



Entreciencias: diálogos en la Sociedad del
Conocimiento
ISSN: 2007-8064
entreciencias@enes.unam.mx
Universidad Nacional Autónoma de México
México

La configuración cultural de un hospital público

López Canto, Leonor Elena; Suárez Núñez, Tirso

La configuración cultural de un hospital público

Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento, vol. 5, núm. 12, 2017

Universidad Nacional Autónoma de México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457650040007>

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

La configuración cultural de un hospital público

The cultural configuration of a public hospital

Leonor Elena López Canto *

Universidad Autónoma de Yucatán, México

Tirso Suárez Núñez **

Universidad Autónoma de Yucatán, México

Resumen: Las organizaciones hospitalarias pueden concebirse como escenarios de procesos políticos donde se concilian los intereses que emergen de diferentes visiones y culturas profesionales y organizacionales. Este trabajo busca responder a la siguiente pregunta: ¿cuál es la configuración cultural de los hospitales públicos del sector asistencial de México? y ¿cuáles son las principales similitudes y diferencias entre ellas? con el objetivo de identificar las diferentes visiones culturales que guían la acción de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, así como la de los administradores de un hospital público, e inferir si es posible, la cooperación entre estos tres grupos. Mediante una estrategia de estudio de caso de corte cualitativo, los primeros resultados dejan entrever una especie de convergencia cultural entre los profesionales de la medicina y la *cultura corporativa*, que invita al estudio de otros casos semejantes para reforzar los hallazgos y avanzar.

Palabras clave: cultura organizacional, cultura profesional, gestión y organización hospitalaria.

Abstract: Hospital organizations can be conceived as stages of political processes where the interestsemerging fromdifferent professionals approaches and cultures are conciliated. This paper aims at answering the following question: what is the cultural configuration of public hospitalsin Mexico and what are the main similarities and differences among them? The goal is to identify the differences in cultural approaches that lead the action of physicians, nurses and other health professionals but also of managers of public hospitals and to infer whether they are able to promote the cooperation between these three groups. The first results, obtained through a qualitative case-study strategy, showa kind of cultural convergence between medical professionalsand the so-called *corporate culture*, leading to the study of similar cases to validate the results and advance.

Keywords: organizational culture, professional culture, management and hospital organization.

Introducción

Cierto tipo de organizaciones pueden ser conceptualizadas como profesionalizadas o profesionales por sus características y por la influencia de las personas que en ellas laboran, como las organizaciones profesionales autónomas: despachos de abogados, ingenieros, contadores, etc., donde el personal, además de ser calificado y laborar de manera autónoma, participa en la propiedad y el control de la entidad; o bien, organizaciones profesionales heterónomas: son aquellas organizaciones cuyas áreas de mayor concentración de personal experto, se encuentran “incrustadas” dentro de estructuras burocráticas de control, como hospitales y universidades (Brock, Powell, y Hinnings, 1999).

Leonor Elena López Canto, Tirso Suárez Núñez.

La configuración cultural de un hospital público

Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento, vol. 5, núm. 12, 2017

Universidad Nacional Autónoma de México

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Recepción: 23 Septiembre 2016

Aprobación: 05 Diciembre 2016

DOI: /10.21933/J.EDSC.2017.12.206

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457650040007>

Durante mucho tiempo las organizaciones profesionales heterónomas proliferaron sin problema, hasta que se les demandó mayor responsabilidad económica. A raíz de ello, el componente administrativo-burocrático ha ganado espacio, especialmente en los hospitales públicos, los cuales, además de encarar nuevos retos (calidad, seguridad y accesibilidad del paciente a los servicios de salud), se enfrentan a un problema cada vez más severo: la escasez de recursos. Esta situación, ha llevado a los directivos a impulsar políticas orientadas a la contención de costos y control de procesos, lo que ha generado confrontaciones al interior de la organización hospitalaria (OH) ya que, al tratarse ésta de una organización plural, coexisten diversos grupos con visiones e intereses, a veces compartidos y en otras ocasiones contrapuestos, y que guían las acciones de los actores organizacionales que allí cohabitan.

Lo anterior lleva a considerar a la OH como un escenario en el cual se llevan a cabo procesos políticos de negociación para conciliar, al menos de manera temporal, las visiones e intereses profesionales y ocupacionales,¹ a partir de su configuración cultural. La importancia de esto no es menor, ya que estudiar a la OH desde la perspectiva del análisis cultural, permite comprender la creación de símbolos y sus significados en las organizaciones, para así, plantear propuestas sobre cómo lograr interpretaciones compartidas, de manera que sea posible avanzar hacia la acción coordinada (Alvesson, 2002).

Este asunto cobra especial relevancia a partir del cambio en el sistema de salud pública en México,² y que consiste en avanzar hacia su integración funcional,³ realizando cambios profundos en las estructuras, procesos y rutinas organizacionales en las diversas unidades hospitalarias; lo que nos lleva nuevamente al tema de la cultura, considerando que, la “conciliación de visiones” al interior de la OH es todo un reto, ya que el cambio propuesto es complejo e implica lograr la cooperación de los distintos grupos de actores pertenecientes a diversas OH.

El presente estudio es la primera etapa de un proyecto mayor que se propone apreciar las diferencias entre culturas organizacionales y profesionales de un grupo de hospitales integrantes del sistema de salud pública en México y sus posibles consecuencias a la luz del cambio hacia la integración del sistema. Con base en lo anterior, este trabajo busca responder a la pregunta: ¿cuál es la configuración cultural de los hospitales públicos del sector asistencial de México? y ¿cuáles son las principales similitudes y diferencias entre ellas?, tomando como objetivo identificar las diversas visiones culturales que guían la acción de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud y la de los administradores de hospitales públicos, e inferir si éstas posibilitan la cooperación entre estos tres grupos para lograr una acción concertada.

La organización hospitalaria y su contexto institucional

Thornton, Ocasio y Lounsbury (2012) señalan que en las sociedades pluralistas, tanto los individuos como los grupos y las organizaciones,

de manera usual, tienen que asumir múltiples roles e identidades, lo que a menudo les genera presión y conflicto a su capacidad cognitiva y conductual. Dicha presión es ocasionada por la presencia de diversas instituciones, entre las que sobresalen: el mercado, el estado y las profesionales. Las OH son el ejemplo claro de la presión institucional; estudios recientes (Suárez-Núñez y López-Canto, 2016; Petrakaki, Klecun y Cornford, 2014; Adler y Kwon, 2013; Currie *et al.*, 2012; Suárez-Núñez, López-Canto y Ojeda-López, 2012; Grant 2011; Kaissi *et al.*, 2004); dan cuenta del choque de opiniones entre los profesionales de la salud y los administradores, los primeros orientados a la atención personalizada del paciente, mientras que los segundos, al control y la eficiencia de los procesos. Esta situación ha empeorado especialmente en los hospitales públicos en donde la oposición de las visiones se agudiza en medio de un ambiente de escasez de recursos lo que ha generado tensión entre estos grupos.

La investigación sociológica, por su parte, ha destacado la contribución del conocimiento experto y el poder del profesional, revelando su función social y su valor como discurso disciplinario (Warren y Currie, 2009), y es congruente con el modelo que en general se ha adoptado en las OH, denominado *profesionalismo médico*, vigente desde hace cinco siglos (Battilana, 2011). Este modelo considera a los hospitales como el corazón del sistema de salud y les concede un estatus superior con respecto a las clínicas del primer nivel de atención, que funcionan como puerta de entrada al sistema. El modelo faculta a los médicos a tomar decisiones claves en el suministro de los servicios de salud, lo que los hace muy influyentes en las esferas gubernamentales en lo relacionado con la organización del sistema. Asimismo, gozan de reconocimiento social y mantienen una posición superior respecto al resto de los profesionales de salud, fundamentalmente las enfermeras, de quienes se espera que actúen como auxiliares de los médicos. Por lo anterior, los gerentes de los establecimientos de salud, procuran tener mucho tacto en el intento de moderar el conflicto con los médicos, y se considera que tienen un papel de facilitadores del trabajo de éstos.

