conformada, la OH dispone de una sólida estructura ética que le permite ofrecer servicios de salud de manera justa, integra y ecuánime, con el fin de mejorar la calidad de vida de su comunidad de referencia, independientemente de la ideología política, religiosa, étnica, orientación sexual o régimen de vinculación de sus usuarios a los sistemas de salud. Igualmente, propicia una conducta personal estable y honrada al servicio de los demás y en beneficio propio, a impulsos de la propia vocación y con la

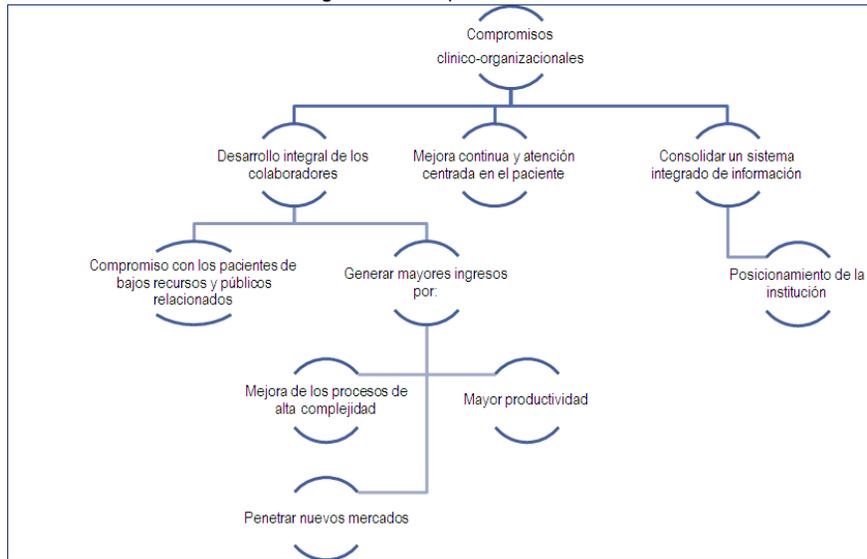
dignidad que corresponde a la persona humana, reflejando el compromiso adquirido con los pacientes, la organización y la comunidad. Ello le permite: a) asumir compromisos de fidelidad, respeto y rectitud para actuar siempre en favor del paciente y de la propia OH; b) entender la necesidad de prestar ayuda de forma desinteresada a partir de formas de comportamiento que resulten benéficas para el paciente, la organización y la comunidad y, c) desarrollar su trabajo con honestidad y decoro desde un respeto profundo a la normatividad vigente. Adicionalmente, y de acuerdo a los procesos de planificación ético-estratégica, enfoca los recursos disponibles para sus actividades: a) de modo acorde al cumplimiento de la misión institucional; b) conforme a la legislación vigente relativa al sector de la salud; c) de conformidad con los procesos, procedimientos y protocolos: estratégicos, clínicos, de apoyo logístico y de evaluación, descritos en el manual de procesos de la OH, conforme al programa de PE y fortalecimiento institucional; d) con énfasis en la aplicación de las políticas de alto impacto ético, referidas a la actualización y mejora de la calidad de los bienes y servicios prestados; e) orientándolos a obtener mayor eficiencia y eficacia en la aplicación de procesos que garanticen la satisfacción de pacientes, personal y comunidad; f) Propiciando el desarrollo del recurso humano comprometido en el cumplimiento de la misión institucional, por medio de políticas de capacitación y reconocimiento de méritos orientados a mejorar el desempeño laboral; g) con participación activa de su comunidad de referencia a través de mecanismos que la protejan y defiendan sus derechos como usuarios del servicio.

5.3.2.4 Responsabilidad ética y legal

- Implementar y mantener un programa de integridad ética de la OH.
- Establecer un comité de ética constituido por miembros de varias unidades funcionales de la OH multidisciplinario y efectivo.
- Asegurar que tanto la totalidad de las unidades funcionales de la OH como el personal médico-sanitario y para-profesional, así como todas aquellas instituciones y, en general, la comunidad a la que sirve la OH, conozca y comprenda el Código de Ética y sus responsabilidades como actores involucrados en el desarrollo de la OH.

5.3.2.5 Compromisos

Figura 17. Compromisos éticos



Fuente. Rosas, L.A. (2014)

5.3.2.6 Proceso de toma de decisiones

La OH adoptará un proceso para toma de decisiones el cual deberá ser utilizado por todas las unidades funcionales de la misma y sus equipos de liderazgo, cuando vayan a tomar decisiones importantes. Este proceso para tomar decisiones estará diseñado para asegurar que la misión de la OH y sus valores se consideren cuando se tomen este tipo de decisiones.