El gobierno británico (Battilana, 2011; McNulty y Ferlie, 2002) ha intentado cambiar el modelo anterior sin buenos resultados: en cierta ocasión, pretendió transitar de un profesionalismo médico a uno gerencial, introduciendo en el sistema la lógica de mercado. Posteriormente falló cuando dotó de mayor poder al primer nivel de atención (clínicas) otorgando más recursos y autoridad con el fin de que realizaran intensas campañas de prevención, en un intento de aumentar simultáneamente la cooperación entre médicos y otros profesionales de la salud, sin importar el nivel de atención en el que éstos se ubicaban.

En los Estados Unidos sin embargo, la relación médico-gerente en los hospitales ha cambiado a partir del siglo pasado (Kaissi, 2005). Hasta 1930, los hospitales eran propiedad de los médicos, quienes prácticamente los dirigían; los gerentes, por su parte, desempeñaban roles de apoyo. En ese año, los gerentes, con la introducción de tecnología y equipo médico, comenzaron a actuar en representación de los propietarios y los médicos

comenzaron a ceder el control de algunas tareas administrativas. En 1974 se registró un cambio en la regulación estadounidense que introdujo incentivos con el fin de que los médicos mejoraran su desempeño en materia de calidad y para que los gerentes controlaran los costos (Scott *et al.*, 2000).

El conflicto de interés entre médicos y administradores en las OH estadounidenses ha llevado a sus directivos a buscar la cooperación, que incluye el involucramiento de los médicos en el gobierno y en las decisiones estratégicas. A partir de 1983, el continuo incremento en los gastos y costos de los hospitales, dio lugar a reformas conservadoras en el sistema de salud, y bajo la bandera del libre mercado se intentó aumentar la *eficiencia* del sistema reestructurando los incentivos económicos y aplicando rigurosos controles. La tarea fue encargada a gerentes profesionales quienes desde entonces han asumido posiciones importantes en las OH (Addicott y Shortell, 2014; Scott, 2008).

En general, los sistemas de salud de diferentes países han implementado políticas públicas orientadas a la búsqueda de la eficiencia, adoptando estrategias para evaluar la calidad de los servicios mediante indicadores medibles, privilegiando así un enfoque más cuantitativo del *management*, tendencia conocida como la Nueva Administración Pública ⁴ (Ferrua *et al.*, 2016), lo cual ha tenido a su vez, importantes consecuencias en el equilibrio de poder al interior de las OH.

En México, como en otros países de Latinoamérica, el predominio del *management* en los hospitales públicos tiene su explicación en la presión que sobre estos países ejercieron, desde mediados de los años ochenta, poderosas agencias financieras como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, para cambiar el modelo entonces vigente y adoptar en la administración pública el modelo neoliberal con su paradigma asociado, basado en las prácticas del sector privado (Echeverri, 2008; Guzmán, 2009; Homedes y Ugalde, 2005) y cuyas medidas y categorías legitiman un modelo de salud con base en el mercado (García, Rodríguez y Suárez, 2011). El énfasis se ubicó en los aspectos económicos y financieros, evaluación del desempeño, certificación de la calidad de los procesos y otros estándares medibles, otorgándose poder a los *managers* tecnócratas. De este modo, el discurso del *management* se transformó en el lenguaje dominante en la administración pública, y sus técnicas asociadas fueron adoptadas en los hospitales, así como en otros ámbitos del sector público (López-Canto, Ojeda-López y Mul-Encalada, 2015).

Dentro de este contexto, el gobierno mexicano planteó políticas públicas orientadas a adoptar este modelo, de entre las cuales destacaba la sustitución del paradigma tradicional basado en la atención por niveles, hacia un nuevo modelo basado en la atención en red, para lo cual se crearon 18 redes hospitalarias a lo largo del territorio nacional. Sin embargo, este prototipo que implicaba innovarse organizacionalmente (Suárez-Núñez, López-Canto y Ojeda-López, 2012), por ubicar en el centro de cada red a los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), que corresponden al tercer nivel de atención, no dio los resultados esperados, debido a factores externos a los hospitales (atribuibles al

sistema de salud) como también a factores internos. Entre los primeros destacan la inoperancia de la red hospitalaria como mecanismo de integración horizontal y cooperación no jerárquica, la inadecuación de la normatividad oficial en materia de salud y la carencia de infraestructura para llevar a cabo el intercambio de pacientes, expedientes y recursos. Entre los segundos factores sobresale una inadecuación entre la estructura propuesta para los HRAE y los recursos necesarios para que dicha estructura pudiera funcionar adecuadamente⁵ (López-Canto, 2011; Suárez-Núñez, López-Canto y Ojeda-López, 2012), así como enfrentamientos y pugnas por el poder entre los grupos de las diferentes áreas del hospital⁶ que representaban diversas visiones (López-Canto, 2011).

Es evidente que, como consecuencia del cambio de modelo en los sistemas de salud, las OH de diversos países están siendo escenario de un enfrentamiento de visiones, lo que puede interpretarse en términos de culturas o subculturas, que se contraponen cuando, por una parte, los directivos impulsan cambios en las prácticas médicas y de cuidado de la salud para mejorar el desempeño en términos de calidad, seguridad y eficiencia (es decir, pretenden conformar una cultura de mando o legitimación) mientras que, por otra parte, los profesionales de la salud resisten dichos cambios porque van en detrimento de su autonomía, que es parte de su cultura profesional; en consecuencia, a la larga, en la oh surge un mosaico de culturas o configuración que puede ser convergente o divergente en la medida que posibilite la cooperación o el conflicto en su seno (Batteau, 2000).

La configuración cultural de las OH

Los ambientes institucionales dentro de los cuales operan las organizaciones, están impregnados por la cultura concebida por Geertz como redes o estructuras de significado establecidas socialmente (Geertz, 1991) construidas por el hombre, el cual está inserto en ellas, por lo que, # afirma # la cultura no es una entidad sino un contexto, que es preciso tratar de desentrañar. De manera que el análisis cultural ha de ser, por tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significados (Geertz, 1991).

Esta perspectiva simbólico-interpretativista ha llegado a tener gran influencia en el campo de los estudios organizacionales, desde donde Allaire y Firsirotu (1992, p. 15) proponen un esquema conceptual de la organización conformada por: *a)* un sistema socio estructural,⁷ *b)* un sistema cultural⁸ y *c)* los empleados particulares, los cuales pueden contribuir a preservar o modificar la cultura organizacional, dependiendo de su posición jerárquica, sus particularidades y su experiencia. Existen numerosas formas de relación entre el sistema cultural de la organización y su sistema socioestructural, de los cuales el modo isomórfico es sólo una de las posibilidades.

Una importante corriente de estudios sobre la cultura organizacional se ha desarrollado a partir de la propuesta de Schein (1985) quien

la define como un patrón de supuestos básicos compartidos que un grupo ha desarrollado, en el proceso de aprendizaje para enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna, y que son transmitidos a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar, sentir y actuar. Para Schein, la cultura organizacional existe en tres niveles: el más profundo está compuesto por un núcleo de supuestos básicos subyacentes, a partir de los cuales emerge el segundo nivel, conformado por los valores y normas de comportamiento que a su vez sostiene y se vincula con el nivel más superficial, constituido por los artefactos.

Al interior de la organización pueden coexistir subculturas organizacionales, definidas por Van Maanen y Barley (en Hatch, 1997) como un subconjunto de miembros de una organización que interactúan regularmente entre sí, se identifican a sí mismos como grupo, comparten problemas comunes y actúan de manera rutinaria sobre la base de entendimientos colectivos únicos al grupo. Dichas subculturas pueden, o no, apoyar la cultura corporativa: aquella que se expresa en la filosofía, visión y misión declaradas por los miembros dominantes de una organización (Delgado-Mendizábal, López-Canto y Ojeda-López, 2009).

Por su parte, Martin (2002) considera que la cultura de la organización está contenida dentro de niveles más amplios, algunos de los cuales la trascienden (como la cultura societal, la ocupacional o profesional, la de género, etc.) por lo que en vez de culturas monolíticas o integradas, en las organizaciones, como en las sociedades, se tienen subculturas bien diferenciadas, incluso fragmentadas y a veces en conflicto. Al respecto, la dimensión de la cultura laboral u ocupacional ha sido estudiada bajo la influencia de la sociología de las organizaciones, cuyo interés se ha centrado en “la interacción y adaptación entre las distintas subculturas que se mueven dentro de las organizaciones, constituidas por grupos ocupacionales y la cultura gerencial” (Guadarrama, 2000: 219). La misma autora señala que las subculturas –que expresan el deseo de autonomía de cada grupo ocupacional # se enfrentan a la cultura corporativa que intenta imponer su dominio, a veces de manera consensual y, otras, mediante métodos impositivos tradicionales.

Además de su carácter profesional ya mencionado, las OH tienen otras características culturales, al respecto se considera a Glouberman y Mintzberg (2001) entre los primeros en señalar su composición en cuatro “mundos”: *a)* el del cuidado, a cargo de las enfermeras y otros profesionales de atención a la salud, que apoyan el proceso curativo, *b)* el de la curación, a cargo de los médicos, *c)* el del control, donde operan los administradores y *d)* el de la comunidad, representado por los delegados del sistema de salud y otros representantes externos. Los habitantes de los “mundos” cooperan para brindar los servicios de curación y cuidado, gracias a acuerdos que logran las coaliciones que integran, los cuales son frágiles debido a la diversidad de sus visiones y preferencias, derivadas de su profesión e intereses gremiales. Estas características le imprimen a las OH un sello muy especial, particularmente en lo relacionado con la diversidad e incluso, la fragmentación cultural, porque cada mundo equivale a una

subcultura que comparte valores e intereses propios, con excepción del mundo de los delegados que, no obstante ser poderoso, es pequeño y sus integrantes pasan la mayor parte del tiempo, fuera de la organización.

Uno de los más recientes estudios sobre subculturas en las OH, es el realizado por Nembhard *et al.* (2012), en el que, a partir de las prácticas declaradas por grupos médicos, se percibe⁹ la presencia o ausencia de siete tipos de subculturas: 1) grupal, 2) jerárquica, 3) racional, 4) de desarrollo, 5) orientada a la calidad, 6) centrada en el paciente y 7) centrada en el médico. Las primeras cuatro provienen del modelo denominado CVF (Competing Values Framework) que parte de la base de que la cultura es producto de dos atributos organizacionales: a) el focus de la organización, es decir, que se preocupan por la satisfacción de agentes ubicados, sea en el interior (empleados, propietarios-directivos, etc.) o en el exterior (accionistas, clientes, etc.) y b) una estructura organizacional orientada al control y a la estabilidad, o bien, al cambio y a la adaptación. Así, una *cultura grupal* se distingue por un *focus* interno y una estructura con énfasis en la adaptación y el cambio. Una *cultura jerárquica* mantiene un *focus* interno, pero una estructura que privilegia el control y la eficiencia. La *cultura racional* cuenta con una estructura diseñada para el control pero su *focus* es externo y su preocupación es el cumplimiento de la norma y la *cultura de desarrollo*, cuyo *focus* es externo, cuenta con una estructura flexible para facilitar la adaptación, su preocupación es la innovación.

Las últimas tres subculturas utilizadas por Nembhard *et al.* (2012) están directamente relacionadas con las OH en la medida que responden a factores tales como orientación cliente-paciente, bases de recompensa y objetivos, que se combinan para dar lugar a una subcultura orientada a la calidad (seguridad), la orientada al paciente (calidez), que se plantea para contraste con la centrada en el médico (eficiencia y profesionalismo). En el Anexo 1 se muestran las características de las siete subculturas.

No obstante su fundamentación general, las subculturas tipo CVF han sido ampliamente utilizadas en estudios sobre organizaciones y profesionales de la salud (Dimitrios *et al.*, 2014; Villarreal, Villarreal y Briones, 2012; An, Yom y Ruggiero, 2011; Singer *et al.*, 2009).

Kralewski *et al.*, (2005) y cuestionan aquellos instrumentos elaborados para estudiar la cultura organizacional que no consideran los rasgos propios de las organizaciones, por lo que plantean el diseño de un instrumento para catalogar las prácticas médicas grupales y así proponen nueve modelos: 1) colegialidad, 2) énfasis en la información; 3) énfasis en la calidad; 4) identidad organizacional; 5) cohesión; 6) énfasis en el lucro (*business*); 7) confianza organizacional, 8) innovación y 9) autonomía.

Otro estudio con tipos de subculturas diferentes a las antes mencionadas, se llevó a cabo con personal de enfermería en México (Ortega-Altamirano, Alemán-Escobar, Brito-García, Rueda-Neria y Salcedo-Álvarez, 2011), y usan una tipología compuesta de cuatro opciones: la *del poder*, la *de la función o tarea*, la *del desempeño* y la *de apoyo*, basadas en la autonomía concedida en sus actividades a los grupos humanos.

Otros estudios empíricos realizados en México sobre la OH y cultura organizacional son los de Fajardo-Ortiz y Ortiz-Montalvo, 2013; Carrada-Bravo, 2002; Villarreal, Villarreal y Briones, 2012, ya mencionado antes, así como un estudio bibliométrico acerca de publicaciones realizadas por trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo 1992-2011, sobre una de las dimensiones culturales aquí estudiadas, correspondiente a la calidad, realizado por Navarrete *et al.*, (2013). Los autores reportan que los trabajos sobre este tema, aún cuando abarcan el panorama nacional, aparecieron publicados en revistas en el interior de la República Mexicana y por consiguiente, con poca difusión hacia el exterior. Otro aspecto importante que señalan los autores, es que en la lista de temas prioritarios, no se incluye el de “calidad de los servicios de salud” lo cual resulta incongruente con las políticas nacionales.

Sobre esta misma dimensión cultural, en un estudio realizado en Colombia, García-Álvarez *et al.* (2011), evidencian la búsqueda de legitimación del modelo de salud, basado en el mercado a través de la gestión humana para construir una cultura de calidad, a través del uso de técnicas psicológicas, y, por otro lado, Molero *et al.*, (2010) realizaron un estudio en laboratorios de hospitales públicos de Venezuela, en donde analizan esta misma dimensión, pero desde la perspectiva de la gestión de la calidad, según la perspectiva de los usuarios externos.