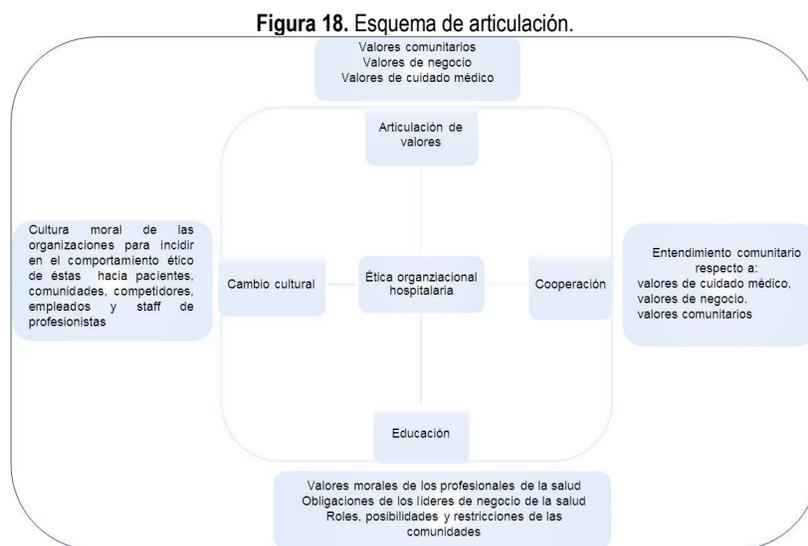
5.3.2.7 Plan de trabajo del comité de ética

Tabla 24. Plan de trabajo del Comité de Ética.

Comité de Ética	
Subcomité de Ética Hospitalaria y Educación Médica	Promoción y educación de bioética en salud entre la totalidad de los actores involucrados.
Subcomité de Ética Organizacional	Seguimiento e implementación de la estructura ética. Difusión de la estructura ética entre todos los actores sociales involucrados. Organización de foros de discusión y análisis para socializar la estructura ética organizacional e incrementar el número de oportunidades de aplicación.

Fuente. Rosas, L.A. (2014)

5.3.2.8 Esquema de articulación



Fuente. Rosas, L.A. (2014).

5.3.2.9 Matriz FODA

Tabla 26. Matriz FODA

		Análisis interno		Análisis interno		
		Fortalezas		Debilidades		
Aumentar		Personal experimentado		Falencia de médicos especialistas	Disminuir	
		Posibilidades de capacitación		Bajo índice de resolución de listas de espera		
		Equilibrio financiero		Escasos procesos de capacitación		
		Cumple planificación asistencial		Lentitud en los procesos de adquisiciones		
		Cumplimiento de GES y PPV		Bajo índice de oportunidad en pago a proveedores		
		Gestión de proyectos		Distancia respecto del resto de la red asistencial		
		Ubicación geográfica respecto área de influencia		Sin mantenimiento preventivo de equipamiento		
Aprovechar				Estado de deuda	Neutralizar	
		Oportunidades		Amenazas		
		Proyecto complejización de camas		Irregularidad en tasa de transferencia de recursos		
		Fuentes de financiamiento de proyectos		Demanda crece en mayor medida que los recursos		
		Normalización brecha infraestructura		Envejecimiento de la población objetivo		
	Convenio docente-asistencial con universidades		Hospital como herramienta política en la zona			
	Adquisición de nuevo equipamiento					
	Nuevo centro con mayor y mejor infraestructura					
		Análisis externo		Análisis externo		

Fuente. Rosas, L.A. (2014).

5.4 INTEGRACIÓN DE LA ÉTICA EN LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA HOSPITALARIA

La gestión de OH basada en planeaciones ético-estratégicas aúna el marco asistencial con el administrativo, bajo un marco valórico común; es decir, la interrelación entre la ética clínica y la organizacional, se traduce en el logro de la excelencia clínica y la gestión

eficiente de los recursos. En otros términos, busca el desarrollo financiero de la OH a través de la utilización racional de sus recursos sin perjuicio del cumplimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia distributiva del paciente. En este sentido la gestión hospitalaria con criterios ético-estratégicos pretende producir el mayor bien a la mayor cantidad de usuarios con el mejor uso posible de los recursos disponibles⁹⁸. Desde esta perspectiva la necesidad de fortalecer el concepto de excelencia profesional y desarrollo organizacional requiere de gestores y profesionales de la salud que cultiven y ejerzan la excelencia a partir de una estructura ética clara. Igualmente, precisa equipos de trabajo capaces de gestionar eficientemente los recursos en pro de una gestión productiva, justa y equitativa de los mismos a partir de esfuerzos sistematizados que, además de unir la clínica a la gestión, respondan a las múltiples demandas de la sociedad globalizada.

Este desafío de compaginar la autonomía de los profesionales clínicos con una eficaz capacidad de autorregulación para el logro de objetivos en los ámbitos de efectividad sanitaria, eficiencia económica y calidad técnica percibida, son los aspectos claves de la planeación ético-estratégica de las OH actuales. Para ello, es preciso enfatizar las áreas de interés común entre clínicos y gestores a fin de alcanzar puntos de convergencia entre la eficacia clínica y la calidad técnica con la eficiencia administrativa y de costos, sin perder de vista las necesidades e intereses de la comunidad a la que sirve la OH. Ello permitirá convertir en objetivos positivos aquellos aspectos institucionales que interesa desarrollar a todos: a) la satisfacción de los usuarios —calidad percibida—; b) la relación costo/beneficio de los nuevos proyectos —eficiencia económica—, y c) la confianza y el apoyo social —sustentabilidad política y financiera—. Acorde a ello, el proceso de planeación ético-estratégica aplicado a una OH intenta, en última instancia, ofrecer a los usuarios —pacientes— los mejores resultados posibles en la práctica —efectividad— de acuerdo a la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad —eficacia,