En general, los trabajos sobre la cultura gozan de popularidad y prometen un gran impacto en los estudios organizacionales, pero padecen de una situación dual: al mismo tiempo que se sabe que no es fácil lograr la aprehensión de valores, símbolos y significados comunes a un grupo humano, se tiene a la mano un conjunto de herramientas estandarizadas que ofrecen captar con más o menos facilidad, la dimensión cultural para actuar en consecuencia. Por otro lado, hay una diversidad de organizaciones cuya estructuración y operación no es tan ordenada y fluida como en las burocracias industriales, lo que evidentemente se refleja en el marco cultural que prevalece en su seno. Este es el caso de las organizaciones hospitalarias que –como se dijo antes # tienen por diseño un marco de cooperación y control fruto de acuerdos y convenciones sutiles y permanentes que soportan y están soportados por una diversidad cultural al interior de la organización. Considerando lo anterior, se integraron las propuestas siguientes con el único fin de guiar la investigación.

Propuestas de trabajo

Para entender la diversidad cultural de las OH y la de sus grupos profesionales, este trabajo parte de las siete subculturas planteadas por Nembard *et al.* (2012), concibiéndolas como posible opción para tres de los cuatro “mundos” o grupos de profesionales a los que se refieren Glouberman y Mintzberg (2001): *a)* médicos, *b)* enfermeras y personal de apoyo al proceso de atención al paciente, y *c)* administrativos, sin considerar el cuarto “mundo” debido a que, como antes ya se dijo, no

representa una subcultura propiamente. De esta manera, a partir de la visión o intereses (mundos) de los profesionales y su categorización, se pretende captar la configuración cultural organizacional prevaleciente en el establecimiento sujeto de estudio, así como derivar la tensión entre dichas visiones y las consecuentes posibilidades de cooperación o conflicto en la unidad estudiada.

A partir de lo anterior se presentan como propuestas de trabajo, para cada uno de dichos mundos, las tres subculturas consideradas dominantes (señaladas en color negro) en función de los intereses de los grupos (ver cuadro 1):

Cuadro 1.
Subculturas dominantes propuestas

Mundos	Subcultura						
	De grupo	Jerárquica	Racional	De desarrollo	Orientada a la calidad	Orientada al paciente	Centrada en el médico
Curación (Médicos)							
Cuidado (Enfermeras)							
Control (Administradores)							

Fuente: elaboración propia.

Con base en el cuadro anterior, se plantean las siguientes propuestas:

1. En el nivel organizacional –lectura vertical # :

- a) En la OH pública estudiada la subcultura dominante es la orientada a la *calidad*, pues es la preferida por los tres mundos o grupos profesionales (ver el negro intenso en la columna correspondiente, indicando su fuerte presencia en los tres grupos o mundos

2. En el nivel profesional u ocupacional –lectura horizontal # :

- a) En mundo de la curación (médicos) prevalecen las subculturas: *i) de desarrollo, ii) orientada a la calidad, y iii) centrada en el médico.*
- b) En el mundo del cuidado (enfermeras y otros profesionales de apoyo) prevalecen las subculturas: *i) de grupo, ii) orientada a la calidad, y iii) orientada al paciente.*
- c) En el mundo del control (administradores) prevalecen las subculturas: *i) jerárquica, ii) racional, y iii) orientada a la calidad.*

3. Como corolario de lo anterior se derivan las siguientes propuestas:

Las siete propuestas de trabajo antes mencionadas serán contrastadas de inicio, en una OH pública siguiendo el método como a continuación se describe.

- a) Hay una clara tensión entre los mundos de la curación y del control, ya que solo existe una posición común que es la subcultura *orientada de la calidad*.
- b) No se vislumbra una franca oposición entre los mundos de la curación y del cuidado.

- c) No se vislumbra una franca oposición entre los mundos del control y del cuidado.

Método y técnicas

El estudio está diseñado bajo una estrategia multicaso, buscando la representación del mosaico cultural de los hospitales públicos asistenciales de México, siendo el primero el que este artículo reporta y, cuyas características se destacan líneas abajo. Los casos se contemplan bajo el paradigma interpretativo o constructivista, el cual presupone una ontología relativista (se asume la existencia de múltiples realidades), una epistemología subjetivista (el investigador y el investigado co-crean el conocimiento) y un conjunto de procedimientos metodológicos naturalistas # en el mundo real # (Denzin y Lincoln, 2011). Como se sabe, la investigación cualitativa se enfoca en explorar la comprensión subjetiva de la gente en la vida cotidiana, más que en los números y la estadística, buscando encontrar sentido al mundo social en el que se inscribe el fenómeno a estudiar (Denzin y Lincoln, 2011; Pope y Mays, 2006), por lo que entre sus cualidades más distintivas están la flexibilidad en el diseño de la investigación (diseño emergente) y la importancia del escenario en el que se desarrolla la acción (Martínez, 1994; Álvarez-Gayou, 2003; Creswell, 2007).

Adicionalmente, según Gundermann (2008) la investigación cualitativa debe incluir los criterios siguientes: *credibilidad* o valor de la verdad de la investigación; *transferibilidad* o posible aplicación de los resultados; *dependencia* o consistencia de los datos y *posibilidad de confirmación*. En el hospital donde se llevó a cabo el estudio, para el criterio de *credibilidad* se tomó en cuenta la triangulación (contraste de información y variedad de fuentes de datos) y control de miembros (entrevistas con los miembros clave). Para la *transferibilidad* se utilizó una descripción densa (desarrollando descripciones profundas para establecer juicios), para la *dependencia* se verificó la consistencia de los datos y para la *posibilidad de confirmación* se buscó la participación de agentes externos. Estas precauciones metodológicas, que son equiparables a lo que en una visión positivista se denomina *confiabilidad y validez* (Gundermann, 2008) se detallan más adelante.

En otro orden de ideas, el hospital estudiado pertenece al sector asistencial mexicano y depende de una organización mucho más grande y compleja desde la cual opera bajo la forma jurídica de Organismo Público Descentralizado (OPD). Este OPD es el encargado de prestar atención a la salud a la población en general, está estructurado jerárquicamente, en torno a la lógica burocrática y se rige por leyes, reglamentos y acuerdos normativos en materia de salud. Para el desarrollo de sus funciones, cuenta con diversos centros de salud o clínicas y hospitales de diversos grados de complejidad estructural-funcional y capacidad resolutoria, distribuidos a lo largo del territorio de la entidad federativa. De estos hospitales, el más antiguo y de mayor complejidad estructural-funcional, es el Hospital Público que constituyó el sitio de la investigación aquí presentada. Se le

considera por ello, un caso instrumental en función a su poder explicativo-representativo del subsistema asistencial al que pertenece, de manera que la generalización o inducción que se logre con los resultados, no es estadística, sino más bien teórica. (Eisenhardt y Graebner, 2007; Stake, 1995; Tsoukas, 1989).

Por otra parte, el caso bajo estudio brinda atención de segundo nivel (especialidades básicas) y atiende algunos padecimientos de tercer nivel (subespecialidades). Sus funciones sustantivas son: la atención al paciente, la docencia y la investigación, ya que funge como hospital-escuela para médicos internos y residentes. El hospital está ubicado en Yucatán, y su cobertura alcanza a los estados circunvecinos e incluso al país de Belice, por ello, enfrenta un alto nivel de demanda en todas sus áreas, siendo importante mencionar, que aun cuando se trata de un hospital de acceso universal, puede recuperar parte del costo de la atención brindada a los afiliados al Seguro Popular, fondo público que otorga cobertura a la población no asegurada que se afilie a él de manera voluntaria.

De acuerdo a lo anterior, se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recopilación de información, cuya guía se diseñó a partir del esquema de las siete sub-culturas manejadas por Nembhard *et al.*, (2012) al considerar que su amplio espectro refleja la presión que resiente el sistema de salud en materia de llamados a la eficiencia, seguridad y calidad, como ya se comentó. Una primera versión de la guía se sometió a la revisión de un actor organizacional, que además de ocupar un puesto clave en el hospital, es médico especialista con amplia trayectoria profesional y con un profundo conocimiento de la entidad bajo estudio, pues ha laborado en ella por más de 30 años. A partir de sus observaciones, así como a un nuevo proceso de análisis realizado por el equipo de trabajo, se elaboró una segunda versión que se sometió nuevamente al proceso antes descrito. Como resultado, a esta segunda versión se le hicieron ajustes menores, y de esta manera surgió la versión definitiva.

Para lograr la representatividad se procuró abarcar las principales áreas del Hospital, mientras que la selección de los actores a entrevistar, se realizó en dos etapas sucesivas. En la primera se utilizó la técnica de muestreo teórico,¹⁰ para lo cual se tomó como referente tres “mundos” de Glouberman y Mintzberg (2001). A partir de lo anterior, en la siguiente etapa, se utilizó la técnica de muestreo con propósito¹¹ para seleccionar al personal a entrevistar en cada una de esas tres categorías o “mundos”. Aunque inicialmente se había determinado que el criterio para seleccionar a los actores de cada grupo estaría basado en dos subcategorías: 1) persona influyente y 2) otros actores que cumplieran con dos requisitos preestablecidos por el grupo de investigación: edad y experiencia laboral en el hospital; el criterio se modificó una vez que el grupo de investigación constató, al iniciar el proceso de selección de la segunda subcategoría, que el criterio de la edad no necesariamente representaba un dato relevante.¹²

Mediante el procedimiento arriba descrito, se seleccionaron 10 médicos, 10 enfermeras y otros profesionales de apoyo y 10 funcionarios pertenecientes al área administrativa. En virtud del carácter inductivo de la investigación, el número anterior se considera suficiente (Saunders,

2012; Creswell, 2007) para encontrar rasgos característicos de las subculturas de los “mundos”.

Las entrevistas se realizaron en el hospital a partir del mes de junio hasta los primeros días de agosto de 2014, y tuvieron una duración variada, siendo 1 hora con 20 minutos el promedio. Se solicitó a los entrevistados autorización para realizar una grabación, 26 de ellos accedieron y adicionalmente se tomaron notas de todas las respuestas, a partir de las cuales se elaboraron notas de campo con la descripción de las respuestas obtenidas por cada entrevista.

El análisis e interpretación de la transcripción de las entrevistas grabadas y de las notas de campo, se llevó a cabo con el software N-Vivo mediante el procedimiento siguiente: se predeterminaron códigos específicos o nodos y sub-nodos que correspondieran con las características de cada subcultura a estudiar, los cuales se describen con detalle en el Anexo 1, dichos nodos y sub-nodos sirvieron para codificar los fragmentos pertinentes de las entrevistas transcritas de los integrantes de los “mundos”, a partir de lo cual, a cada uno de ellos se le asignó una o varias subculturas en función de las veces que se referían a prácticas identificadas con dichas subculturas. La asignación de la subcultura se matizaba en función a la fuerza con que emergía en el discurso de los entrevistados, según el rango siguiente: *a*) presencia fuerte o dominante: (negro intenso), *b*) presencia media (gris), y *c*) presencia débil (gris claro) escala que se presenta en el Anexo 2. Finalmente, la configuración de subculturas de los miembros del “mundo” o grupo estudiado (curación, cuidado y control), permitieron emerger los resultados que se presentan a continuación.

Resultados y discusión

El cuadro 2 consigna los hallazgos principales en cuanto a la configuración cultural prevalecte en la OH bajo estudio, cuya adhesión esta matizada por la intensidad de los colores y al mismo tiempo muestra las sub-culturas subculturas que los diferentes grupos profesionales o “mundos” declaran como suya, su lectura da pie a los siguientes comentarios:

Cuadro 2.
Subculturas presentes

Mundos	Subcultura						
	De grupo	Jerárquica	Racional	De desarrollo	Orientada a la calidad	Orientada al paciente	Centrada en el médico
Curación (Médicos)	■	■	■	■	■	■	■
Cuidado (Enfermeras)	■	■	■	■	■	■	■
Control (Administradores)	■	■	■	■	■	■	■

Fuente: elaborado con datos propios; simbología: negro intenso: cultura dominante; gris: presencia media; gris claro: escasa presencia.

La identificación de la configuración cultural organizacional

La lectura vertical de los resultados conduce a la identificación de una cultura organizacional claramente dominante: la *orientada al paciente*, al estar firmemente arraigada al discurso de los entrevistados (2 celdas de tono negro intenso y 1 gris). Sin embargo, emergen otras subculturas con menor fuerza (2 celdas de tono gris y 1 negro) siendo éstas las de *grupo*, *jerárquica* y *de desarrollo*; por último, es notable la débil presencia de la subcultura *centrada en el médico* (tres celdas de tono gris claro).

Las subculturas al interior de cada “mundo” o grupo

La lectura horizontal del cuadro 2 implica la identificación de subculturas profesionales u ocupacionales cuyos resultados son:

- En el mundo de la curación (médicos) se registran como subculturas con fuerte presencia las de *grupo*, *jerárquica*, *orientada a la calidad* y *orientada al paciente*.
- En el mundo del cuidado (enfermeras y otros profesionales de atención a la salud) aparecen con fuerte presencia la subcultura *orientada al paciente*, y con presencia media la de *grupo*, la *jerárquica*, la *racional* y la *de desarrollo*.
- En el mundo del control (administrativos) registra una fuerte presencia de la subcultura *de desarrollo* y con presencia media las subculturas: *de grupo*, *jerárquica*, *racional*, *orientada a la calidad* y *orientada al paciente*.

En el cuadro 3, se resumen los hallazgos anteriores y se comparan con las cuatro propuestas de subculturas:

Cuadro 3.
Contrastación de las culturas organizacional y profesional

Propuesta numero:	Síntesis de las propuestas (Cuadro 1)	Hallazgos (Cuadro 2)	Observaciones
1a) Cultura organizacional.	Mosaico con fuerte presencia de la subcultura <i>orientada a la calidad</i> .	Mosaico con fuerte presencia de la subcultura <i>orientada al paciente</i> .	Divergencia.
2a) Cultura profesional de los médicos. Mundo de la curación.	Preponderancia de tres subculturas: 1) <i>de desarrollo</i> , 2) <i>orientada a la calidad</i> y 3) <i>centrada en el médico</i> .	Preponderancia de tres subculturas: 1) <i>de grupo</i> , 2) <i>jerárquica</i> , 3) <i>orientada a la calidad</i> y 4) <i>orientada al paciente</i> .	Divergencia, solo coincide en la subcultura <i>orientada a la calidad</i> .
2b) Cultura profesional de enfermeras et al. Mundo del cuidado.	Preponderancia de tres subculturas: 1) <i>de grupo</i> , 2) <i>orientada a la calidad</i> y 3) <i>orientada al paciente</i> .	Preponderancia de las subculturas: 1) <i>orientada al paciente</i> , y con presencia media 2) <i>la de grupo</i> , 3) <i>la jerárquica</i> , 4) <i>la racional</i> y 5) <i>la de desarrollo</i> .	Divergencia, sólo coincide en la subcultura <i>orientada al paciente</i> y en menor grado en la <i>de grupo</i> .
2c) Cultura profesional de los administradores. Mundo del control.	Preponderancia de tres subculturas: 1) <i>jerárquica</i> , 2) <i>racional</i> y 3) <i>orientada a la calidad</i> .	Preponderancia de la subcultura: 1) <i>de desarrollo</i> y con presencia media en las subculturas: 2) <i>de grupo</i> , 3) <i>jerárquica</i> , 4) <i>racional</i> , 5) <i>orientada a la calidad</i> y 6) <i>orientada al paciente</i> .	Convergencia media en tres subculturas.