⁹⁸ Para buena parte de la literatura, ello implica considerar que las consecuencias del cada acto médico consecuencias revierten no sólo en un paciente en particular, sino en la totalidad de los recursos que la sociedad dispone para muchos otros, lo que requiere integrar a la ética clínica y la ética organizacional, una nueva perspectiva: la ética social de la gestión sanitaria, que implique la debida evaluación de los efectos sociales que conllevan las decisiones asistenciales cotidianas.

con el menor costo posible para la organización y la menor cantidad de inconvenientes para el usuario y la comunidad en general —eficiencia—.

Por otra parte, los procesos de planeación ético-estratégicos, considerados como un ordenamiento institucional, optimizan la utilización de los recursos liberando posibilidades de usos alternativos de éstos⁹⁹. Igualmente, la sustitución progresiva del empirismo científico y la toma de decisiones intuitivas por decisiones clínicas sostenidas por el conocimiento científico acreditado y la sistematización administrativa, asegura el máximo beneficio para los usuarios y la comunidad además de optimizar los resultados del proceso productivo hospitalario (Donabedian). Es, desde esta óptica, que la ética organizacional y la ética clínica se vinculan con los procesos de planeación estratégica con vistas a optimizar la eficacia, la efectividad y la eficiencia organizacionales sin detrimento alguno de la atención al usuario, para lo cual será necesario: a) mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente; b) analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios; c) construir una estructura organizativa y de control de gestión adecuada; d) diseñar sistemas de información, en los ámbitos técnico-médico y financiero, que apoyen los procesos de toma de decisiones y, e) diseñar pautas terapéuticas para los procesos de diagnóstico y tratamiento que permitan al ámbito financiero-administrativo identificar los recursos requeridos para desarrollar dicha atención y, por ende, conocer los costos involucrados en la misma (Olivares). En síntesis, el proceso de planeación ético-estratégica aplicado a la atención de la salud ofrece un espacio de construcción conjunta que aúna la ética clínica —orientada a maximizar el bienestar individual de cada usuario—, y la ética organizacional —orientada a maximizar el bienestar de la organización— para apoyar, en última instancia, el bien común.

El plan de desarrollo ético-estratégico de la OH, parte de un viraje conceptual que introduce una ruptura metodológica frente a la planeación a corto plazo hasta ahora utilizada, con el propósito de transformar a la OH en la mejor prestadora de servicios de salud su zona geográfica de referencia, a partir de un enfoque ético-humanista y de un

⁹⁹ Así, a modo de ejemplo, la adecuada coordinación de consultas y controles con tomas de muestras para exámenes u horas de imagenología y hospitalización, evitará duplicidades, que correspondiente centro de responsabilidad podrá reorientar de acuerdo a las prioridades establecidas por el plan estratégico.

amplio compromiso con los avances científico-técnicos, profesionales, disciplinares y sociales. Dicho propósito enfatiza la construcción de espacios dialógicos, de concertación y cooperación tanto con la comunidad asistencial-administrativa de la OH como con los actores sociales involucrados en el desarrollo de la misma a fin de favorecer la implementación de programas y proyectos de atención a la salud, de investigación, administrativos, académicos y sociales así como la creación de escenarios favorables que mejoren conductas y comportamientos frente a los cambios requeridos por el contexto, la OH y la formación profesional. Todo ello con el objetivo de contribuir al avance de la OH, entendida como un sistema complejo, abierto y funcional desarrollado en un contexto específico y para una comunidad determinada, ubicada en una sociedad global, diversa y heterogénea, que requiere de transformaciones en los modelos tradicionales de salud y gestión de las OH.

El diseño e implementación de dicho proceso propicia la identificación de fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades —matriz FODA— que contribuya a la definición de estrategias que permitan: a) reflexionar sobre la estructura interna y el funcionamiento de la OH; b) reconsiderar la inserción de la OH en los contextos local, regional, nacional e internacional; c) adaptara la OH a los actuales escenarios sociales y formas de actuación de las organizaciones de salud desde una sólida estructura ética clínico-organizacional y, d) diseñar e implementar debates, propuestas e investigaciones relativas a la atención de la salud en los citados contextos que consideren las demandas sociales y el uso de nuevas tecnologías de información, comunicación y producción como herramientas y materiales de construcción que: a') faciliten el aprendizaje institucional; b') desarrollen habilidades y aprendizajes significativos y, c') desarrollen formas innovadoras de abordaje en la atención a la salud.