Fuente: elaboración propia.

Otro tema de discusión surge en cuanto a la comparación entre las culturas profesionales entre sí para identificar tensiones; el resumen se muestra en el cuadro 4:

Propuesta número:	Síntesis de las propuestas (Cuadro 1)	Hallazgos (Cuadro 2)	Observaciones
3a) Culturas profesionales: médicos vs. administradores.	Se esperaba una diferencia entre las subculturas 1) <i>De desarrollo</i> y 2) <i>centrada en el médico</i> , preferidas por los médicos vs. 3) <i>la jerárquica</i> y 4) <i>la racional</i> preferidas por los administradores.	Hay coincidencias en las dos profesiones respecto a 5 subculturas: 1) <i>de grupo</i> , 2) <i>jerárquica</i> , 3) <i>de desarrollo</i> , 4) <i>orientada a la calidad</i> y 5) <i>orientada al paciente</i> ,	Convergencia (sin considerar diferencias de matiz o grado de las subculturas comunes).
3b) Culturas profesionales: médicos vs. enfermeras.	Se esperaban coincidencias en cuanto a compartir subcultura <i>orientada a la calidad</i> y no preferencia de las subculturas <i>jerárquica</i> y <i>racional</i> .	Comparten una subcultura <i>orientada al paciente</i> , de desarrollo y una ausencia de subcultura <i>centrada en el médico</i> . Aunque discrepan en la subcultura <i>orientada a la calidad</i> .	Convergencia media.
3c) Culturas profesionales: administradores vs. enfermeras.	Se esperaba compartir la subcultura <i>orientada a la calidad</i> y una no preferencia por la subcultura <i>centrada en el médico</i> y <i>de desarrollo</i> .	Comparten las subculturas <i>de grupo</i> , <i>jerárquica</i> y <i>racional</i> así como la ausencia de la <i>centrada en el médico</i> .	Convergencia plena.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En función de los resultados antes mencionados, se desprenden las siguientes consideraciones:

- En referencia al cuadro 3, específicamente en lo que concierne a la cultura organizacional que distingue el caso bajo escrutinio, se constata la existencia de un mosaico con fuerte presencia de la subcultura *orientada al paciente*, en vez de la esperada *orientada a la calidad*. La diferencia es significativa y consiste en que en la

- primera prevalece una atención sensible a los deseos del paciente (calidez) y, en la segunda, se brinda importancia a la eficacia y seguridad del servicio basado en la evidencia, pero es impersonal.
- En cuanto a los rasgos de las culturas profesionales estudiadas comparadas con lo esperado (cuadro 3, propuesta 2a) emergen interesantes divergencias, primero en cultura de los médicos (mundo de la curación) cuando no incluye la subcultura centrada en el médico que se distingue porque el galeno tiene el conocimiento y control del proceso, y lo lleva a cabo sin que haya necesariamente consulta o participación del paciente y sus familiares; por otra parte, aparecen rasgos de las subculturas orientadas al paciente y a la calidad.
 - En cuanto a la cultura del grupo de enfermeras y otros profesionales del cuidado, (cuadro 3, 2b) también surgieron divergencias cuando emergen de manera inesperada rasgos de las subculturas jerárquica, racional y la de desarrollo, más afines a los administradores. Por último, en relación a la cultura de los administradores (mundo del control) se confirman los rasgos habituales que los distinguen, tales como las subculturas racional, jerárquica y orientada a la calidad.
 - En cuanto a la comparación de las culturas profesionales entre sí (cuadro 4 propuestas 3 a, b y c), se registra una inesperada convergencia entre la de los médicos y los administradores, especialmente en lo concerniente a las subculturas jerárquica, de desarrollo y orientadas a la calidad y al paciente. Mientras que, por otra parte, se confirma la tendencia hacia la convergencia de las culturas de los profesionales de la medicina (curación y cuidado) alrededor de las subculturas orientada al paciente, de desarrollo, aunque se registra una importante discrepancia en cuanto a los valores de la subcultura de la orientación a la calidad. Finalmente, entre las culturas de las enfermeras et al., y los administradores, hay convergencia cuando comparten las subculturas de grupo, jerárquica y racional.

De lo anterior, vale la pena destacar, en primer lugar, la ausencia de la subcultura centrada en el médico y la emergencia de la centrada en el paciente, fenómeno que puede ser resultado de un cambio generacional que antes veía al médico como el centro del acto curativo y al paciente como un ente pasivo, mientras que ahora, dentro de la formación profesional de médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, trabajadores sociales, etc., cada vez se enfatiza más la participación del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones con respecto a su atención, en observancia de las tendencias nacionales e internacionales.

Adicionalmente, la prevalencia de la subcultura centrada en el paciente, y la ausencia de la subcultura centrada en el médico, puede interpretarse como un resultado inesperado en un hospital público de carácter asistencial, a no ser que la explicación radique en la influencia de fuerzas de cambio institucional, no tanto de carácter organizacional; sino profesional. Se podría esperar, por otra parte, que por influencia de

las políticas públicas, surgiera con mayor énfasis y preponderancia, las subculturas orientada a la calidad y racional, el caso queda como una contradicción pendiente de aclarar, dentro de un gran tema como sería la transformación cultural en los hospitales públicos asistenciales.

Otro resultado contra-intuitivo es la convergencia cultural de médicos y administradores, que bien podría ser resultado de una especie de solidaridad espontánea entre ambos grupos, ante un clima de carencias y precariedad que distingue al hospital público, o bien, resultado de un alineamiento de los incentivos para guiar sus intereses por la misma senda. Un último punto a comentar, se refiere a la discrepancia entre los grupos de médicos y enfermeras, en cuanto a la orientación al paciente (calidez) o a la calidad (seguridad del paciente), resulta ser un conflicto difícil de manejar sobre todo en un hospital público.

Conclusiones

Ante las preguntas ¿cuál es la configuración cultural de los hospitales públicos del sector asistencial de México? y ¿cuáles son las principales similitudes y diferencias entre ellas y la tensión que concitan? las respuestas son: en la OH estudiada prevalece la subcultura orientada al paciente, coexistiendo aunque con menos fuerza, con otras tres: la de grupo la jerárquica, y la de desarrollo. Estos resultados son consistentes con la diversidad cultural esperada en las organizaciones hospitalarias, sobre todo por la presencia de las subculturas de grupo y de desarrollo, las cuales dejan ver la presencia de un ambiente profesional y de compromiso con la disciplina médica. Las diferencias dejan ver una tensión entre ellas, sobre todo la centrada en el paciente y la jerárquica no son fáciles de conciliar, especialmente en medio de un ambiente de carencia de recursos y demanda creciente que caracteriza a los hospitales públicos asistenciales. Es notable, asimismo, la ausencia de la subcultura centrada en el médico, que normalmente choca con la visión de los administradores o con las tendencias actuales que promueven la subcultura centrada en el paciente.

Los resultados reportados, denotan diversidad pero no fragmentación, se muestra una especie de convergencia cultural entre profesionales de la medicina y la cultura corporativa impulsada por los administradores que difiere, en buena parte, con la de estudios similares realizados en hospitales públicos de otros países previamente referenciados, los cuales reportan una oposición de los valores profesionales que impulsan la calidad y la calidez de los servicios, y el desarrollo de la disciplina médica contra las presiones organizacionales, que como es normal, se inclinan por la eficiencia y el control. El punto aquí, es representativo para los hospitales públicos, ya que estos resultados dejan ver una especie de tregua o contención de los intereses encontrados de los “mundos” de los profesionales de la salud, que no parece fácil de explicar y que tendrá que ser confirmado con el estudio de los casos siguientes previstos en este proyecto.