La gestión ético-estratégica previamente descrita requiere de procesos de planeación sistémicos capaces de visualizar la OH y su contexto como un todo global, así como definir con prolijidad las interrelaciones generadas con todas las variables —decisivas y secundarias— que derivan de dichas relaciones. Para ello, es determinante la construcción de espacios dialógicos, de concertación y cooperación entra la OH y la con la comunidad en que está inserta, como un modo de favorecer que favorezca la puesta en escena de los diversos intereses, necesidades y problemas relativos a los planes,

estrategias y desarrollo de los programas y proyectos de atención, administración, formación, investigación e innovación de la salud. Al respecto, la misión, visión y valores institucionales reviamente descritos fungirán como el nexo en torno al cual será preciso aunar los recursos y la voluntad de todos los actores sociales involucrados en el proceso.

5.5 PAUTAS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE PLANEACIÓN ÉTICO-ESTRATÉGICA

Una vez que la OH ha decidido implementar un proceso de planeación ético-estratégica, éste debe ser implantado en la totalidad de la organización, desde los niveles más altos hasta los más bajos, de acuerdo a lo expuesto por Thompson (2012), al señalar que la administración del proceso de la puesta en práctica y la ejecución de la planeación estratégica incluye los siguientes aspectos: a) construcción de una organización capaz de llevar a cabo con éxito los procesos de planeación; b) distribución de los recursos de la compañía de manera que las unidades de la organización encargadas de las actividades críticas de la estrategia y de la puesta en práctica de las iniciativas estratégicas nuevas cuenten con suficiente personal y fondos para hacer su trabajo de una manera exitosa; c) establecimiento de políticas y procedimientos de operación que respalden la planeación; d) Motivación de los recursos humanos de la OH para que persigan con energía los objetivos fijados y, de ser necesario, modificar sus obligaciones y su conducta en el trabajo con el fin de que se ajusten mejor a los requerimientos de una ejecución exitosa de la planeación; e) creación de cultura organizacional y un ambiente de trabajo conducentes a la puesta en práctica y ejecución exitosa del proceso de planeación; f) incorporación de programas y prácticas para un mejoramiento continuo; ejercicio del liderazgo interno necesario para impulsar la puesta en práctica y seguir mejorando la forma en la cual se está ejecutando el proceso de planeación. Es de suma importancia ajustar el proceso de PEE a las capacidades organizacionales, a los sistemas de apoyo internos y a la cultura de la organización.

Cada uno de los encargados de las áreas funcionales debe cuestionarse cómo afectará a su área el proceso de PEE, qué cambios internos se requerirán y cuánto y de qué modo se desviarán las prácticas y las competencias internas de lo que requiere el proceso de implantación. Dependiendo de la sincronización general y de la cantidad de cambios internos involucrados, la puesta en práctica del proceso de PEE se alargará más o menos tiempo. David (2003), señala dos aspectos importantes a la hora de implantar el

proceso de PEE: a) asuntos relacionados con la gerencia y, b) asuntos relacionados con la mercadotecnia, finanzas y contabilidad, investigación y desarrollo y los sistemas de información de la gerencia.

Tabla 27. Pautas para la implantación del proceso de PEE

Asuntos relacionados con la gerencia	
Objetivos	Políticas
Directrices para la acción, la dirección y la canalización de los esfuerzos y las actividades de los miembros de la OH que: a) representan la base para la distribución de recursos; b) suponen un mecanismo de evaluación de la gerencia y, c) ayudan a establecer prioridades.	Directrices, métodos, procedimientos y reglas, para apoyar el trabajo hacia las metas establecidas: son la base para el control por parte de la gerencia; b) favorecen la coordinación interna; c) reducen el tiempo de la toma de decisiones y, d) definen qué trabajo realizar y quién debe hacerlo
Distribución de recursos	Relaciones de la estructura organizacional con el proceso PEE
De acuerdo a las prioridades establecidas por el proceso de PEE en función de los objetivos, es preciso distribuir congruentemente los recursos a) financieros; b) físicos; c) humanos y, d) tecnológicos.	La implantación del proceso PEE requiere modificaciones en la estructura de la OH debido a que la estructura dicta la manera de establecer objetivos y políticas y de distribuir los recursos.
Reestructuración y reingeniería	Análisis de cultura organizacional y manejo de recurso humano
Importante debido a que: a) la reestructuración —reducción/ adecuación del tamaño de la OH— puede afectar a número de empleados, niveles o unidades funcionales, con el fin de mejorar la eficiencia y la eficacia de la OH y, b) la reingeniería —gerencia de proceso/innovación o rediseño de procesos— implica reconfigurar el trabajo, las tareas y los procesos con el propósito de mejorar los costos, la calidad, el servicio y la velocidad	Los aspectos de la cultura organizacional existente que sean antagónicos al proceso de PEE deben identificarse y modificarse para adaptarlos al nuevo proceso. Es preciso relacionar a los recursos humanos de la OH con los cambios derivados del proceso de PEE a través de la motivación y el reforzamiento positivo.
Manejo del medio ambiente natural	Manejo de la resistencia al cambio
El proceso de PEE debe considerar: a) incorporar valores ambientales; b) establecer objetivos orientados hacia el medio ambiente; c) adquirir habilidades ambientales y, d) proporcionar programas de capacitación ambiental a su personal.	La resistencia al cambio es considerada como la principal amenaza para la implantación exitosa de la PEE y es preciso un esfuerzo de liderazgo para crear un ambiente corporativo que favorezca el cambio en la OH.
Otros asuntos	
Asuntos relacionados con las finanzas y la contabilidad	Asuntos relacionados con investigación y desarrollo
En referencia a: a) obtención de capital; b) rentar o compra de activos fijos; c) determinar una proporción de pago de dividendos apropiada; d) determinar la cantidad de efectivo disponible; e) estados financieros; f) presupuestos financieros y, g) evaluación del valor de una empresa.	La penetración en el mercado y la diversificación requieren el desarrollo de nuevos servicios de la OH y la mejora significativa de los existentes. El nivel de apoyo de la gerencia a la I y D estará limitado por la disponibilidad de los recursos
Asuntos relacionados con la mercadotecnia	Asuntos de los sistemas de información de la gerencia (SIG)
En relación a: a) la segmentación del mercado y su relación al desarrollo, penetración y diversificación de los servicios, y, b) Posicionamiento de productos/servicios tras la segmentación	El proceso de PEE se facilita cuando las OH cuentan con un sistema de información eficaz.