Limitaciones

Los estudios de identificación y catalogación de la diversidad cultural y otros temas relativos a la organización de los sistemas de salud y gestión de los hospitales, están surgiendo con regularidad y están contribuyendo a destacar la importancia de la variable organizacional en su administración, sin embargo, en países como México, aún no se valora lo suficiente, a pesar de las evidencias obvias.

En general, los resultados que se reportan en este estudio de caso han sido realizados en un establecimiento muy representativo de los hospitales públicos asistenciales de México, su diseño, se cuidó de manera que los resultados puedan ser desarrollados en establecimientos de estas características, no obstante, los autores estiman que dada la complejidad del tema y el dinamismo del sistema de salud, se requiere mayor evidencia empírica para contrastar los hallazgos que hasta el momento se han obtenido, de manera que sea posible avanzar hacia la configuración de las características culturales en los hospitales públicos mexicanos, así como la identificación de posibles convergencias y divergencias en su interior, y entre ellos.

Referencias

- Addicott, R. y Shortell, S.M. (2014). How “accountable” are accountable care organization? *Health Care Management Review* , 39 (4), 270-278.
- Adler, P. S., y Kwon, S. W. (2013). The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine. *Journal of Management Studies* , 50 (5), 930-962. doi:10.1111/joms.12003
- Allaire, Y. y Firsirotu, M. E. (1992). Teorías sobre la cultura organizacional. En H. Abravanel, Y. Allaire, y M. E. Firsirotu (eds.), *Cultura Organizacional* (pp. 12-18), Colombia: Fondo Editorial Legis.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa* . México: Paidós.
- Alvesson, M. (2002). *Understanding Organizational Culture* . London: SAGE.
- An, J. Y., Yom, Y. H., Ruggiero, J. S. (2011). Organizational culture, quality of work life, and organizational effectiveness in Korean university hospitals. *Journal of Transcultural Nursing* , 22 (1), 22-30.
- Batteau, A. W. (2000). Negations and Ambiguities in the Cultures of Organization. *American Anthropologist* , 102 (4), 726-740.
- Battilana, J. (2011). The Enabling Role of Social Position in Diverging from the Institutional Status Quo: Evidence from the UK National Health Service. *Organization Science* , 22 (4), 817-834.
- Brock, D., Powell, M. y Hinings, C. R. (1999). *Restructuring the Professional Organization : accounting, health care and law* . Nueva York: Routledge.
- Carrada, T. (2002). La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* , 40 (3), 203-211.

- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry research design. Choosing among five approaches*. 2nd., ed. California: SAGE
- Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., y Waring, J. (2012). Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism. *Organization Studies*, 33 (7), 937-962.
- Delgado-Mendizábal, R., López-Canto, L. E. y Ojeda-López, E. N. (2009). El estudio de la cultura en las organizaciones. En T. Suárez-Núñez y L. E. López-Canto (coords.), *La investigación en gestión y organizaciones en México* (pp. 213-243), México: UADY.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2011). La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En N. Denzin, y Y. Lincoln (comps.) *El campo de la investigación cualitativa*. (pp. 43-101). Barcelona: Gedisa.
- Dimitrios, B., Kastanioti, C., Maria, T., y Dimitris, N. (2014). The Influence of Organizational Culture on Job Satisfaction of Administrative Employees at a Public Hospital: The Case of General Hospital of Larissa. *Journal of Health Management*, 16 (2), 217-231.
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana Salud Pública*, 24 (3), 210-216.
- Eisenhardt, K. y Graebner, M. (2007). Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges. *The Academy of Management Review*, 50 (1), 25-32.
- Fajardo-Ortiz, G. y Ortiz-Montalvo, A. (2013). El enfoque de las ciencias de la complejidad en la administración de los servicios de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (5), 164-169.
- Ferrua, M., Sicotte, C., Lalloué, B. y Minvielle, E. (2016). Comparative Quality Indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? *PLoS ONE*, 11.
- García, C. M., Rodríguez, S. M. y Suárez, K. V. (2011). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 841-853.
- Geertz, C. (1991). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.
- Glouberman, S. y Mintzberg, H. (2001). Managing the care of Health and the Cure of Disease, Part I Differentiation *Health Care Management Review*, 26 (1), 70-84.
- Grant, P. (2011). Doctors attitudes to a culture of safety: lessons for organizational change. *Clinical Risk*, 17 (5), 165-170.
- Guadarrama, R. (2000). La cultura laboral. En E. de la Garza (ed.) *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. México: FCE-UAM -Colmex-Flacso.
- Gundermann, K. H. (2008). El método de los estudios de caso. En M. Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y comprender* (pp. 251-288). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Gutiérrez-Alba, G., González-Block, M.A. y Reyes-Morales, H. (2015). Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *Salud Pública de México*, 57, 547-554.
- Guzmán, M. (2009). Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25 (1), 84-92.

- Hatch, M. J. (1997). *Organization Theory. Modern, symbolic and postmodern perspectives*. Nueva York: Oxford University Press.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3), 210-220.
- Hualde, A. (2000). La sociología de las profesiones: asignatura pendiente en América Latina. En E. de la Garza (ed.), *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. México: FCE-UAM -Colmex-Flacso.
- Kaissi, A. (2005). Manager-Physician Relationships, an organizational theory perspective. *The Health Care Manager*, 24 (2), 165-176.
- Kaissi, A., Kralewski, J., Curoe, A., Dowd, B., y Silversmith, J. (2004). How does the culture of medical group practices influence the types of programs used to assure quality of care? *Health Care Management Review*, 29 (2), 129-138.
- Kralewski, J., Dowd, B., Kaissi, A., Curoe, A., y Rockwood, T. (2005). Measuring the culture of medical group practices. *Health Care Management Review*, 30 (3), 184-193.
- López-Canto, L.E. (2011). *La construcción de una red regional de salud en el sureste de México* (Tesis doctoral). España: Universidad de Mondragón.
- López-Canto, L.E., Ojeda-López, R.N. y Mul-Encalada, J. (2015). El cambio organizacional en un hospital público. Avances y experiencias. En F. Villarreal, I. Gómez, C. Gurrola y M.D. Villarreal (coords.), *Gestión de las organizaciones* (pp. 29-42), México: AM Editores.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture, mapping the terrain*. California: SAGE.
- Martínez, M. (1994). *La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico*. México: Trillas.
- McNulty, T. y Ferlie, E. (2002). *Reengineering Health Care: the complexities of organizational transformation*. Nueva York: Oxford.
- Molero, T., Panunzio, A., Cruz, S., Núñez, M., Zambrano, M., Parra, I. y Sánchez, J. (2010). Gestión de la calidad de atención en laboratorios clínicos de hospitales públicos en Maracaibo, Venezuela. *Revista Salud Pública*, 12 (4), 658-668.
- Navarrete-Navarro, S., Gómez-Delgado, A., Riebeling-Navarro, C., López-García, G.A. y Nava Zavala, A. (2013). La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio bibliométrico. *Salud Pública de México*, 55, 546-571.
- Nembhard, I. M., Singer, S. J., Shortell, S. M., Rittenhouse, D., y Casalino, L. P. (2012). The cultural complexity of medical groups. *Health Care Management Review*, 37 (3), 200-13.
- Ortega-Altamirano, D. V., Alemán-Escobar, M. L., Brito-García, I., Rueda-Neria, C. M., y Salcedo-Álvarez, R. A. (2011). Cultura organizacional de enfermería dominante en un hospital de la Secretaría de Salud de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 53 (1), 11-16.
- Petrakaki, D., Klecun, E., y Cornford, T. (2014). Changes in healthcare professional work afforded by technology: the introduction of a national electronic patient record in an English hospital. *Organization*, 1-21.
- Pope, C. y Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care*. USA: Blackwell Publishing Ltd.