Fuente. Rosas, L. (2014). Basado en Artaza (s/) y Martínez (2008).



6.1 CONCLUSIONES

Todas las OH cuentan con un código deontológico con principios morales admirables aun cuando muchas de ellas únicamente cubren los estándares éticos mínimos. Es evidente que ninguna OH puede sostener *una perfecta correspondencia moral entre lo que decimos que deseamos lograr y lo que realmente sucede en nuestra organización en una base cotidiana* (Herranz, 1998), por lo que para superar los citados estándares, las OH deberán comprometerse a llevar a cabo un proceso continuo de: a) articulación y categorización de valores; b) formulación, implementación y monitoreo de la efectividad de las políticas organizacionales relacionadas con el componente ético; c) cultivo y ejercicio del liderazgo moral dentro de la organización y, d) acrecentamiento de la solidaridad de todas las organizaciones de la salud, la comunidad y los líderes gubernamentales en un esfuerzo verdaderamente cooperativo (Waymack, 2006). Incluso el proceso de PEE mejor formulado e implantado puede presentar signos de obsolescencia ante modificaciones del ambiente interno y/o externo de la OH, por lo tanto, es fundamental que los estrategas, revisen, evalúen y controlen la ejecución del proceso de modo sistemático en pro del mejor desarrollo de la organización, porque: a) advierten a la gerencia sobre problemas reales o potenciales antes de que una situación se vuelva crítica; b) permite determinar errores significativos. Debido a ello, y como ha quedado ampliamente demostrado en capítulos precedentes, el resultado de que una OH incluya la ética y la responsabilidad en el contexto de su proceso de PE garantiza la buena reputación y el posicionamiento de la misma, garantizando las expectativas de todos los actores sociales involucrados [v. tabla 28].

Tabla 28. Expectativas de los actores sociales ante el proceso de PEE

Expectativas de la administración	El proceso de PEE incrementa las utilidades además de permitir el desarrollo de la OH de forma transparente.
Expectativas del personal médico-sanitario	El proceso de PEE garantiza las mejores condiciones de trabajo al permitir el desarrollo de las funciones asistenciales con la debida autonomía y de acuerdo a los principios de la <i>lex artis</i> .
Expectativas del usuario	El proceso de PEE garantiza la mejor atención en el cuidado de la salud, de acuerdo a los cuatro principios básicos de la ética médica.
Expectativas de los proveedores	El proceso de PEE garantiza el respeto a los compromisos adquiridos, además de la transparencia y la confidencialidad.
Expectativas de la competencia	El proceso de PEE garantiza el respeto y la consideración a las instituciones competidoras.
Expectativas de la comunidad	El proceso de PEE garantiza la adecuada ejecución de las operaciones de la OH, en beneficio de su comunidad de referencia, fomentando su participación y protegiendo el medioambiente.

Fuente. Rosas, L.A. (2014).

De acuerdo a lo expuesto, el diseño e implementación de los procesos de PEE en OH responde a una fundamentación que: a) revela el grado de conciencia de dichas instituciones respecto a su origen, naturaleza y finalidad social; b) atiende a una fundamentación ética en tanto que su presentación responde a la idea de entender que la ética es una manifestación individual que se construye socialmente; c) refleja una fundamentación estratégica porque los desempeños sociales de las empresas determinan su reputación y posicionamiento; d) se inscribe en una fundamentación gerencial debido a que se convierte en un instrumento de gestión y, en síntesis, d) ayuda a las OH a incrementar su valor cualitativo al conseguir un perfecto equilibrio entre lo planificado y lo alcanzado, por lo que sin ninguna duda permite validar la hipótesis principal sustentada por la presente investigación:

La aplicación de principios éticos a los procesos de planeación estratégica de las organizaciones hospitalarias contribuye a mejorar tanto su eficiencia como su calidad asistencial.

Por último, cabe señalar que las OH deben plantearse que la inclusión de elementos éticos en sus procesos de PE, supone una nueva forma de gestión que permitirá a dichas instituciones posicionarse a la vanguardia de los cambios suscitados en la sociedad globalizada, en pro de fomentar el mejor desarrollo de sus funciones asistenciales y económico-administrativas, incidiendo positivamente en la mejora de la calidad de vida tanto de sus usuarios como de su comunidad de referencia.

6.2 RECOMENDACIONES

- A la hora de implementar un proceso de PEE, las OH deben considerar que más que cualquier otra organización productiva, tienen una obligación ética con cada uno de los grupos de interés que la componen, por lo que deben analizar con la prolijidad que el tipo de expectativas generará el citado proceso en cada uno de ellos y el modo en que se verán afectados.
- La implantación de un proceso de PEE implica necesariamente una serie de transformaciones en la estructura organizacional, por lo que sería recomendable, como paso previo a la ejecución de dicho proceso, motivar a todos los actores

involucrados —especialmente al personal de la institución— para asumirlos con un alto grado de compromiso en pro de alcanzar los objetivos propuestos.

- Las OH deben considerar, a la hora de diseñar y ejecutar sus procesos de PEE, los factores externos que puedan afectar a la toma de decisiones, por lo que es recomendable identificarlos y evaluarlos con el fin de poder aprovechar las fortalezas y oportunidades que de ellos se derivan mientras se anulan o minimizan las debilidades y amenazas.

6.3 APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es apenas un estudio inicial que intenta, a partir de una revisión documental profunda y de la experiencia personal del propio autor, aunar los procesos de PE con el código deontológico de las OH, con el fin de diseñar un nuevo modelo de proceso sistemático, racional e integrador que permita enfocar a la OH en los cambios que el futuro globalizador demanda. Se trata pues, de un documento de consenso, que recopila la totalidad de las cuestiones fundamentales requeridas para optimizar el desarrollo de las OH con el propósito de impulsar de modo coherente y vital sus actividades cotidianas.

Es propósito del autor que el presente documento pueda ser de utilidad tanto a los administradores de las citadas OH como a otros investigadores que requieran de sustento teórico a la hora de analizar la gestión de este tipo de instituciones y que, a partir de lo expuesto, sean capaces de elaborar tanto estudios de caso como de reflexión destinados a mejorar la calidad asistencial de las organizaciones prestadoras de servicios de salud a través de nuevos marcos de planificación que: a) constituyan una herramienta de planificación a medio plazo; b) fijen con prolijidad las directrices de la institución; c) orienten la acción en materia organizativa, de recursos y de imagen externa; d) permitan solucionar los problemas que se han detectado; e) sean participativo en su elaboración y ejecución; f) vinculen la acción de los distintos profesionales con los resultados; f) integren sus códigos deontológicos a los principios de gestión sin perjuicio de su sustentabilidad financiera y, g) se integren en un consenso local, nacional y global de desarrollo ético-organizacional con el fin de alcanzar la excelencia asistencial, social y financiera.

BIBLIOGRAFÍA



- Agulló Gimeno, S. (2009). *La coherencia ética en la gestión de los recursos humanos: un factor clave para la forja de los fines del ethos corporativo*. Barcelona: Universidad Ramón Llul.
- Aparisi, S. (2007). Comités de ética en la empresa sanitaria. *Veritas*, 2(17).
- Aranaz Andrés, J. (1998). La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. *Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología*.
- Arango, G. (2011). Instrumentos usados para medir el clima ético en organizaciones de salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 11(2).
- Arredondo, L. (2008). Planeación estratégica en hospitales. En G. G. Malagón-Londoño, *Administración hospitalaria*. Bogotá: Administración Médica Internacional.
- Artaza, B. e. (s/f). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Buenos Aires: División de Gestión de Red Asistencial. Subsecretaría de redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
- Campos, R. &-L. (2001). Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la NUeva España. *Gaceta Médica de México*, 137(6), 595-608.
- Castaño, G. (2004). *Seminario de Teoría Administrativa*. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia.
- Castro, F. (2012). Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. *Cultura de los cuidados*(32).
- CEDE. (2010). *Acerca de nosotros; CEDE*. Obtenido de Sitio WEB de CEDE: <http://www.directivoscede.com/es>
- Collins, J. &. (1994). *Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies*. New York: Harper Collins Ed.
- Comité, U. (2007). Ética y estrategias empresariales. *Revista de ocio y turismo*(2), 107-124.
- Conde, J. (2006). Antecedentes, raíces y evolución histórica de los hospitales, desde la perspectiva de la Pastoral de la Salud. *XXXI Jornadas Nacionales de la Pastoral de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Cosials i Puello, D. (2000). *Gestión clínica y gerencial de hospitales*. Madrid: Harcourt.
- Debeljuh, P. (2009). *Ética empresarial. En el núcleo de la estrategia corporativa*. Buenos Aires.: Cengage Learning.
- Díaz, J. (2006). La seguridad social en México: Un enfoque histórico. *Revista de la E.L. de D. Puebla*(2), 241-259.
- Fajardo, G. (2003). *Del Hospital de Jesús a Institutos, Centros Médicos y Albergues. Historia de los Hospitales de la Ciudad de México*. México, D.F.: Glaxo Smith.
- Fernández, A. &. (2010). *¿Por qué una dirección estratégica?* Valencia.
- Fernández, A. &. (2011). Planificación ético-estratégica para el desarrollo de los activos intangibles en las organizaciones. *Coceptum*, 2(2).
- Figueroa, G. (2006). Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad. *Revista médica de Chile*(134), 251-257.
- Gamble, I. T. (2012). *Administración estratégica: Teoría y casos*. México: Mc Graw-Hill.
- García, P. (1991). Evolución del hospital. *II Encuentro Hispanoamericano de la Historia de las Ciencias*. Madrid: Ediciones informatizadas.
- Garrison, F. (1966). *Historia de la medicina*. México, D.F.: Editorial Interamericana.
- Ginter, P. &. (2008). *Strategic management of healthcare organizations*. Londres: Jossey-Bass.
- Gómez, R. (1990). *Ética empresarial: teoría y casos*. Madrid: Rialp.
- González Servin, M. (2011). Los hospitales del Porfiriismo.
- Gracia, D. (1999). Prólogo a los "Principios de ética biomédica". En T. &. Beauchamp, *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Mansson.
- Herranz, G. (1998). El hospital como organismo ético. *Persona y Bioética*.
- Kotter, J. (1990). What leaders really do. *Harvard Bussines Rewiev*(68), 103-111.
- Lee, T. (2010). Turning doctors into leaders. *Harvard Bussines Rewiev*(88), 50-58.
- León Correa, F. (2009). Fundamentos y principios de la bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*, 15(1), 70-78.