- Saunders, M.N.K. (2012). Choosing research participants. En G. Symon y C. Cassell (eds.), *Qualitative Organizational Research. Core Methods and Current Challenges* (pp. 35-52). India: SAGE.
- Schein, E. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Scott, W. R. (2008). Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents. *Organization Studies* , 29 (2), 219-238.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J. y Caronna, C.A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations, from professional dominance to managed care*. Estados Unidos: Universidad de Chicago.
- Singer, S., Falwell, A., Gaba, D., Meterko, M., Rosen, A., Hartmann, C. y Baker, L. (2009). Identifying Organizational Cultures that promote patient safety. *Health Care Management Review* , 34 (4), 300-311.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. California: SAGE.
- Suárez-Núñez, T, López-Canto, L. E. y Ojeda-López, R. N. (2012). Innovaciones organizacionales en hospitales públicos. *Administración y Organizaciones* , 28, 71-91.
- Suárez-Núñez, T. y López-Canto, L. E. (2016). Cultural differences in a public hospital in Mexico. Management Research. *Journal of the Iberoamerican Academy of Management* , 14.
- Thornton, P. Ocasio, W. y Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective, a New Approach to Culture, Structure and Process*. Gran Bretaña: Oxford.
- Tsoukas, H. (1989). The Validity of Idiographic Research Explanations. *Academy of Management Review* , 14 (4), 551-561.
- Villarreal, M. D., Villarreal, F. M. y Briones, E. E. (2012). Diagnóstico de la Cultura Organizacional en un Hospital de Zona en Durango. *Conciencia Tecnológica* , 44, 23-29.
- Warren, J. y Currie, G. (2009). Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession. *Organization Studies* , 30 (7), 755-778.

Anexo 1.

Tipos de subcultura organizacional y sus características

Características						
Cultura	Enfoque: Interno o Externo	Estructura Flexibilidad o Control	Ciente: Paciente o Médico	Ejemplo de prácticas nucleares en la organización	Objetivo	Base de la recompensa
Grupo	Interno	Flexibilidad	Varía	Trabajo en equipo, participación del personal	Fuertes relaciones entre el personal	Varía, pero las recompensas son compartidas equitativamente
Jerárquica	Interno	Control	Varía	Burocracia, creación de reglamento	Estabilidad	Rangos y cumplimiento de las normas
Racional	Externo	Control	Varía	Creación de objetivos y metas	Eficiencia	Productividad
Desarrollo	Externo	Flexibilidad	Varía	Emprendedurismo, Toma de riesgos	Crecimiento	Crecimiento y adquisición de recursos
Orientada a la calidad	Ambos	Ambos	Paciente	Monitoreo de procesos, productos y eventos adversos	Ofrecer la atención deseada y basada en evidencia	Procesos, productos y métrica del personal
Centrada en el Paciente	Varía	Varía	Paciente	Toma de decisiones compartida con el paciente, educación del paciente	Ofrecer una atención sensible a los deseos del paciente	Satisfacción del paciente
Centrada en el Médico	Varía	Varía	Médico	Autonomía del médico, acato a las decisiones del médico	Satisfacer los deseos del Médico	Varía, pero más a favor del Médico

Anexo 1.

Tipos de subcultura organizacional y sus características

Fuente: Nembhard, *et al.*, 2012: 202.

Anexo 2.

Conversión de fracciones de discurso relativos a subculturas, a matices de color negro

Escala de fracciones de discurso codificados	9 o menos	Entre 10 y 19	20 o más
Gama de color			

Fuente: elaboración propia.

Notas

- 1 En la Sociología de las Profesiones, muy cercana a la Sociología Política, a la de las Organizaciones y a la del Trabajo, existe un claro debate acerca de la definición de su tema de estudio, existiendo al menos dos acepciones: una que se refiere a la profesión y a los profesionales en un sentido amplio, que significa cualquier actividad para ganarse la vida y que requiere una multiplicidad de destrezas. Una segunda acepción más restringida alude, por

- el contrario, a la naturaleza especial y a la fuente de conocimiento o destreza envuelta en un trabajo especializado, ubicándolo en los conceptos abstractos que comúnmente se enseñan en las universidades (Hualde, 2000). En este artículo se adopta la primera acepción.
- 2 Compuesto por dos grandes sectores: el de Seguridad Social y el Asistencial.
 - 3 La política de integración funcional del sistema de salud del año 2007 proyectaba homologar las funciones del propio sistema. Dicha integración funcional se conceptualiza como “el sistema de salud que opera como si fuera único para sus diversos actores, a pesar de estar conformado por organizaciones independientes” (Gutiérrez-Alba, González-Block y Reyes-Morales, 2015, p. 547).
 - 4 New Public Management
 - 5 Como parte de la estructura se introducía la Dirección de Operaciones, que buscaría transformar el funcionamiento de la organización hacia la gestión por procesos centrada en el paciente. Ésta fue una idea revolucionaria que no pudo ser adoptada del todo. Funciona muy bien, sin nombrarla como tal, en la medicina privada, pero en el sector público se requiere una mayor dotación de recursos para que pueda operar a plenitud.
 - 6 Otra innovación que planteaba el modelo consistía en otorgar mayor poder formal al área de Enfermería, elevándola al mismo nivel que las otras direcciones: Médica, de Investigación, de Finanzas, de Operaciones.
 - 7 Compuesto de interacciones de las estructuras formales, de las estrategias y procesos gerenciales, objetivos formales, estructuras de autoridad y de poder, mecanismos de control, motivación y recompensas, procesos de selección, reclutamiento, etc. (Allaire y Firsirotu, 1992).
 - 8 El cual reúne los aspectos afectivos de la organización en un sistema colectivo de significados simbólicos (mitos, ideologías y valores), así como los artefactos culturales (ritos, ceremonias, costumbres, metáforas, léxicos, cuentos, leyendas, etc.) (Allaire y Firsirotu, 1992).
 - 9 Los estudios se basaron en ocho hospitales privados de primer y segundo nivel de los Estados Unidos.
 - 10 El investigador invita a las personas a participar en la investigación en función de un esquema teórico (Creswell, 2007).
 - 11 El investigador elige a los participantes por sus características (Creswell, 2007; Saunders, 2012).
 - 12 El criterio determinante resultó ser la experiencia laboral, adquirida no sólo en el hospital, sino en algún otro sitio perteneciente al sector salud.

Notas de autor

- * Doctora en Ciencias de la Gestión de la Universidad de Pau, Francia (2011), profesora de carrera en la Facultad de Contaduría y Administración de la UADY , miembro del Grupo de Investigación: Organización y Gestión con grado de desarrollo consolidado según Prodep- SEP , siendo la Organización y Gestión de Hospitales y Sistemas de Salud, su línea de investigación principal.
- ** Doctor en Estudios Organizacionales por la UAM - I (2001) , profesor investigador de la Facultad de Contaduría y Administración de la UADY , miembro del SNI y del Grupo de Investigación: Organización y Gestión con grado de desarrollo consolidado según Prodep- SEP , siendo la Organización y Gestión de Hospitales y Sistemas de Salud, su línea de investigación principal.