- López Romero, D. (2012). Enfermedad y hospitales de la Ciudad de México en el S. XVIII: Notas para la construcción de una salud pública.
- Loyo-Varela, M. &. -C. (2009). Hospitales en México. *Cirugía y cirujanos*(77), 497-504.
- Lozano, J. (1999). *Ética y empresa*. Madrid: Trota.
- Malagón-Londoño, G. &. (1998). *Auditoría en salud: Para una gestión eficiente*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, M. T. (2008). *Modelo estratégico para la responsabilidad social de las organizaciones*. Cunamá: Tesis de licenciatura, Universidad de Oriente.
- Mendoza, J. (2003). *Lecciones d ehistoria de la medicina*. Mendoza (Argentina): Universidad del Rosario.
- Milanés Céspedes, N. e. (2010). Planeación estratégica para el fortalecimiento de la ética profesional de estudiantes de Enfermería de la filial Nuevitás. *Humanidades médicas*, 10(3).
- Miller, T. (1986). The Birth of the hospital in the Byzantine Empire. *Medical History*, 2(30), 218-221.
- Mintzberg, H. &. (1997). *El proceso estratégico: conceptos, contextos y casos*. México: Pearson Educación.
- Morakes Ocaña, J. (2006). Modelo de planeación estratégica para un hospital. *Tesis*.
- Mundim Pena, R. (2012). Ética y estrategia en un marco referencia de la ética de negocios. *RAC*(Edición especial), 229-252.
- Muriel, J. (1956). *Los hospitales de México*. México, D.F.: UNAM.
- Nogales, A. (2003). Evolución histórica del método enfermero. *Cultura de los cuidados*.(13).
- Obeso, C. (diciembre de 1996). Estrategia y desarrollo organizativo en las organizaciones sanitarias. *Boletín de Estudios Económicos*, 51(159), 435-449.
- Palacios, M. (2010). Historia de los hospitales. *Artículo.org*.
- Panqueva Tarazona, J. (2008). *Estrategias y técnicas de investigación cualitativa: Algunas reflexiones en torno a los procesos de investigación social*. Universidad de la Gran Colombia.
- Patiño Restrepo, J. (2001). Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud: un dilema ético y un imperativo social. *Seminario "El ejercicio actual de la medicina"*. México, D.F.: UNAM.
- Pellegrino, E. T. (2008). *las virtudes cristianas en la práctica médica*. Comillas: Universidad Pontificia de Comillas.
- Perea, J. (2006). Estrategias de diferenciación para los productores cafetaleros de la región de Córdoba, Veracruz. México: Instituto Politécnico Nacional. Tesis.
- Ponce de León, B. (2006). Modelo de planeación estratégica y organización de los hospitales de Morelia. Morelia: Univerdad Michoacana de San Nicolás Hidalgo. Tesis.
- Ramírez Flores, J. A. (octubre-diciembre de 2006). La necesidad de una conducta ética en el proceso administrativo: Una revisión de conceptos y perspectivas. *Episteme, revista electrónica*(8-9).
- Rechel, B. W. (2010). Planificación de la capacidad hospitalaria: desde la medición de existencias hasta el modelado de flujos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 88, 581-640.
- Rivera Gutiérrez, R. (2003). La ética en la administración de servicios de salud. *PRSH*, 22(1).
- Rodríguez Perea, P. (2012). La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Cardiología*, 65(8).
- Rodríguez, F. &. (2012). La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Cardiología*, 65(8).
- Rojo Pérez, N. (2002). La investigación cualitativa: Aplicaciones en salud. En V. e. Bayarre, *La investigación en salud*. (pág. 234). La Habana: MINSAP-ENSAP.
- Romero, N. (2007). La responsabilidad social corporativa: ¿Una estrategia de cambio hacia un modelo ético de desarrollo? *Revista de Ciencias Sociales*, 16(3).
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo.
- Santana, M. (2007). Estrategia: Concepto y evolución histórica. *Prisma*, 4(1), 1-5.
- Sarduy Domínguez, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 33(3).

- Sterling Posada, C. (2007). *Código de ética y conducta*. Bogotá: Salud Total S.L.
- Thompson, A. &. (2012). *Administración estratégica*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Treviño García, N. (2003). La Bioética y sus dudas. *Seminario "El ejercicio actual de la medicina"*. México, D.F.: UNAM.
- Trullenque, F. (2007). Dirigiendo estratégicamente hacia el futuro. *Harvard-Deusto Bussines Rewiev*(7), 153-162.
- Turnes, A. (2009). *Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas*. Universitat de Valencia. (2008). *Metodología de la investigación*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Vega, F. (2011). *Introducción a la planeación estratégica*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/jcfdezmxestra/introduccion-a-la-planeacion-estrategica>
- Viesca, C. (2002). La ética médica y su problemática actual. *Seminario "El ejercicio actual de la medicina"*. México, D.F.: UNAM.
- Viesca, C. (2010). Los hospitales de la NUeva España en tiempos de la Guerra de Independencia. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 3(48), 273-278.
- Villa, J. e. (2011). *Guía para la elaboración de proyectos estratégicos en servicios de salud con enfoque en marco lógico*. México: Edición de autor.
- Vivas López, S. &. (2002). Ética empresarial, globalización y dirección de recursos humanos. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, 12, 201-213.
- Waymack, M. (2006). Ética organizacional en el cuidado médico. *Primer Simposium Internacional de Ética en Instituciones de Salud*. Monterrey.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

FIGURAS

Figura 1	Contexto de implementación de estrategias competitivas.	17
Figura 2	La planeación dentro del proceso administrativo.	18
Figura 3	Proceso de planeación estratégica.	22
Figura 4	Misión de una OH [Ejemplo].	31
Figura 5	Relación entre la misión y la visión de una OH.	31
Figura 6	Principios éticos organizacionales.	63
Figura 7	Construcción de un código de ética organizacional aplicado a procesos de PE	66
Figura 8	Inclusión de la ética en el proceso de PE.	72
Figura 9	Antecedentes de la ética médica.	74
Figura 10	Síntesis de principios de la ética médica.	80
Figura 11	Medicina del nuevo milenio.	86
Figura 12	Contexto de formación de la estructura ética hospitalaria y vinculación a PEH	89
Figura 13	Articulación de los valores institucionales a la estructura ética.	90
Figura 14	Interconexión de estrategias para el mantenimiento de la estructura ética.	91
Figura 15	Interconexión de estrategias para el mantenimiento de la estructura ética.	92
Figura 16	Organigrama de la OH.	99
Figura 17	Compromisos éticos.	104
Figura 18	Esquema de articulación.	105

TABLAS

Tabla 1	Matriz de congruencia de la investigación.	10
Tabla 2	Etapas del análisis documental realizado para la investigación.	12
Tabla 3	Pasos de la planeación estratégica.	19
Tabla 4	Estrategia y planeación estratégica: Diferencias.	21
Tabla 5	Planeación estratégica.	21
Tabla 6	Categorías y ejemplos de variables del análisis interno.	35
Tabla 7	Criterios de calificación del análisis interno.	35
Tabla 8	Ejemplo de instrumento de evaluación de análisis interno.	35
Tabla 9	Categorías y ejemplos de variables del análisis externo.	36
Tabla 10	Criterios de calificación del análisis externo.	37
Tabla 11	Ejemplo de instrumento de evaluación de análisis externo.	37
Tabla 12	Construcción de matriz FODA.	37
Tabla 13	Resumen de análisis interno-externo.	38
Tabla 14	Hoja de trabajo FODA: Explicación de las relaciones.	38
Tabla 15	Hospitales de la Ciudad de México.	55
Tabla 16	Hitos de la salud pública en México: siglos XIX-XX.	57
Tabla 17	Razones para considerar una PEE.	73
Tabla 18	Ética de la profesión médica.	75
Tabla 19	Código Internacional de Ética Médica.	76
Tabla 20	Principios intermedios de la ética médica.	81
Tabla 21	Valores elementales de una OH desde la ética organizacional.	93
Tabla 22	Valores elementales de una OH desde la ética organizacional (II).	95
Tabla 23	Valores elementales de una OH desde la ética organizacional (III).	102
Tabla 24	Plan de trabajo del Comité de Ética.	105
Tabla 26	Matriz FODA.	105
Tabla 27	Pautas para la implantación del proceso de PEE.	110
Tabla 28	Expectativas de los actores sociales ante el proceso de PEE.	112

